令和元年度厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野

令和元年度
訪問看護講師人材
養成研修会

日 時　令和元年11月29日（金）
9:00～16:30

場 所　CIVI研修センター日本橋

主 催　一般社団法人全国訪問看護事業協会

一般社団法人全国訪問看護事業協会

令和元年度厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野

令和元年度
訪問看護講師人材
養成研修会

日 時　令和元年11月29日（金）
9:00～16:30

場 所　CIVI研修センター日本橋

主 催　一般社団法人全国訪問看護事業協会

一般社団法人全国訪問看護事業協会

はじめに

全国訪問看護事業協会では、平成 28 年度から 30 年度に引き続いて、令和元年度の厚生労働省委託事業「在宅医療関連講師人材養成事業（訪問看護分野）」を実施することになりました。

現在、地域医療の取り組みにおいて、2025 年を見据えた「地域包括ケアシステム」の構築が最重要課題の一つとなっています。

「地域包括ケアシステム」の構築に当たって、その仕組みづくりの先導的な役割を果たすことのできる人材の養成が急務となっています。

当協会がその充実と発展に取り組んでいる訪問看護は、医療と介護の両分野にまたがり、患者、家族の方々の生活を支援しています。その事業に取り組む訪問看護師には、「地域包括ケアシステム」を構築する上での大きな役割を果たすことが期待されています。

本研修会の目的は、訪問看護に関する高度の知識や経験を備え、地域での訪問看護の人材育成を担うことのできる人材を養成することです。

わが国では、これまで医療政策でも福祉政策でも、それぞれの専門職種ごとに細分化された縦割りの体系の下、人材育成が行われてきました。今後、「地域包括ケアシステム」の構築を進めていくためには、これらの専門職種のつなぎ役となる人材の育成が望まれています。また、今後の訪問看護の対象者は、医療ニーズの高い要介護者、がん患者、認知症の人、重度の障害を持つ小児患者等多様化してきています。

そうした中、研修受講者の皆様には、地域における在宅医療計画策定に当り、訪問看護の専門家として積極的に係わっていただき、皆様の立場からの政策提言等行っていただくことを期待しています。

本研修会は、一日だけの研修ですが、研修内容は密度の濃いものと自負しています。

本研修会が、受講者の皆様にとって地域でのご活躍につながることを期待しています。

令和元年 11 月吉日

一般社団法人全国訪問看護事業協会
会長　尾嵜　新平

研修の趣旨

目的・方針

現在、「地域包括ケアシステム」の構築が推進される中、住み慣れた地域での療養生活を支えることのできる訪問看護は、特に重要な役割を果たしている。今後、更なる増加が見込まれる在宅療養者を支えるために、訪問看護の従事者を増やすことと訪問看護の質を確保・向上することは、喫緊の課題である。

当研修会では、人材育成とは何か、人を教育することの基本的な考え方を身につけ、「自地域において講師人材となることができる」「自地域において訪問看護の人材の確保、推進・普及に関する研修の企画・運営ができる」人材を養成し、受講後、都道府県の訪問看護担当者とともに、当研修会での学びを活かして、今後の取り組みの必要性や内容の検討につなげ、地域における訪問看護人材の確保・育成に関わることができることを目的に開催する。また、地域における課題の解決に向けて、受講者同士が継続的に有機的なつながりを持てるようにする。

受講者の推薦条件

受講者の推薦条件

1. 訪問看護経験が豊富で、今後、訪問看護人材の育成に関する研修の講師人材等として活躍できる看護師
2. 地域で訪問看護の推進・普及に関する研修の企画・運営できる看護師
3. 平成 28 年度「訪問看護ハイレベル人材養成研修会」、平成 29 年度および平成 30 年度「訪問看護講師人材養成研修会」の受講者を除く。ただし、都道府県の方針として理由がある場合に限り、平成 28 年～30 年度の訪問看護講師人材養成研修会等の受講者であっても構わないこととする。
4. 都道府県における訪問看護担当部局の職員

選　定

上記1、2のいずれかの条件を満たす3の者を都道府県看護協会（在宅担当）、訪問看護ステーション連絡協議会等からの推薦によって選定し、都道府県が推薦する。また、訪問看護担当部局の都道府県職員1名が参加する。訪問看護担当部局の職員の場合、平成 29 年度および平成 30 年度「訪問看護講師人材養成研修会」受講者であってもさしつかえない。

推薦人数

各都道府県訪問看護師と都道府県職員合わせて2～3名。なお、都道府県担当職員については、できるだけ参加していただくことが望ましい。

特記事項

尚、推薦元は、訪問看護講師人材養成研修会受講者に対して、訪問看護講師人材養成研修会での学びの報告をうけたり、受講者が集まり研修会を検討する機会を作ることが望ましい。

学習内容

総論1　地域包括ケアシステムと訪問看護、総論2　在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際、総論3　訪問看護の対象者の理解、総論4　学習支援と教育、各論1　［テーマ］訪問看護の価値を伝える、各論2　平成 30 年度受講者活動報告、各論3　グループワークの進め方、各論3　［テーマ］自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

事前課題　①「自地域における訪問看護の現状を把握し課題を考察する」、②「事前課題①に対して、訪問看護師の普及を量的および質的に図るためにはどのような研修や事業を展開すればよいか考える」、③「訪問看護入門プログラムを学習する」

事前課題

研修を受講するにあたり、受講者に事前に課題を提出してもらった。

事前課題①「自地域における訪問看護の現状を把握し課題を考察する」

自地域における以下の項目についてあらかじめ学習し、地域における訪問看護の課題について根拠に基づき考察すること。

1. 自地域における訪問看護に係るデータから、現状の提供体制を理解する。
   ①みなしも含めた訪問看護事業所数を、介護サービス情報公表システムや都道府県に相談するなどにより確認する。②訪問看護に係る従事者数の現状とこれまでの推移について、どのような職種・専門性の人がどのぐらいいるのかを介護サービス施設・事業所調査等から収集する。③訪問看護の利用者数の現状とこれまでの推移について、介護サービス施設・事業所調査等から収集する。④現状の提供体制を理解するにあたり、以下の視点に立ち、課題を考察する。[a.小児訪問看護の必要量と供給量のバランス〔考えるヒント：〇地域において小児に対応しているステーション数。〇障害児の数を市区町村の担当部署等に確認し把握する。〇超重症児および準超重症児を市区町村の担当部署等に確認し把握する。〇特別支援学校に通っている、医療的ケア児の数を学校に直接連絡し把握する。〕 b.在宅看取りの需要と供給量のバランス c.訪問看護ステーションにおける新卒看護師の採用の有無とその可能性 d.医療と介護の連携に向けた訪問看護ステーションの活用状況とその可能性]
2. 地域医療構想、地域医療計画、介護保険事業計画などと上記①から④を踏まえて課題を絞り込む。

事前課題②「事前課題①に対して、訪問看護師の普及を量的および質的に図るためにはどのような研修や事業を展開すればよいか考える」

1. 自地域における訪問看護に係る研修会等の実施状況を理解する。
   ①都道府県が実施している研修会等（例えば、地域包括ケアにおける訪問看護強化推進事業・退院支援マネジメント養成研修会等・訪問看護師運営支援アドバイザー事業など）、②市区町村が実施している研修会等（例えば、地域拠点における訪問看護師基礎研修会など）、③自地域の職能団体等が実施している研修会等
2. 平成 28 年度・平成 29 年度・平成 30 年度の受講者が訪問看護講師人材養成研修会等の受講後、開催した研修会等の内容及び効果等を把握する。
3. 自地域における訪問看護師のための研修会等を把握し、どのような研修会等が足りないか、必要な研修会等の種類と開催頻度について考察すること。

事前課題③「訪問看護入門プログラムを学習する」

1. グループワーク等で研修企画・運営の具体的手法について学習するために、日本看護協会が作成した、以下の①～④を参照しておくこと。
   ①「訪問看護入門プログラム」、②「訪問看護入門プログラム指導要綱」、③地域包括ケアにおける看護提供体制の構築（https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/houmonkango/index.html#p1）、④「訪問看護入門プログラム」を使った研修のご案内～「やってみたい」を後押しするために【全体版】を視聴しておくこと

◆提出方法：事前課題②について事前課題①に基づき、都道府県の担当者や平成 28 年度・平成 29 年度・平成 30 年度の受講者と相談して自地域における課題を抽出し、その根拠と共に研修会の内容を A4、Word1枚にまとめ、メールに添付し期日までに提出すること。全ての受講者を含めた検討が行われた場合、事前課題は代表者が提出すれば良い。

令和元年度 厚生労働省在宅医療関連講師人材養成事業 訪問看護分野

訪問看護講師人材養成研修会

日時 令和元年 11 月 29 日（金） 9：00～16：30

場所 CIVI 研修センター日本橋

主催 一般社団法人全国訪問看護事業協会

プログラム［9：00～12：00］

9：00～9：05	開会／開会の辞 尾﨑　新平（一般社団法人全国訪問看護事業協会会長）
9：05～9：25	本研修の趣旨説明 **【総論１】地域包括ケアシステムと訪問看護** …… p10 島田 志帆（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長）
9：25～9：45	**【総論２】在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際** …… p46 茂木　光代（神奈川県健康医療局保健医療部医療課課長代理）
9：45～10：15	**【総論３】訪問看護の対象者の理解** …… p62 佐藤　美穂子（公益財団法人日本訪問看護財団常務理事）
10：15～10：35	**【各論２】平成 30 年度受講者活動報告** …… p127 黒田　たまき （社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福井県済生会訪問看護ステーション管理者）
休憩（10 分）	
10：45～12：00	**【各論１】［テーマ］訪問看護の価値を伝える** …… p114 佐藤　直子（中央パートナーズ株式会社 東京ひかりナースステーション）
昼食（60 分）	

プログラム［13：00～16：20］

13：00～13：30	**【総論４】学習支援と教育** …… p98 西田　朋子（日本赤十字看護大学看護教育学准教授）
13：30～13：40	**【各論３】グループワークの進め方** …… p136 山田　雅子（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）
13：40～16：10	**【各論３】［テーマ］自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発** …… p140 山田　雅子（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）
16：10～16：20	閉会の辞 上野　桂子（一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長）

目　次

◆ はじめに …… 3
◆ 研修の趣旨 …… 4
◆ 事前課題 …… 5
◆ プログラム …… 6

総 論

総論 1　地域包括ケアシステムと訪問看護 …… 10
総論 2　在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際 …… 46
総論 3　訪問看護の対象者の理解 …… 62
総論 4　学習支援と教育 …… 98

各 論

各論 1　［テーマ］訪問看護の価値を伝える …… 114
各論 2　平成 30 年度受講者活動報告 …… 127
各論 3　グループワークの進め方 …… 136
各論 3　［テーマ］自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発 …… 140

参考資料

講師・ファシリテータープロフィール …… 144
令和元年度厚生労働省
「在宅医療関連講師人材養成事業訪問看護分野」委員名簿 …… 150

総　論

総論 1

地域包括ケアシステムと訪問看護

総論 2

在宅医療・介護における
行政と訪問看護の連携の実際

総論 3

訪問看護の対象者の理解

総論 4

学習支援と教育

総論 1　地域包括ケアシステムと訪問看護

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長
島田　志帆

到達目標

地域包括ケアシステムにおける訪問看護の現状を理解できる。

内容

・本研修会の位置づけと役割
・在宅医療・訪問看護の基礎的なデータ

地域包括ケアシステムと訪問看護

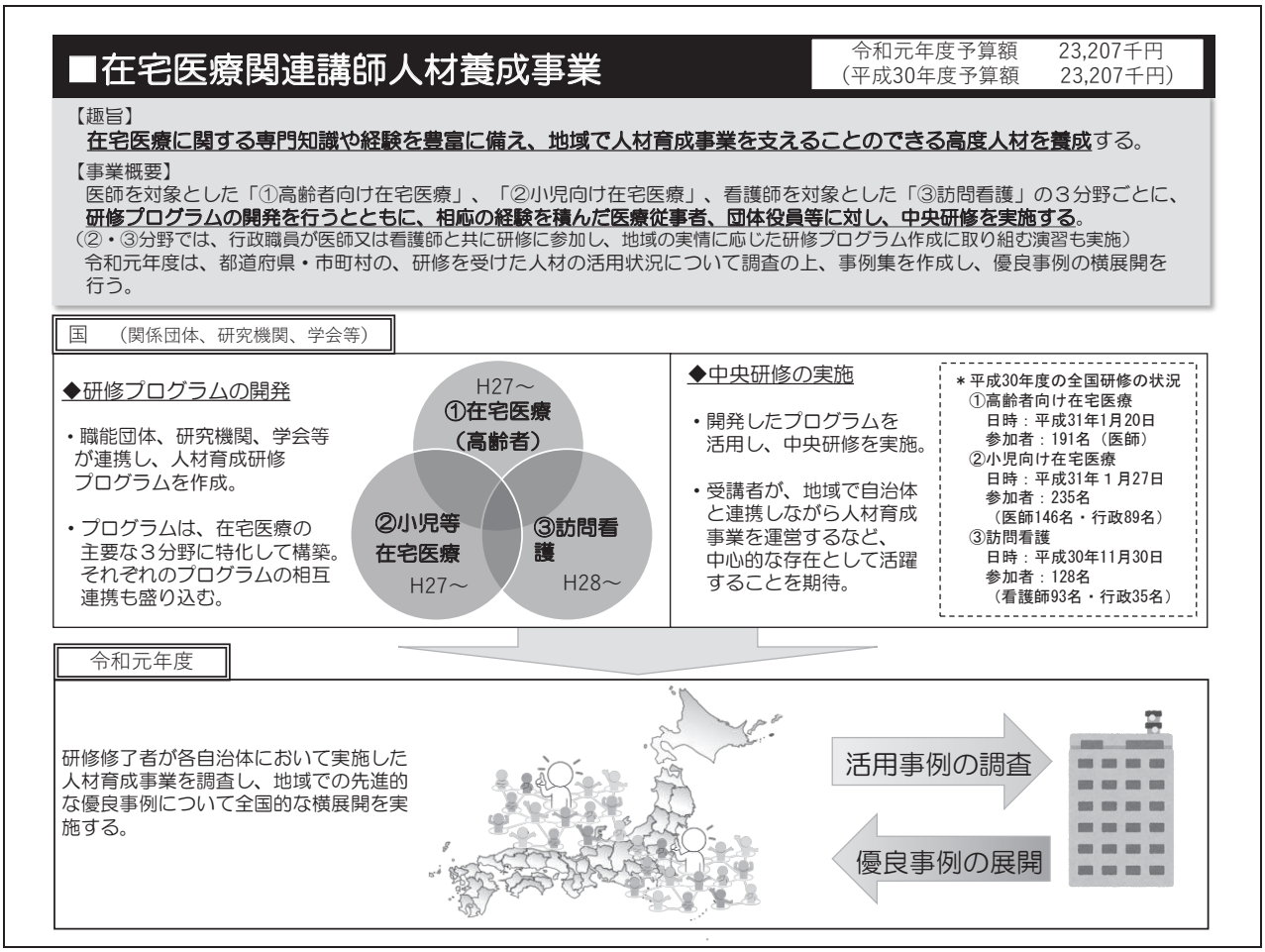
厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室

地域包括ケアシステムと訪問看護

① 地域包括ケアシステムにかかる背景

② 訪問看護を含めた在宅医療の推進

③ 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状（基礎データ）



在宅医療に関する知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる講師となる高度人材を養成するため、平成 27 年度より医師を対象とした「高齢者向け在宅医療」「小児向け在宅医療」分野について、平成 28 年度より「訪問看護」分野について、それぞれの研修プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者や団体役員、自治体職員等に対し中央研修を実施している。

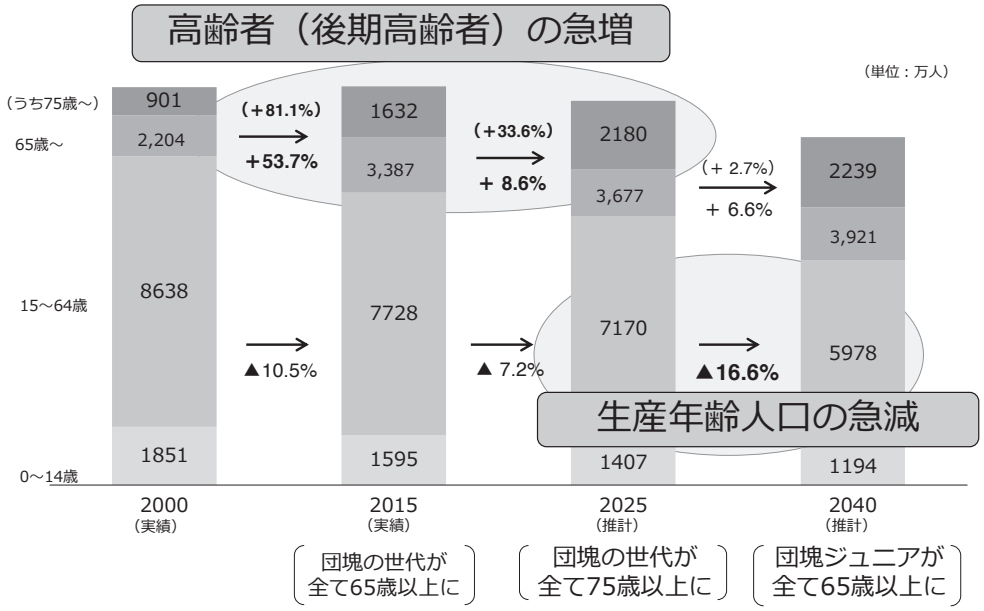
地域包括ケアシステムと訪問看護

① 地域包括ケアシステムにかかる背景

② 訪問看護を含めた在宅医療の推進

③ 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状（基礎データ）

2040年までの人口構造の変化



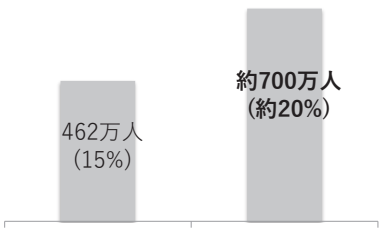
（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

団塊ジュニアが全て 65 歳以上となる 2040 年までに、高齢者の急増や生産年齢人口の急減などにより人口構造は大きく変化していく見込みである。

認知症高齢者の増加

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。

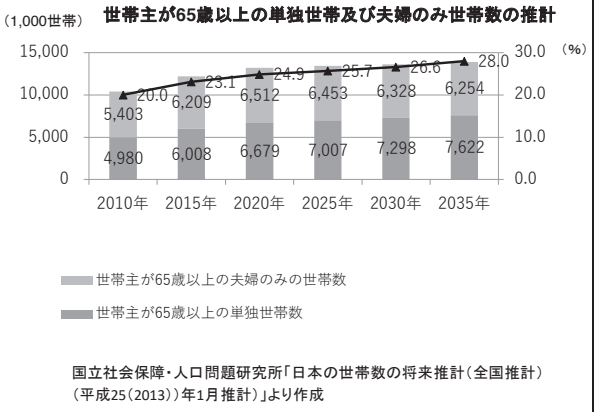
（括弧内は65歳以上人口対比）



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

独居・夫婦のみ世帯の増加

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成25（2013））年1月推計）」より作成

今後も、高齢化のさらなる進展に伴い、認知症高齢者や独居・夫婦のみの高齢者世帯数は増加していくことが見込まれている。

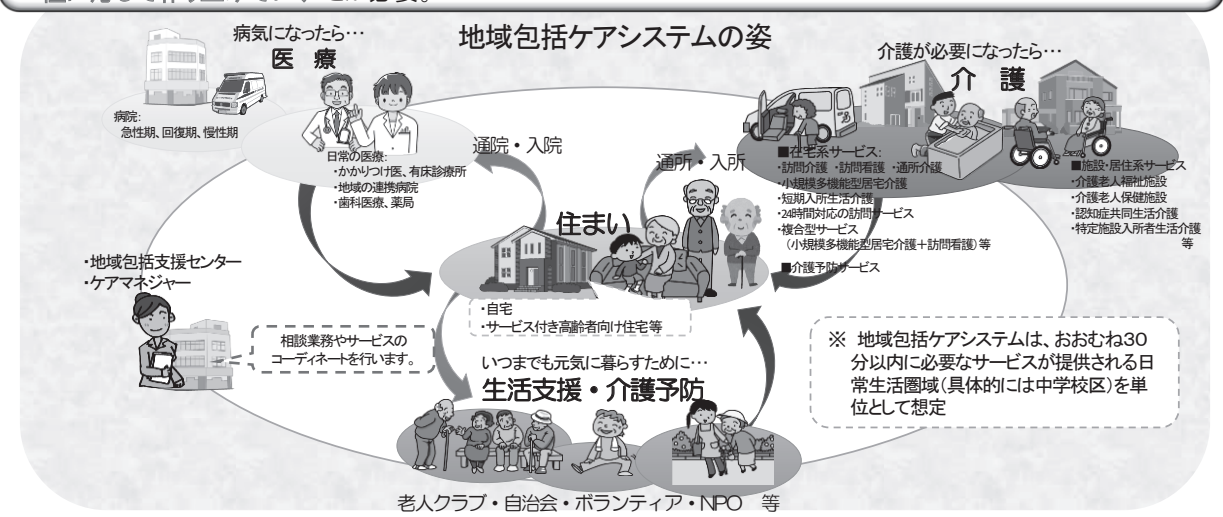
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



今後の人口構造の変化や社会情勢等を踏まえた施策の１つが、地域包括ケアシステムの構築である。

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制であり、この絵が示すとおり、患者本人・家族を中心に様々な関係機関・職種の連携が必要である。

地域包括ケアシステムと訪問看護

① 地域包括ケアシステムにかかる背景

② 訪問看護を含めた在宅医療の推進

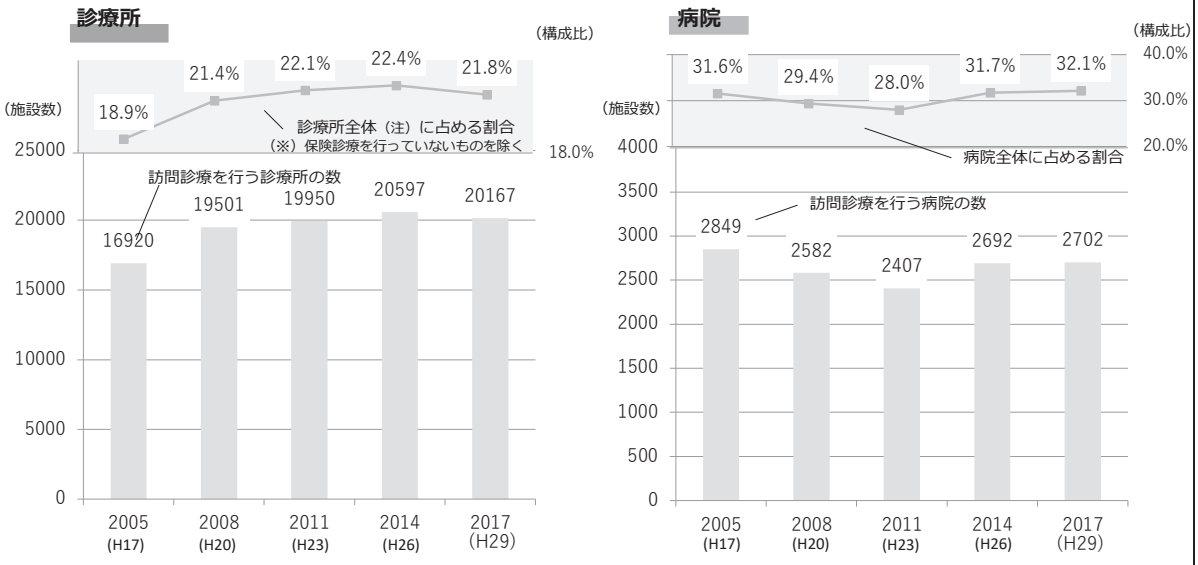
③ 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状（基礎データ）

在宅医療の提供体制

○　訪問診療に対応する医療機関の数は増加傾向で、診療所では全体の約２０％、病院では全体の約３０％に至る。

訪問診療を行う医療機関数の推移

※ 訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの　※　往診 ：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの



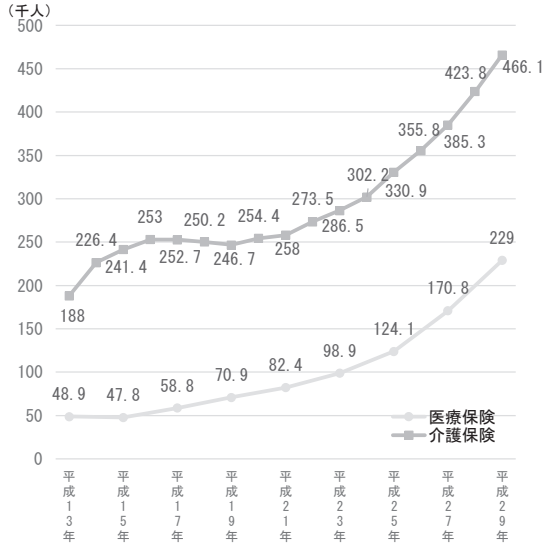
出典：医療施設調査（厚生労働省）

在宅医療を提供するにあたって要となる「訪問診療に対応する医療機関数」は増加傾向にある。

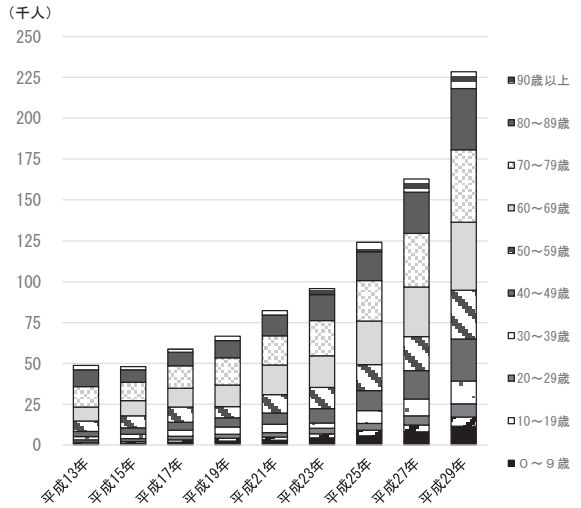
訪問看護ステーション利用者の推移

○　医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
○　医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■訪問看護利用者数の推移



■医療保険の年齢階級別利用者数の推移



注）介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

出典：介護保険：「介護給付費実態調査」（各年5月審査分）、医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）

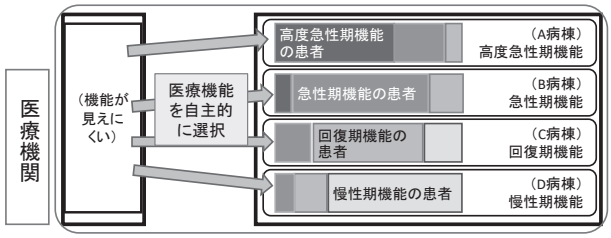
訪問看護の利用者数は年々増加しており、医療保険の訪問看護については、どの年齢層でも利用者が増加している。

地域医療構想について

○「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。※「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。

○「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

○ 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



病床機能報告　医療機能の現状と今後の方向を報告（毎年10月）

都道府県　医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- 在宅医療等の医療需要を推計
- 都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

「地域医療構想」は 2025 年に向け、病床の機能分化、連携を進めるために都道府県が策定している。具体的には、2025 年の医療需要と将来の病床数の必要量を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の４機能ごとに推計する。在宅医療等の医療需要も推計を行い、都道府県内の構想区域単位で推計を実施し、機能分化・連携については「地域医療構想調整会議」で議論、調整を進めていく。

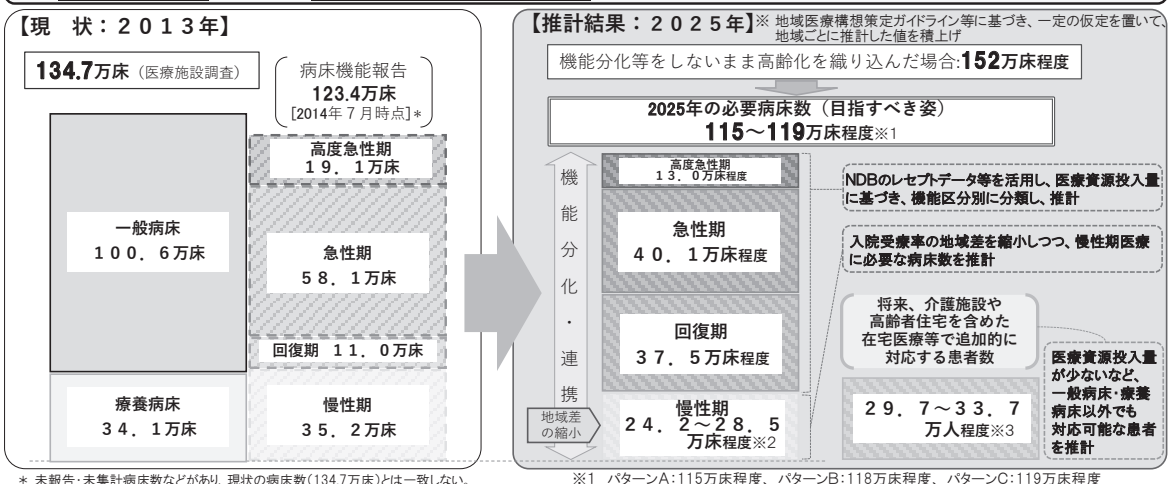
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」公表

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点**に立って、**どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられる**ことを目指すもの。このためには、医療機関の**病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化**しながら、**切れ目のない医療・介護を提供**することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
（→「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**）

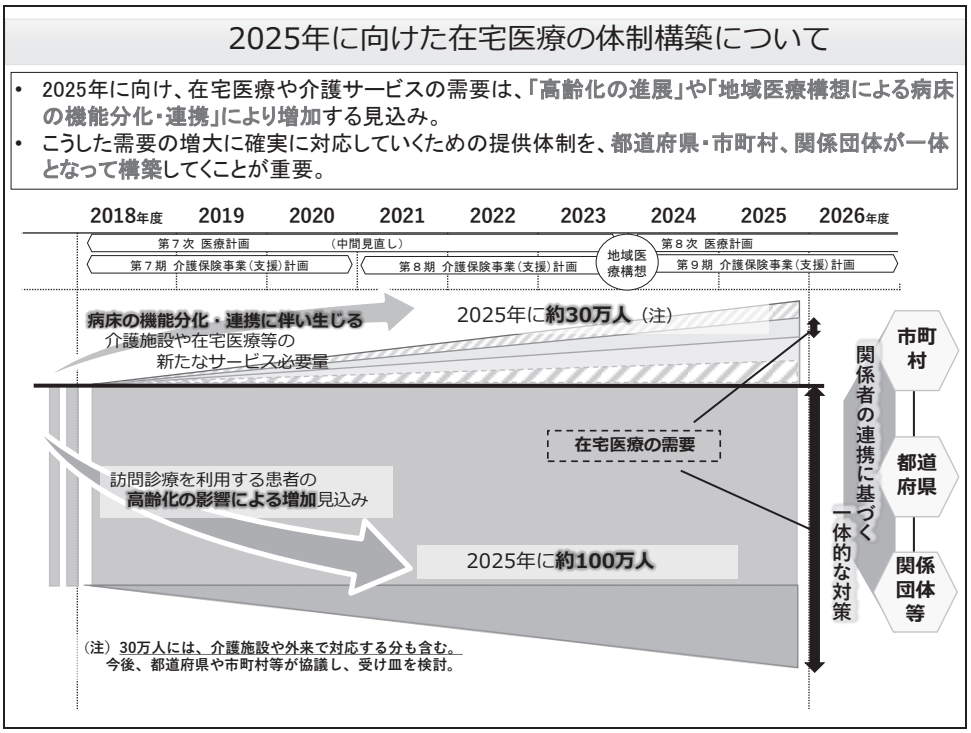
○ **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点**から、今後、**10年程度かけて**、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の**医療・介護のネットワークの構築と併行して推進**。

⇨・地域医療介護総合確保**基金を活用した取組等を着実に進め**、**回復期の充実**や**医療・介護のネットワークの構築**を行うとともに、
・慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、**全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討**を行うなど、**国・地方が一体となって取り組む**ことが重要。



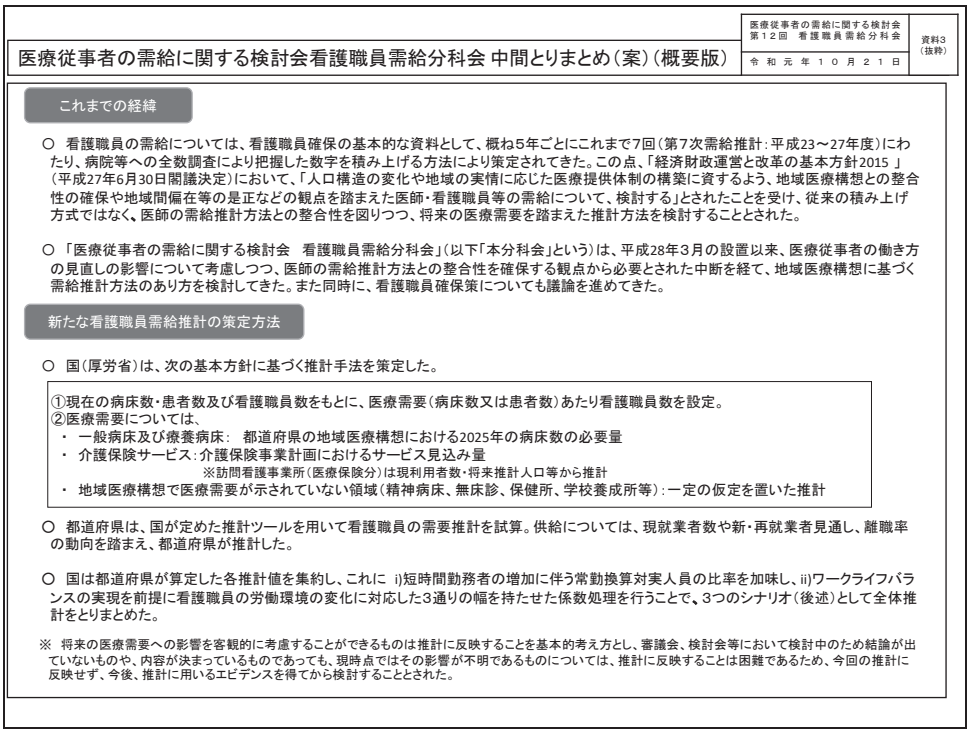
＊ 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数（134.7万床）とは一致しない。なお、2014年度の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA：115万床程度、パターンB：118万床程度、パターンC：119万床程度
※2 パターンA：24.2万床程度、パターンB：27.5万床程度、パターンC：28.5万床程度
※3 パターンA：33.7万人程度、パターンB：30.6万人程度、パターンC：29.7万人程度



地域医療構想において、2025 年に在宅医療等で追加的に対応する患者については、介護施設の整備状況や新類型等への転換等も踏まえて、在宅医療の需要を検討していくこととなるが、こうした需要の増大に確実に対応してくための提供体制については、都道府県、市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要である。

ここでいう在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指している。


医療従事者の需給に関する検討会 第12回 看護職員需給分科会
令和元年10月21日
資料3（抜粋）

医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会 中間とりまとめ（案）（概要版）

これまでの経緯

○ 看護職員の需給については、看護職員確保の基本的な資料として、概ね5年ごとにこれまで7回（第7次需給推計：平成23～27年度）にわたり、病院等への全数調査により把握した数字を積み上げる方法により策定されてきた。この点、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）において、「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する」とされたことを受け、従来の積み上げ方式ではなく、医師の需給推計方法との整合性を図りつつ、将来の医療需要を踏まえた推計方法を検討することとされた。

○ 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」（以下「本分科会」という）は、平成28年3月の設置以来、医療従事者の働き方の見直しの影響について考慮しつつ、医師の需給推計方法との整合性を確保する観点から必要とされた中断を経て、地域医療構想に基づく需給推計方法のあり方を検討してきた。また同時に、看護職員確保策についても議論を進めてきた。

新たな看護職員需給推計の策定方法

○ 国（厚労省）は、次の基本方針に基づく推計手法を策定した。

①現在の病床数・患者数及び看護職員数をもとに、医療需要（病床数又は患者数）あたり看護職員数を設定。
②医療需要については、
・ 一般病床及び療養病床： 都道府県の地域医療構想における2025年の病床数の必要量
・ 介護保険サービス：介護保険事業計画におけるサービス見込み量
※訪問看護事業所（医療保険分）は現利用者数・将来推計人口等から推計
・ 地域医療構想で医療需要が示されていない領域（精神病床、無床診、保健所、学校養成所等）：一定の仮定を置いた推計

○ 都道府県は、国が定めた推計ツールを用いて看護職員の需要推計を試算。供給については、現就業者数や新・再就業者見通し、離職率の動向を踏まえ、都道府県が推計した。

○ 国は都道府県が算定した各推計値を集約し、これに i)短時間勤務者の増加に伴う常勤換算対実人員の比率を加味し、ii)ワークライフバランスの実現を前提に看護職員の労働環境の変化に対応した3通りの幅を持たせた係数処理を行うことで、3つのシナリオ（後述）として全体推計をとりまとめた。

※ 将来の医療需要への影響を客観的に考慮することができるものは推計に反映することを基本的考え方とし、審議会、検討会等において検討中のため結論が出ていないものや、内容が決まっているものであっても、現時点ではその影響が不明であるものについては、推計に反映することは困難であるため、今回の推計に反映せず、今後、推計に用いるエビデンスを得てから検討することとされた。

看護職員需給分科会で中間とりまとめ（案）の概要を示しています。看護職員の需給推計において、訪問看護事業所については、介護保険計画のサービス見込み量や医療保険による訪問看護サービス利用者等から推計していること、精神病床からの基盤整備分を全て訪問看護で対応するという仮定をおいて推計していること等に留意いただきたい。それらの前提に基づく推計の結果、訪問看護事業所の従事者については、2016 年に就業者数 4.7 万人であったところ、2025 年には 12 万人必要とされたところ。（※分科会のとりまとめがされた後、改めて内容をご確認いただきたい。）

医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会 中間とりまとめ（案）（概要版）

看護職員の需給推計結果（全国単位）

暫定値（精査中）

○　2025年における需要推計に関しては、都道府県からの報告では180万人となった。これに、ワークライフバランスの充実を前提に看護職員の超過勤務時間や有給休暇の取得日数など勤務環境改善について、看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた３とおりのシナリオを設けて推計したところ、188万人～202万人となった。

○　2025年における供給推計に関しては175～182万人程度と見込まれる（次項参照）。

○　2025年における需給ギャップについては、前提として仮定したワーク・ライフ・バランスの充実度合いにより大きく左右されることに留意が必要である。

○　今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした推計値であり、実現度合いにより、看護職員の必要数は変化する可能性がある。

○　今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした全国共通の推計方法として画一的な算定であり、個々の都道府県の実情を綿密に反映できているわけではないことに留意。

【シナリオ設定条件】

	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
超過勤務	10時間以内	10時間以内	0時間
有給休暇	5日以上	10日以上	20日以上

シナリオ１：就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得5日以上が達成された場合

シナリオ２：就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得10日以上が達成された場合

シナリオ３：就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間なし、1年あたりの有給取得20日以上が達成された場合

（実人員　単位：人）

		平成28年 ※1	令和7年（2025）年			
			都道府県報告値（係数等処理前）	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
需要推計		**1,660,071**	**1,801,620**	**1,880,668**	**1,897,547**	**2,019,758**
	病院＋有床診療所		972,849	1,015,301	1,024,413	1,090,390
	精神病床関連		132,052	137,904	139,142	148,103
	（内訳）精神病床	1,346,366	93,387	97,526	98,401	104,739
	精神病床からの基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364
	無床診療所		299,224	312,395	315,199	335,499
	訪問看護事業所	46,977	112,558	117,502	118,556	126,192
	（内訳）医療保険		26,523	27,691	27,939	29,739
	介護保険		47,370	49,433	49,877	53,089
	精神病床からの基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364
	介護保険サービス等	149,683	187,413	195,692	197,448	210,165
	学校養成所等	117,045	136,188	142,253	143,529	152,773
供給推計			**1,746,664**	**1,746,664 ～1,819,466**	**1,746,664 ～1,819,466**	**1,746,664 ～1,819,466**

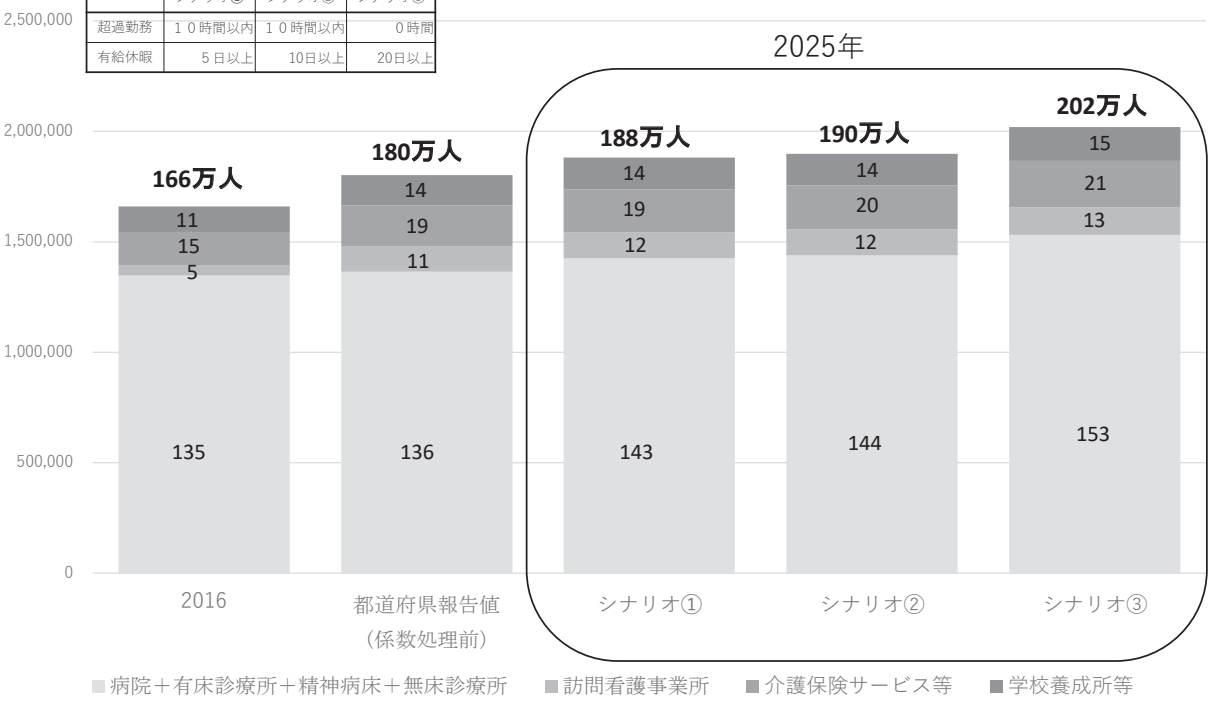
※1　平成28年は看護職員就業者数（厚生労働省医政局看護課調べ）
※2　精神病床からの基盤整備は精神病床関連と訪問看護事業所の両方に計上している。

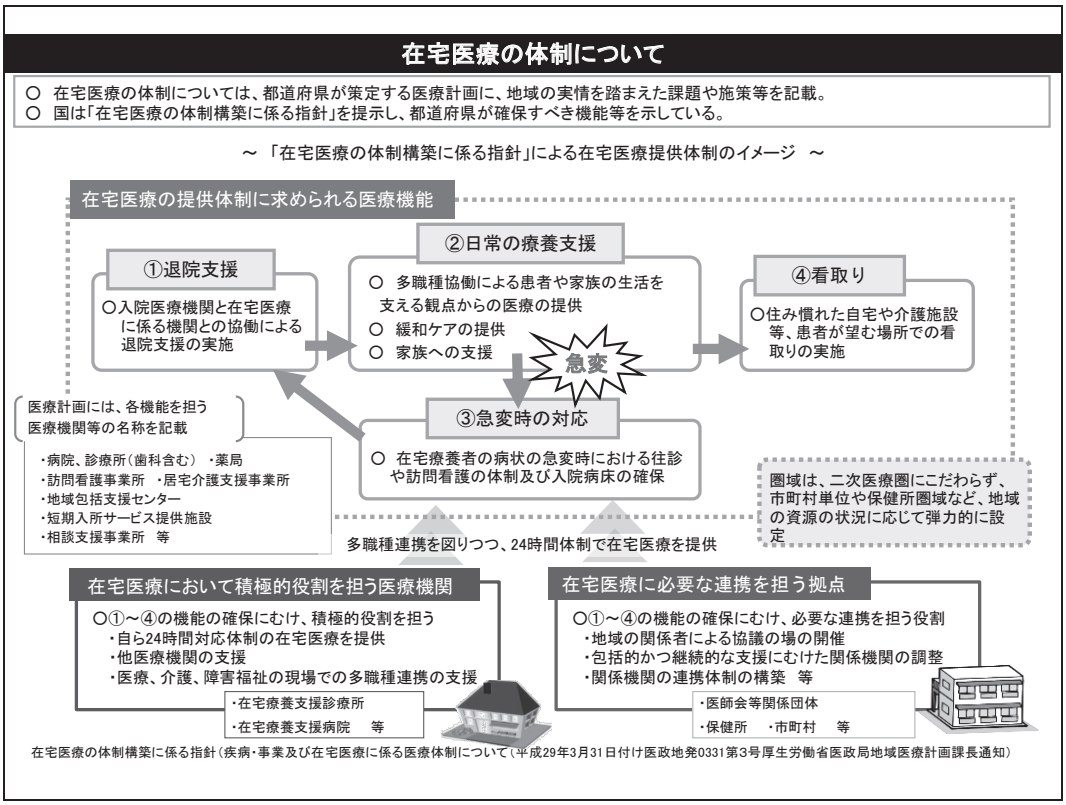
医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会 中間とりまとめ（案）（概要版）

【シナリオ設定条件】

	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
超過勤務	１０時間以内	１０時間以内	０時間
有給休暇	５日以上	10日以上	20日以上

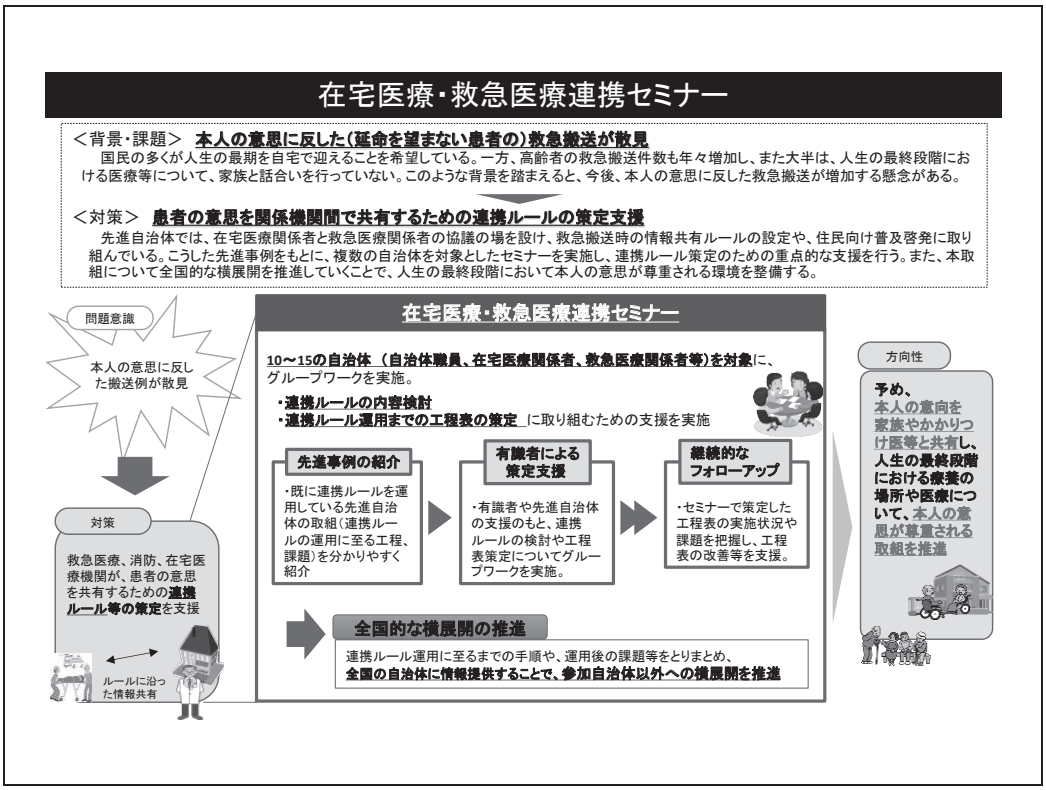
暫定値（精査中）





医療計画の中で在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」をあげている。各機能を担う医療機関等の名称を記載していくとともに、都道府県が達成すべき目標や施策等を示している。

その中で、多職種連携を図りつつ、在宅療養支援診療所・病院等の積極的役割を担う医療機関と医師会や保健所等の必要な連携を担う役割をもって、24 時間体制で在宅医療を提供できるように整備していくこととしている。

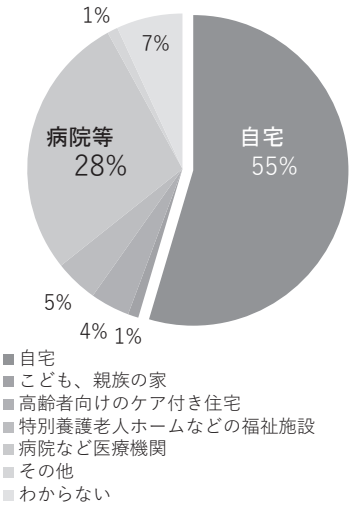


自宅等で看取りを行う際、本人の意思が家族や関係者間で共有されておらず、本人の意思に反した救急搬送が近年散見されております。この課題に対応するため、国は「在宅医療・救急医療連携セミナー」を実施しており、その中で先進事例を収集し、全国への横展開を進めている。

死亡場所の推移

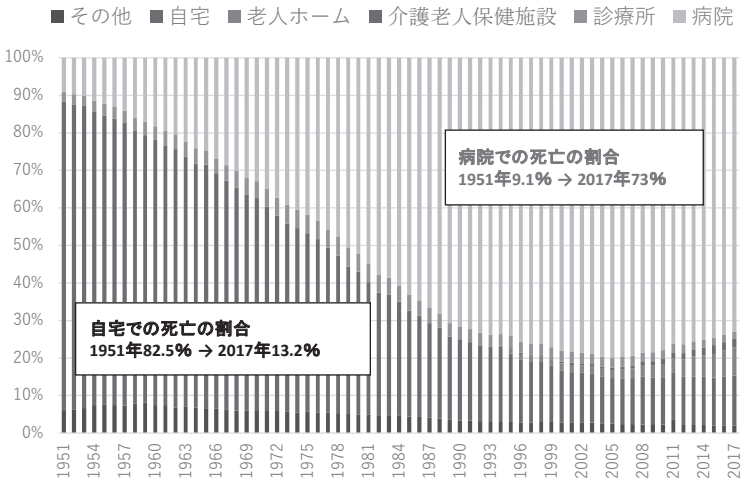
○ 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
○ 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



出典：24年度　高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

死亡の場所の推移



出典：平成２９年人口動態調査

高齢者の健康に関する意識調査からは、国民の多くは「最期を迎えたい場所」について、55%の方が「自宅」を希望している。その一方で、実際に死亡している場所は 1975 年前後を境に「病院」が「自宅」を上回り、近年では病院で約 75%、自宅では 13%前後となっていて、希望と現実の間に乖離がみられる。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について（平成30年3月14日公表）

1. 見直しの必要性

○ 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更）は、その策定から約10年が経過しており、

- 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
- 英米諸国を中心として、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること

を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

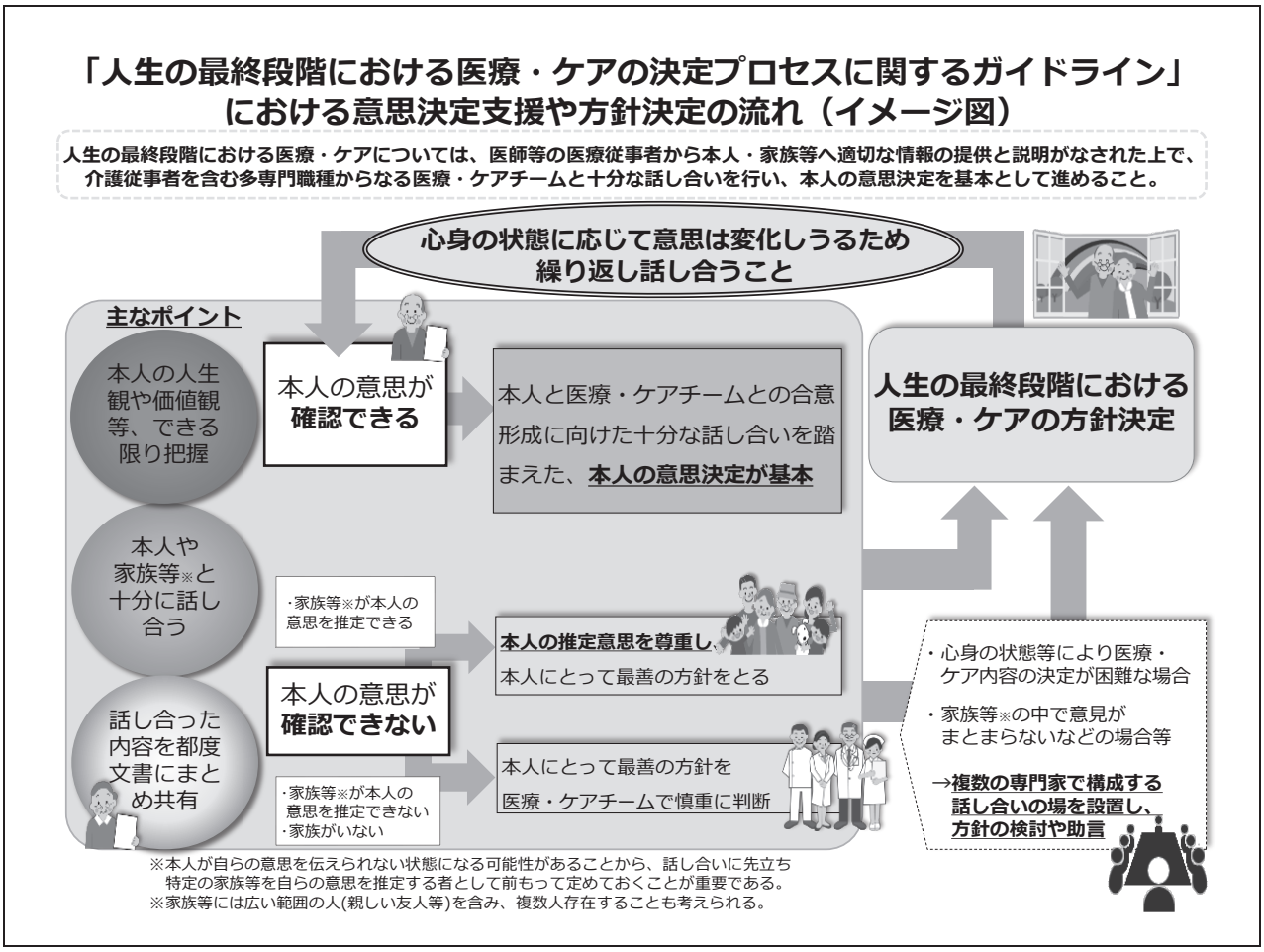
① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
- 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化

② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調

③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載

④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大

⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載



国が定めた「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」は、H30 年に改訂し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性を示す等、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人の望む医療・ケアが提供されるためにどのような考え方や取組が重要なのかを示している。

主なポイントは、３つである。

１つ目が、本人の人生観や価値観等、できる限り把握すること。

２つ目が、本人や家族等と十分に話し合うこと。

３つ目が、話し合った内容を都度文書にまとめ共有すること。

なお、本人の心身の状態に応じて意思は変化しうるため、このポイントをその都度繰り返し行うことも重要である。

※ACP とは、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

※現在、厚労省では、ACP に「人生会議」という愛称を公募で決定し、この取組を国民含めて普及啓発を図っている。



地域包括ケアシステムと訪問看護

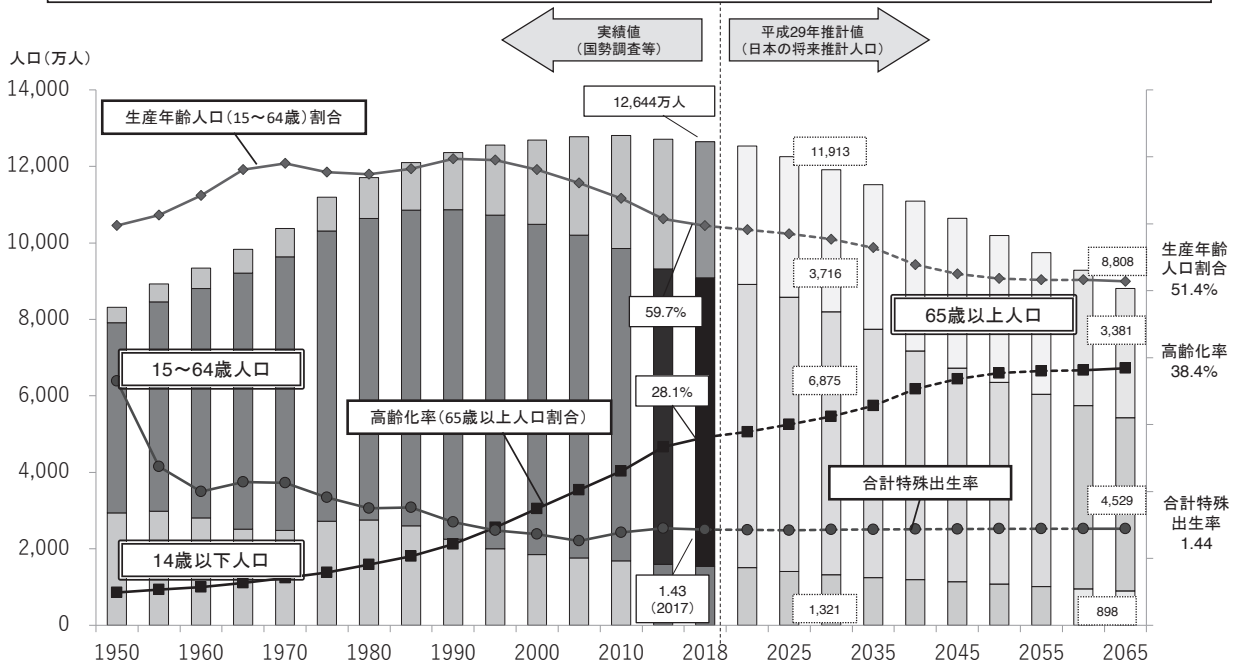
① 地域包括ケアシステムにかかる背景

② 訪問看護を含めた在宅医療の推進

③ 在宅医療、訪問看護の位置づけ及び現状（基礎データ）

日本の人口の推移

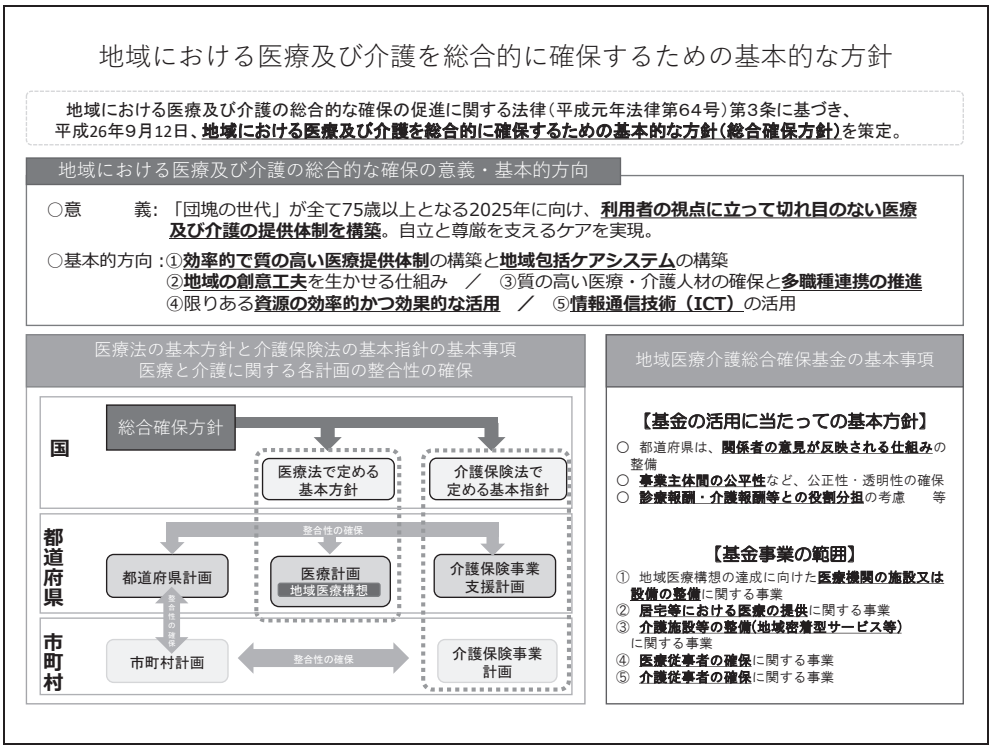
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



（出所） 2018年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2018年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2019年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

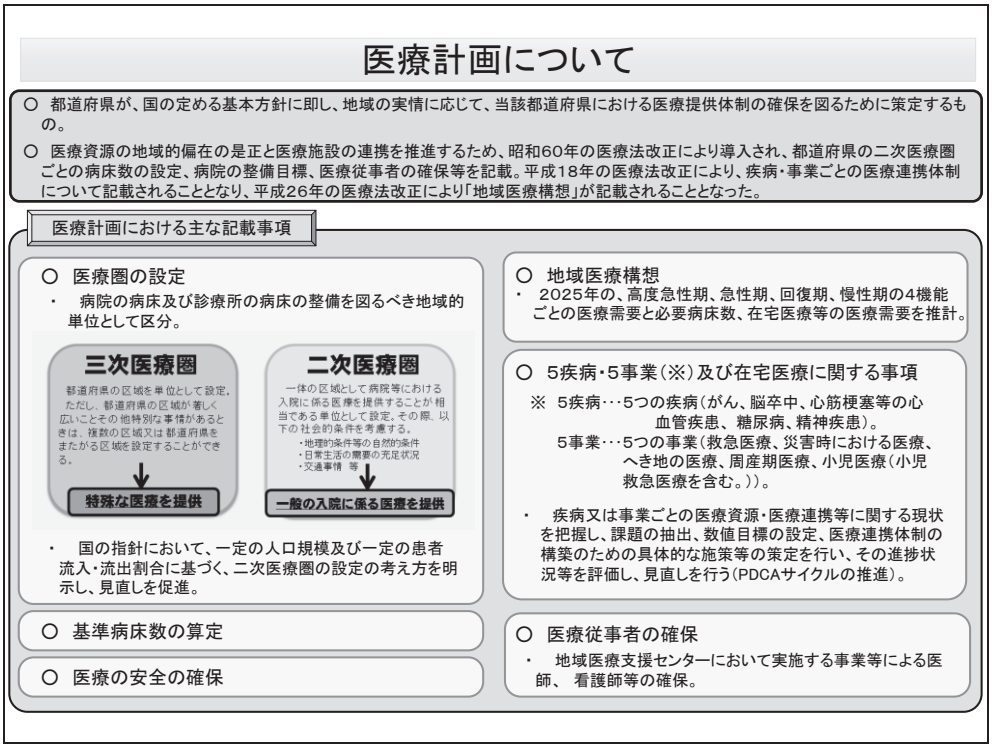
社会を取り巻く環境が大きく変化する中で、社会保障制度は様々な課題に直面しています。その中でもとりわけ深刻な課題として、少子高齢化の進行があげられます。

社会保障制度を持続可能なものとしつつ、社会の様々な変化にあわせて、時代が求める役割を果たすことができるものとなるよう、その機能を強化していくことが必要です。



高齢化に伴い、医療ニーズだけではなく介護ニーズも増加していく。そこで、平成 26 年に「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」が策定された。

「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる 2025 年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最期を迎えることができる環境を整備し、切れ目のない医療及び介護提供体制の構築を目指す。この方針に即して、都道府県が「医療計画」や「介護保険事業（支援）計画」を策定し、こうした体制整備のために、「地域医療介護総合確保基金」を都道府県に設置し、各種事業を行うこととしている。



地域包括ケアシステムの構築など、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するのが医療計画である。

医療計画における主な記載事項として、「地域医療構想」「５疾病・５事業及び在宅医療に関する事項」「医療従事者の確保」等があり、各都道府県は策定した医療計画に基づき、医療提供体制の確保施策に取り組んでいる。

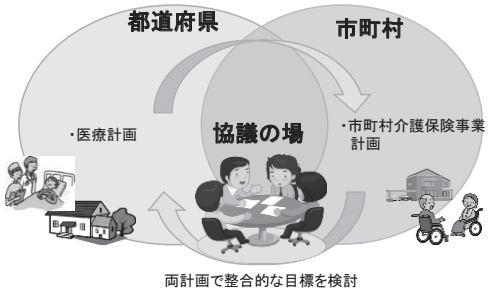
第7次医療計画（在宅医療）について

【概要】

○ 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
○ 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

○ 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者、地域医師会等の関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。

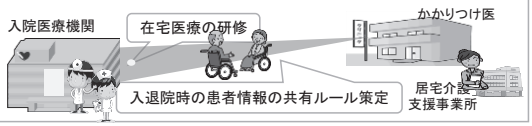


地域支援事業と連携した取組

○ **医師会等と連携し、**また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

多様な職種・事業者を想定した取組

○ 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
（例）・地域住民に対する普及啓発
・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定　等



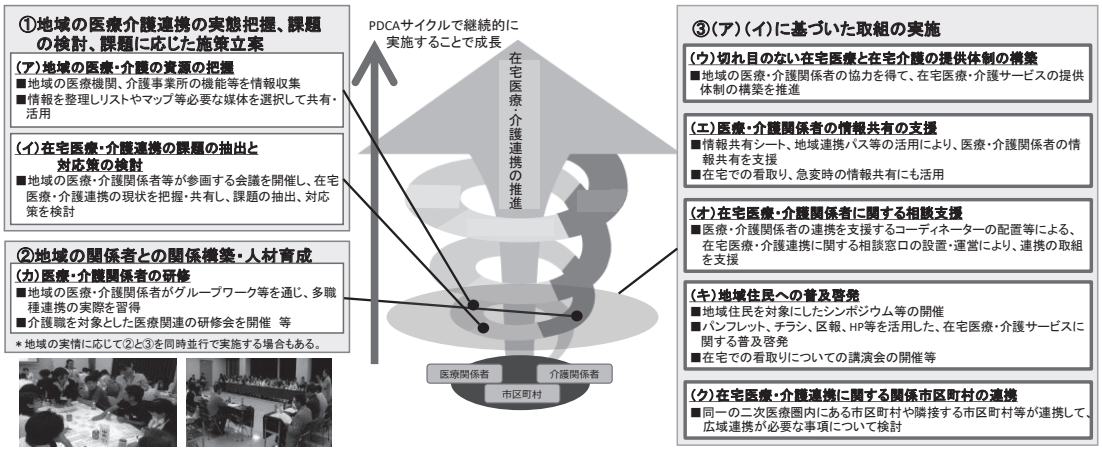
第７次医療計画では、医療と介護の連携について、地域医療構想や介護保険（支援）事業計画と整合性がとれるよう、都道府県と市町村の協議の場を設置すること、在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定を求めている。

また、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援する旨を明記している。

在宅医療・介護連携推進事業

○ 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
○ 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
○ 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
○ 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
○ 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
○ 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



＊図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

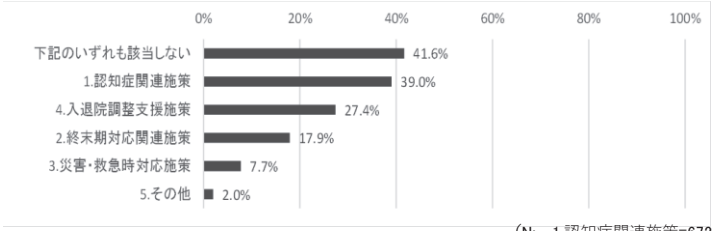
在宅医療・介護の連携推進事業は、市区町村が主体となって、地域における医療・介護連携の実態把握、課題に応じた施策立案・実施といった（ア）～（ク）の８つの事業項目を郡市区医師会等と連携しつつ取り組み、都道府県が支援していく。

社会保障審議会 介護保険部会 （第83回）	参考資料１ （一部 抜粋）
令和元年10月９日	

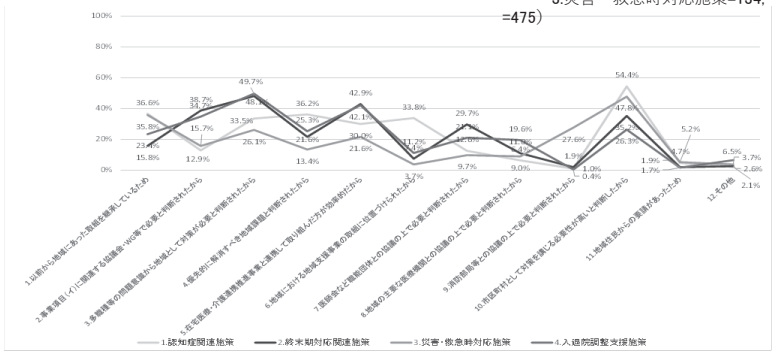
在宅医療・介護連携推進事業と連携した取組

○　８つの事業項目以外の施策に取り組んでいるという自治体は約６割程度であり、取り組んでいる施策は「認知症関連施策」が最も高く、次いで「入退院調整支援施策」、「終末期対応関連施策」となっている。
○　施策を実施した理由は「市区町村として対策を講じる必要が高いと判断したから」、「多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから」、「医師会など職能団体との協議の上で必要と判断されたから」という回答が多くなっている。

８つの事業項目以外の重層的・補完的な取組の実施状況(n=1,734　複数回答)



８つの事業項目以外の重点施策の取組理由　（N:　1.認知症関連施策=672,　2.終末期対応関連施策=310,　3.災害・救急時対応施策=134,　4.入退院調整施策=475）



出典　地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業
（平成30年度老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業　野村総合研究所）

平成 30 年度には、全ての市町村で在宅医療・介護連携推進事業が実施され、約６割の自治体では、８つの事業項目に限らず、認知症施策や入退院調整支援、終末期対応等に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅・医療介護連携の取組が実施されつつある。

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第２条第１項）

地域の実情に応じて、
高齢者が、可能な限り、
住み慣れた地域でその有する能力に応じ
自立した日常生活を営むことができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制



【左図の出典】地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」(H28年3月)

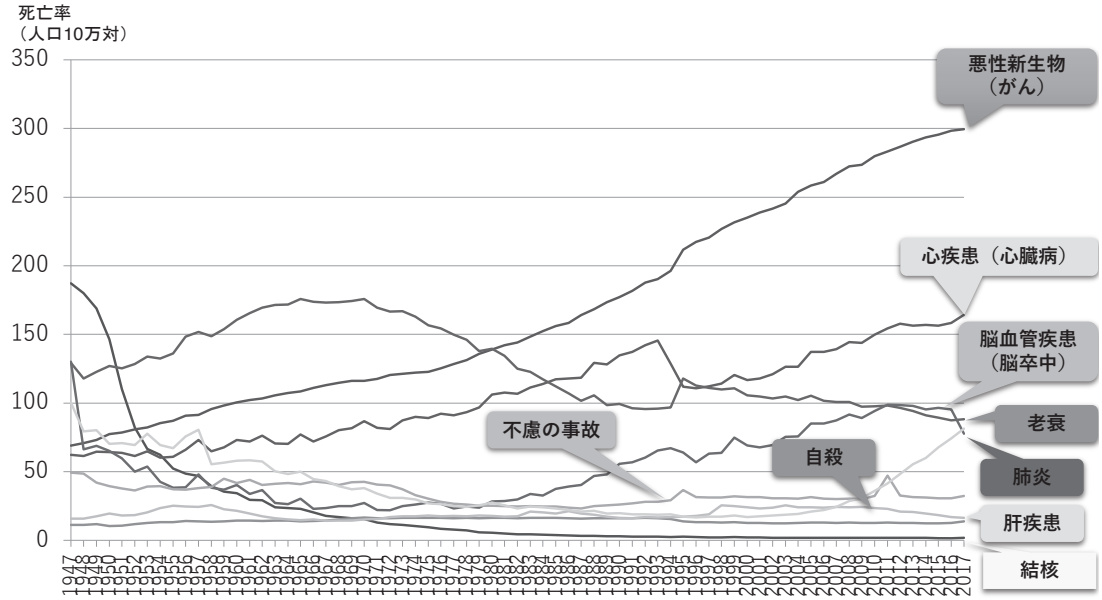
地域包括ケアシステムは「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されている。

人口が横ばいで７５歳以上人口が急増する大都市部、既に 75 歳以上人口も減少している町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。そのため、都道府県や市町村は、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。

地域の状況を客観的なデータで確認し、国、都道府県、市町村、関係団体等が実施する事業を活用しながら、効率的に実効性のある在宅医療提供体制を整備していくことが必要である。

主な疾患別の死亡率の推移

高齢化の進展により、医療ニーズが、悪性新生物（がん）などを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

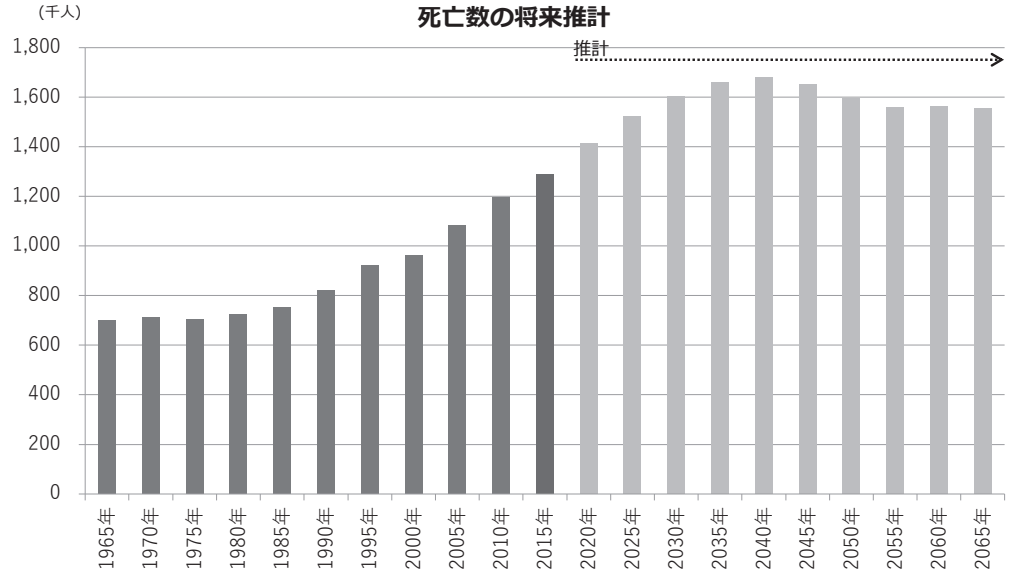


出典：「人口動態統計（1947～2017年）」

近年、高齢化の進展により、医療ニーズが悪性新生物（がん）や心疾患、脳血管疾患等の慢性疾患を中心とするものに変化している。

死亡数の将来推計

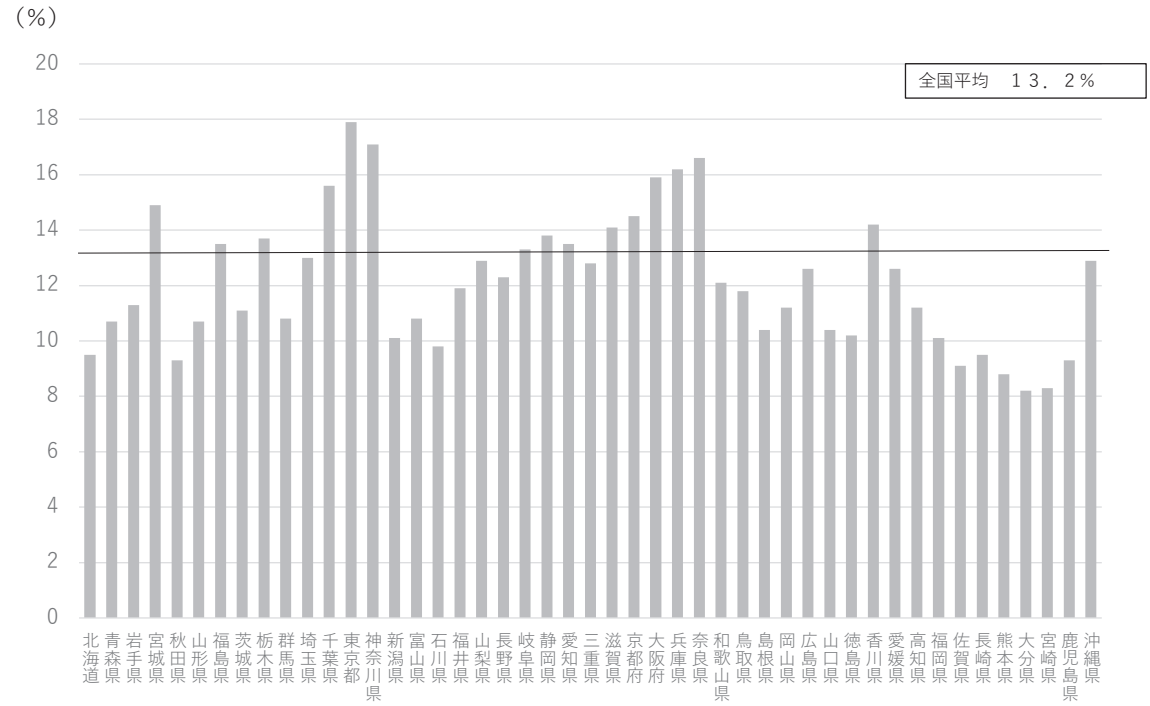
○　今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

高齢人口の増加に伴い、年間の死亡者数は今後も増加することが予想されている。年間の死亡者数のピークは 2040 年前後と予想され、これは 2015 年よりも年間約 39 万人多くなることが見込まれている。

死亡に占める「自宅死」割合（都道府県別）

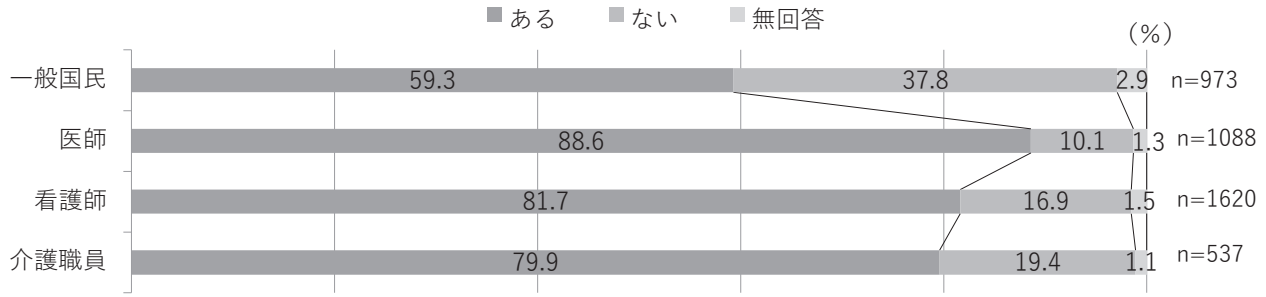


出典：人口動態調査（平成29年度）

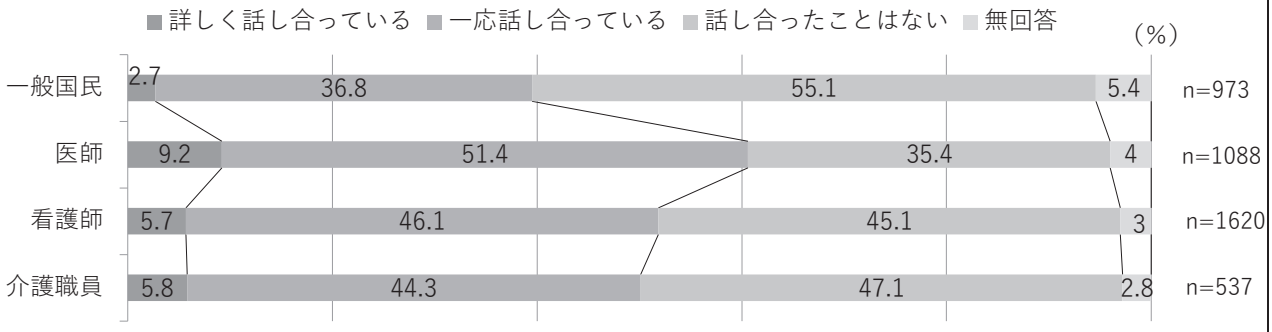
人生の最終段階における医療に関する関心

平成29年度（一般国民票）
「人生の最終段階における医療に関する意識調査」

■　人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがあるものの割合



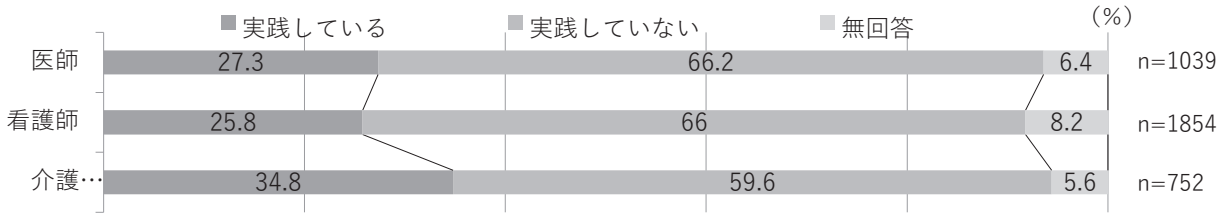
■　人生の最終段階における医療・療養についてこれまでにご家族等や医療介護関係者と話し合ったことがあるものの割合



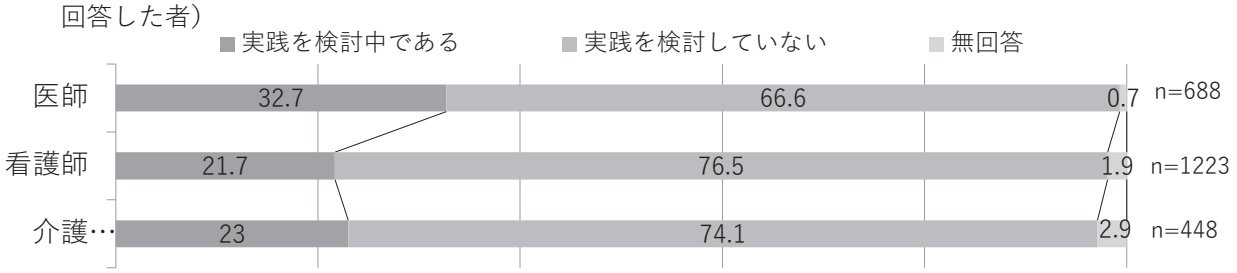
平成29年度「意識調査」
（医師・看護師・介護職員票）

「人生会議」（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング）

■　人生の最終段階の患者・利用者に対しての、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践状況



■　ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の、今後の実践についての考え（「実践していない」と回答した者）



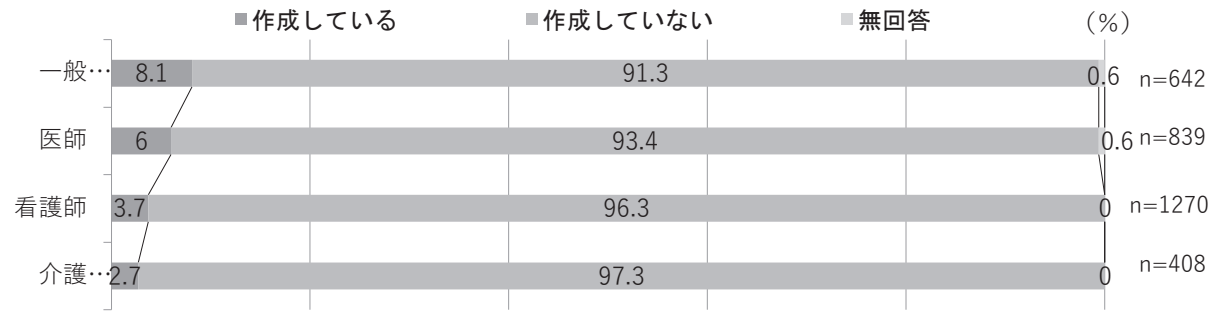
平成29年度「意識調査」
（一般国民票）

いわゆる事前指示書

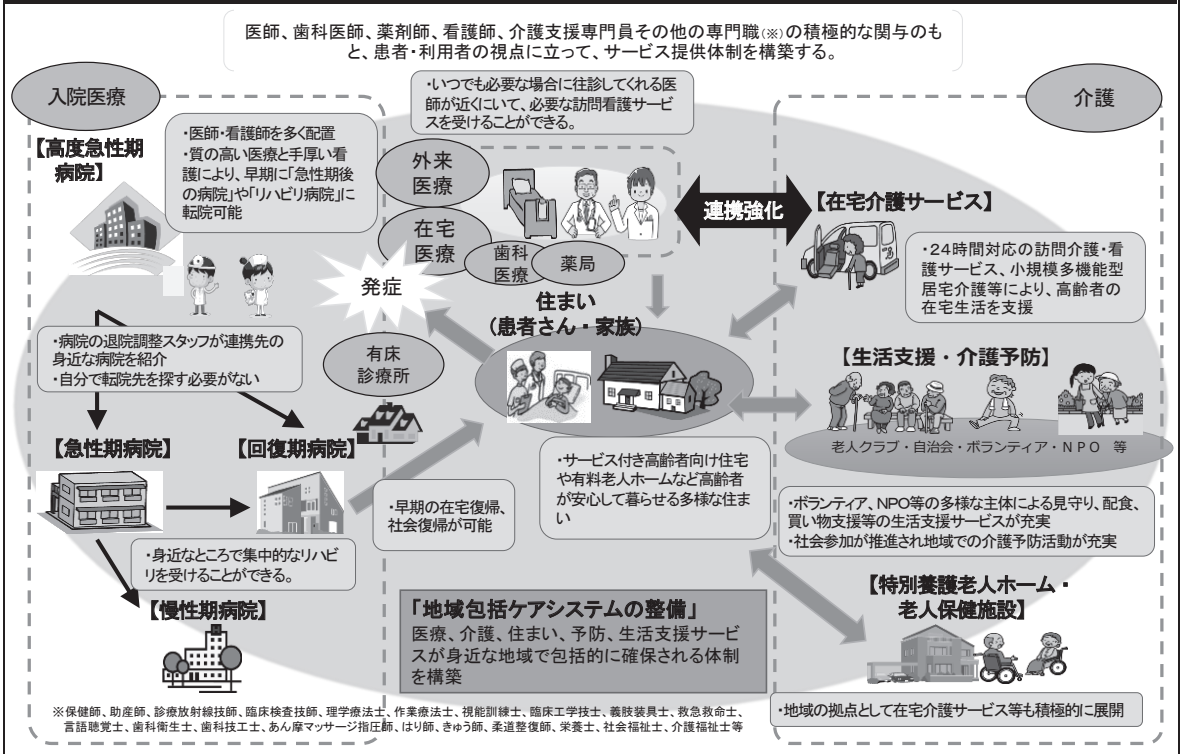
■　自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたか、あるいは受たくないかなどを記載した書面（事前指示書）をあらかじめ作成しておくことについての賛否



■　事前指示書の作成状況（事前指示書の作成に「賛成」と回答した者）



医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）



サービス提供体制からみていくと、医療と介護は両輪の関係になる。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職が積極的に関与し多職種連携をはかり、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築していくことが重要である。

第7次医療計画　在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線は、第7次医療計画で新たに追加・見直しされた指標

		退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り
ストラクチャー		退院支援担当者を配置している診療所・病院数	●	訪問診療を実施している診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
	●	退院支援を実施している診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数				
		介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	●	**訪問看護事業所数、従事者数**		**在宅療養後方支援病院**		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
		退院時共同指導を実施している診療所・病院数		小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	●	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数		
		退院後訪問指導を実施している診療所・病院数		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数				
				在宅療養支援歯科診療所数				
				訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数				
プロセス		退院支援（退院調整）を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数
		介護支援連携指導を受けた患者数		訪問歯科診療を受けた患者数			●	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）
		退院時共同指導を受けた患者数	●	**訪問看護利用者数**				**在宅死亡者数**
		退院後訪問指導を受けた患者数		訪問薬剤管理指導を受けた者の数				
				小児の訪問看護利用者数				
アウトカム								

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知　別表11

第７次医療計画における在宅医療体制構築に係る現状把握のための指標例を示す。

第７次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント

＜見直しの趣旨＞

在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。

数値目標と施策

必ず記載いただくこと（原則）

① 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、**訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標**と、その**達成に向けた施策**

可能な限り記載いただくこと

② 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、**「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」**といった機能ごと**の数値目標と、達成に向けた施策**

③ 多職種による取組を確保するための、**「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」**といった主要な職種について**の数値目標と、達成に向けた施策**

（目標設定するべき項目・指標のイメージ）

○「退院支援」　・退院支援ルールを設定している二次医療圏数
○「急変時の対応」・在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
○「看取り」　・在宅看取りを実施している診療所、病院数
○「訪問看護」　・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数　・機能強化型訪問看護ステーション数
○「訪問歯科診療」　・訪問歯科診療を実施している歯科診療所数　・在宅療養支援歯科診療所数
○「訪問薬剤管理指導」　・訪問薬剤指導を実施している事業所数

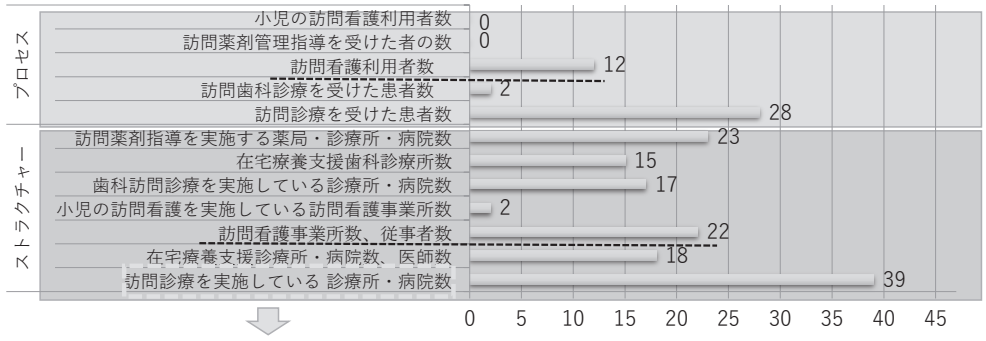
※平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知より

第７次医療計画における在宅医療の追加見直しのポイントとして具体的には、地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標とその達成に向けた施策の設定を求めている。また、可能な限り、在宅医療の提供体制に求められてる医療機能を確保するための各機能ごとの数値目標と達成に向けた施策と多職種による取組を確保するための「訪問看護」等の職種ごとの数値目標と達成に向けた施策についても記載することとしている。

第４回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG　平成30年5月23日　資料1

（4）目標項目　-日常の療養支援-

○ 全ての都道得府県が、「日常の療養支援」の目標項目を設定している。
○ 日常の療養支援の目標項目のうち、「訪問診療を実施している診療所・病院数」については、原則記載することとしているが、8都道府県で未設定となっている。



提出資料（参考資料3）において目標項目の記載がなかった都道府県：山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

※ 上記のうち、他の項目等で訪問診療の実施に関して把握しているとした都道府県
- 山形：県医師会と実施した実態調査において、在宅医療を実施する一つの医療機関における患者数は0～5人が多くを占めたため、「訪問診療を実施する医療機関を増やす取組み」に加え、「一つ医療機関における訪問診療の患者数の増加を図る取組み」を行うこととし、この2つを合わせた目標値として、「実際に訪問診療が実施されている件数の増加」を設定しているため。
- 福井：上位1割の在宅医が全体の過半数の在宅患者を診ていて、内科・外科の多くは既に在宅医療に取り組んでおり、在宅対応施設が増えても需要に応えられる見込みがないため、整備目標は設定せず、現在の在宅医の対応患者数の管理を通じて目標の達成を目指す方針としているため。
- 長野：保健医療計画策定委員（医師会理事）からの意見により保健医療計画策定委員会で協議した結果、訪問診療等の実施件数を目標として設定したもの。
- 和歌山：県ではH28年度から、「和歌山県長期総合計画」において在宅療養支援診療所と地域密着型協力病院の数の増加等を目標として設定しており、医療計画の策定においても同指標を目標として設定したところ訪問診療等の実施件数を目標値とすることとしているため。
- 佐賀：県では在支診・在支病が訪問診療を実施しているという実態があることから、訪問診療を実施している診療所・病院数については、目標値を設定していない。

医政局地域医療計画課調べ

都道府県に対し第７次医療計画における在宅医療の体制構築に係る実態調査を実施したところ、例えば、「日常の療養支援」のプロセスでは訪問看護利用者数を 12 県が、ストラクチャーでは訪問看護事業所数・従業者数を 22 県が達成すべき目標項目として設定している。

目標項目　指標例以外の記載があった目標項目

第４回在宅医療及び医療・介護連携に関するＷＧ　平成３０年５月２３日　資料１改

○ストラクチャー
・機能強化型在宅療養支援診療所又は病院のある第二次医療圏数（北海道）
・退院支援を実施している医療機関のある第二次医療圏数（北海道）
・在宅療養後方支援病院のある第二次医療圏数（北海道）
・在宅看取りを実施する医療機関のある第二次医療圏数（北海道）
・24時間体制の訪問看護ステーションのある第二次医療圏数（北海道）
・歯科訪問診療を実施している診療所のある第二次医療圏数（北海道）
・訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を実施する薬局のある第二次医療圏数（北海道）
・24時間対応訪問看護ステーションがある圏域数（岩手県）
・在宅療養支援病院がある二次医療圏数（秋田県）
・健康サポート薬局数（群馬県）
・退院調整ルールに係る退院調整漏れ率（群馬）
・強化型訪問看護ステーション数（千葉県）
・入退院支援に関わる研修受講者数（東京都）
・在宅医療を行う開業医グループへの参加医師数（富山県）
・かかりつけ医等認知症対応能力向上研修終了者数（石川県）
・認知症サポート医研修終了者数（石川県）
・看護師の特定行為指定機関の県内設置数（山梨県）
・訪問歯科衛生指導を実施している医療機関数（岐阜県）
・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（岐阜県）
・強化型訪問看護ステーション数（静岡県）
・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（静岡県）
・機能強化型在宅療養支援診療所・病院数（愛知県）
・強化型訪問看護ステーション数（愛知県）
・在宅医療支援薬局数（滋賀県）
・入退院時の病院とケアマネジャーの連携率（滋賀県）
・地域医療支援病院設置医療圏数（京都府）
・強化型訪問看護ステーションを有する圏域数（兵庫県）

都道府県において記載された目標項目のうち、指標以外の記載があった看護師に関連した項目としては、ストラクチャーにおいて、主に 24 時間体制の訪問看護ステーションや強化型訪問看護ステーションに着目したものがあった。

目標項目　指標例以外の記載があった目標項目

第４回在宅医療及び医療・介護連携に関するＷＧ　平成３０年５月２３日　資料１改

（続き）

○ストラクチャー
・地域包括ケア病床を有する圏域数（兵庫県）
・地域密着型協力病院数（和歌山県）
・在宅医療支援薬局数（和歌山県）
・患者の意思確認をするための体制（和歌山県）
・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（鳥取県）
・機能強化型訪問看護ステーション数（島根県）
・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（島根県）
・内科診療所のうち在宅療養支援診療所の数の割合（岡山県）
・病院（精神科病院を除く）のうち在宅療養支援病院の数の割合（岡山県）
・訪問看護ステーション空白地域数（広島県）
・ACPの普及啓発を実施している地域（広島県）
・地域医療介護連係情報システム整備圏域数（山口県）
・機能強化型訪問看護ステーション数（愛媛県）
・退院前カンファレンスを実施している医療機関数（高知県）
・多職種連携のための情報通信技術を導入した施設数（高知県）
・ICTシステム（カナミック）により情報を共有している患者数（佐賀県）
・医療・介護の多職種による研修会等の開催回数（佐賀県）
・地域包括ケア病床数（佐賀県）
・在宅診療設備整備事業補助件数（佐賀県）
・看取り研修を受講した介護施設延べ数（佐賀県）
・退院支援の仕組みが構築されている在宅医療圏数（長崎県）
・地域医療支援病院数（宮崎県）
・入退院調整ルール策定圏域（宮崎県）
・退院調整に関する仕組みを設けている二次医療圏数（鹿児島県）

目標項目　指標例以外の記載があった目標項目

第４回在宅医療及び医療・介護連携に関するＷＧ　平成３０年５月２３日　資料1改

（続き）

○プロセス
- いしかわ診療情報共有ネットワークの登録患者数（石川県）
- 地域で在宅チームの連携の要となる人材の養成数（京都府）
- 訪問リハ実施機関数（京都府）
- かかりつけ医のいる割合（兵庫県）
- わかやま在宅医療推進安心ネットワーク構築保健所管轄区域数（和歌山県）
- 全ての在宅医療・介護連携推進事業を実施し、地域包括ケアシステム構築に取り組む市町村数（和歌山県）
- 在宅医療の知る向上のための知識・技術を習得し、多職種連携研修を終了した薬剤師数（広島県）
- 入院時情報連携加算の取得件数（佐賀県）
- 退院患者平均在院日数（沖縄県）

○アウトカム※
- 介護が必要になっても自宅や地域で暮らし続けられると感じる県民の割合（千葉県）
- 新規認知症入院患者の2ヶ月以内退院率（石川県）
- 死亡診断加算の算定件数（奈良県）
- かかりつけ医のいる割合（和歌山県）
- 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある者の割合（和歌山県）
- 人生の最終段階で受けた医療について家族と話し合ったことがある県民（60歳以上）の割合（岡山県）
- 在宅医療を希望する県民が安心して在宅医療を受けることができる環境（佐賀県）
- 在宅医療・介護サービスを受けることができると思う人の割合（熊本県）

※　都道府県によっては「在宅ターミナルケアを受けた患者数」や「在宅死亡者数」等をアウトカムに記載しているものがあったが、指標例にプロセスとして例示されているものに関しては、別表11（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）に基づき医政局地域医療計画にて分類を行った。

在宅医療の充実に向けた取組の進め方について（H31.1.29通知）

○　昨年4月から始まった第7次医療計画における在宅医療の提供体制に係る計画や、在宅医療の充実に向けて都道府県に取り組んでいただくべきことについて議論を行い、昨年12月に「在宅医療の充実に向けた議論の整理」をとりまとめた。

○　その内容を踏まえ、本年1月に厚生労働省として、「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」を都道府県の在宅医療部局と介護担当部局に通知した。

＜都道府県が取り組んでいくべき事項＞

○第7次医療計画の改善
・訪問診療に関する数値目標、在宅医療の整備目標等の設定

○都道府県全体の体制整備
・医療政策担当部局と介護保険担当部局の連携の推進
・年間スケジュールの策定
・在宅医療の充実に向けた市町村支援

○在宅医療の取組状況の見える化（データ分析）
・在宅医療の詳細な分析（KDBシステムの活用等）
・個別医療機関や訪問看護ステーションへの調査（訪問診療、訪問看護の実施意向など）
・市町村や関係団体等との情報共有

○在宅医療への円滑な移行
・入退院支援ルールの策定、運用

○在宅医療に関する人材の確保・育成
・医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援
・多職種連携に関する会議や研修の支援

○住民への普及・啓発
・在宅医療や介護に関する普及・啓発
・人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及・啓発

医療計画の見直し等に関する検討会等において、第７次医療計画における在宅医療の提供体制に係る計画や、在宅医療の充実に向けた都道府県の取り組んでいただくべきことについての議論を行い、平成 30 年 12 月に「在宅医療の充実に向けた議論の整理」がとりまとめられた。

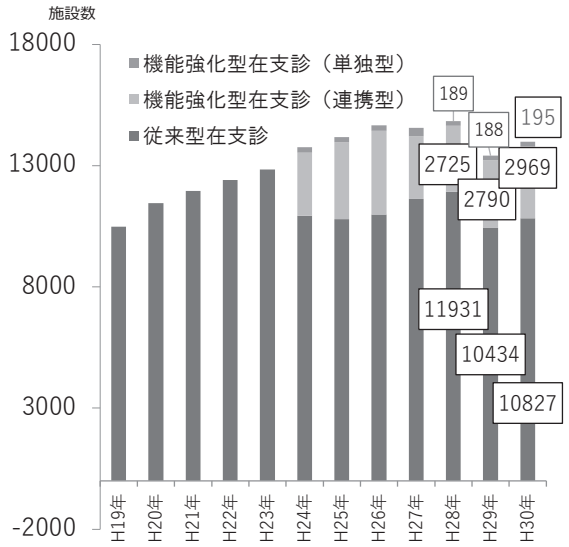
そのとりまとめを踏まえ、平成 31 年１月 29 日に都道府県の在宅医療部局及び介護担当部局宛に「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」の通知を発出し、都道府県に取り組んでいただくべき事項として、「第７次医療計画の改善」「在宅医療の取組状況の見える化（データ分析）」「在宅医療に関する人材の確保・育成」等を明示した。

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

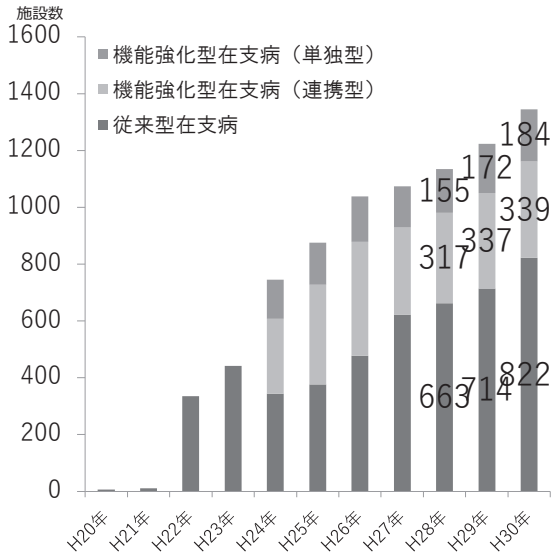
中医協　総－1
元．9．11

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。
在宅療養支援病院は、増加傾向。

＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞



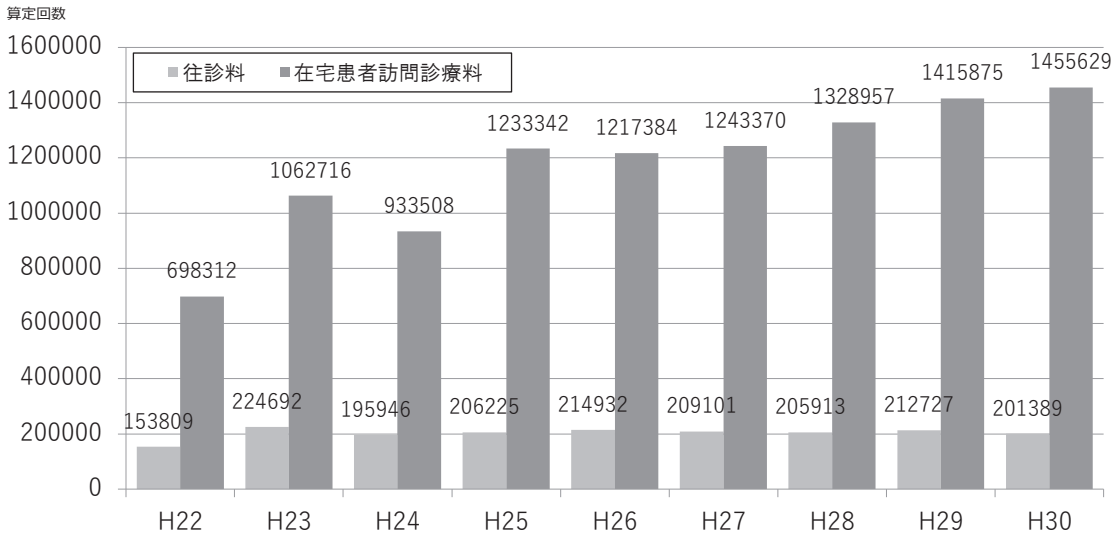
出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

在宅医療に係る点数の算定状況

中医協　総－1
元．9．11

○ 往診料の算定回数は、横ばい傾向であり、在宅患者訪問診療料の算定回数は、増加傾向。

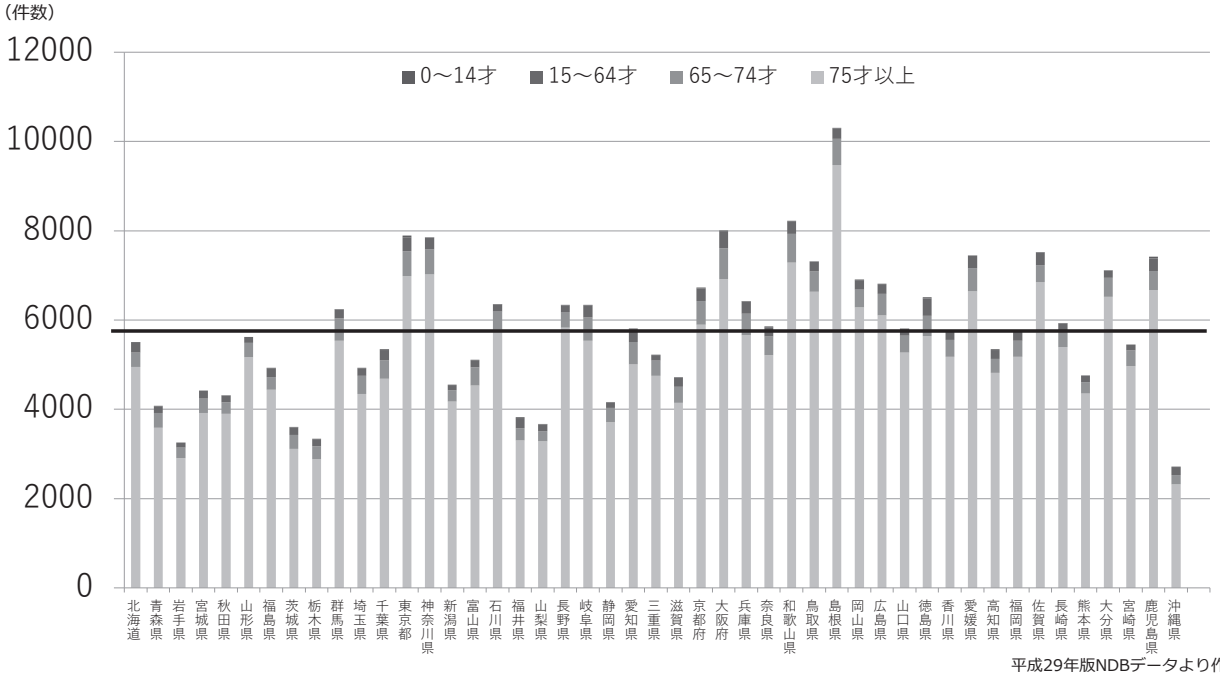
＜在宅患者訪問診療料等の算定回数＞



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

平成28年人口10万対訪問診療実施件数（都道府県別）

○　75歳以上の訪問診療実績が全体の約91.3%を占めている。
○　全体の訪問は7,810,292件と昨年度と比較し、約6.6%増加している。

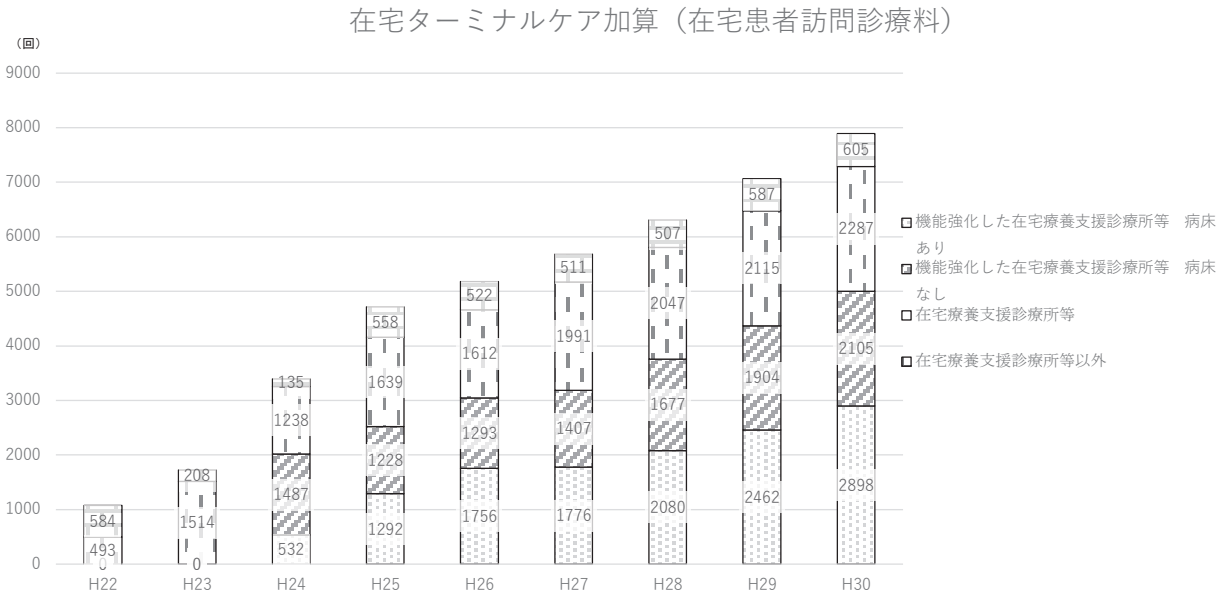


平成29年版NDBデータより作成

在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）

中医協　総－1
元．9．11

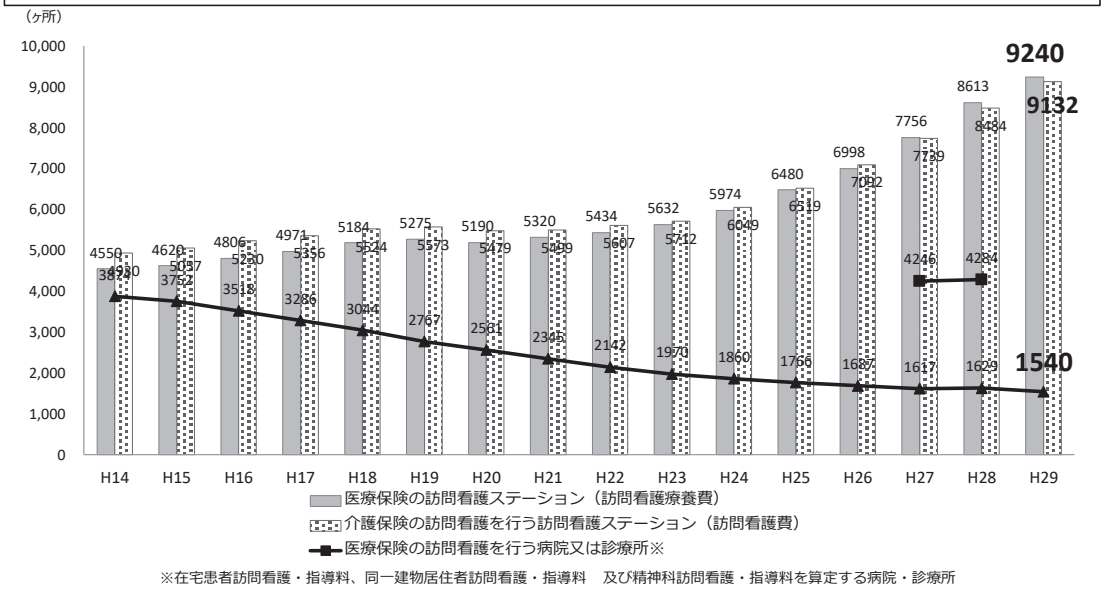
○　在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在支診等における算定回数が増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
※病院について　：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

○　訪問看護ステーションの数は、近年の増加が著しい。訪問看護を行う病院・診療所は、医療保険で実施する病院・診療所が多く、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



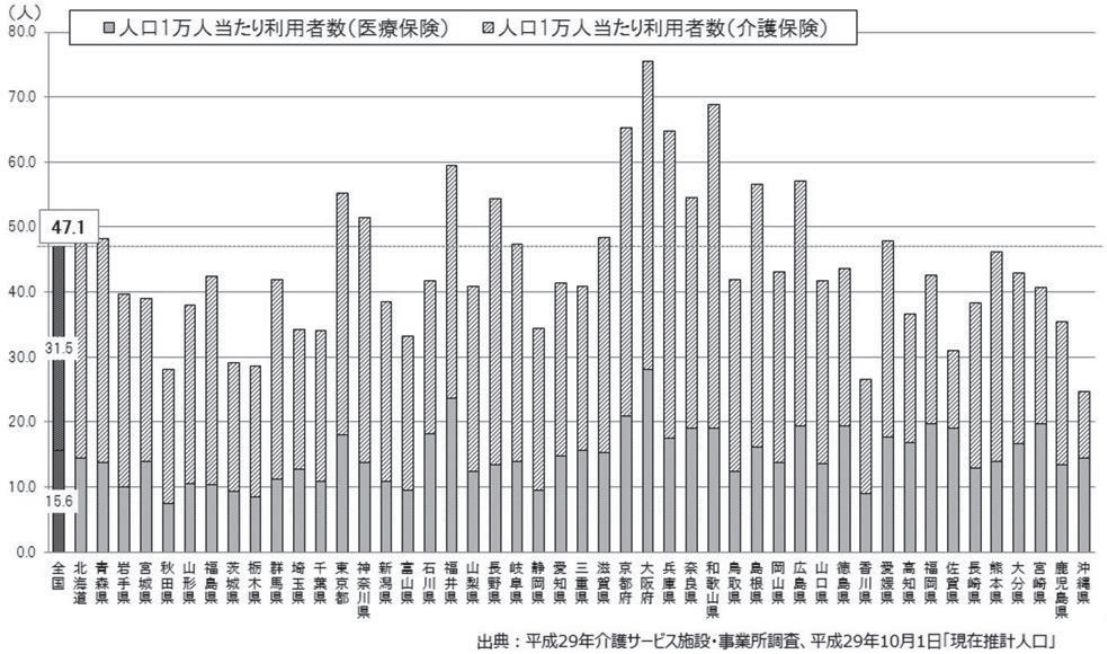
※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料　及び精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

出典：「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年５月審査分、平成29年のみ4月審査分）、NDBデータ（各年５月診療分）、「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

訪問看護ステーション数についても、増加傾向にあり、訪問看護ステーションと医療機関の訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は、近年、著しく増加している。医療機関が行う訪問看護については、医療保険で実施するところが多く、介護保険において実施するところは減少傾向である。

人口１万人対訪問看護利用者数（都道府県別）

○ 人口1万人当たりの訪問看護の利用者数は47.1人であり、介護保険の利用者は31.5人、医療保険の利用者は15.6人である。



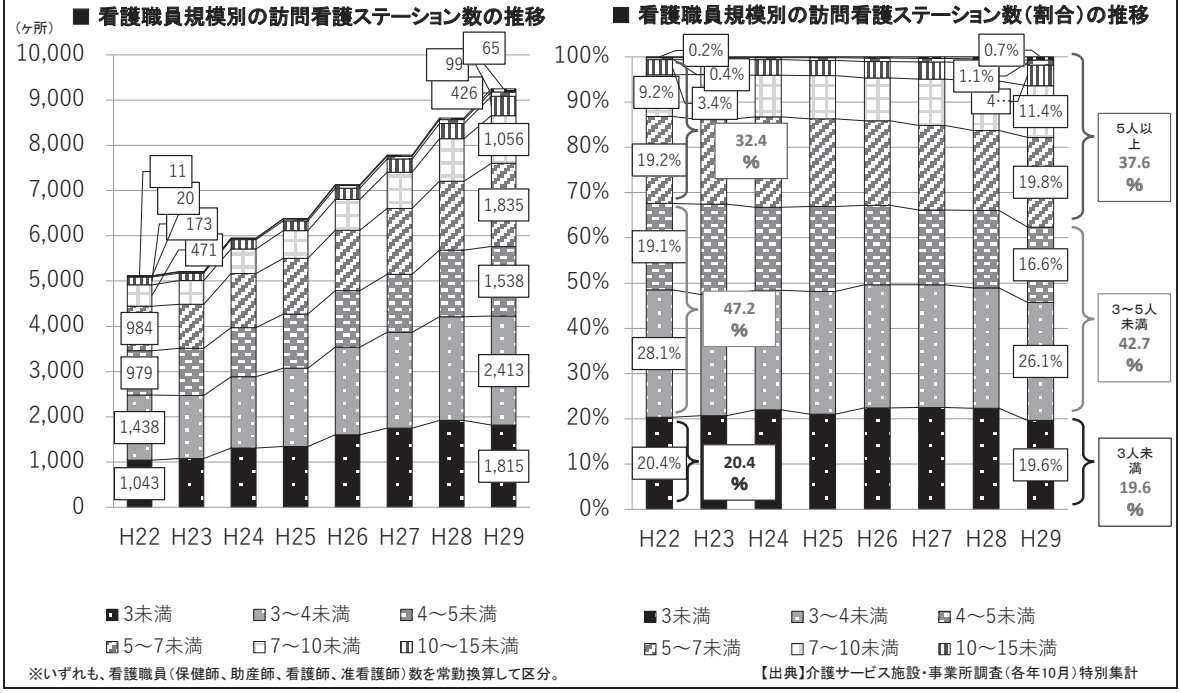
出典：平成29年介護サービス施設・事業所調査、平成29年10月1日「現在推計人口」

都道府県別にみた人口１万人あたりの訪問看護利用者は、全国平均では介護保険利用者数の方が多いが、医療保険利用者数の方が多い県も数県ある。

訪問看護ステーション数の看護職員規模別の推移

中医協　総－1
元．7．17

○ 看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション数は、5人未満が約62%、5人以上が約38%であり、看護職員数の多いステーションが増加傾向にある。



※いずれも、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）数を常勤換算して区分。

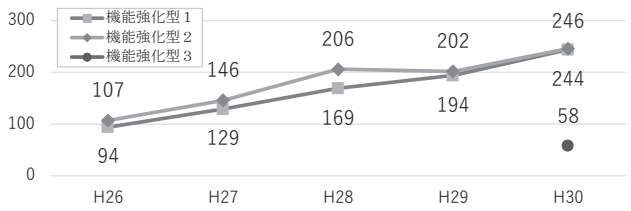
【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年10月）特別集計

訪問看護ステーション数の看護職員規模別の推移では、５人未満が約６割と依然として多いが、看護職員数の多いステーションが増加傾向にある。

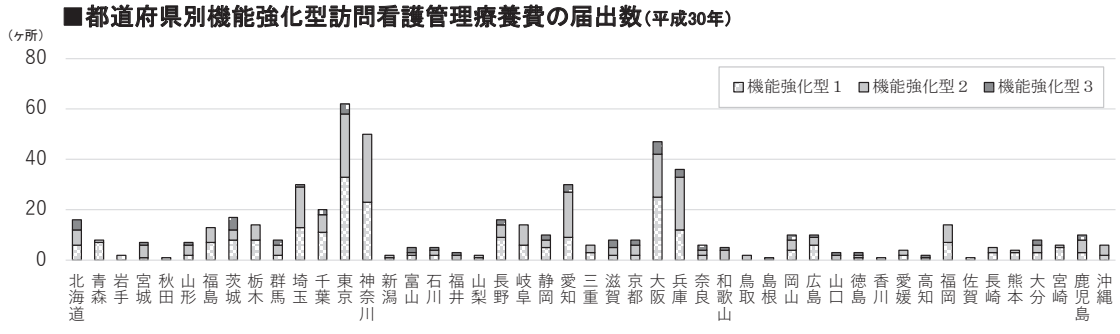
機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

中医協　総－1
元．9．11

○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成30年7月時点で機能強化型1が244事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が58事業所である。
○ 全都道府県において届出があり、特に大都市部で届出が多い傾向がある。



機能強化型訪問看護管理療養費１	244
機能強化型訪問看護管理療養費２	246
機能強化型訪問看護管理療養費３	58
計	548

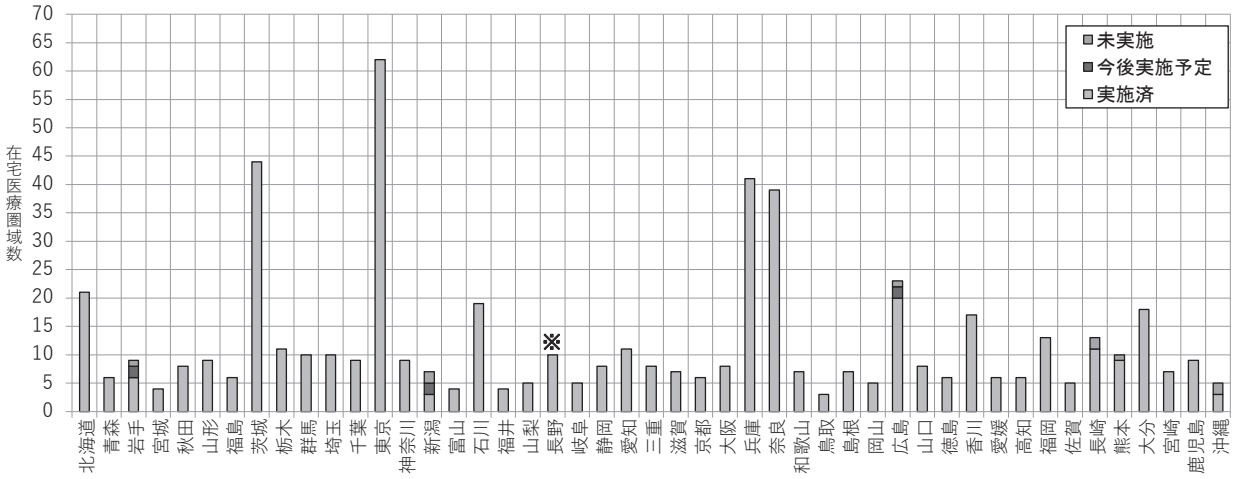


出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

24 時間対応、ターミナルケアの実施、重症度の高い患者の受入等を行う機能強化型訪問看護ステーションの届出数は増加している。全都道府県において届出はあるが、特に大都市で届出が多い傾向にある。

在宅医療に関する医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援

○　在宅医療圏域全てで実施しているのは、３８都道府県となっている。

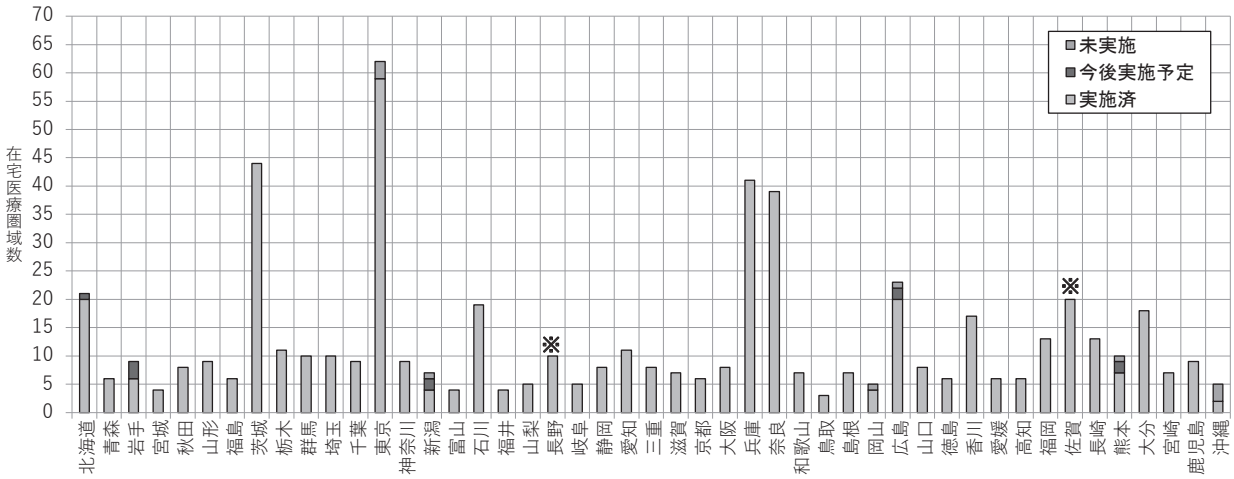


※在宅医療圏とは異なる圏域で設定
・長野県：在宅医療圏（市町村単位）ではなく、二次医療圏単位で設定

出典：厚生労働省医政局調べ

在宅医療に関する多職種連携に関する会議や研修の支援

○　在宅医療圏域全てで実施しているのは、３８都道府県となっている。



※在宅医療圏とは異なる圏域で設定
・長野県：在宅医療圏（市町村単位）ではなく、二次医療圏単位で設定
・佐賀県：在宅医療圏（二次医療圏）ではなく、市町村単位で設定

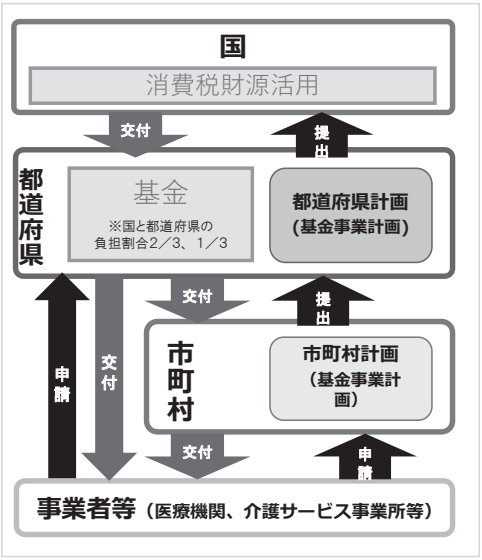
出典：厚生労働省医政局調べ

医療従事者の需給に関する検討会 第９回 看護職員需給分科会 資料
令和元年６月３日

地域医療介護総合確保基金

令和元年政府予算額：公費で1,858億円
（医療分 1,034億円、介護分 824億円）

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
○ このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○ **基金に関する基本的事項**
・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
・診療報酬・介護報酬等との役割分担

○ **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 ／ 目標と計画期間（原則1年間） ／ 事業の内容、費用の額等 ／ 事業の評価方法※2
※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用

○ **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
2 居宅等における医療の提供に関する事業
3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
4 医療従事者の確保に関する事業
5 介護従事者の確保に関する事業

地域医療介護総合確保基金は、平成 26 年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度として創設された。各都道府県に設置し、各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づいて、地域の実情に合わせた事業を実施している。

地域医療介護総合確保基金による訪問看護の推進に関する事業例（平成29年度都道府県計画）

勤務環境改善

大分県 訪問看護ステーション管理者育成事業

在宅医療の推進のためには、経営の安定化、規模の拡大を図る必要がある。訪問看護ステーションの経営安定化に向けた、訪問看護ステーションの経営安定化に向けた、管理者研修を実施。

人材確保

奈良県 訪問看護推進事業

訪問看護を担う人材の育成を図るための研修会を実施する。また、訪問看護に従事する看護職員を新たに雇用・育成する訪問看護ステーションに対する補助を行う。

滋賀県 訪問看護促進事業

学生教育における在宅看護学のプログラムへの支援等を行い、訪問看護師の人材確保・資質向上および訪問看護ステーションの機能の充実・強化を図る。

人材育成

和歌山県 地域包括ケアシステムを支える訪問看護研修及びマネジメント研修

・看護師に対する訪問看護入門研修の実施
・保健師に対する地域包括ケアシステムマネジメント研修の実施

長野県 訪問看護支援事業

在宅療養や訪問看護に携わる（予定を含む）看護職が看取りを行ううえで必要となる高度な医療処置の方法、在宅療養支援に関する先進事例等の習得並びに、医療機関・施設の看護師と訪問看護師との連携等を学ぶことにより、訪問看護師の確保・資質向上を図る。

熊本県 在宅看護に係る認定看護師等養成支援事業

在宅看護に係る認定看護師または認定看護管理者を目指す看護職員がいる医療機関に対して①、②を助成
①受講費補助：資格取得に必要な入学金、授業料、実習費及び教材費の一部を助成
②代替職員補助：資格取得期間における代替職員の人件費を助成

茨城県 在宅医療推進体制整備事業

・退院調整技術等の習得のため，医療機関が看護師を訪問看護ステーションへ出向研修させるために必要な経費に対して補助。
・退院調整手法等の標準ツールの作成・普及等。

都道府県や市町村においては、地域医療介護総合確保基金のうち在宅医療に関する事業については、特に「2 居宅等における医療の提供に関する事業」として、都道府県の計画に基づく事業への財政的な支援を行っている。ここでは平成 29 年度の都道府県の計画から、いくつかの事例を紹介する。

地域医療介護総合確保基金による訪問看護の推進に関する事業例（平成29年度都道府県計画）

基盤整備

福島県　在宅医療基盤整備事業

医科診療所、歯科診療所又は訪問看護事業所が訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護に必要な医療機器や訪問診療車の整備に必要な費用を支援する。

機能強化

宮城県　訪問看護ステーション体制強化事業

小規模訪問看護ステーションが大規模化する等，体制を強化する際に必要となる経費を支援する。

大阪府　訪問看護師確保定着支援事業

訪問看護師の定着・養成にあたって、医療機関看護師と訪問看護の相互研修や訪問看護キャリア・経験に応じた専門研修を実施するとともに、訪問看護ステーションに勤務する新人看護師を指導する看護師や産休等を取得する看護師の代替職員雇用経費を補助し、訪問看護師の質の向上と定着を図る。

連携強化

山梨県　医療機能多職種連携促進事業

地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される地域完結型医療の構築に向けて、患者が住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、チーム医療における関係職種の調整役を担う訪問看護師を養成し、多職種間の連携強化を図る。

ICT

大阪府　訪問看護ネットワーク整備による医療連携体制強化事業

他の訪問看護ステーション、介護事業所、医療機関等が訪問看護情報等のデータを記録・共有し、医療連携体制の強化をめざすICT システム等の導入を支援する。

鳥取県　訪問看護等在宅医療推進ネットワーク基盤整備

切れ目のない医療情報連携を可能とするため、モバイル端末の活用により、訪問看護等在宅医療を推進するための医療ネットワークを構築・整備する。

※H29年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199985.html
事業の内容は、事業内容の一部を記載している。

いずれの事業例も、地域の実情にあわせた訪問看護の推進に関する事業となっており、自地域の御参考にされたい。

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩

質の高い訪問看護の確保①

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制
- 利用者が地域で安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や人材確保等の訪問看護の提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応
- 小児、精神疾患を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズへの、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関との連携
- 利用者の療養生活の場が変わっても、切れ目なく支援が受けられるよう関係機関との連携の推進が必要



地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価【⑤】

- 24時間対応体制の見直し【⑧】
- 複数の実施主体による訪問看護の連携強化【⑦】
- 小児への対応【⑪】
- 精神障害を有する者への支援【⑩】
- 訪問看護指示に係る医師との連携【⑬】
- 理学療法士等の訪問看護の適正化【⑧】
- 複数名による訪問看護の見直し【⑨】
- 過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】
- 学校への情報提供の評価【③】
- 自治体への情報提供の見直し【③】
- 入院・入所時の連携の強化【②】
- 退院時の医療機関等との連携の推進【②】
- 介護職員等との連携の推進【④】



ターミナルケアの評価の見直し

また、平成 30 年度の診療報酬改定では、在宅療養者を支援する訪問看護サービスが広く評価された。

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

質の高い訪問看護の確保②

退院時の医療機関等との連携の推進

- 退院に向けた医療機関等との共同指導を推進するために、退院時共同指導の評価を充実する。
- 連携に関する評価において、特別の関係にある医療機関等と訪問看護ステーションが連携する場合も算定できるように見直す。

現行	改定後
退院時共同指導加算　6,000円 ［算定要件］ 訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。	退院時共同指導加算　**8,000円** ［算定要件］ （削除） ※ 退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算（訪問看護管理療養費）及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算（訪問看護管理療養費）の算定要件についても同様。

入院又は入所時の連携の強化

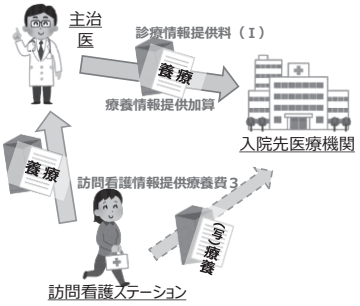
- 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

（新）　療養情報提供加算（診療情報提供料（Ⅰ））　50点

［算定要件］
保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合に加算。

（新）　訪問看護情報提供療養費3　1,500円

［算定要件］
保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。
また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。



入退院時の評価では、退院に向けた医療機関等との共同指導を推進するために退院時共同指導の評価を充実したり、入院又は入所時の連携を強化する評価を新設した。

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑫

質の高い訪問看護の確保③

自治体への情報提供の見直し

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供が効果的に実施されるよう、利用者の状態等に基づき、算定要件や対象の見直しを行う。

現行	改定後
【訪問看護情報提供療養費】 ［算定要件］ • 指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定	【訪問看護情報提供療養費１】 ［算定要件］ • **市町村等からの求めに応じて、**指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定 ［算定対象］ （１）　特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者 （２）　特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者 （３）　精神障害を有する者又はその家族等

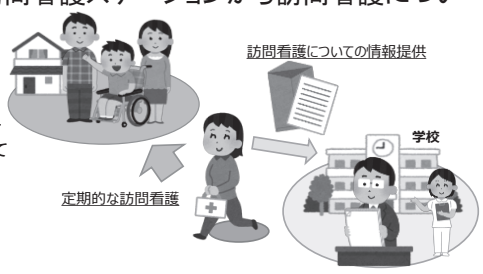
学校への情報提供に係る評価

- 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

（新）　訪問看護情報提供療養費２　1,500円

［算定要件］
小学校又は中学校等に入学や転学時等の当該学校に初めて在籍する利用者について、学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定。

［算定対象］
（1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の15歳未満の小児
（2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる15歳未満の小児
（3）15歳未満の超重症児又は準超重症児



また,訪問看護ステーションから自治体や学校への情報提供が効果的になされるよう見直し･評価された。

医療的ケア児について

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
○ 全国の医療的ケア児は約2.0万人〈推計〉［平成30年厚生労働科学研究田村班報告］



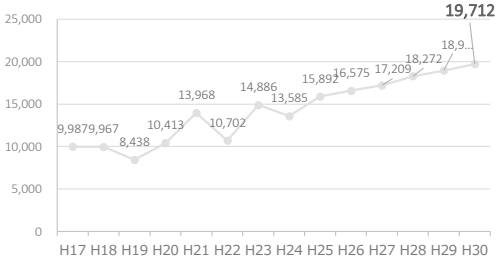


＊ 画像転用禁止

○ 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
○ 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。［岡田.2012推計値］

医療的ケア児の推計値（0～19歳）



（厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の協力のもと障害福祉課障害児・発達障害者支援室作成）

児童福祉法の改正　（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）
第五十六条の六第二項
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

NICU から退院した後も日常的に人工呼吸器や経管栄養等を使用しながら在宅で生活する医療的ケア児が年々増加している。

平成 28 年にはじめて児童福祉法に「医療的ケアが必要な障害児」について規定され、地方公共団体において、医療的ケア児が保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、各関連分野の連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めることとされた。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定

医療的ケア児者に対する支援の充実



【障害児向けサービス】
- **児童発達支援**
- **放課後等デイサービス**
- **福祉型障害児入所施設**
- **居宅訪問型児童発達支援【新サービス】**



- **看護職員加配加算の創設**
  一定の基準を満たす医療的ケア児を受け入れるために看護職員を加配している場合に、新たな加算として評価する。
- **医療連携体制加算の拡充**（通所支援のみ）
  医療的ケア児の支援のため、外部の看護職員が事業所を訪問して障害児に対して長時間の支援を行った場合等について、新たに評価する。
- **居宅訪問型児童発達支援の創設【新サービス】**
  医療的ケア児等であって、障害児通所支援を利用するために外出することが著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を行う。
- **送迎加算の拡充**
  送迎において喀痰吸引等の医療的ケアが必要な場合があることを踏まえ、手厚い人員配置体制で送迎を行う場合を評価する。

【夜間対応・レスパイト等】
- **短期入所**



- **福祉型強化短期入所サービス費の創設**
  医療的ケアが必要な障害児者の受入れを支援するため、短期入所の新たな報酬区分として「福祉型強化短期入所サービス費」を創設し、看護職員を常勤で１人以上配置すること等を評価する。

【障害者向けサービス】
- **生活介護**



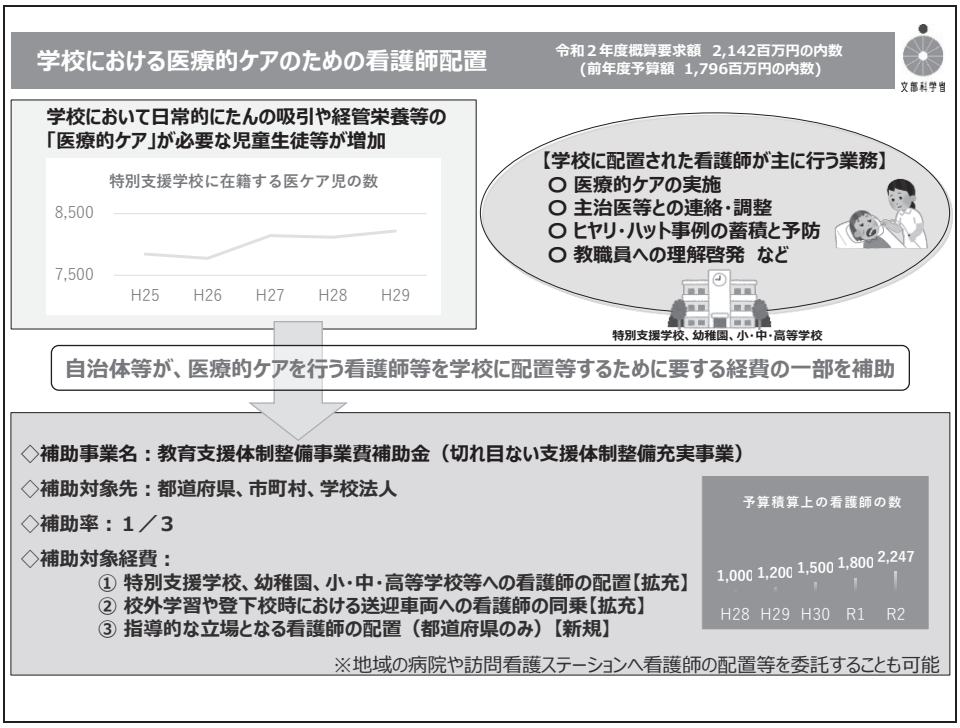
- **常勤看護職員等配置加算の拡充**
  医療的ケア者を受け入れるために看護職員を２名以上配置している場合を評価する。

【支援の総合調整】
- **計画相談支援**
- **障害児相談支援**

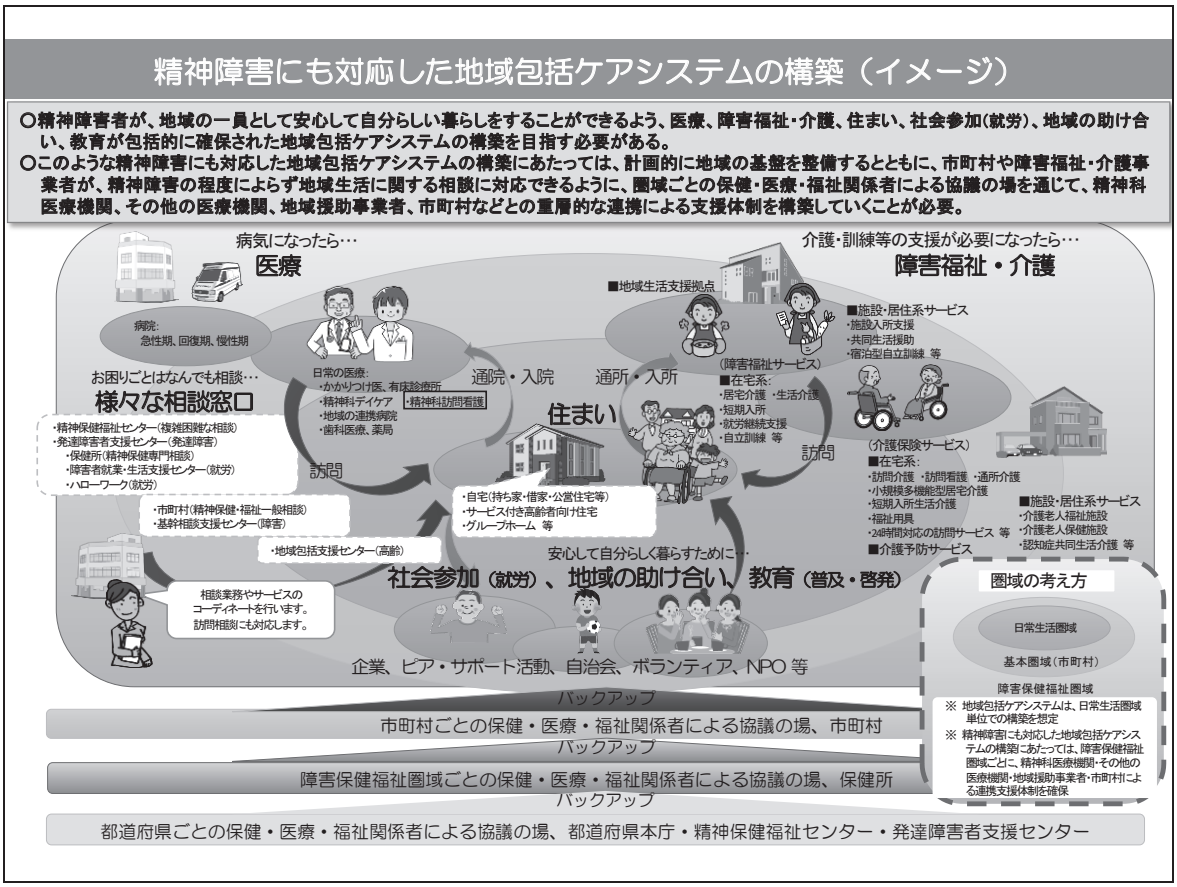


- **要医療児者支援体制加算の創設**
  医療的ケアを必要とする児者等、より高い専門性が求められる利用者を支援する体制を有している場合を評価する。
- **医療・保育・教育機関等連携加算の創設**
  医療機関、保育機関等と必要な協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合に、新たな加算として評価する。

障害福祉サービスにおいても、医療的ケア児に対する支援の充実を図っており、障害児の通所（児童発達支援、放課後等デイサービス）事業所と訪問看護ステーションが契約し、通所の医療的ケア児に対して看護等を提供することができる加算を設けている。



学校で医療的ケアが必要な児童等が増加していることを受けて、文部科学省では、自治体等が医療的ケアを行う看護師等を学校に配置等するために要する経費の一部を補助する事業を実施している。学校に配置された看護師は、医療的ケアの実施、主治医等との連絡・調整、ヒヤリ・ハット事例の蓄積と予防、教職員への理解啓発等の業務を行う。



平成 29 年２月にまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指していくことが示された。精神障害者が、地域生活を送る上で、訪問看護が果たす役割は大きいと考えられる。

在宅医療にかかる地域別データ集の概要

1. 概要
e-statや診療報酬上の届出情報などの在宅医療に関する公開可能な統計情報について、1,741の基礎自治体別に再集計した上で、1つのExcelファイルに集約したもの。

2. 収載しているデータについて
・一般診療所数
・訪問診療を実施する診療所数
・在宅療養支援診療所・病院の届出数
・訪問看護ステーション、小規模多機能型居宅介護事業所の数
・死亡の場所別にみた死亡数の割合　等

（データのイメージ）

			人口	うち65歳以上	在宅療養支援病院	うち機能強化型（単独）	うち機能強化型（連携）	うち従来型	在宅療養支援診療所	うち機能強化型（単独）	うち機能強化型（連携）	うち従来型	訪問診療を実施する診療所数	うち在支診	うち在支診以外	診療所による訪問診療の実施件数	うち在支診によるもの	うち在支診以外によるもの	看取りを実施する診療所数	うち在支診	うち在支診以外	診療所による看取りの実施件数	うち在支診によるもの	うち在支診以外によるもの	訪問看護ステーション	訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）	小規模多機能型居宅介護事業所	複合型サービス事業所	自宅死の割合	老人ホーム死の割合
（全国計または平均）			126,434,634	31,582,416	928	157	390	381	14,397	187	3,415	10,795	20,597	10,702	9,895	948,728	817,890	130,838	4,312	3,042	1,270	8,167	6,412	1,755	7,903	33,044	4,630	164	12.8	5.8
	市区町村	区分	（人）	（人）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（施設）	（件）	（件）	（件）	（施設）	（施設）	（施設）	（件）	（件）	（件）	（施設）	（人）	（施設）	（施設）	（%）	（%）
北海道	札幌市	市	1,921,070	437,987	20	1	8	11	149	2	41	106	166	108	58	17,709	17,020	689	33	32	1	64	63	1	146	627	105	14	10.8	2.1
北海道	函館市	市	273,712	81,442	2	1	1	0	22	0	7	15	43	16	27	2,582	1,880	702	5	4	1	10	9	1	18	77	15	3	9.4	4.5
北海道	小樽市	市	126,781	43,669	3	0	1	2	16	0	9	7	20	13	7	1,287	1,168	119	1	1	0	3	3	0	9	25	6	1	10.1	2.3
北海道	旭川市	市	348,378	98,538	7	0	2	5	33	2	5	26	33	23	10	2,491	2,369	122	10	10	0	25	25	0	29	142	15	0	8.5	4.0
北海道	室蘭市	市	90,996	29,526	0	0	0	0	1	1	0	0	5	1	4	327	277	50	2	1	1	4	3	1	5	24	4	0	8.9	3.2
北海道	釧路市	市	179,754	49,686	1	0	1	0	2	0	1	1	11	2	9	370	204	166	2	2	0	5	5	0	13	59	15	0	9.0	0.8
北海道	帯広市	市	168,614	41,309	2	0	0	2	3	0	0	3	12	3	9	402	193	209	2	0	2	2	0	2	11	38	10	0	9.9	2.2
北海道	北見市	市	123,074	34,233	0	0	0	0	6	0	2	4	6	4	2	594	390	204	3	1	2	12	8	4	9	46	13	1	13.0	7.4
北海道	夕張市	市	9,774	4,540	0	0	0	0	1	0	1	0	3	1	2	119	83	36	1	1	0	2	2	0	1	3	0	0	14.7	11.7
北海道	岩見沢市	市	87,161	26,245	0	0	0	0	11	0	5	6	13	8	5	521	475	46	3	3	0	3	3	0	6	24	1	0	9.8	4.2
北海道	網走市	市	38,068	10,057	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	18	3	0	7.2	0
北海道	留萌市	市	23,362	7,224	1	0	0	1	2	0	0	2	4	2	2	384	54	330	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	4.4	0

3. データの掲載場所 （厚生労働省ホームページ内）
ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 在宅医療の推進について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html

厚生労働省においても在宅医療に関する種々のデータを提供しているが、在宅医療に係る地域別のデータを縦覧できるよう、平成 28 年度からデータ提供を行っている。こうしたデータの活用し、地域の資源等を把握することも可能である。

（リーフレット）在宅医療をご存じですか？

○　高齢者等に対し、今後必要となる可能性のある在宅医療に関する情報を届けるため、在宅医療提供者、学術関係者及び行政を構成員とする全国在宅医療会議の協力の下、在宅医療に関する普及・啓発リーフレットを作成。

○　各地域における資源（具体的な介護サービスの内容等）の情報等を必要に応じ、適宜、編集の上、用途に合った印刷サイズでの利用が可能。

【厚生労働省ホームページ掲載先】
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000502712.pptx



訪問看護をはじめ、在宅医療に関する情報を高齢者等に知っていただくため、在宅医療に関する普及・啓発リーフレットを作成している。厚生労働省ホームページにおいて、各地域における介護サービス等の情報を追記するなどの編集が可能な形式で掲載しており、積極的な活用をお願いしている。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

関連 Web サイト等

関連 Web サイト： 厚生労働省
サ　イ　ト 名： 平成 30 年版厚生労働白書 ー障害や病気などと向き合い、全ての人が活躍できる社会にー（本文）
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/18/

サ　イ　ト 名： 医療と介護の一体的な改革（地域医療介護総合確保基金等）
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html

サ　イ　ト 名： 医療計画
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/iryou_keikaku/index.html

サ　イ　ト 名： 介護保険制度の概要
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

サ　イ　ト 名： 医療保険
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/index.html

サ　イ　ト 名： 在宅医療の推進について
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
お勧めの理由： 在宅医療に関連する統計調査等のデータについて、基礎自治体別に再集計し、集約したデータ集や在宅医療に関する普及・啓発リーフレット、在宅医療・救急医療連セミナー報告書等を掲載しています。

サ　イ　ト 名： 自らが望む人生の最終段階における医療・ケア
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html

サ　イ　ト 名：「人生会議」してみませんか
U　　R　　L： https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
お勧めの理由：「人生会議」に関するリーフレットやパンフレットを掲載するとともに、人生会議学習サイトにリンクしています。

サ　イ　ト　名：看護職員確保対策
U　　R　　L：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095525.html
お勧めの理由：看護職員確保に関する主な施策、需給見通しにかかる「医療従事者の需給に関する検討会　看護職員需給分科会」における検討状況などのデータ・資料等を掲載するとともに、看護職の多様なキャリアと働き方応援サイトにリンクする等しています。

サ　イ　ト　名：医療的ケア児等とその家族に対する支援施策
U　　R　　L：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/index_00004.html

サ　イ　ト　名：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
U　　R　　L：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html

総論2 在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際

神奈川県健康医療局保健医療部医療課課長代理
茂木　光代

到達目標

在宅医療・介護における行政の役割を知り、行政と訪問看護との連携の必要性を理解する。
地域における訪問看護の量的・質的確保に関する課題や解決策について行政と連携する必要性を理解できる。
地域における最新状況や情報の収集方法、窓口等を知ることができる。

内容

・在宅医療・介護における行政の役割
・地域における訪問看護の量的・質的確保に関する課題整理と解決について行政と訪問看護が連携する必要性・実際
・在宅医療・介護のために地域で行っている会議の種類及び役割
・地域における最新状況や情報の収集方法、窓口等
・地域における訪問看護、在宅医療に係る事業（地域医療介護総合確保基金等）

上記について、自地域の課題をどのように把握して事業化したかについて、流れの中で具体的に説明する。

在宅医療・介護における行政と訪問看護の連携の実際

神奈川県健康医療局保健医療部医療課　課長代理
茂木　光代

Summary

1．神奈川県の人口構造
2．保健医療計画と地域医療構想
3．在宅医療・介護における行政の役割
4．行政と訪問看護の連携

1．神奈川県の人口構造

神奈川県の人口と市町村

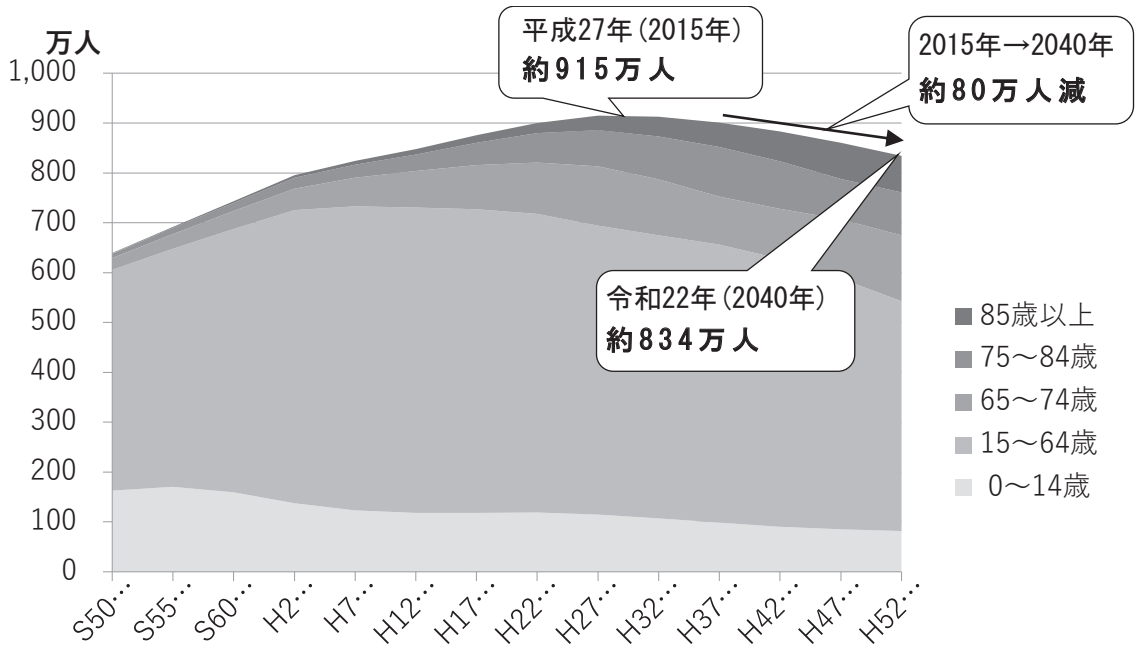
☆県内に **3 3** 市町村
（市１９,町１３,村１）
☆都道府県で唯一、
県内に３つの政令指定都市
（横浜市,川崎市,相模原市）

☆人口約915万人(全国２位)
☆人口規模はスウェーデン
１国に匹敵。



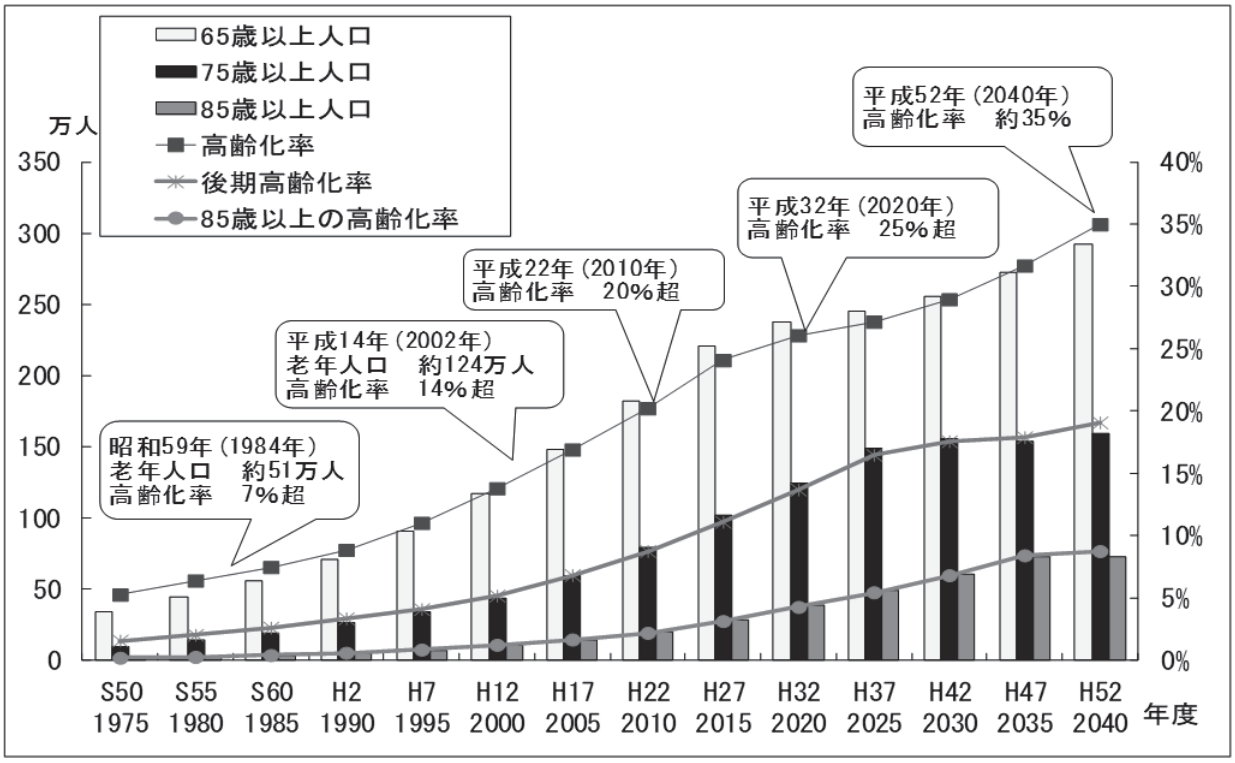
神奈川県には 33 の市町村がある（市 19,町 13,村１）
都道府県で唯一、県内に３つの政令指定都市を持つ（横浜市,川崎市,相模原市）
平成 27 年の人口は約 915 万人で全国２位、この人口規模はスウェーデン１国に匹敵する。

神奈川県における総人口の推移



注1　平成22年度までは、国勢調査による。
　2　平成27年度以降は、国立社会保障・人口問題研究所による推計。（本県も独自に推計を行っているが、他県との比較等を可能にするため、国立社会保障・人口問題研究所の推計を使用。）

神奈川県における高齢化の推移①

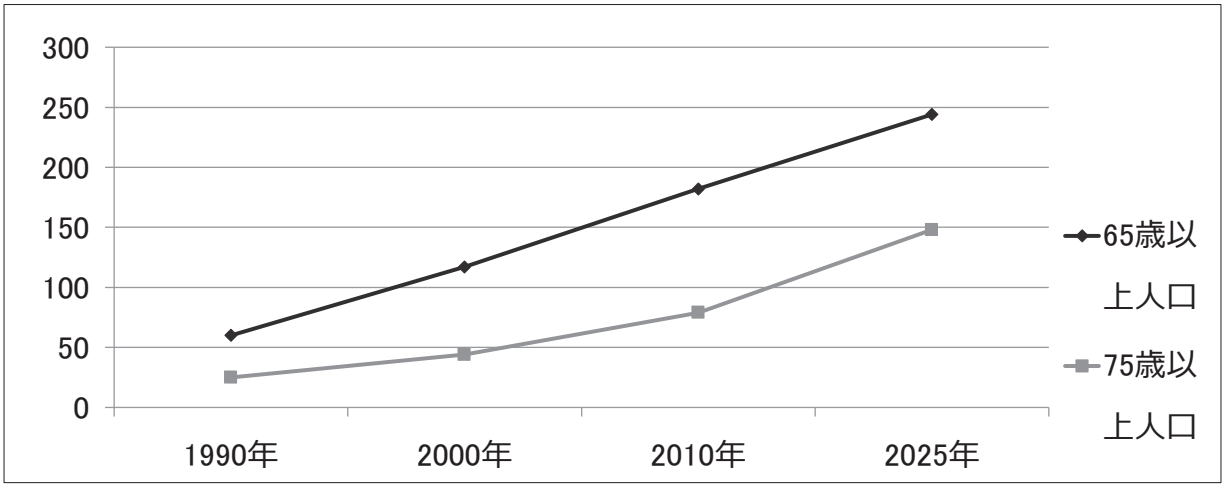


注１　平成22年度までは、国勢調査　注２　平成27年度以降は、国立社会保障・人口問題研究所による推計

神奈川県における高齢化の推移②

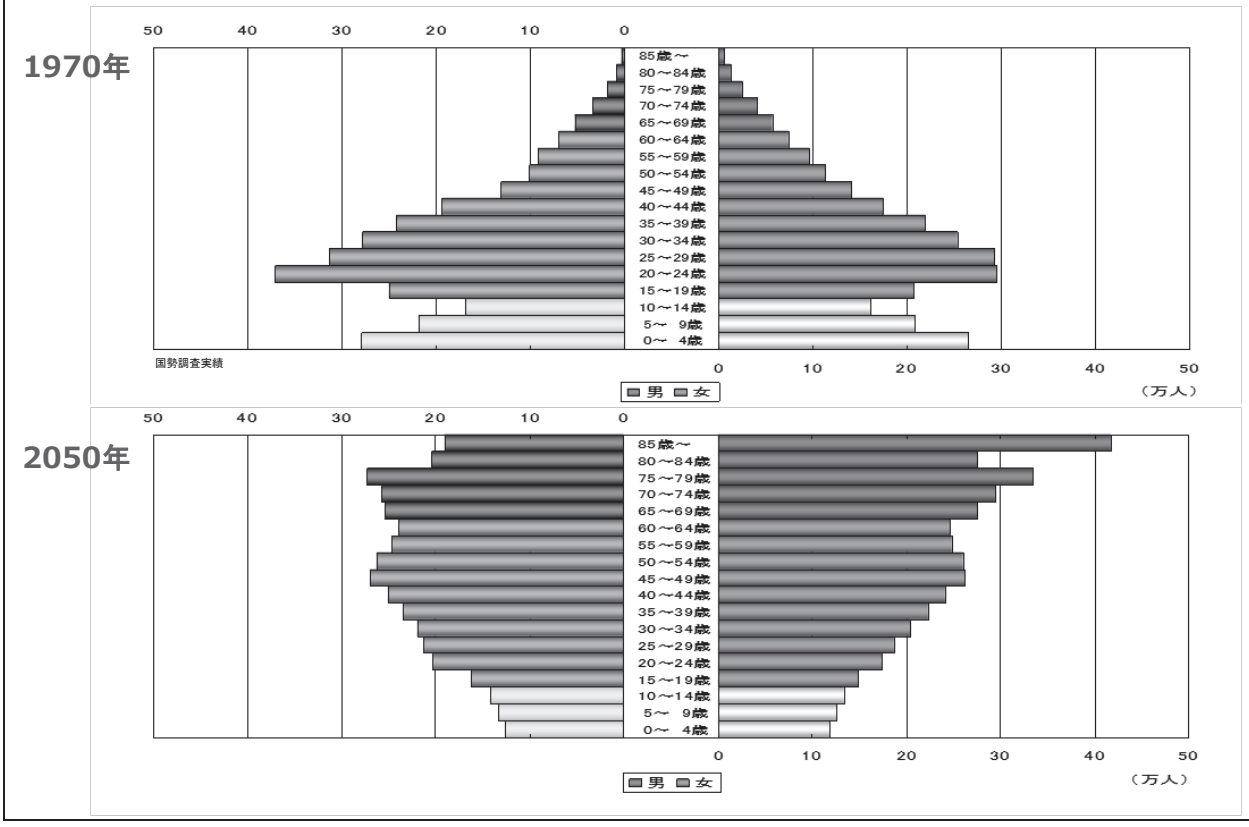
本県における高齢者の増加率は、2010年から2025年にかけての伸び率を見ると、全国平均を上回っており、今後、急速に高齢化が進展する。

◆65歳以上人口：1.35倍（全国平均：1.24倍）(全国３位)
◆75歳以上人口：1.87倍（全国平均：1.53倍）(全国３位)



注１　平成22年度までは、国勢調査　注２　平成27年度以降は、国立社会保障・人口問題研究所による推計

逆転する人口構造



神奈川県の医療資源の状況①

• 人口規模が大きいので、医療機関や医師・看護師等の総数（絶対数）は多い

◆人口：約915万人（全国２位）

◆病院の施設数（総数）：342病院（全国６位）

◆病院病床数（総数）：74,119床（全国５位）（精神病床等含む）

◆医療施設従事医師数(総数)：18,349人(全国３位)

◆就業看護師数（総数）：62,794人（全国３位）

神奈川県の医療資源の状況②

• しかし、人口10万人あたりの医療資源で見ると・・・

◆病院の施設数（人口10万人あたり）：3.8病院（全国47位）

◆病院病床数（人口10万人あたり）（精神病床等含む）：814.9床（全国47位）

◆医療施設従事医師数(人口10万人あたり)：205.4人（全国39位）

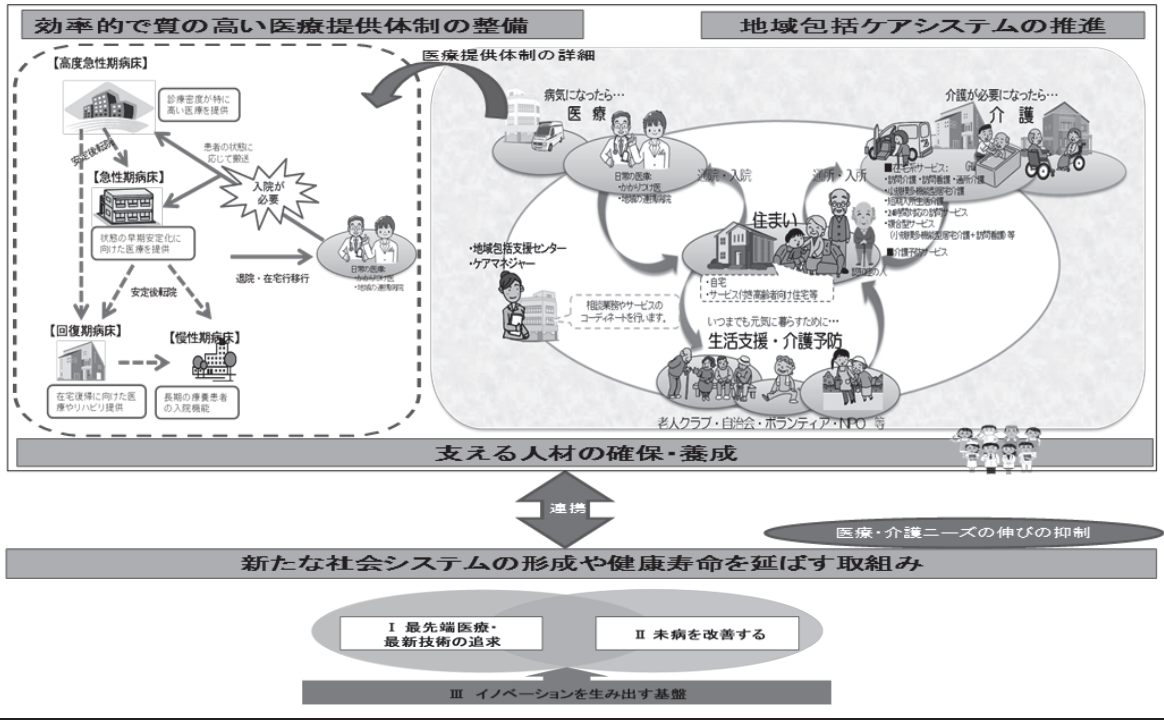
◆就業看護師数（人口10万人あたり）：738.4人（全国45位）

今後の急速な高齢化率の増加に伴い、県内の医療人材の増員を進めていかなければならない。

2．保健医療計画と地域医療構想

神奈川の将来のめざすすがた

誰もが元気でいきいきと暮らしながら、必要なときに身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる神奈川



神奈川県保健医療計画・地域医療構想

- **昭和60年　第１次保健医療計画スタート**
- ※1 **第６次保健医療計画（平成25年度～平成29年度）**
- ※2 **第７次保健医療計画（平成30年度～平成35年度）**

※１神奈川県地域医療構想策定
（平成28年10月）医療計画の一部

※２改定の視点
1 「神奈川県地域医療構想」の推進
2 県の高齢者保健福祉計画、市町村の介護保険事業計画との整合。
地域包括ケアの推進。
3 本県独自の政策
「ヘルスケア・ニューフロンティア」の推進

かながわグランドデザイン第３期（2019～2022）

2025年
「いのち輝くマグネット神奈川」の実現

柱Ⅰ　健康長寿
①未病
②医療⇒人材育成･確保
③高齢者福祉
④障がい者福祉

柱Ⅱ：経済エンジン
柱Ⅲ：安全･安心
柱Ⅳ：ひとのチカラ･･･女性、子ども、教育、スポーツ、雇用
柱Ⅴ：まちづくり

在宅医療に携わる看護職員の養成数（県内の訪問看護ステーショ ンに従事する看護職員数（総数）の増員
（2018年3,161人⇒2022年4,161人）

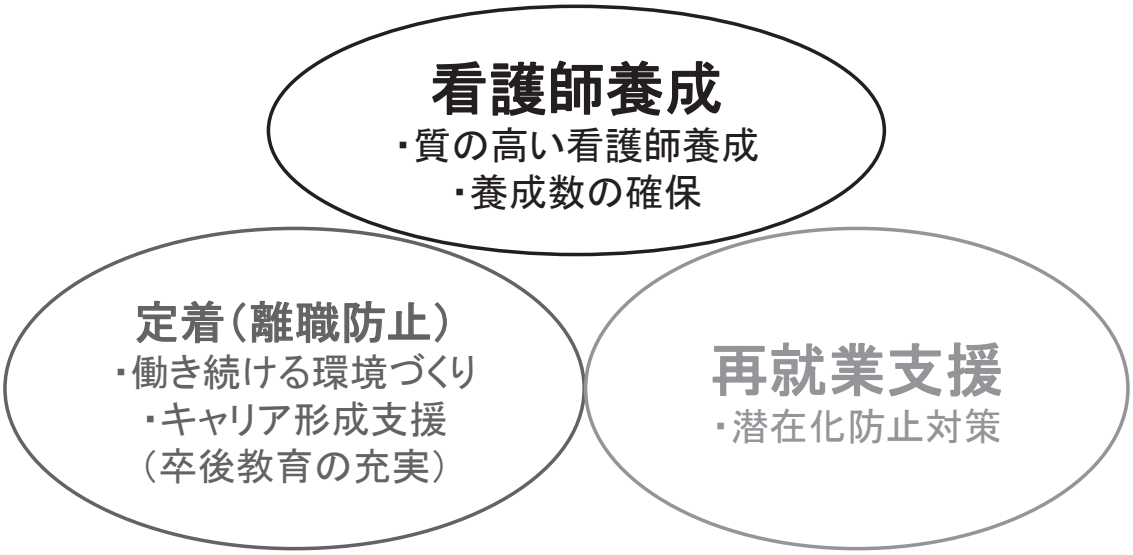


かながわグランドデザインとは、確実に到来する超高齢社会などへの十分な対応を図るとともに、東日本大震災及び福島第一原子力発電所の事故に起因する社会環境の変化への対応を行うため、2025 年を展望し,「『いのち輝くマグネット神奈川』を実現する」を基本理念に掲げ、神奈川の将来像や政策の基本方向をまとめたもの。県の政策の全体像を総合的・包括的に示す「主要施策」などをまとめた「主要施策・計画推進編」と、喫緊の課題に対応するため先進性や発展性などをもった重点施策を分野横断的にとりまとめ、ねらいや具体的な取組みなどを示した「プロジェクト編」で構成されている。

グランドデザイン第３期では、医療の人材育成・確保の目標値として、訪問看護に従事する看護職員の増員をあげている。

3．在宅医療・介護における行政の役割

神奈川県の看護行政の3つの柱



令和元年度　看護関連予算　20億8000万円

神奈川県保健福祉関連の局の変遷

◆都道府県の看護行政の担当課
→神奈川県健康医療局保健医療部医療課　人材確保グループ

◆1979(昭和54)年　衛生部医療整備課看護指導グループ
◆2005(平成17)年　保健福祉部地域保健福祉課
※福祉部・衛生部の部局再編
「保健・医療・福祉の一体化」
◆2010(平成22)年　保健福祉局地域保健福祉部保健福祉人材課
◆2013(平成25)年　保健福祉局保健医療部保健人材課
◆2018(平成30)年　健康医療局　医療と福祉を分局
◆2019(令和 元)年　6月　医療課と統合

看護師4名

医療課人材確保グループ分掌業務
（看護に関することの抜粋）

1　保健師助産師看護師法の施行に関すること。
2　看護師等の人材確保の促進に関する法律の施行に関すること。
3　准看護師試験の実施に関すること。
4　助産師、看護師等の養成並びに指導及び再教育に関すること。
5　看護師養成所等の指定、監督等に関すること。
6　公立大学法人　県立保健福祉大学の運営指導に関すること。
7　県立看護師養成所に関すること。

※保健師の指導及び再教育に関すること（健康増進課）

4．行政と訪問看護の連携

神奈川県における課題

【県としての継続した課題】
・訪問看護分野も含め、県内の看護職員の確保
　→訪問看護推進協議会・作業部会で検討
【訪問看護分野の課題】
・医療圏共通の課題として、
　①訪問看護師への教育体制の構築・支援
　　→H28～　教育支援ステーション事業
　②訪問看護の認知度向上
　③訪問看護の活用(訪問看護導入のめやすの見える化)
　④県内の訪問看護に関する研修や情報を集約
　→訪問看護推進協議会・作業部会
　　訪問看護講師人材養成研修会受講者と検討

訪問看護推進支援事業（神奈川県）

（目　的）

施設医療から在宅医療への転換が促進される中、地域で在宅医療を支える体制を整備するとともに、多様化する訪問看護のニーズに対応できる看護職員を育成する。

1　**訪問看護推進協議会**

訪問看護推進事業の企画・調整及び訪問看護に関する実態調査を実施

2　**在宅医療の進展に対応する人材育成（委託事業）**

・訪問看護導入研修　　・訪問看護師養成講習会

・訪問看護管理者研修　　・訪問看護STと医療機関等の看護職員相互研修

3　**在宅医療の進展に対応する体制整備（補助事業）**

・訪問看護ステーション研修事業費補助事業

（教育支援ステーション事業、特定行為研修受講促進事業）

訪問看護推進支援事業は平成 17 年度から継続して実施している**県の独自**事業
訪問看護に従事する看護職員の増加は,かねてから県の課題であるため,各種研修事業を実施ししている。

訪問看護推進協議会

■ 推進協議会と作業部会に分かれている

・推進協議会の構成員

医師会、病院協会、県看護協会、有識者
県訪問看護ステーション協議会
保健所政令市・県域保健福祉事務所

・作業部会の構成員（現在）

県看護協会（地域看護課、看護協会立訪問看護ステーション）
県訪問看護ステーション協議会(2名)
有識者、招聘委員
保健福祉事務所代表、医療課長代理、事務局

■ 赤字＝H28～30年度本研修受講者

訪問看護に関する調査を実質的に行っているのは作業部会委員である。作業部会委員７名のうち、本研修の受講者は４名、事務局を含めると５名

神奈川県における課題

【県としての継続した課題】
・訪問看護分野も含め、県内の看護職員の確保
　→訪問看護推進協議会・作業部会で検討
【訪問看護分野の課題】
・医療圏共通の課題として、
　①訪問看護師への教育体制の構築・支援
　　→H28～　教育支援ステーション事業
　②訪問看護の認知度向上
　③訪問看護の活用(訪問看護導入のめやすの見える化)
　④県内の訪問看護に関する研修や情報を集約
　→訪問看護推進協議会・作業部会
　　訪問看護講師人材養成研修会受講者と検討

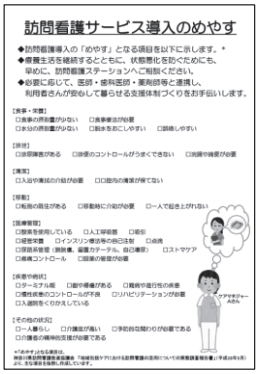
研修受講者と行政の連携

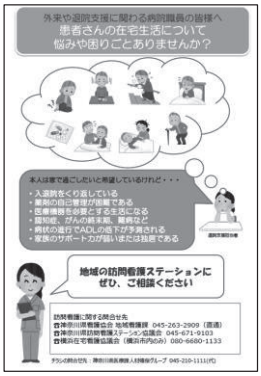
■ 訪問看護の課題②③への対策

・平成27～28年度実態調査「地域包括ケアにおける訪問看護の活用についての実態調査(その1･その2)」において、訪問看護に対する認知度の向上と活用促進へ取り組む必要性が示唆された。

→「訪問看護普及啓発活動」(H29～)









訪問看護推進協議会の調査において、訪問看護に対する認知度向上と活用促進が課題としてあげられ、訪問看護普及啓発活動として、平成 29 年度はケアマネジャー向けのチラシを作成した。平成 30 年度には医療機関で在宅との連携に関わる職員向けと一般向けのチラシを作成し、関係機関に配布するとともに、作業部会委員を中心に地域での普及啓発活動を実施した。

神奈川県における課題

【県としての継続した課題】
・訪問看護分野も含め、県内の看護職員の確保
　→訪問看護推進協議会・作業部会で検討
【訪問看護分野の課題】
・医療圏共通の課題として、
　①訪問看護師への教育体制の構築・支援
　　→H28～　教育支援ステーション事業
　②訪問看護の認知度向上
　③訪問看護の活用（訪問看護導入のめやすの見える化）
　④県内の訪問看護に関する研修や情報を集約
　→訪問看護推進協議会・作業部会
　　訪問看護講師人材養成研修会受講者と検討

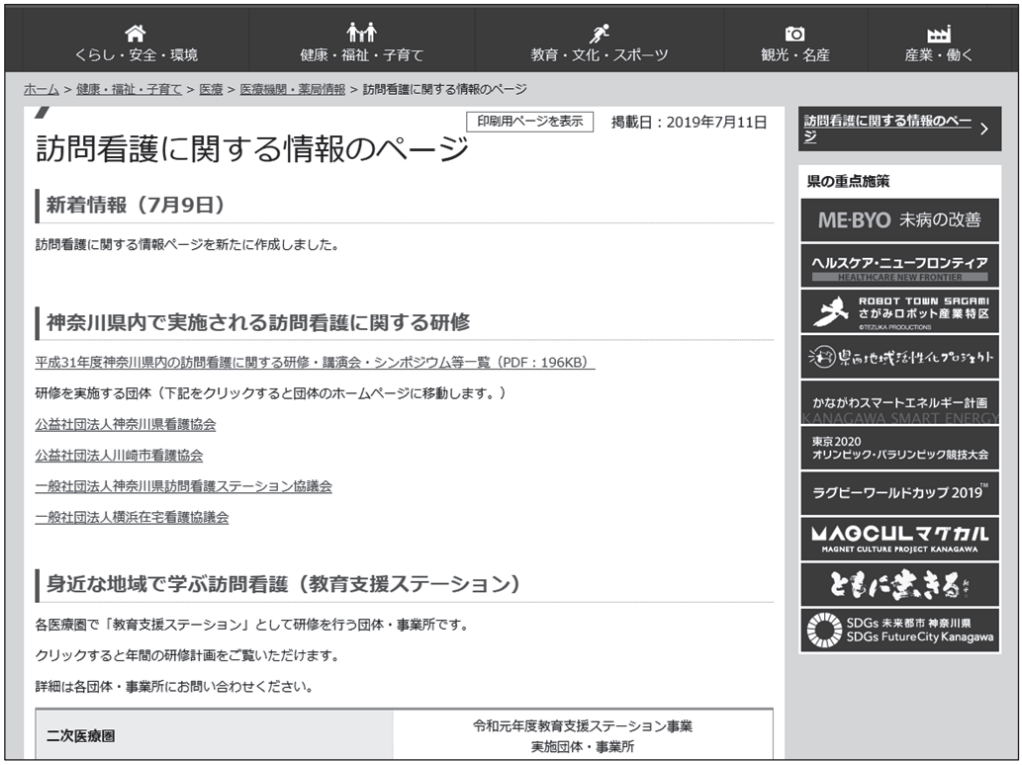
研修受講者と行政の連携②

■ 訪問看護の課題④の対策
県内の訪問看護研修の「見える化」
・県内の訪問看護師への研修は、
県看護協会、県訪問看護ステーション協議会、
教育支援ステーション等で実施されている。
・しかし、加入団体からの研修通知以外の研修は、
自己で検索しなければならない。

⇒訪問看護の研修や情報を一元化したものが必要
「訪問看護に関する情報のページ」開設

また、受講者が所属する各団体で研修を実施しているが、どこでどんな研修が実施されているかを一度に把握できるサイトがなかったことから、県内で行っている研修を一覧化した訪問看護に関する情報のページを医療課のホームページ内に作成した。

訪問看護に関する県情報のページ



研修受講者の活動・受講者同士の連携

■ リソースとしての活動

- 所属団体における研修の講師
- 教育支援ステーション事業への参加
- 団体間での講師派遣
- 訪問看護普及啓発活動
- 訪問看護に関連のある他課との調整・情報提供

今後の課題

■ 県域の訪問看護ステーションの設置数

・訪問看護ステーションの半数近くが横浜に集中
・県域の訪問看護ステーションは数が少なく、広範囲をカバーしている

■ 医療圏（特に県西部）における、医療機関から訪問看護ステーションへの出向支援

・医療機関独自の役割をはたしつつ、
地域全体を看護するという視点に
立った人材の育成と活用



総論３　訪問看護の対象者の理解

公益財団法人日本訪問看護財団常務理事
佐藤　美穂子

到達目標

高齢者、小児、精神科など、訪問看護の対象について理解し、地域における研修会の企画に活用することができる。

内容

・地域包括ケアシステムにおける訪問看護の対象
・医療的ケア児を含む小児の対象について
・精神科疾患のある訪問看護の対象について
・地域において研修会を開催する時のポイント
・制度、社会保障、連携先などの違いについて

訪問看護の対象者の理解

公益財団法人　日本訪問看護財団
常務理事　佐藤美穂子

到達目標

高者者、小児、精神科など訪問看護の対象者について理解し、地域における研修会の企画に活用することができる

内　　容

・社会的動向と地域で看護を必要とする対象者の動向
・制度で規定する訪問看護の対象者
・訪問看護ステーションの対象者の動向
・訪問看護を必要とする高齢者
・人生の最終段階における訪問看護の対象者
・精神科疾患のある訪問看護の対象者
・医療的ケア児を含む小児訪問看護の対象
・地域包括ケアシステムにおける訪問看護の対象
・地域で研修会を開催するときのポイント

社会的動向と地域で看護を必要とする対象者の動向

社会的動向として人口動態、疾病や障害のある対象者や死因の動向、保健医療福祉制度の変遷がある。社会的変化に伴い、地域で看護を必要とする対象者も変化してきた。はじめに 100 年の歴史を振り返る。

社会の変化と地域の看護活動の対象者

年代	社会の動向	地域の看護活動
～１９２０年	・急性伝染病の流行 ・隔離病院の開設	・助産師が家庭訪問して分娩介助 ・民間経営「慈善看護婦会」が看護師を病院や家庭に派遣して感染患者を看病
１９２０年～	・乳幼児死亡の問題 ・健康保険法制定（1922） ・関東大震災	・聖路加国際病院が母子の家庭訪問 ・済生会病院が困窮者・被災者の訪問看護
１９３０年～	・結核が死因の１位 ・精神科疾患、乳児死亡 ・旧国民健康保険法（1938）	保健師が結核療養者、精神疾患患者や乳幼児を家庭訪問
１９４０年～	・1945年第二次世界大戦の終戦 ・地域保健法（1947） ・戦後ベビーブーム（団塊の世代） **2025年にはすべて75歳以上**	・敗戦後、米国の指導による公衆衛生活動 ・保健師による母子等の衛生教育・訪問指導
１９５０年～	・へき地、北海道無医地区 ・国民健康保険法（1958）	保健師の家庭訪問による地域住民の保健指導（開拓保健師、駐在保健師など）
１９６０年～	・脳卒中が死因の１位 ・国民皆保険制度（1961年） ・高度経済成長期	病院から退院患者への訪問診療や訪問看護の芽生え

次ページへ続く

1920 年代以前はチフスやコレラなど急性伝染病が流行し、隔離病院が建設され、民間経営の「慈善看護婦会」が看護師を病院や家庭に派遣して、急性感染症患者の看病をしてきた。

聖路加国際病院が母子の家庭訪問をはじめた。1923 年の関東大震災では済生会病院が困窮者・被災者の訪問看護を行った。

1930 年代では、結核が死因の一位となり、精神疾患の在宅療養者も含めて、保健師が訪問し家庭看護を行っていた。

1945 年に日本は終戦を迎えた。米国の看護師等の指導により、保健師が公衆衛生活動として母子などを対象に家庭訪問を実施してきた。

1947 年、1948 年、1949 年生まれの戦後ベビーブーム世代が 2025 年にはすべて 75 歳以上の高齢者となり、いわゆる「2025 年問題」と言われ、地域包括ケアシステムの構築が急がれている。因みに合計特殊出生率は 4.3 前後であった。

1950 年代には、戦後引揚者が暮らす開拓村や山村へき地等の無医地区の住民を対象に保健師が保健指導や家庭看護を行ってきた。

1960 年代では、脳卒中が死因の一位となった。病院から退院した患者への訪問診療や訪問看護が始まった。

社会の変化と地域の看護活動の対象者

年代	社会の動向	地域の看護活動
１９７０年～	・寝たきり老人顕在化 ・高齢者医療費無料化 ・病院入院患者に高齢者が増加	・横浜市で、潜在看護師委託による訪問看護指導開始 ・病院からの訪問看護が徐々に拡大 ・日本看護協会が実態調査し、制度化の要望
１９８０年～	**老人保健法制定（1982）** ・高齢者医療費一部負担 ・消費税３％の導入	・病院からの訪問看護・指導に診療報酬点数 ・訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業
１９９０年～	・病院内死亡割合増加 ・新たな介護システム検討 **介護保険法制定（1997）**	**指定老人訪問看護開始（ 1992）** **健康保険法の指定訪問看護開始（1994）**
２０００年～	・介護保険制度開始 ・地域包括ケアシステム ・がんが死因１位	**介護保険法の指定訪問看護開始（2000）** ・看護と介護の一体的提供の推進（療養通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護）
２０１０年～	**障害者総合支援法(2012)** **医療介護総合確保推(2014)** **地域包括ケア強化法(2017)** ・認知症施策推進 ・健康寿命の延伸 ・消費税10%へ引上げ	・看多機（複合型サービス）創設 ・精神科訪問看護や小児訪問看護増加 ・機能強化型訪問看護ステーションの推進 24時間体制で在宅看取りを推進 ・病院・施設と在宅の連携推進 ・健康相談、地域のつながりづくりなど

1975 年では地域の寝たきり老人が顕在化し、横浜市など先進地域では潜在看護師に訪問看護の研修を行って高齢者への訪問看護を始めた。

1983 年には老人保健法の下、病院から退院患者継続看護・指導の報酬が新設された。各自治体では高齢者を対象に訪問指導や機能訓練などの保健事業を始めた。

1991 年に老人訪問看護制度、1994 年に訪問看護制度が創設されて、訪問看護ステーションから主治医の指示のもとに在宅療養者の訪問看護が始まった。

高齢者の社会的入院などから新たな介護システムの検討が始まり、1997 年に制定された介護保険法のもと、2000 年から支給限度額の範囲で介護計画のもと要介護者等への訪問看護が始まった。また、看護と介護を一体的に提供する「療養通所介護」「定期巡回随時対応　型訪問介護看護」「看護小規模多機能型居宅介護」が創設された。

医療保険制度では精神障害者や医療的ケア児を含む小児が訪問看護の対象として増えてきた。2008 年にはがんが死因の 1 位となり、重症度の高い在宅療養者や在宅看取りへの対応が求められてきた。

2010 年代には、地域共生社会を目指す「障害者総合支援法」、社会保障制度の持続を目的とした「医療介護総合確保推進法」、地域包括ケアシステムを推進する「地域包括ケア強化法」に基づき様々な制度改正が行われている。

今後、訪問看護師は健康寿命の延伸を図るため、健康相談や介護予防活動など、地域住民を対象とした地域活動も含めて、地域包括ケアシステムの一翼を担うことが望まれる。

「指定訪問看護制度」で規定する訪問看護の対象者

◆介護保険法の訪問看護の定義（同法第８条の４より抜粋）

居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

◆介護保険法の介護予防訪問看護の定義（同法第８条の２の３より抜粋）

居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において、その介護予防を目的として、看護師その他厚生労働省令で定める者により、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

◆健康保険法の訪問看護の定義（同法第88条第1項訪問看護療養費より抜粋）

疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

◆高齢者の医療の確保に関する法律（同法第78条第1項訪問看護療養費の支給より）

※健康保険法と同様の定義

訪問看護の定義等から対象者について理解する。

介護保険制度では、訪問看護の対象は居宅要介護者又は居宅要支援者である。

医療保険制度では疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にあるものである。

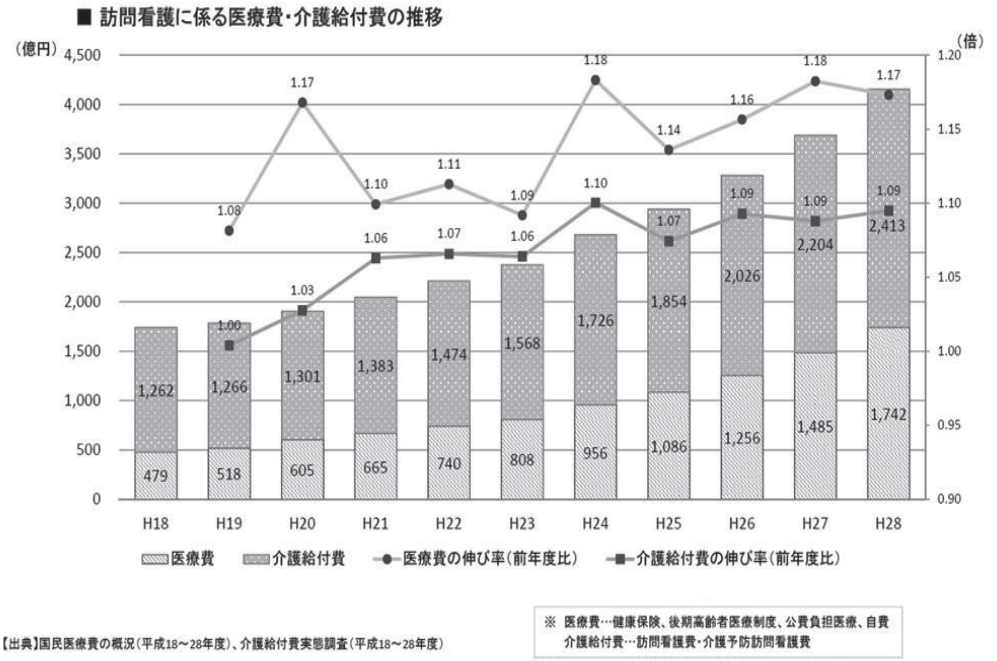
いずれの制度においても主治の医師（主治医）が治療の必要の程度につき認めたものに限られる。さらに介護保険制度の対象者では介護支援専門員の作成した介護（予防）計画に位置付けられたものとなる。

訪問看護の内容は看護（療養上の世話又は必要な診療の補助）である。従って保健師または看護師を管理者として、看護を行う看護職員 2.5 人以上を必置とし、看護の範疇で必要な診療の補助を行う理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は適当数配置としている。

訪問看護ステーションの対象者の動向

訪問看護ステーションの対象者の動向を理解する。

訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

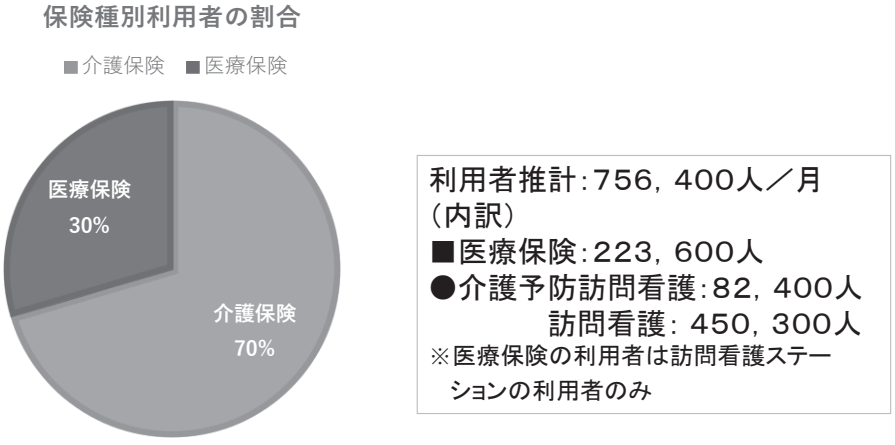


訪問看護ステーション利用に係る費用についてみると、医療費及び介護給付費（訪問看護・介護予防訪問看護）ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

平成 28 年では、4,155 億円で、医療費が全体の 42%となっている。

訪問看護に係る保険種別利用者の割合

保険種別利用者の割合は介護保険が約70%、医療保険が約30%である。
訪問看護ステーションで、主に精神科訪問看護を行う事業所は医療保険の割合が高い。



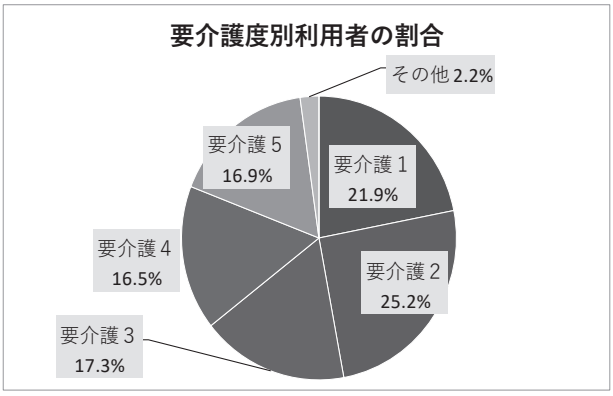
資料：厚労省「平成２９年介護サービス施設・事業所調査」より作成

平成 29 年度の調査では、1 月当たり訪問看護ステーションの利用者が 756,400 人で、そのうち医療保険が 223,600 人（30%）、介護保険が 532,700 人（70%）を占める。

1 人当たりの訪問単価が介護保険と医療保険で違いがあるため、介護保険の利用者が多いが費用でみると 60%弱である。

訪問看護ステーション利用者の介護度別割合

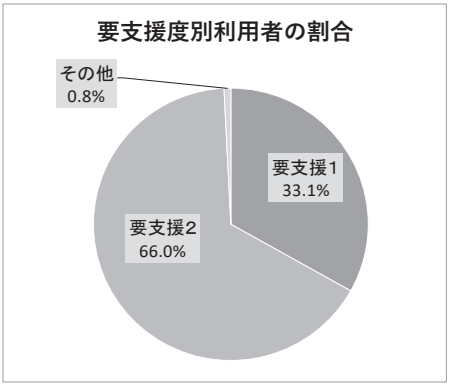
1. 訪問看護



1 訪問看護ステーション当たり43.7人

※健康保険法等の利用者は含まない

2. 介護予防訪問看護

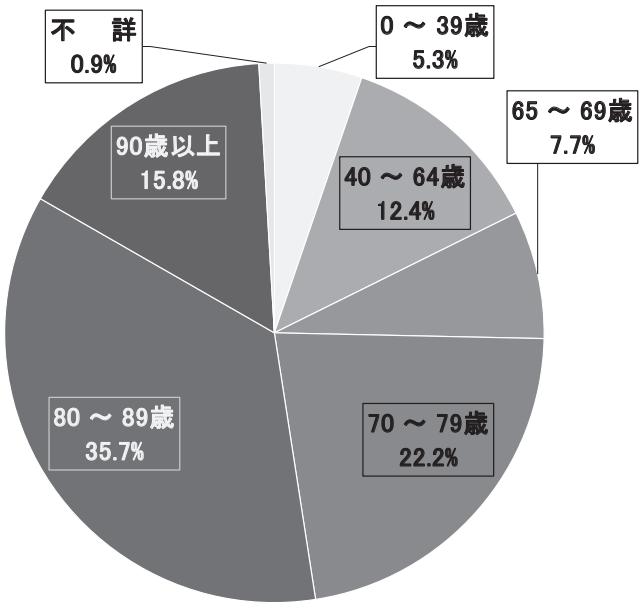


1 訪問看護ステーション当たり8.4人

資料：厚労省「平成２９年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの利用者の介護度別割合をみる。要支援者では要支援２が 66%、要介護者では要介護２が 25.2%、要介護１が 21.9%、要介護３が 17.3%で、軽度者が多い傾向にある。

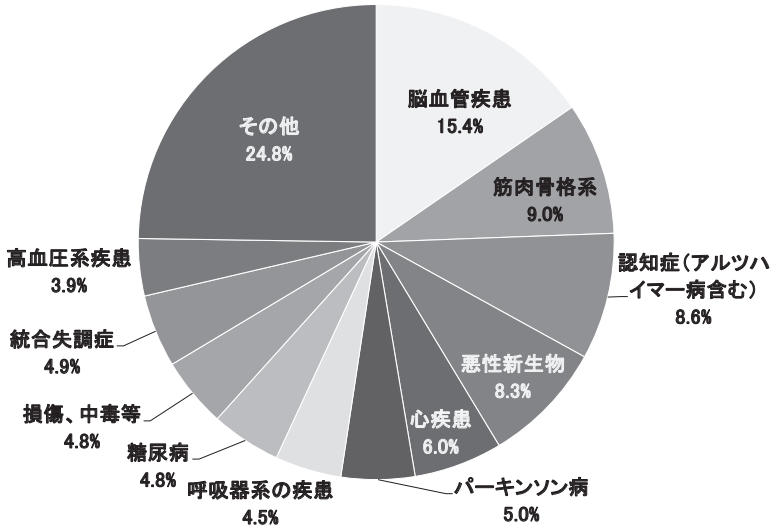
年齢別にみた訪問看護利用者の構成



厚生労働省「平成２８年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの利用者を年齢別にみると、80 歳以上の利用者が約 52%を占め、対象者は高齢者が多い。

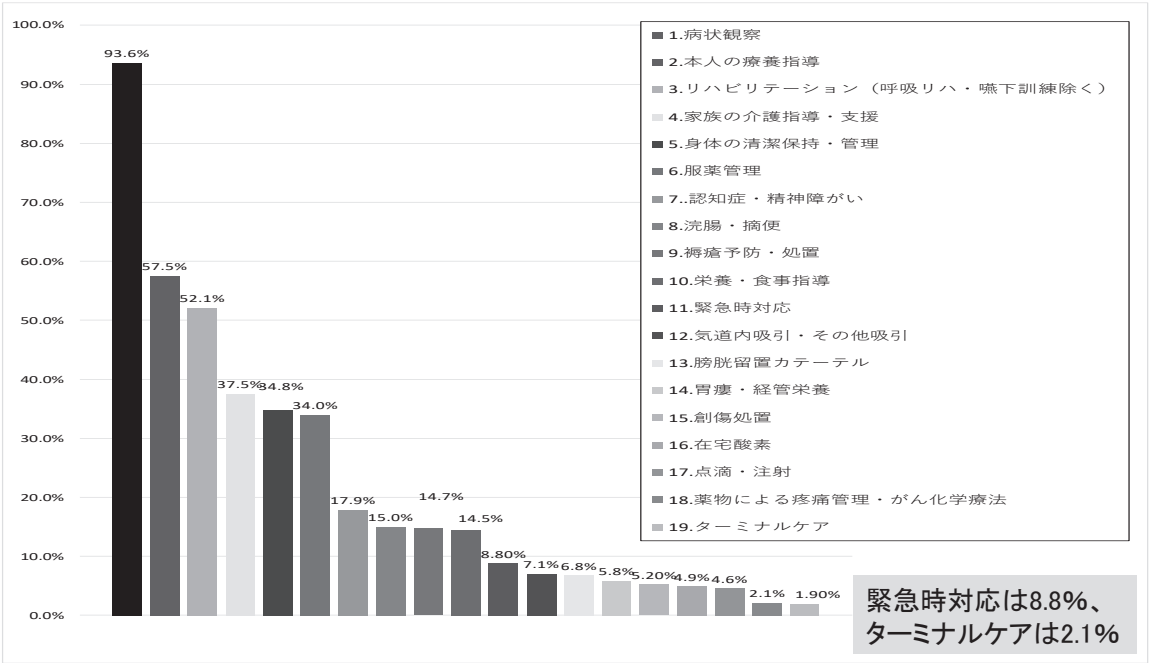
訪問看護ステーション利用者の傷病別内訳



資料：厚生労働省「平成28年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの傷病者別の割合では、1 位が脳血管疾患 15.4%、2 位が筋肉骨格系で 9.0%、3 位が認知症（アルツハイマー病含む）8.6%、4 位が悪性新生物 8.3%、5 位は心疾患 6.0%となっている。

訪問看護の内容（複数回答）

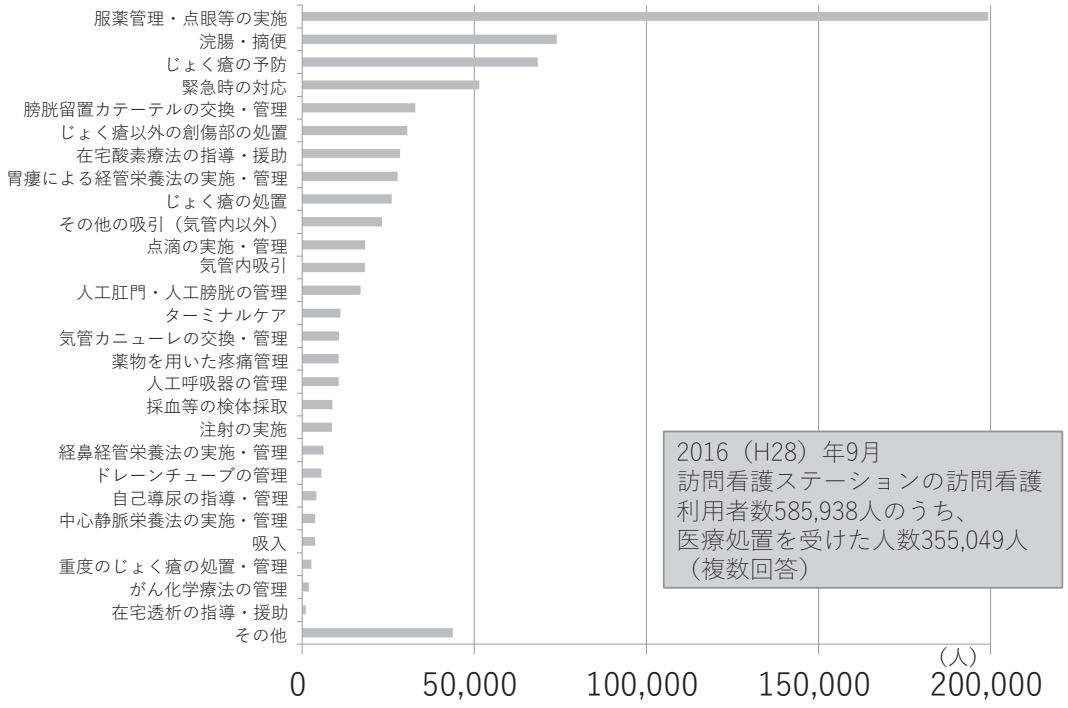


訪問看護ステーションの利用者数：575,938人の看護内容 （医療処置に係る看護は全体の60.6%）

資料：厚生労働省「平成２８年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの利用者の 57 万 6 千人の看護内容についてグラフで見る。病状観察は 93.6%、本人への療養指導 57.5%、リハビリテーション（呼吸リハ・嚥下リハを除く）は 52.1%、家族の介護指導・支援、身体の清潔保持・管理と続く。

訪問看護における医療処置

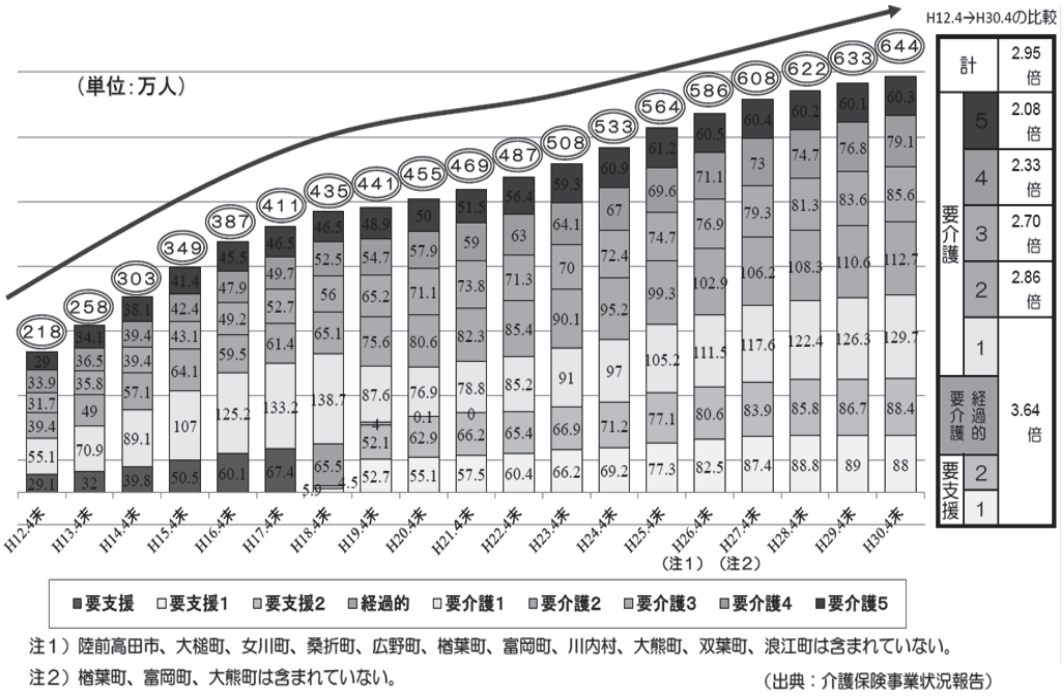


厚生労働省「平成２８年介護サービス施設・事業所調査」より作成

訪問看護ステーションの利用者で医療処置を受けたものは看護の約 60%であった。服薬管理・点眼等の実施が最も多く、次いで浣腸・摘便、褥瘡の予防、緊急時対応、膀胱留置カテーテルの交換・管理等が挙げられた。

訪問看護を必要とする高齢者

要支援・要介護度別認定者数の推移

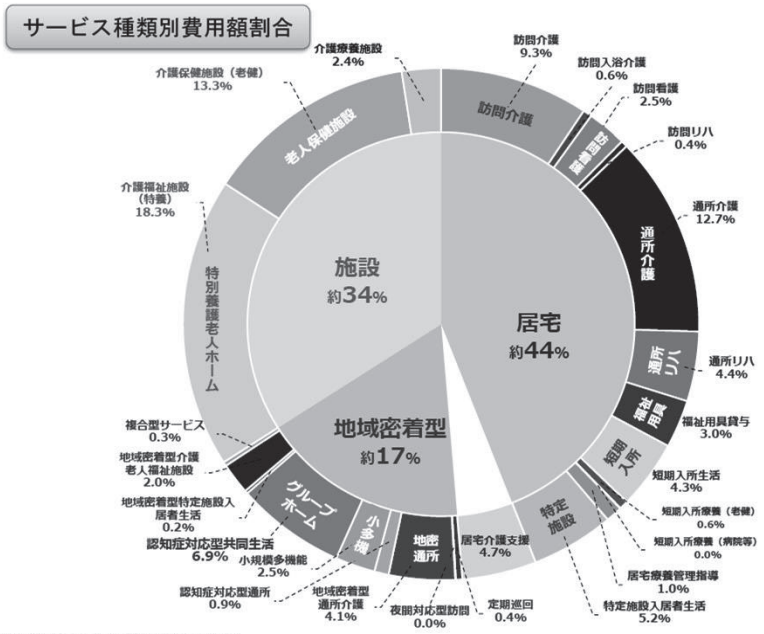


注1）陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
注2）楢葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。
（出典：介護保険事業状況報告）

介護保険制度における要介護度別認定者数の推移についてみる。介護保険制度が開始された H12 年の認定者数は 218 万人であったが、H26 年には 644 万人と 18 年間で 3 倍になった。

なかでも要介護 2 は 2.86 倍、要介護 3 が 2.70 倍で軽度者の増加が拡大している。

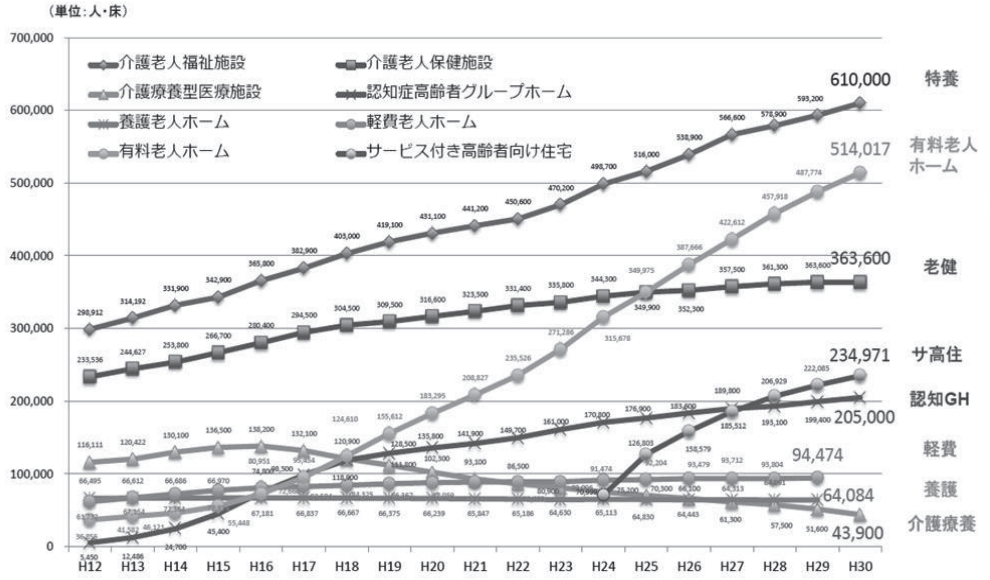
介護保険の総費用等における提供サービスの内訳（平成29年度）割合



注）厚生労働省「平成29年度介護給付費等実態調査」
1）介護予防サービスを含まない。
2）特定入所者介護サービス（補足給付）、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用（福祉用具購入費、住宅改修費など）は含まない。
3）介護費は、平成29年度（平成29年５月～平成30年４月審査分（平成29年４月～平成30年３月サービス提供分）。

平成 29 年度における介護保険の総費用のうち、介護予防サービスを含まない提供サービスにおいて、施設サービスが 34%、地域密着型サービスが 17%、居宅サービスが 44%であり、訪問看護の占める割合は 2.5% である。

高齢者向け住まい・施設の定員数

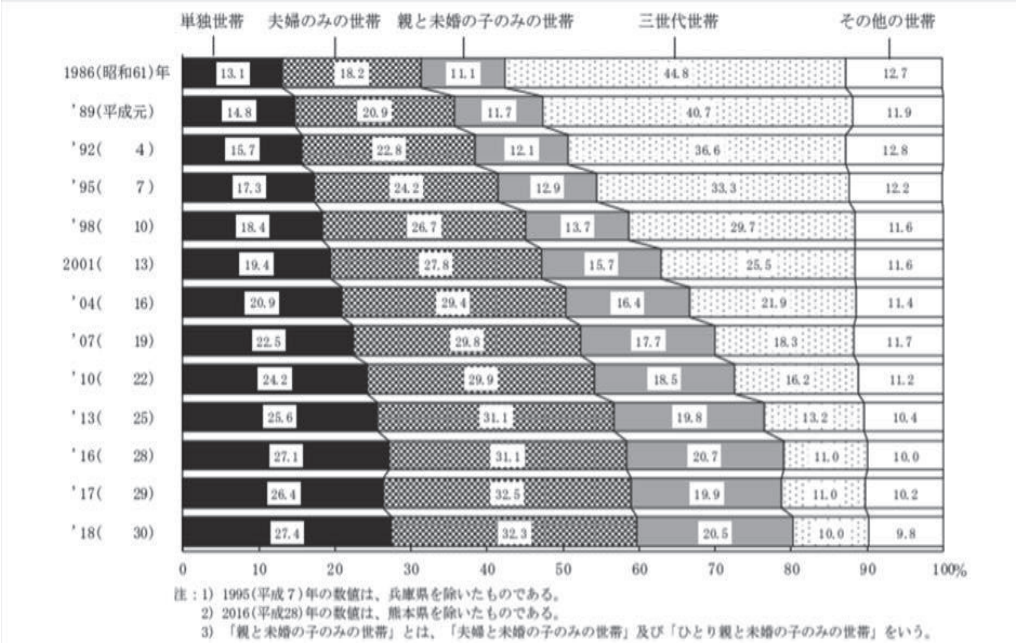


※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。
※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～H29は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）
※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。（利用者数ではなく定員数）
※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

高齢者の住まいや施設の定員数についてみる。平成 30 年の介護保険施設のうち、定員数が最も多いのは特養で 61 万人、老人保健施設は 36.3 万人となっているが、平成 12 年の介護保険制度実施後、有料老人ホームの増加は著しい。また、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）も 23.5 万室と増加している。

平成 30 年４月から新設された「介護医療院」についても１万室を越えている。

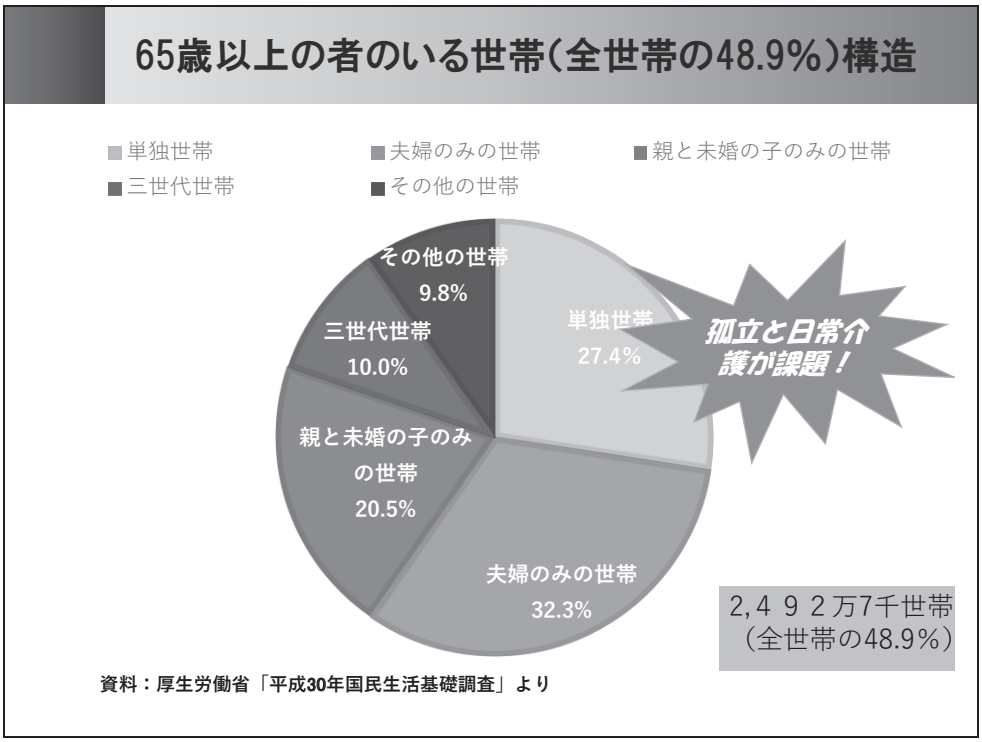
65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移



注：1）1995（平成７）年の数値は、兵庫県を除いたものである。
2）2016（平成28）年の数値は、熊本県を除いたものである。
3）「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

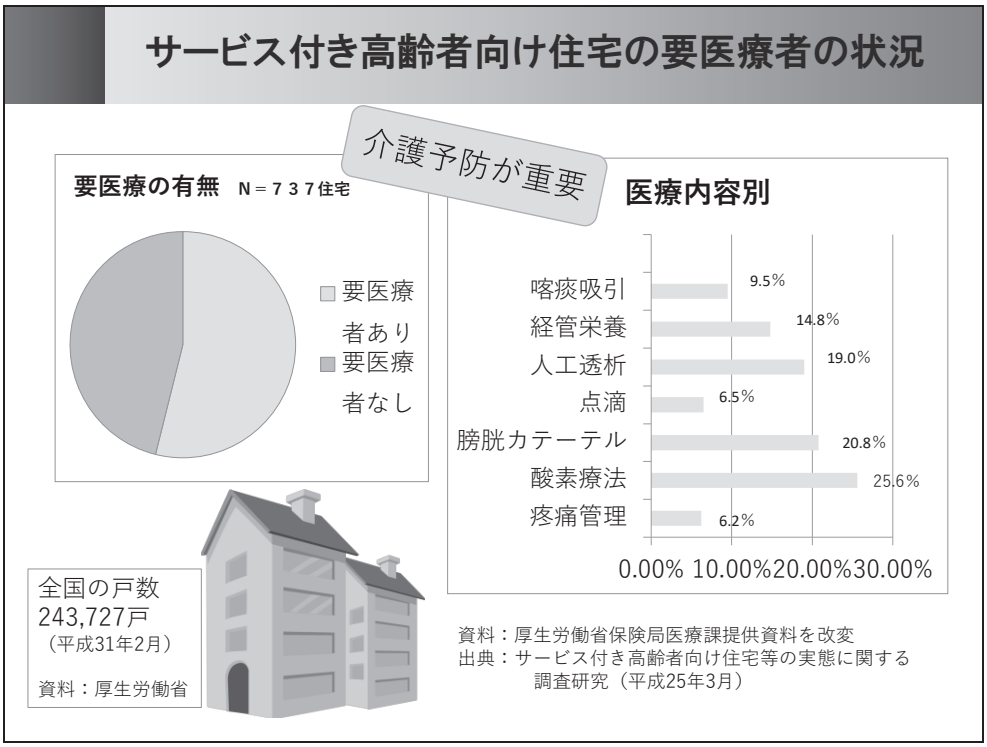
資料：厚生労働省「平成30年国民生活基礎調査」より

65 歳以上の高齢者のいる世帯構造の年次推移では、昭和 61 年に 44.8%を占めた三世代世帯が平成 30 年では 10.0%に減少し、単独世帯は 13.1%から 27.4%へ、夫婦のみの世帯は 18.2%から 32.3%と増加している。



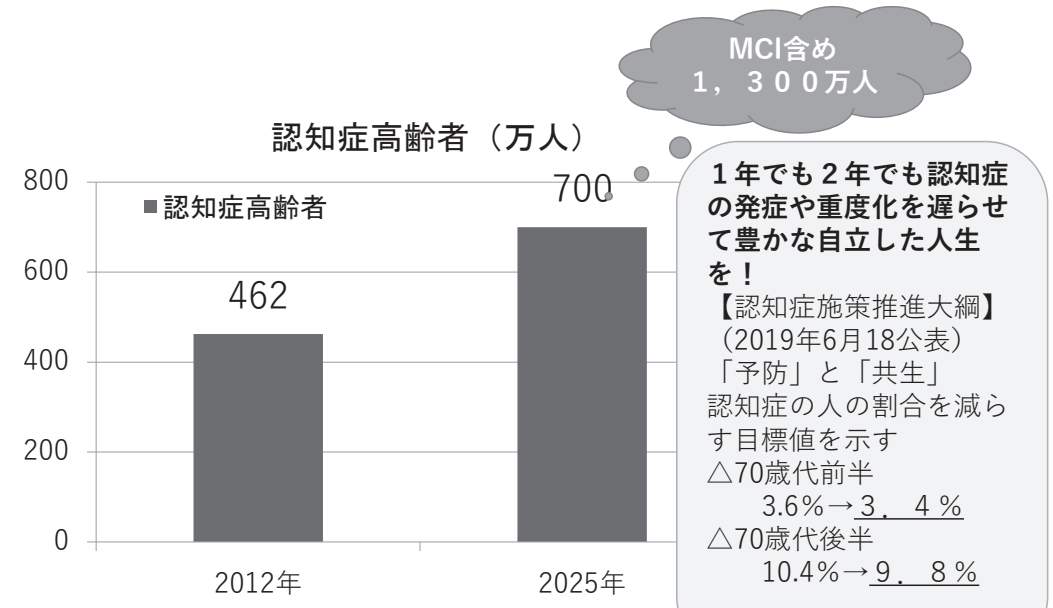
65 歳以上の高齢者のいる世帯は 2,492 万 7 千世帯で、全世帯の 48.9%である。内訳は、夫婦のみの世帯が 32.3%で最も多く、次いで単独世帯が 27.4%、親と未婚の子のみの世帯は 20.5%である。

単独世帯が増える傾向にあり、孤立化の防止対策とともに買い物やゴミ出し、家の中の整頓、洗濯などの日常介護が課題となっている。親と子のみの世帯も増加しており、8050 や 9060 と言われるように、90 歳代の親を 60 歳代の子供が介護している「老々介護」の問題、介護離職、親を看取ったのちの再就職の課題などが社会問題化している。



サ高住は、相談支援・見守りの職員を置くこととなっているが、ほとんどの高齢者は介護保険利用者である。平成 27 年の実態調査によると、サ高住の入居者では、要介護者が 7 割、80 歳以上が 7 割、要医療者が 6 割を占めている。医療の内容では、酸素療法が最も多く、膀胱留置カテーテル、人工透析、経管栄養、各痰吸引が挙げられている。2025 年には多くの入居者が 90 歳代を超え人生の最終段階におけるケアが必要となる。訪問看護の対象者としては介護予防の視点でケアを提供し健康相談や健康づくりなどの看護も重要である。

認知症高齢者の増加

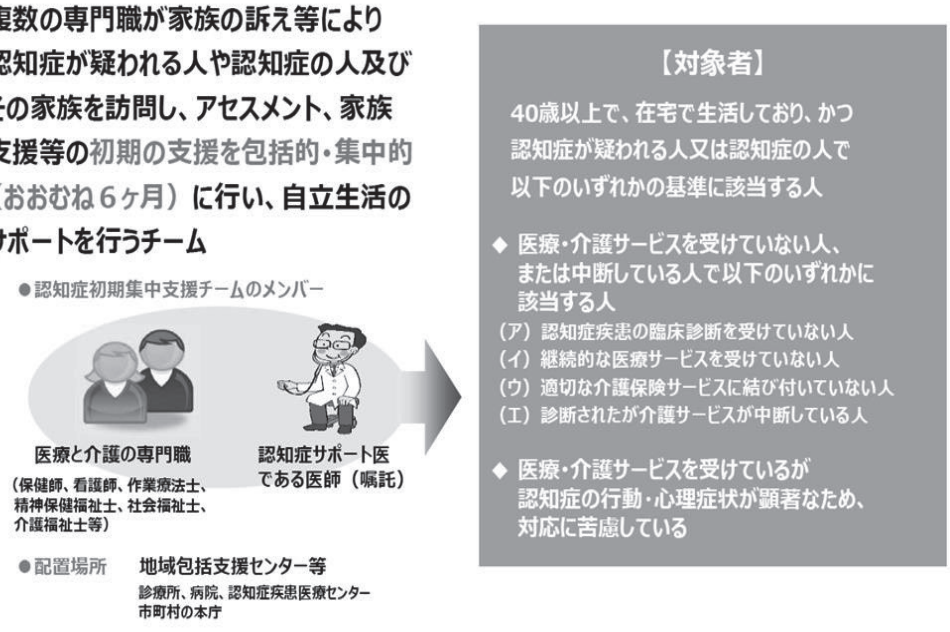


資料：厚生労働省（2015年1月7日発表資料および、
2019年6月18日公表「認知症施策推進大綱」より作成）

2025 年には、軽度認知症者（MCI）を含む認知症高齢者は 1,300 万人に増加すると見込まれている。

認知症施策推進大綱が 2019 年６月に公表されて、認知症の予防・重度化の予防と、地域でともに暮らす共生を目指すところとしている。認知症の人の割合を減らす目標値を示して推進する。

（参考）認知症初期集中支援チーム



保健師や看護師等医療の専門職と介護の専門職でチームとなって、「認知症初期集中支援チーム」が地域包括支援センター等に配置され、認知症の早期支援を行っている。

対象者は 40 歳以上の在宅生活者で医療・介護サービスを受けていない、認知症を疑われる方である。

人生の最終段階における訪問看護の対象者

（参考）世代ごとに気になる傷病の違い（20歳代以上/男女）

20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳
性皮膚炎	その他	うつ病やその他のこころの病気	うつ病やその他のこころの病気	その他	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症	高血圧症
その他	うつ病やその他のこころの病気	その他	その他	うつ病やその他のこころの病気	その他	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
その他の皮膚の病気	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	腰痛症	高血圧症	うつ病やその他のこころの病気	その他	脂質異常症(高コレステロール血症等)	脂質異常症(高コレステロール血症等)	脂質異常症(高コレステロール血症等)	腰痛症	腰痛症
うつ病やその他のこころの病気	その他の皮膚の病気	腰痛症	アトピー性皮膚炎	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	腰痛症	脂質異常症(高コレステロール血症等)	眼の病気
腰痛症	アレルギー性鼻炎	その他の皮膚の病気	肩こり症	肩こり症	糖尿病	うつ病やその他のこころの病気	その他	眼の病気	眼の病気	眼の病気	狭心症・心筋梗塞

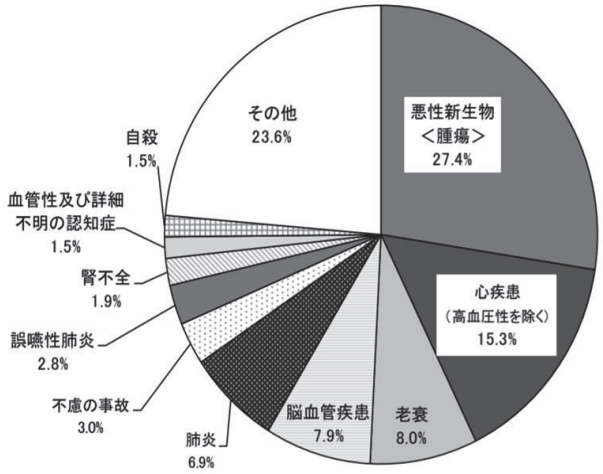
※歯の病気、エラー（不詳）は除いている。

出典：H28国民生活基礎調査・健康・通院者数から各年代の頻度の高い最も気になる傷病をリスト化

精神科疾患（うつ病等）は 25 歳から 30 歳までは２位、30 歳代では１位を占めている。45 歳を過ぎると、高血圧症が１位で、その後も最も気になる疾患である。

50 歳代では糖尿病が２位となり、55 歳以上 70 歳まで高コレステロール血症が３位、70 歳代では腰痛症が３位となる。訪問看護の利用者の傷病と年齢に留意する必要がある。

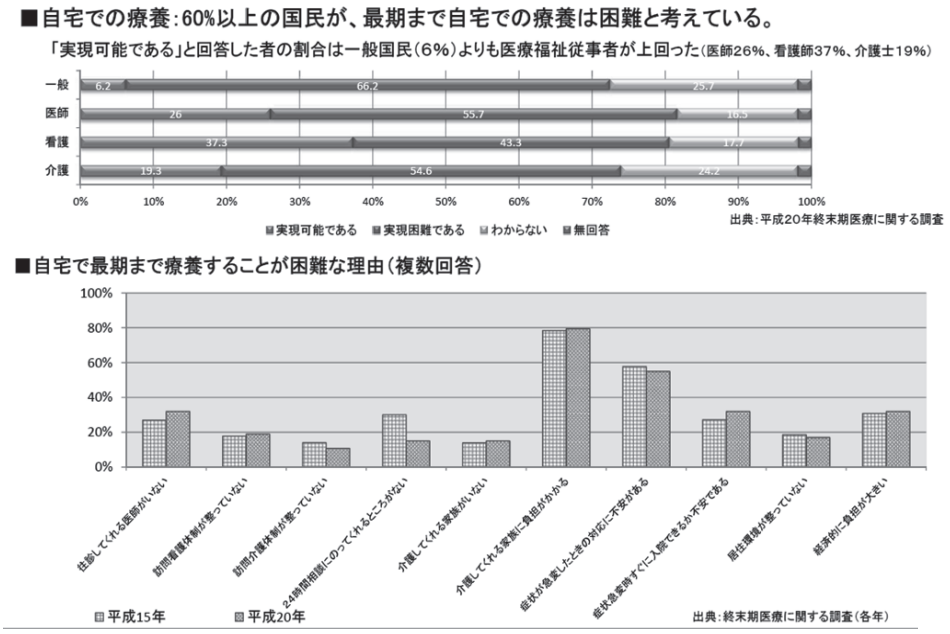
（参考）主な死因の構成割合



厚生労働省「平成30(2018)年人口動態統計月報年計(概数)の概況」

平成 30 年の人口動態統計年報によると、死因の１位は悪性新生物で 27.4%、２位が心疾患（高血圧を除く）15.3%、３位が老衰で 8.0%、４位に脳血管疾患 7.9%、５位が肺炎で 6.9%である。

自宅で最期まで療養することに関する国民の意識



医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）

自宅で最期まで療養したいという国民の意識については、60%以上の国民が最期まで自宅での療養は困難と考え、実現可能はわずか６%であった。

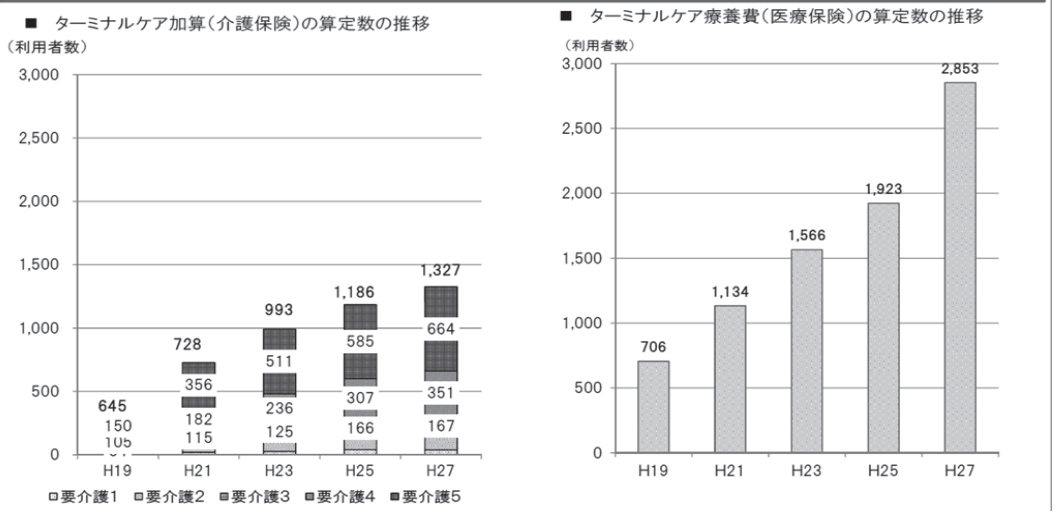
理由は、「介護している家族に負担がかかる」「病状が急変したときの不安がある」があげられていた。

しかし、自宅でのターミナルケアについて、医師は 26%、看護師は 37%、介護士は 19%が実現可能と考えている。

看護師として、在宅でのターミナルの可能性を国民に積極的にアピールし、国民が持つ２つの理由を解消できるように取り組むことが必要である。

訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者

○　平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者では、介護保険の利用者よりも医療保険の利用者の方が多く、ターミナルケアに係る評価の算定件数も多い。



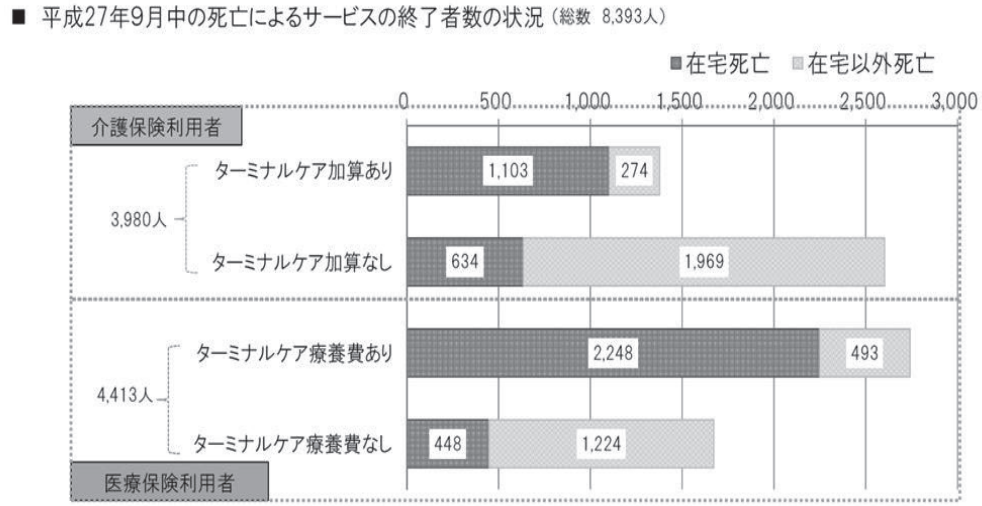
出典：介護給付費実態調査」（各年4月審査分）、保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計）

医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）

平成 27 年９月中の死亡による終了者では、介護保険利用者では 1,327 件、医療保険では 2,853 件で、医療保険での在宅看取りが介護保険よりも多い。

訪問看護利用者におけるターミナルケアの状況

○　平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者では、介護保険の利用者よりも医療保険の利用者の方が若干上回っている。
○　ターミナルケアを受けている利用者のほうが、在宅での死亡が在宅以外での死亡より多い。



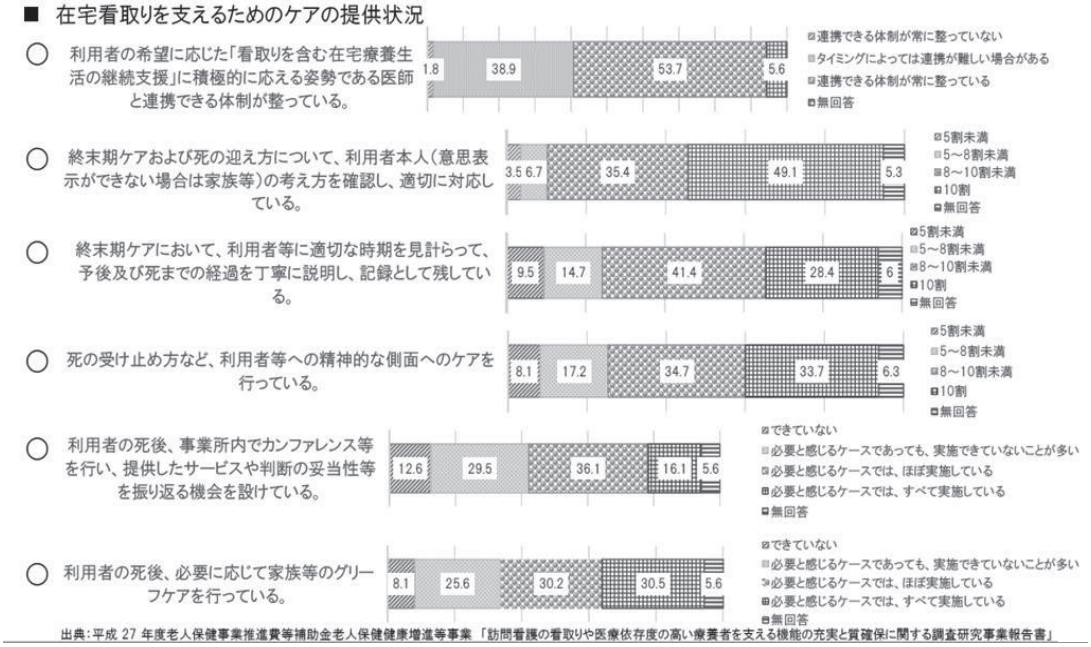
医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）

平成 27 年９月中の死亡によるサービス終了者では、介護保険の利用よりも医療保険の利用者が若干上回っていた。

また、ターミナルケアを受けている利用者のほうが、在宅での死亡が在宅以外での死亡を上回っていた。

訪問看護ステーションにおける在宅看取りを支えるためのケアの状況

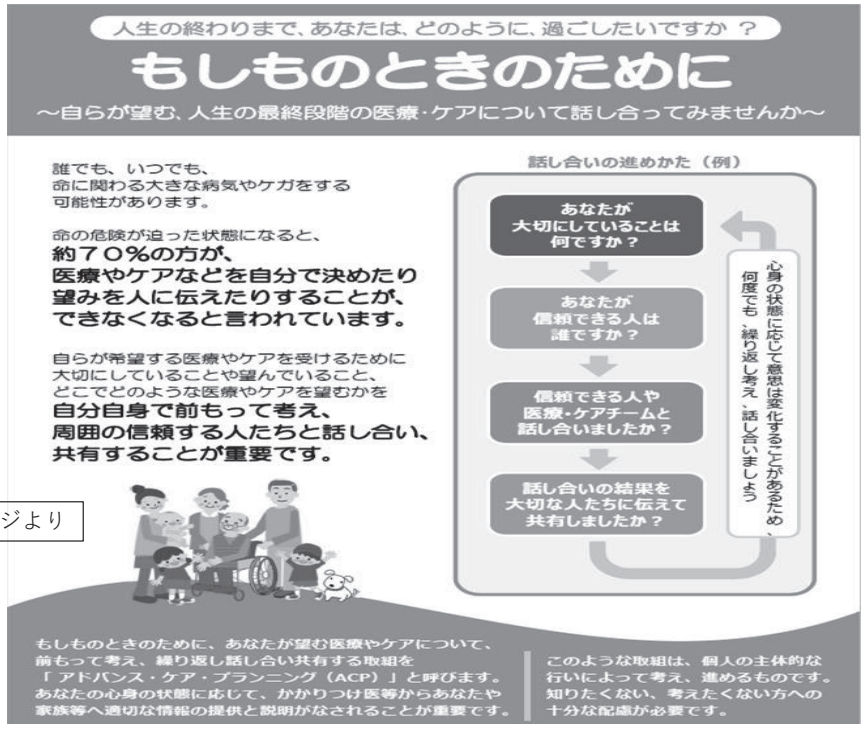
■ 在宅看取りを支えるためのケアの提供状況



医療と介護の連携に関する意見交換（第1回）資料－３参考1（平成29年3月22日）より

訪問看護ステーションにおける在宅看取りを支えるケアとして、医師との連携や本人の意思の確認、経過の説明のほかに、デスカンファレンスやグリーフケアも実施している。

（参考）ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及

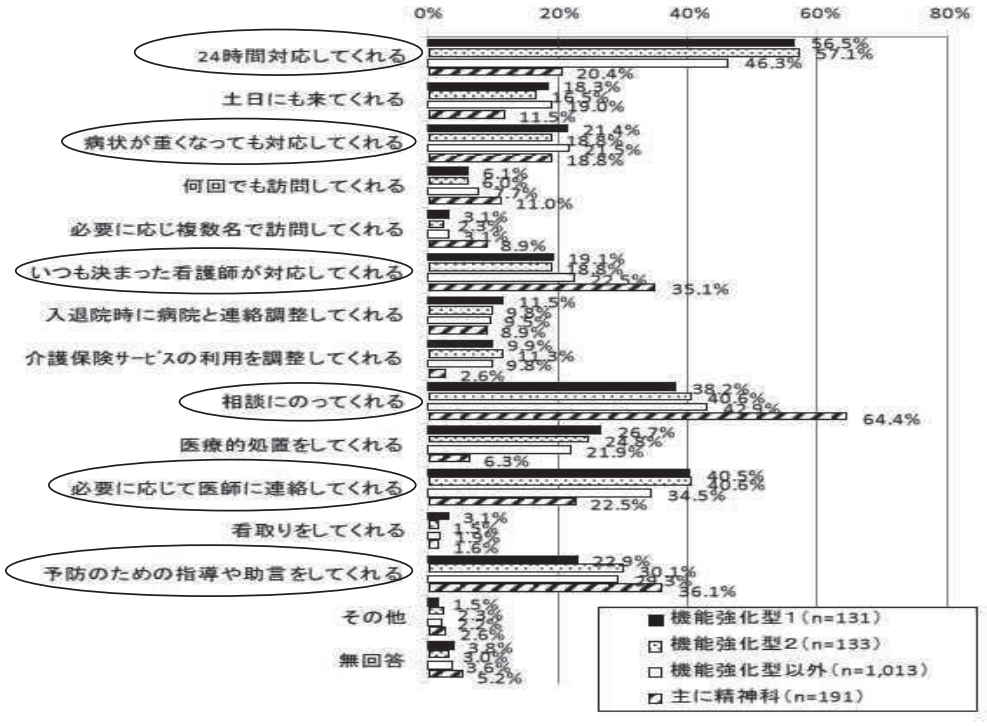


厚生労働省ホームページより

ACP の普及に使用できるリーフレットが厚生労働省のホームページからダウンロード可能である。
さりげなく、場の雰囲気を読み取って本人や家族の意思を確認する際に活用できる。

精神科疾患のある訪問看護の対象者

訪問看護師に求めること（上位3つまで）

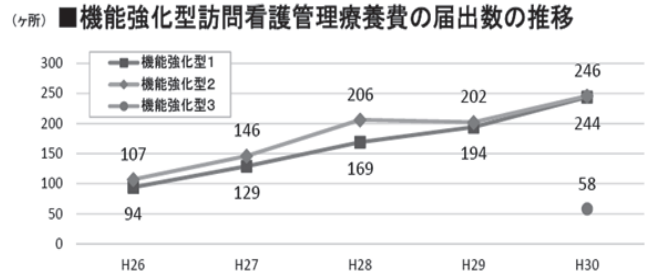


平成２６年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」

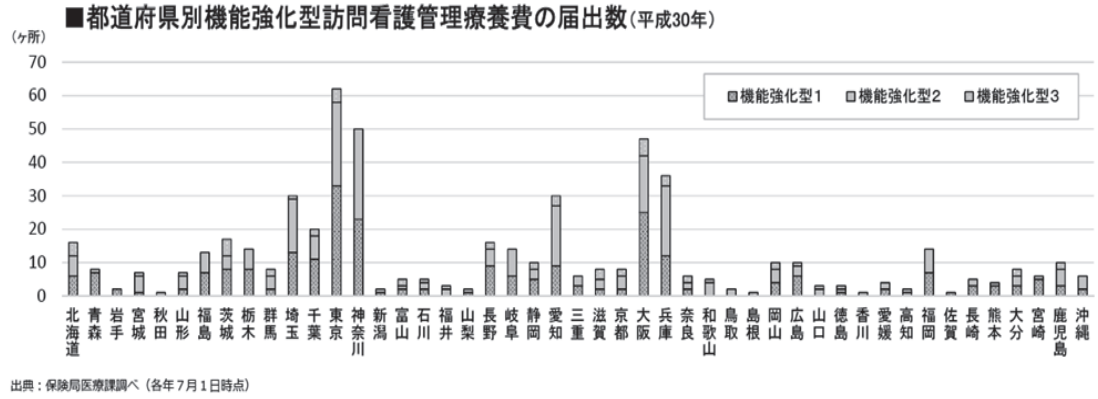
訪問看護師に求めることを上位 3 つまで挙げている。機能強化型 1、機能強化型 2、それ以外と、主に精神科の訪問看護を行う事業所別に示している。

機能強化型では「24 時間対応してくれる」「相談に乗ってくれる」「必要に応じて医師に連絡してくれる」が多かった。主に精神科訪問看護を行う事業所に求めることでは、「相談に乗ってくれる」「予防のための指導や助言をしてくれる」「いつも決まった看護師が対応してくれる」であった。

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの届出状況



機能強化型 訪問看護管理療養費1	244
機能強化型 訪問看護管理療養費2	246
機能強化型 訪問看護管理療養費3	58
計	548



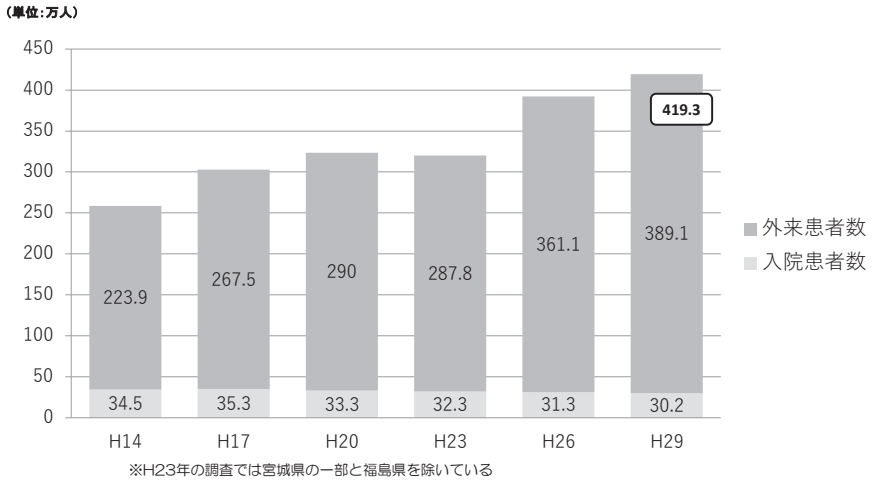
出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

中医協（第422回）総－１資料より

平成 30 年７月時点で、機能強化型訪問看護管理療養費の届出についてみる。

機能強化型管理療養費１が 244 か所、機能強化型管理療養費２が 246 か所、機能強化型訪問看護管理療養費３が 58 か所である。全都道府県において届出があるが、特に大都市部で届出が多い傾向にある。

精神疾患を有する総患者数の推移



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

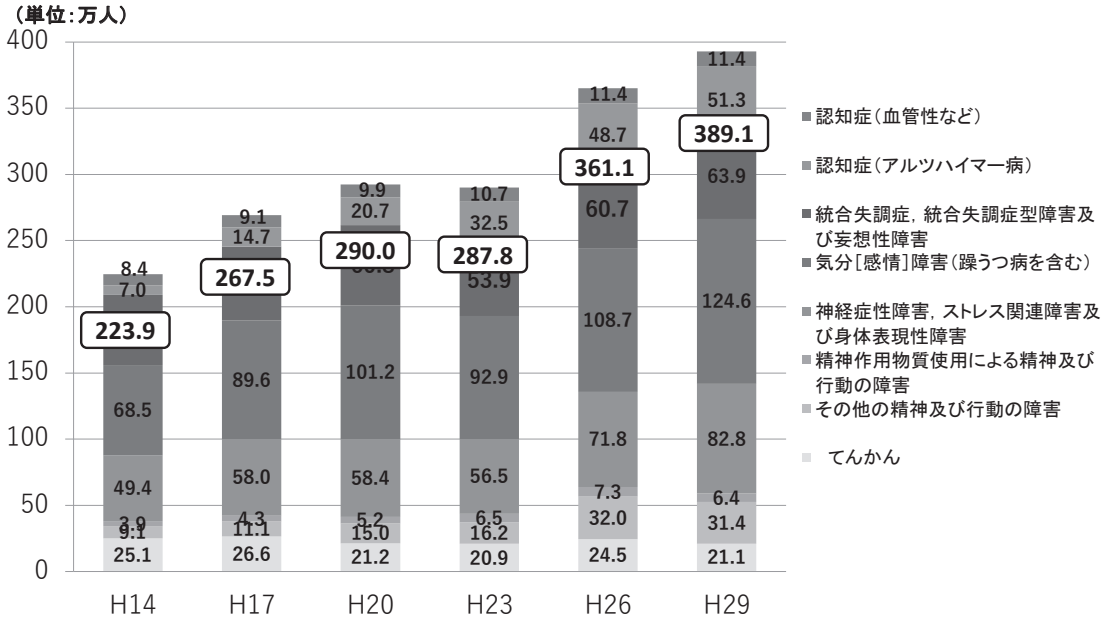
資料：厚生労働省「患者調査」より（厚生労働省社会・援護局　障害保健福祉部　精神・保健課提供

精神疾患を有する総患者数は約 419.3 万人【入院：約 30.2 万人、外来：約 389.1 万人】で　うち精神病床における入院患者数は約 27.8 万人である。

入院患者数は過去 15 年間で減少傾向（約 34.5 万人→30.2 万人【Δ約４万３千人】）にある。

一方、外来患者数は増加傾向（約 223.9 万人→389.1 万人【約 165 万２千人】）は増加傾向にある。

精神疾患を有する外来患者数の推移（疾患別内訳）



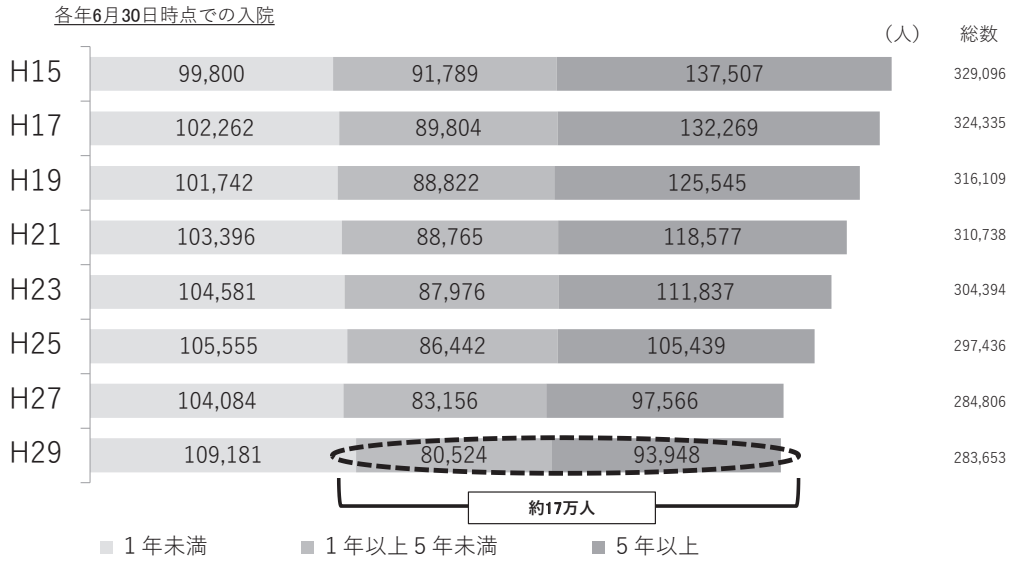
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より（厚生労働省社会・援護局　障害保健福祉部　精神・保健課提供

精神疾患を有する外来患者数は、疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が 15 年前と比べ約 7.3 倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約 1.8 倍と増えている。

精神疾患患者の在院日数の推移

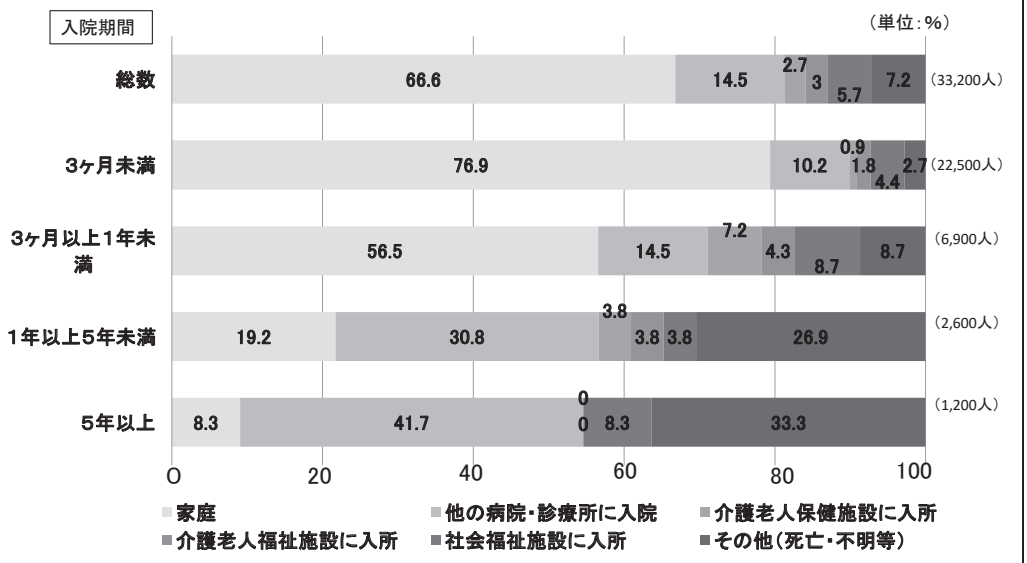
○ 精神疾患による入院患者の在院期間は、１年以上が約１７万人、うち５年以上が約９万人である。



出典：厚生労働省　精神・障害保健課調べ

平成 15 年には約 33 万人の入院患者が平成 29 年には約 28 万４千人になり、４万６千人ほどに減少している。次に、精神障害者の在院日数の推移をみると、平成 29 年度では、28 万４千人のうち１年以上の入院患者が約 17 万人で、そのうち５年以上が約９万人となっている。

精神病床退院患者の退院後の行き先（平成29年）



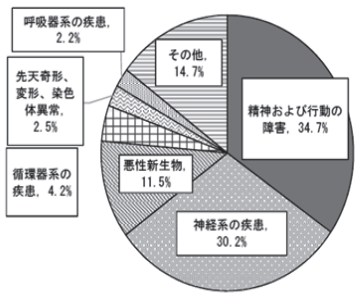
資料：厚生労働省「患者調査」より（厚生労働省社会・援護局　障害保健福祉部　精神・保健課提供

精神病床からの退院患者の退院後行先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所に入院」となっている。

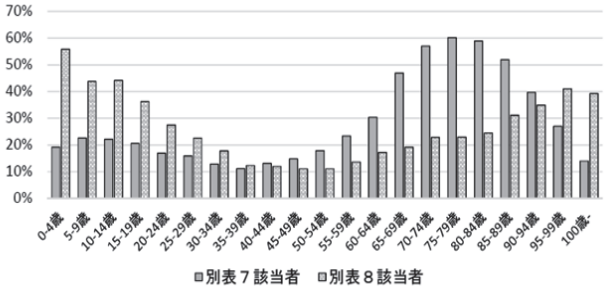
しかしながら、入院期間別にみると、「3 ヶ月未満」及び「3 ヶ月以上 1 年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1 年以上 5 年未満」及び「5 年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所に入院」が最も高い割合を占めている。

医療保険　訪問看護ステーション利用者の状態

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



<別表第7>

- 末期の悪性腫瘍
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患
- 多系統萎縮症
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷
- 人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等にかかわらず医療保険での訪問看護が可能。算定日数制限なし。

<別表第8>

1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
- 在宅自己腹膜灌流指導管理
- 在宅血液透析指導管理
- 在宅酸素療法指導管理
- 在宅中心静脈栄養法指導管理
- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- 在宅自己導尿指導管理
- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理

3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※算定日数制限なし。

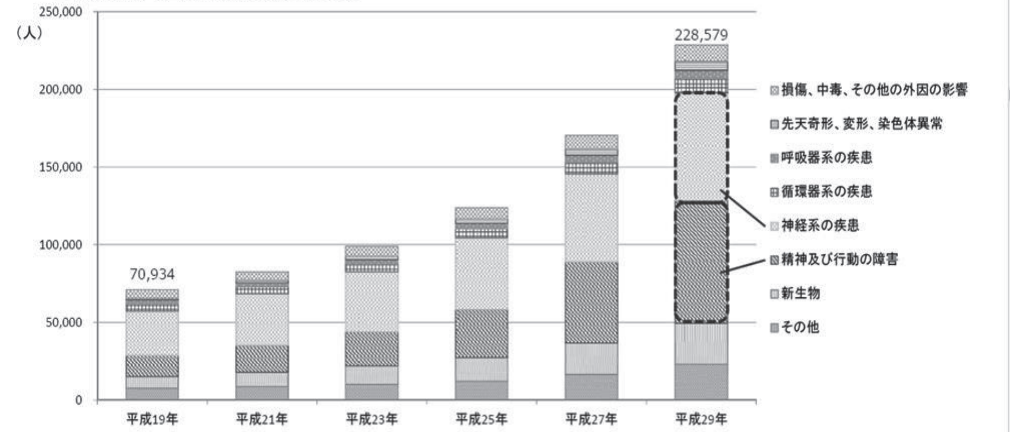
【出典】保険局医療課調べ（平成29年6月審査分より推計）※医療保険の訪問看護療養費を算定した者

医療保険で訪問看護ステーションの主傷病は、「精神および行動の障害」と「神経系疾患」がそれぞれ３割以上を占め、次いで悪性新生物が約１割である。

訪問看護利用者における別表第７の該当者は 70 歳代～80 歳代、別表第８の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

医療保険の訪問看護ステーション利用者の主傷病

■ 傷病分類※(主傷病)別利用者数の推移



■ H29/H19年比

新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
3.52	5.86	2.42	2.05	1.96	5.44	1.93

【出典】保険局医療課調べ(各年6月審査分より推計)　※傷病分類(主傷病)は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

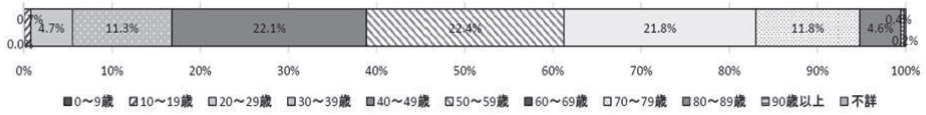
第419回中医協資料より

訪問看護ステーションの医療保険対象者についてみると、主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」で、「悪性新生物」である。

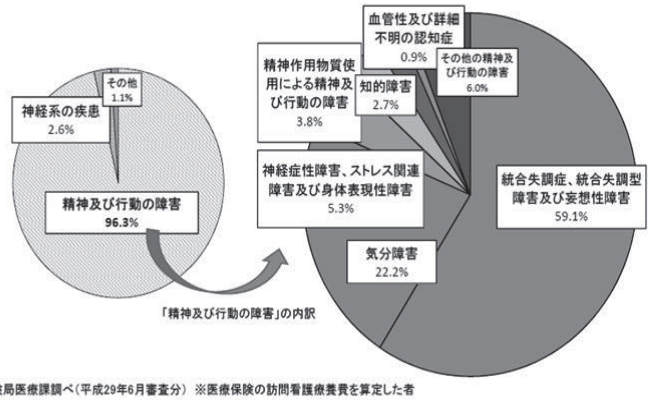
平成 19 年度と平成 29 年度を比較でみると、「精神および行動の障害」は 5.86 倍、「先天奇形、変形、染色体異常」は 5.44 倍で増加している。

医療保険　精神科訪問看護の利用者の状況

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳 (n=25,238)



■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳 (n=25,238)



精神科訪問看護基本療養費

〔対象者〕

精神障害を有する者又はその家族等

〔主治医〕

保険医療機関の保険医であって精神科を担当するもの

〔訪問看護の実施者〕

以下のいずれかに該当する保健師等

・精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験1年以上

・精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験1年以上

・精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健の業務経験1年以上

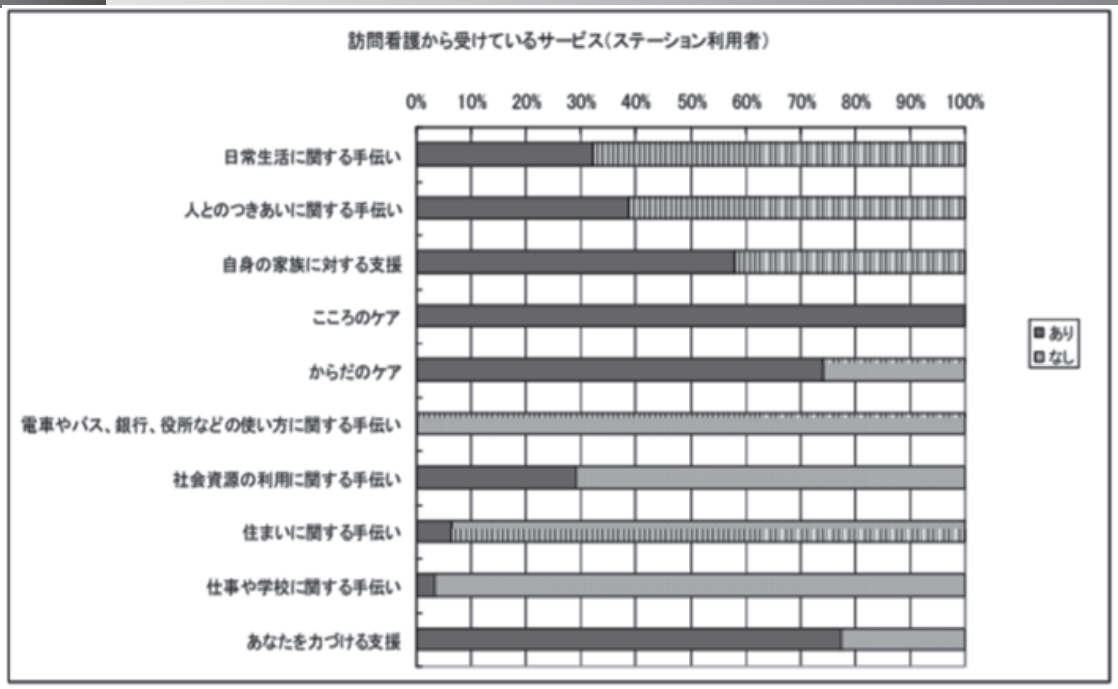
・精神科訪問看護に関する20時間以上の研修修了者

【出典】保険局医療課調べ(平成29年6月審査分) ※医療保険の訪問看護療養費を算定した者

精神科訪問看護療養費を算定した利用者のうち、30～50 歳代の利用者が半数を占めている。

精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、最も多いのは統合失調症等である。

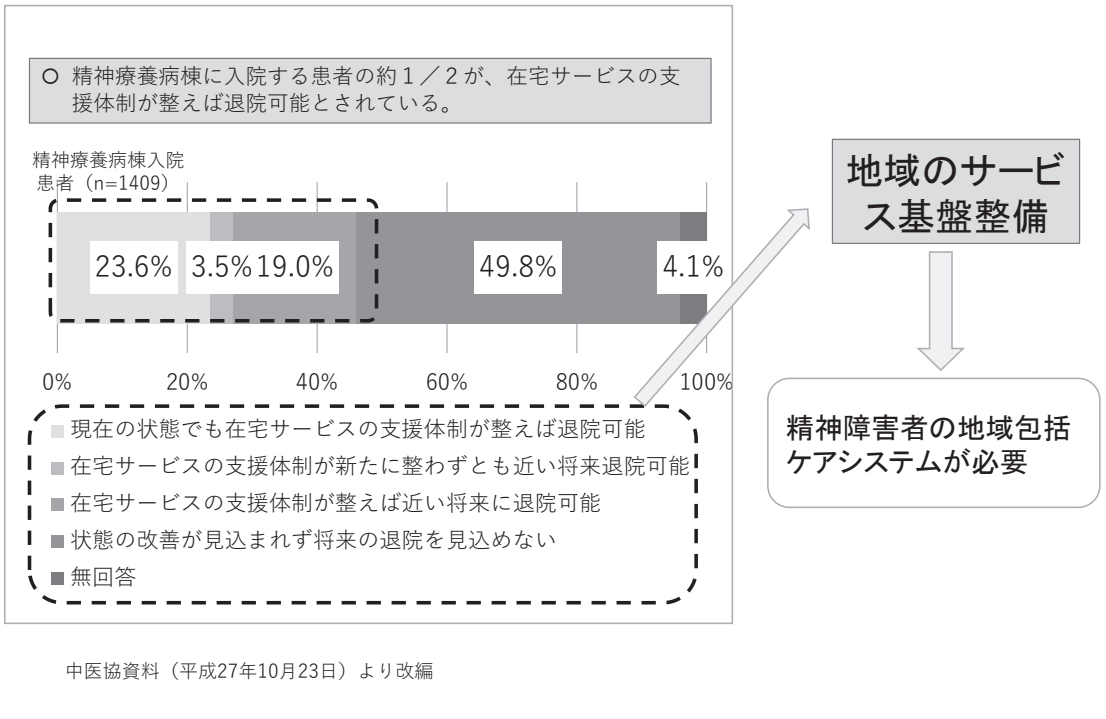
訪問看護ステーション利用者が受けているサービス



平成21年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業（伊藤班）より

訪問看護ステーションの利用者が受けていると回答した看護を図表でみる。心のケアは 100%、あなたを力づける支援やからだのケア、自身の家族に対する支援、さらに人との付き合いに関する手伝いがあげられている。

精神療養病棟の退院患者の見通し

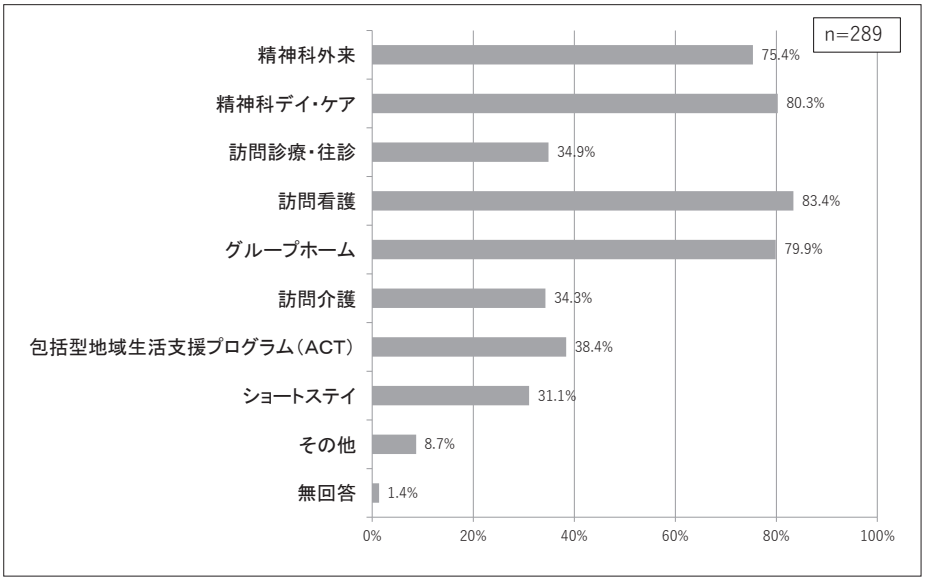


中医協資料（平成27年10月23日）より改編

精神病棟に入院する患者の 1/２は在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされる。

地域のサービス基盤整備には精神障害者の地域包括ケアシステムが必要である。

精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等（精神療養病棟入院料算定病棟、複数回答）



平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査より

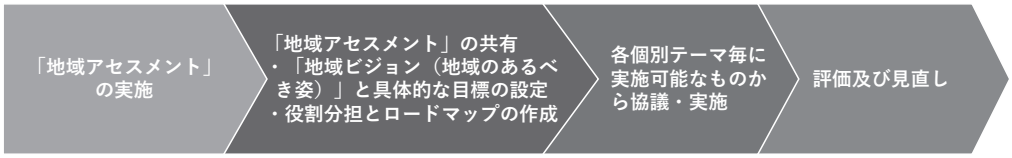
精神病棟の入院患者が地域移行するうえで重要となる事業やサービス等は表のとおりである。

中でも訪問看護は83.4%が重要なサービスと答えている。その他、精神科デイケア、グループホーム、精神科外来があげられている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築プロセス

地域の課題の共有	• 現状分析、協議の場を通じて自治体、保健所、医療機関、福祉事業所等、関係者間で地域の課題を共有する
目標設定	• 協議の場で年度ごとに目標（できれば数値目標も）を設定し、目標達成のためのプランを検討する
個別の支援を通じた連携構築	• ケースの支援を通じて、関係者が顔の見える関係を構築する • 連携により既存の資源・仕組みを有効活用
成果の評価	• 一定期間ごとに進捗状況、目標達成状況を確認し、プランを見直す

＜構築プロセス例＞



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のプロセスである。

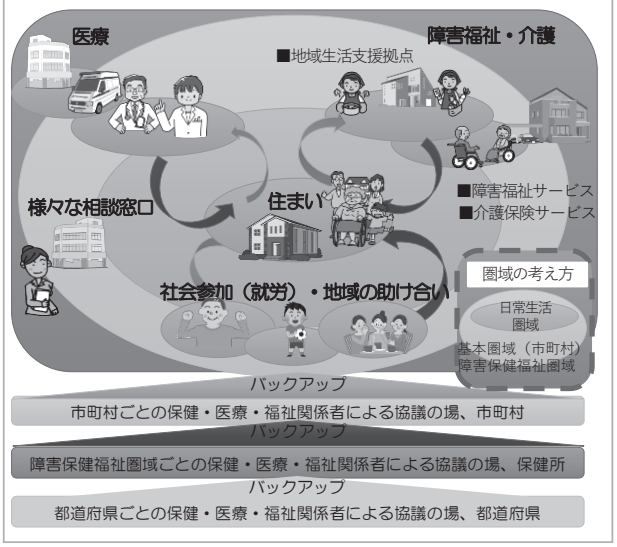
精神障害の有無にかかわらず、だれもが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じてシステムづくりを進めている。

地域の課題を共有し、年度ごとに目標を設定して計画を策定する。

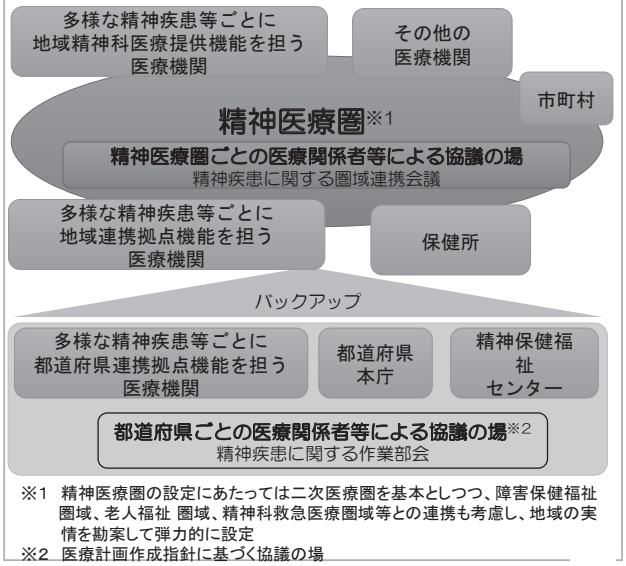
個別の支援を通じて顔の見える関係づくりを行い、一定期間ごとに成果を評価し見直す。

精神疾患の医療体制について（第7次医療計画）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉 圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定
※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。

2020 年度末、2024 年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び,地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。

統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

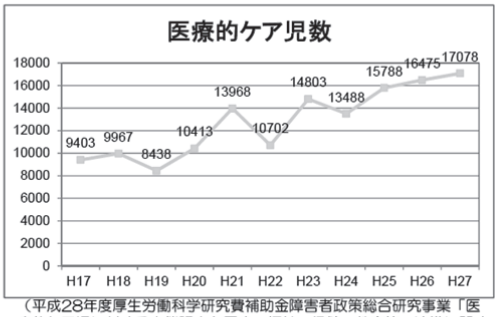
医療的ケア児を含む
小児訪問看護の対象者

医療的ケア児の定義、医療的ケア児数

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、 たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のこと。
○ 全国の医療的ケア児は約1.7万人〈推計〉 ［平成28年厚生労働科学研究田村班中間報告］

○ 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
○ 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養　等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。［岡田.2012推計値］



（平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の中間報告）

児童福祉法の改正　（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

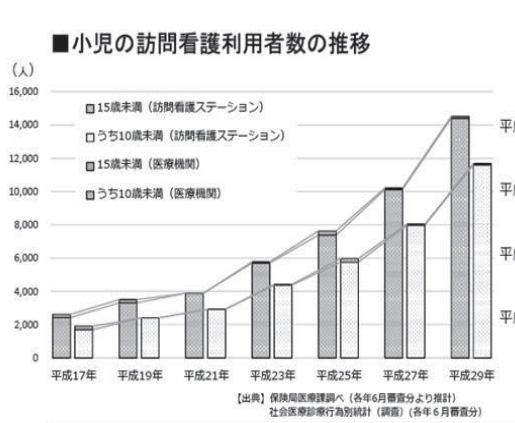
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

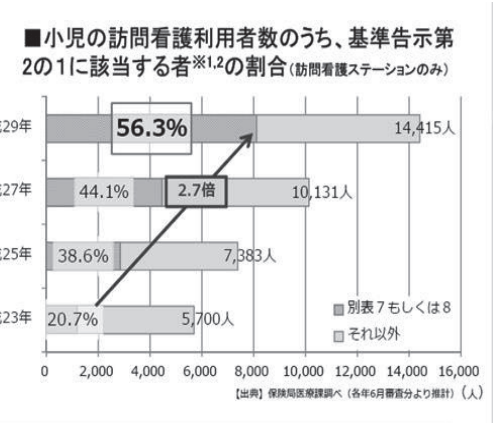
医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU 等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養など、医療的ケアが日常的に必要な障害児のことである。

医療的ケア児には歩行が自立している状態から寝たきりの重症心身障害児まで含まれる。

平成 27 年では 17,000 人、平成 28 年では全国に 18,000 人おり、医療の進歩により年々増えている。

医療保険　小児訪問看護の利用者の状況





※1：別表第７

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

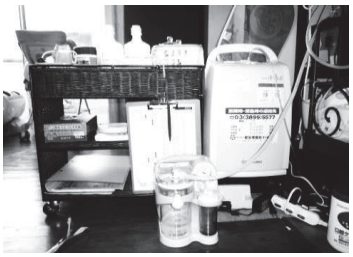
※2：別表第８

1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護を受ける小児（15 歳未満）の利用者は増加しており、小児の訪問看護の利用者のうち、難病等医療的ケア（基準告示第２の１）に該当する者の割合は、平成 23 年と平成 29 年を比較した場合 2.7 倍となっている。

（参考）訪問看護で支援しているAさん

母親等は、医療者が側にいない
自宅で高度な医療的ケアを実施





子どもの体調の
判断に伴う不安

訪問看護で
安全と安心を
保障

必要な医療的ケアなど

ケア項目	常時のケア
酸素吸入管理	酸素飽和度が90％以下の時
気管カニューレ交換	1週間に1回
吸引 吸入	30分に1回は必要 1日4回
経管栄養	1日6回のミルクと2回の水分
胃瘻バルンの水交換	1週間に1回
点眼	1日4回
体位交換	2時間に1回
リハビリ	毎日

退院したＡさんの医療的ケアは表のとおりである。母親は医療の専門職がいない自宅で、人工呼吸器管理や気管カニューレ交換、経管栄養の注入など医療的ケアを日常的に実施している。日々Ａさんの体調判断に不安をもっている。

訪問看護師は、心身の状態を観察してケアを行い安全と安心を保障すること、24 時間対応で相談支援を行い、必要時は緊急訪問も行う。

小児に対する訪問看護

○　小児に対する訪問看護は、家族へのケア方法の指導・精神的支援及び学校や病院との調整等、小児を取り巻く環境への支援が含まれている。
○　小児の訪問看護は困難であると答える訪問看護ステーションは約半数であった。難しい理由は、人材不足とともに「保護者との関係づくり・保護者へのケアが難しい」といった内容があがっている。

■重症児・家族への訪問看護師による支援項目・支援内容

支援項目	支援内容
重症児の健康状態確認・健康管理	・全身状態の観察 ・医学的管理　児のＱＯＬ向上のケア
介護負担軽減	・医療的ケアを実施 ・母親の介護負担軽減
助言やケア方法の指導	・緊急時対応のケア ・母親ができる経管栄養の方法を助言・指導 ・吸引器や酸素の取り扱い、消毒の方法、過度な全身緊張や啼泣に対するケアの指導
学校や病院、サービスの調整	・病状変化への対応がスムーズにできるよう在宅主治医と連携。医療・保健・福祉・教育の支援機関の全スタッフが集まってのケア会議を企画。ヘルパーへの助言 ・退院前に調整会議を実施
家族への支援	・母親に対する精神的支援 ・経済的問題に対するケア ・父親がケアを代行できる意識とスキルを持てるよう母親、父親、母方祖母へ関わった

※文献検索し、訪問看護の対象となっている重症児の年齢、医療的ケアの有無、訪問看護の実施方法の内容、支援内容が含まれていた15件をまとめたもの

出典：杉山友理他. 重要心身障害児とその家族に対する訪問看護師の支援に関する文献検討. 日本小児看護学会誌. 2014；23(1): 29-35　から保険局医療課にて抜粋

■小児の訪問看護の難しさについて　n=20（訪問看護ＳＴ）

小児訪問看護の難しさ	とても難しい	4(20%)
	まあまあ難しい	7(35%)
	あまり難しくない	4(20%)
	全く難しくない	0(0%)
	無回答	5(25%)

■小児の訪問看護が難しい理由　n=18(訪問看護ＳＴ／複数回答)

小児看護の経験のある**スタッフがいない**	9(50.0%)
小児看護の知識や技術を学べる機会が少ない	8(44.4%)
人材の**マンパワーが不足**しているため	7(38.9%)
ケアマネージャーのような**コーディネーターがいない**	7(38.9%)
保護者（家族）との関係づくり・保護者へのケアが難しい	5(27.8%)
福祉サービス等の福祉機関との連携が難しい	5(27.8%)

※調査対象は、茨城県央・県北地域にある全訪問看護ステーション38か所に質問紙調査票を郵送にて配布し、返送が得られた20ヶ所

出典：松澤明美他.茨城県北・県央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題.茨城キリスト教大学看護学部紀要. 2015；7(1): 19-27

小児の訪問看護は、児のケアの他に、家族へのケア方法の指導・精神的支援及び特別支援学校等義務教育諸学校や病院との調整等、小児を取り巻く環境整備が含まれる。

小児の訪問看護が困難であると答える訪問看護ステーションは約半数であった。その理由は、人材不足とともに、「保護者との関係づくり・保護者へのケアが難しい」という内容があがっている。

医療的ケア児を支えるサービス

各種法律と子どもの発達に応じた支援

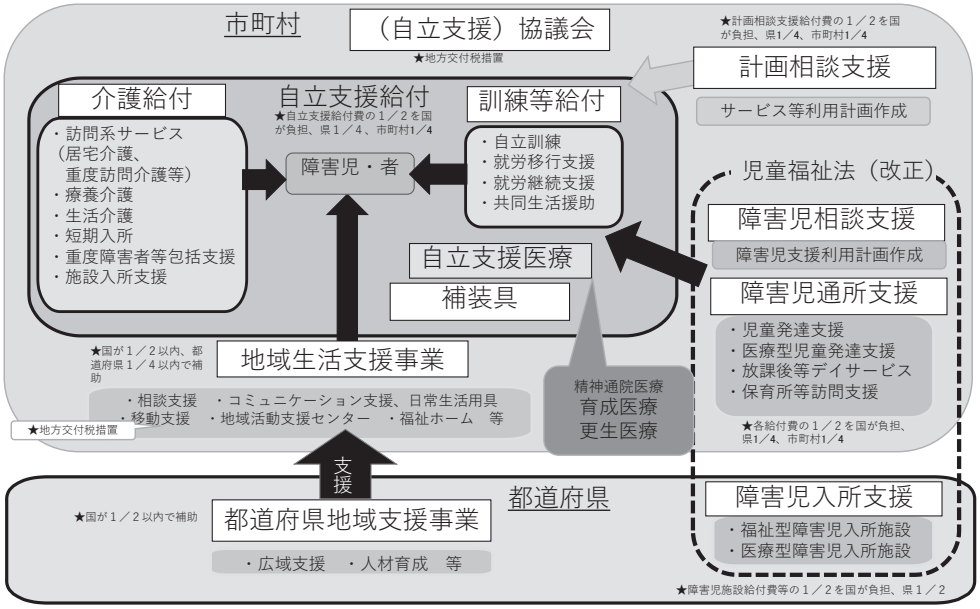
	胎児期	新生児期	乳児期・幼児期（6歳）	学童期	思春期（18歳）	青年期	壮年期
保健	母子保健法（母性・乳幼児の保健指導等）						
			学校保健安全法（保健、安全管理、保健室、養護教諭等）				
			地域保健法（地域保健対策、保健指導、保健所・保健福祉センターの事業）				
医療	健康保険法（疾病、負傷、死亡、出産に関する医療保険給付）（入院・通院・訪問診療・訪問看護等）						
福祉	障害者総合支援法（相談支援、自立支援給付、地域生活支援事業等）						
	児童福祉法（相談支援、通所・入所支援、児童相談所等）						
	児童虐待防止法・障害者虐待防止法						
教育	学校教育法（幼稚園、小・中・高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）						

日本訪問看護財団「研修会で見つけたケアのヒント　小児訪問看護ガイドライン」より抜粋

医療的ケア児を含む児の発達を支える支援は、胎児期から新生児期、乳幼児期(６歳まで)さらに学童期、思春期（18 歳まで)、青年期を経て壮年期となる。各発達期に応じた保健・医療・福祉・教育制度がある。

訪問看護の対象となる児の心身状況に応じて必要な制度が利用できるように関係機関との連携が欠かせない。保健師や助産師、NICU や GCU、地域連携室の看護師や社会福祉士、相談支援専門員など多職種と積極的にかかわる必要がある。

（参考)障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく障害児者の福祉サービスの体系（平成24年4月～）

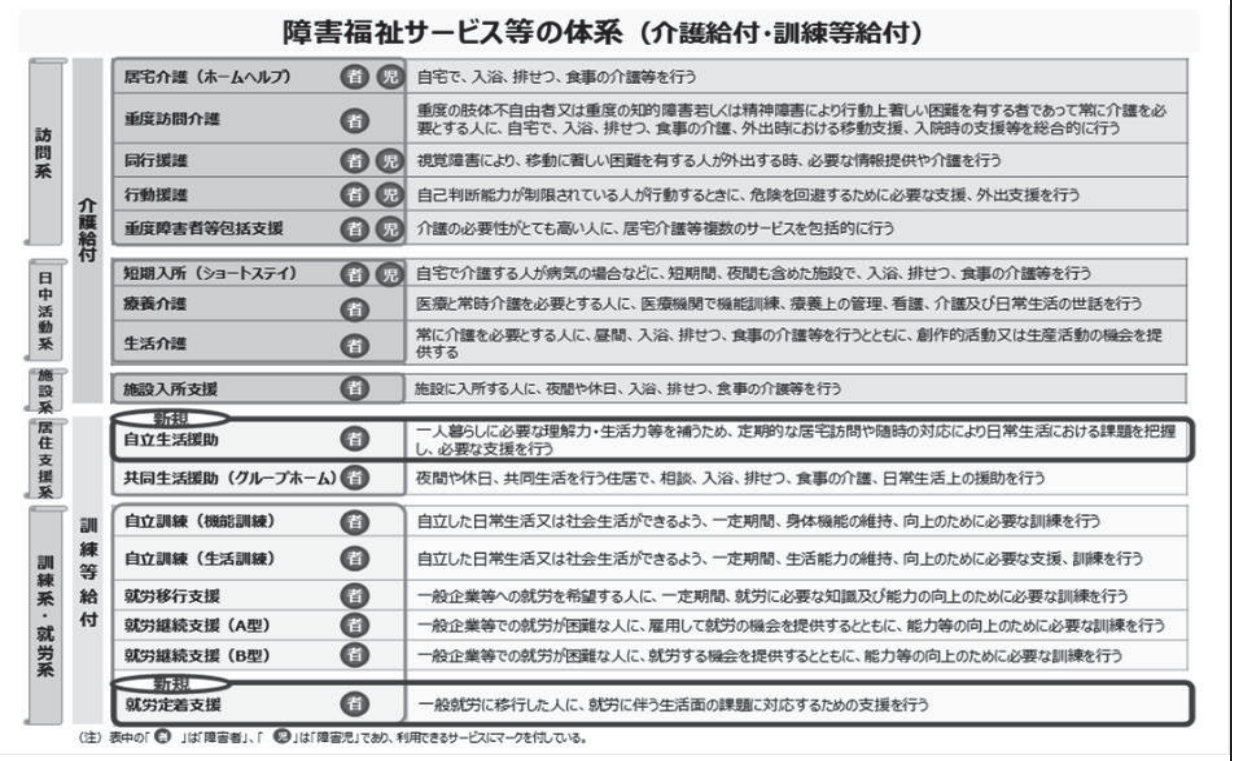


障害者総合支援法又は児童福祉法に基づき、身体障害・知的障害・発達障害・精神障害のある対象者への支援が行われる。

児童福祉法では、障害児のサービス利用計画を作成する相談支援専門員の計画に沿って、自立支援給付が行われる。

障害児通所支援では、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援がある。また、入所サービスとして福祉型障害児入所サービスまたは医療型障害児入所サービスがある。

（参考）障害福祉サービスにおける障害児の介護給付



障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

訪問系	介護給付	居宅介護（ホームヘルプ）	者 児	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
		重度訪問介護	者	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う
		同行援護	者 児	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う
		行動援護	者 児	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う
		重度障害者等包括支援	者 児	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う
日中活動系		短期入所（ショートステイ）	者 児	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
		療養介護	者	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を行う
		生活介護	者	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する
施設系		施設入所支援	者	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
居住支援系	訓練等給付	新規 自立生活援助	者	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う
		共同生活援助（グループホーム）	者	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う
訓練系・就労系		自立訓練（機能訓練）	者	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う
		自立訓練（生活訓練）	者	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う
		就労移行支援	者	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
		就労継続支援（A型）	者	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
		就労継続支援（B型）	者	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
		新規 就労定着支援	者	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う

（注）表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。

厚生労働省　障害福祉サービスについて

障害福祉サービスにおいて、障害児は、訪問系サービスと日中活動系サービスを利用できる。具体的な内容について理解する。

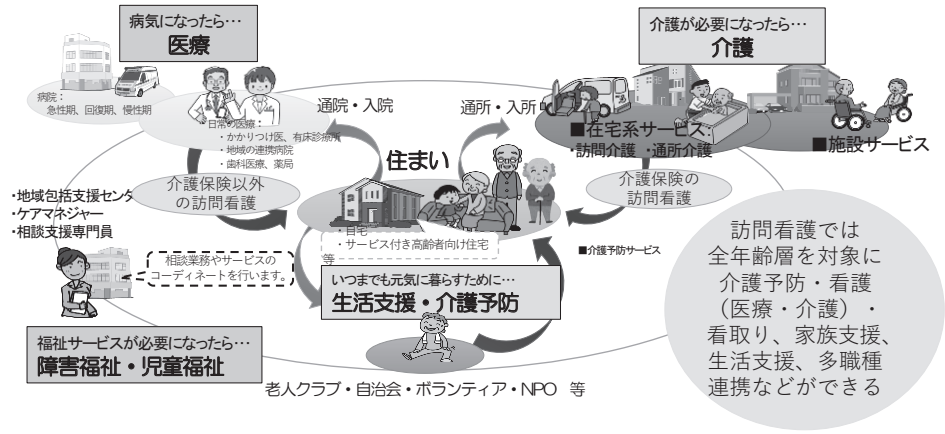
訪問看護の対象となる児の心身状況に応じて必要な制度が利用できるように、相談支援専門員等との連携が欠かせない。

地域包括ケアにおける訪問看護の対象者

地域包括ケアシステムと訪問看護の役割

「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条」



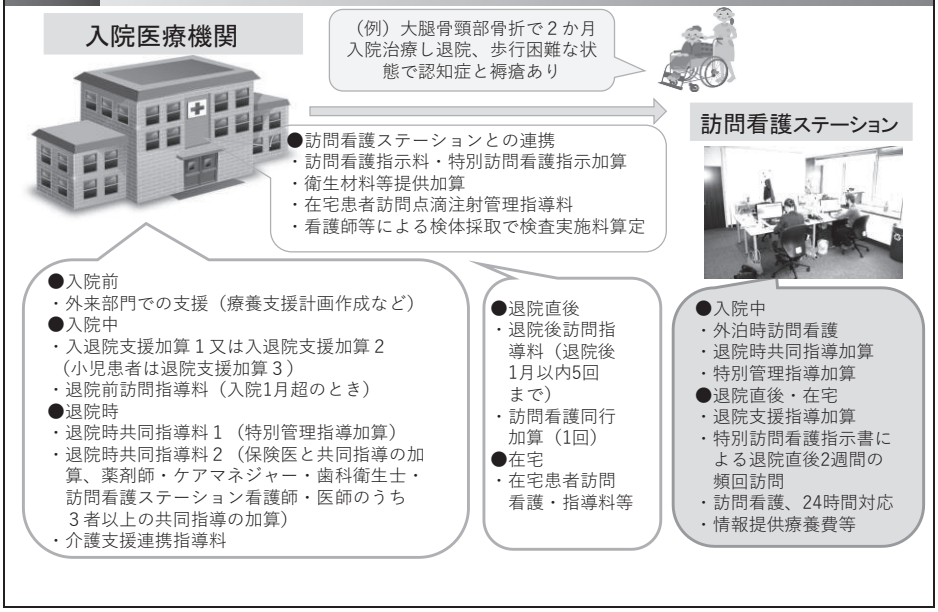
各地域では、人口の年齢構造や保健・医療・福祉・介護などの社会資源の整備状況、地域の産業、文化などに特徴がみられる。

戦後ベビーブーム世代が 75 歳以上となる 2025 年、さらに老年人口のピークを迎える 2040 年を乗り切るためには、介護保険制度や医療保険制度の改正、報酬改定による給付の抑制、介護職員の処遇改善加算などの対応だけでは困難である。

そのために、自治体は各地域特性に応じたまちづくりを進めている。

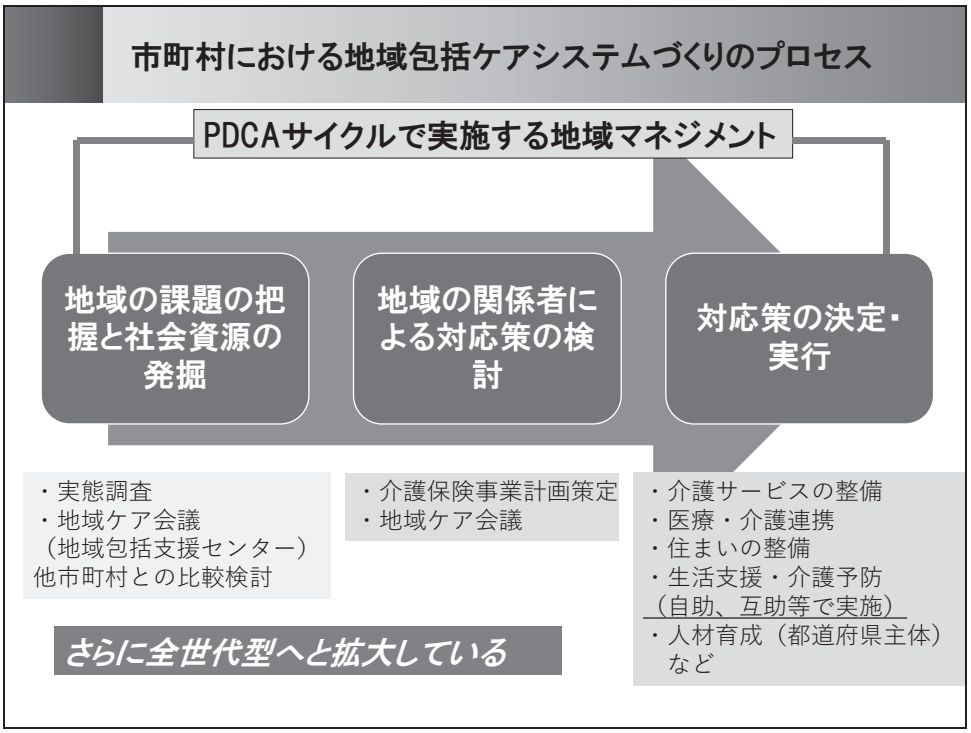
訪問看護では全年齢層を対象に介護予防・看護（医療・介護）・看取り、家族支援、生活支援、多職種連携などができる。訪問看護ステーションは地域にあって介護保険制度と医療保険制度で看護サービスを提供しながら障害福祉サービスともつながる。地域全体の健康ニーズを把握して積極的に地域包括ケアシステムづくりに貢献し、その一翼を担う。

（参考）入院中から退院直後等の訪問看護体制の充実



在宅療養者が病院に入院し、入院治療・リハビリテーション等を受けて退院の運びとなる。入退院時の看護職間の連携は人々が安心して入退院できる支援である。病院では入院前の外来でのオリエンテーションなどがあり安心して入院できる仕組みがある。訪問看護師は入院患者について訪問看護の情報を入院先医療機関に提供する。入院患者が外泊時には退院を前提に外泊時に訪問看護を提供できる。

退院に際しては、入院医療機関の看護師等と退院後の療養生活の相談助言ができる。また退院したその日に訪問看護で支援することもある。特別訪問看護指示書の交付により、毎日訪問して在宅療養生活の始まりを支え、退院患者が要件に合致していれば、入院していた医療機関から１か月間５回まで訪問看護が受けられる。



地域包括ケアシステムは地域の特性に応じて、自治体や地域住民が主体的・自主的にシステムづくりを行う。まず、地域が抱える課題を実態調査やヒアリング等で把握する。さらに地域のソーシャルキャピタル等ボランティア活動やサークル活動、近隣同士の助け合い活動など、自治体で発掘する。その結果は地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」で検討する。また、他市町村の情報を収集して、比較検討する。その結果は報告書で地域住民に広報する。

次のステップでは、報告書等に基づき、市町村が３年ごとに策定する介護保険事業計画につなげる。地域ケア会議で検討し、必用な介護サービス、医療、福祉、住まいや生活支援の対応策を決定し、介護保険事業計画で遂行する。

地域で活動できる人材育成などを県と協力して推進する。

これらのプロセスを PDCA サイクルで評価しながらさらに改善を図っていく。

地域包括ケアシステムは、国の一律の仕組みではなく、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域特性に応じて作り上げていく必要がある。

さらに、要介護状態になる前の健康な高齢者の介護予防も含め、乳幼児、児童、子育て中の親、障害者に広がり、さらに災害等を含めた地域づくりへと概念が拡大している。

地域で研修会を開催するときのポイント

第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

	平成29(2017)年度 実績値 ※1		平成32(2020)年度 推計値 ※2		平成37(2025)年度 推計値 ※2	
○ 介護サービス量						
在宅介護	343 万人		378 万人	(10%増)	427 万人	(24%増)
うちホームヘルプ	110 万人		122 万人	(11%増)	138 万人	(26%増)
うちデイサービス	218 万人		244 万人	(12%増)	280 万人	(28%増)
うちショートステイ	39 万人		43 万人	(9%増)	48 万人	(23%増)
うち訪問看護	48 万人		59 万人	(22%増)	71 万人	(47%増)
うち小規模多機能	10 万人		14 万人	(32%増)	16 万人	(55%増)
うち定期巡回・随時対応型サービス	1.9 万人		3.5 万人	(84%増)	4.6 万人	(144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人		2.1 万人	(172%増)	2.9 万人	(264%増)
居住系サービス	43 万人		50 万人	(17%増)	57 万人	(34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人		28 万人	(21%増)	32 万人	(41%増)
認知症高齢者ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ	20 万人		22 万人	(13%増)	25 万人	(26%増)
介護施設	99 万人		109 万人	(10%増)	121 万人	(22%増)
特養	59 万人		65 万人	(11%増)	73 万人	(25%増)
老健(＋介護療養等)	41 万人		43 万人	(7%増)	48 万人	(18%増)

※1)2017年度の数値は介護保険事業状況報告(平成29年12月月報)による数値で、平成29年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。
在宅介護の総数は、便宜上、同報の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者数の合計値。
在宅介護の内訳について、ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟは訪問介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は、119万人)、訪問リハ(予防給付を含む。)、
夜間対応型訪問介護の合計値。ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽは通所介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人)、通所リハ(予防給付を含む。)、
認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。ｼｮｰﾄｽﾃｲは、短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。)の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
※2)平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

第７期介護保険事業計画において、介護サービス量が示されている。

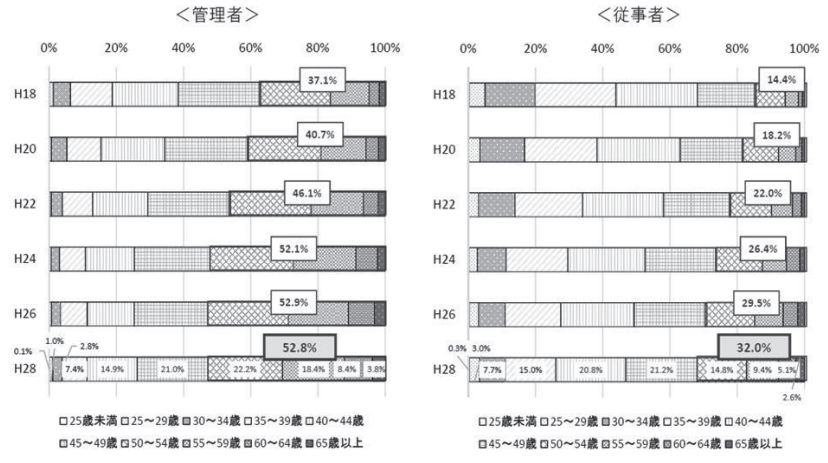
在宅サービスのうち訪問看護の必要な人は平成 29 年度では 48 万人であった。この実績値を起点にすると、令和２年度は 59 万人（22%増）、令和７年度は 71 万人（47%増）の推計値があげられている。

介護保険利用者において、現在の訪問看護師数の 1.5 倍を要すると推測される。さらに在宅医療の推進から在院日数も短縮し在宅療養者が増加する。訪問看護人材確保が喫緊の課題である。

訪問看護ステーションにおける看護師の年齢階級別割合

○ 訪問看護ステーションにおける看護師は、管理者では5割以上、従事者では3割以上が50歳代以上である。
特に従事者では50歳代以上の割合が増加傾向である。

■ 訪問看護ステーションにおける看護師数(実人員)の年齢階級別割合



【出典】衛生行政報告例

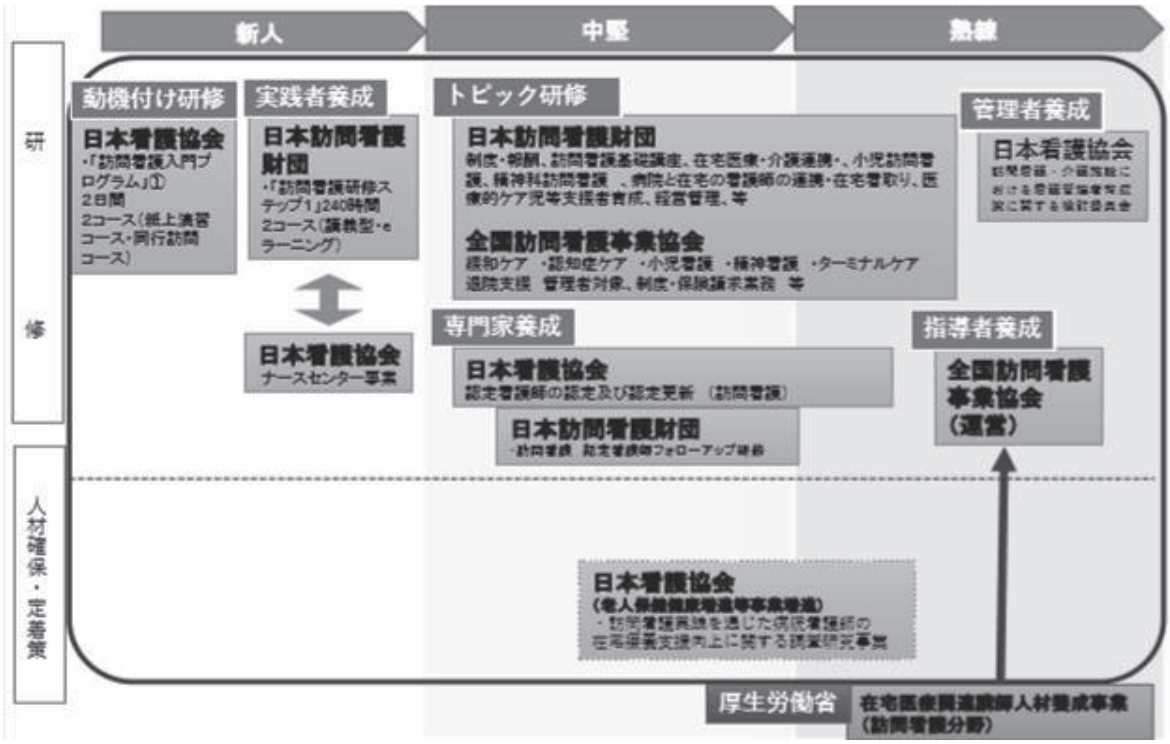
資料:第419回中医協資料より

訪問看護ステーションの管理者の平均年齢の推移をみると、50 歳代以上が平成 28 年には 52.8%となっている。平成 18 年には 37.1%であった。

従事する看護職員の平均年齢の推移をみると 50 歳代以上が平成 28 年には 32.0%となっており、平成 18 年の 14.4%に比較して年齢構成の割合が増加している。一方で、わずか 0.3%ではあるが 25 歳未満の従事者が平成 28 年には存在する。

20 歳代、30 歳代の訪問看護師を確保する方策と職場環境の改善等が必要である。また、65 歳以上の看護職員が経験値を活用して訪問看護ステーションでの役割が果たせるような方策も検討する必要がある。

訪問看護ステーション看護職対象研修、人材確保に関する事業



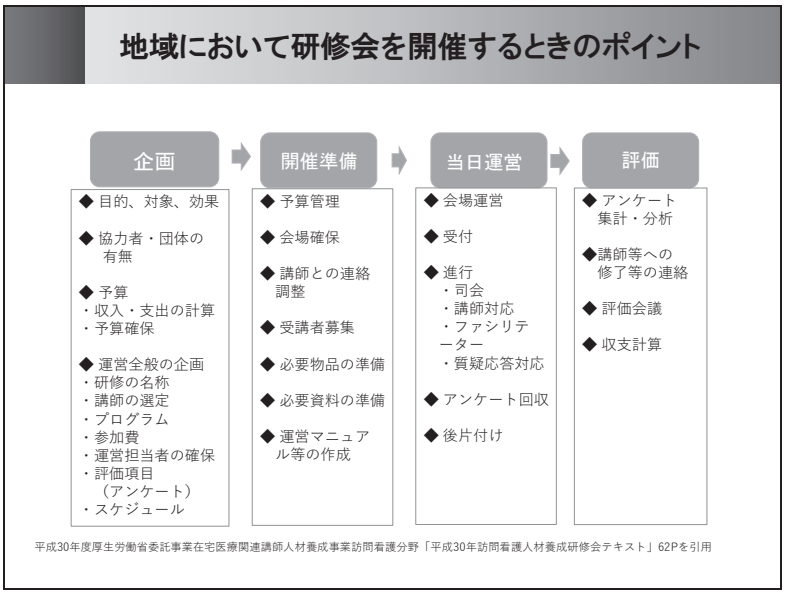
平成30年度厚生労働省委託事業在宅医療関連講師人材養成事業訪問看護分野「平成30年訪問看護人材養成研修会テキスト」66Pを引用

訪問看護師向けの研修会は、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団並びに日本看護協会が、年間を通して開催している。

新人向けの訪問看護入門プログラムは日本看護協会が都道府県看護協会の協力で開催しており、日本訪問看護財団は「訪問看護 e ラーニング」をインターネットで配信し「訪問看護養成研修会（240 時間）」の集合研修部分になっている。

約 30 か所の各県看護協会が活用されており、小規模の事業所が多く集合研修に参加できない看護職員にとってメリットが大きい。そのほか、専門性の向上のための研修、管理者研修、さらに全国訪問看護事業協会が厚生労働省の委託で開催する訪問看護指導者養成研修がある。

日本訪問看護財団では訪問看護認定看護師のフォローアップ研修により実践・相談・助言のキャリアアップにつなげて、後進を育てる役割を果たして訪問看護ステーションの継続発展に貢献している。

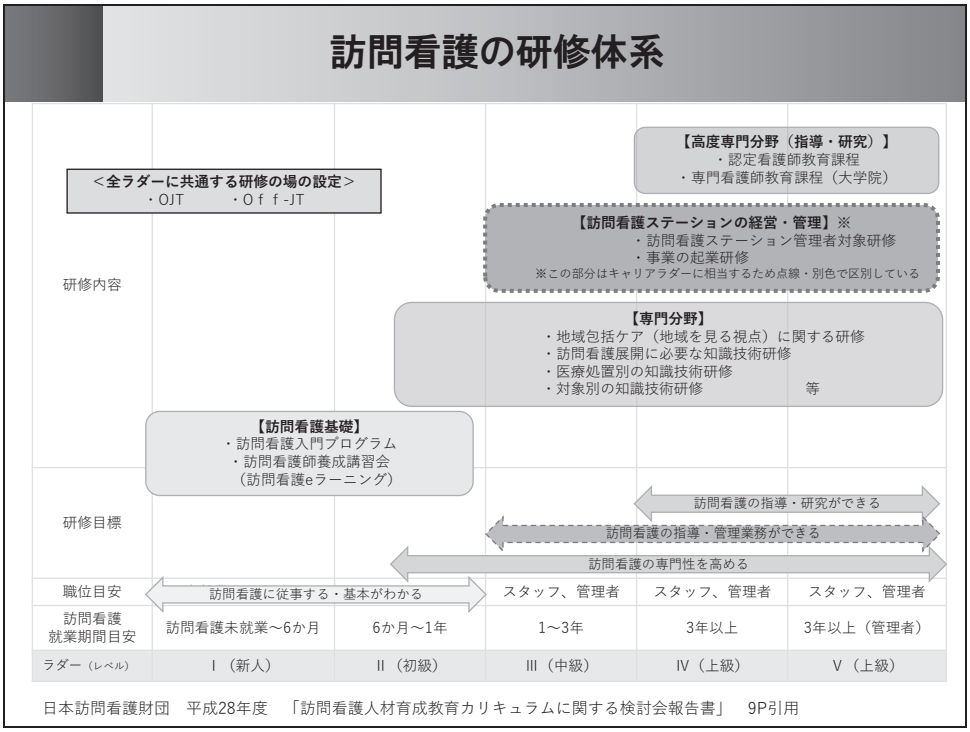


地域で研修会を開催するするときのポイントを挙げる。

企画の段階では,地域の訪問看護ステーションの研修ニーズを調査する。また,社会的な動向などから必要と思われる研修を調査し、研修担当者で話し合う。ほかの地域で類似の研修があれば参考にして企画する。

受講者数の予測を立て、演習・グループワーク等の研修方法を企画し、研修費用の見積もりを立てる必要がある。また、費用については助成金や補助金などが得られるかどうか、共催が可能かどうかも検討する。

開催の準備段階では、予測できない自然災害等も起こりうるので危機管理も念頭に当日運営を行い、必ず研修の評価をする。今後の課題として、報酬や制度につながる研修、キャリアアップにつながるポイント制の研修なども検討する必要があろう。



日本訪問看護財団　平成28年度　「訪問看護人材育成教育カリキュラムに関する検討会報告書」　9P引用

訪問看護師は 2025 年までに 12 万人確保する目標が厚生労働省で示された。確保・定着およびキャリア形成のためには、看護職員の教育背景、経験、置かれている立場、本人の関心分野などを勘案し、ラダーレベルと組み合わせた研修の機会を設定する必要がある。訪問看護師としてキャリアアップを図る生涯教育体系が必要と考える。ひいては「介護職員処遇改善加算」にみられるようなキャリアラダーを要件とした報酬上の評価、専門の研修を受けた看護師の訪問看護の評価の拡大につなげることもできる。

訪問看護師として経験を重ねるとともに、タイムリーな研修を修了することで、年齢とともに、職場や役割を変えながら、地域包括ケアにおける貴重な社会資源として活動できる。訪問看護師は生涯を通して社会貢献ができる魅力ある職種である。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

書籍・文献

書籍･文献等名 ： 訪問看護基本テキスト(総論編)
著　　者　　名 ： 公益財団法人日本訪問看護財団　監修
出　　版　　社 ： 株式会社日本看護協会出版会
お勧めの一言 ： 全国訪問看護事業協会、日本看護協会と日本訪問看護財団が 1 年間検討した「訪問看護人材養成基礎カリキュラム」に準拠しており、各論偏と共に訪問看護師としての必須科目を網羅している。

書籍･文献等名 ： 平成 28 年度介護サービス施設･事業所調査
著　　者　　名 ： 厚生労働省
出　　版　　社 ： 厚生労働省
お勧めの一言 ： 看護対象者の疾病や看護内容が 3 年ごとに調査されており推移がわかる。ただ介護保険の訪問看護を主体としているので医療保険の訪問看護内容については見えにくい。

書籍･文献等名 ： 平成 29 年度介護サービス施設･事業所調査
著　　者　　名 ： 厚生労働省
出　　版　　社 ： 厚生労働省
お勧めの一言 ： 毎年、開設主体別訪問看護ステーション数、利用者数、要支援･要介護度別利用者数などの推移がわかる。

書籍･文献等名 ： 医療的ケア児コーディネーター養成研修テキスト
著　　者　　名 ： 末光茂･大塚晃　監修
出　　版　　社 ： 中央法規出版株式会社
お勧めの一言 ： 相談支援専門員の活動を理解する

書籍･文献等名 ： 平成 30 年版　厚生労働白書
著　　者　　名 ： 厚生労働省
出　　版　　社 ： 厚生労働省
お勧めの一言 ： 障害や病気を有する者が活躍できる社会について実態や意識、取組みの実際がわかる。

書籍･文献等名 ： 精神科訪問看護
著　　者　　名 ： 萱間真美、寺田悦子　編著
出　　版　　社 ： 中央法規出版株式会社
お勧めの一言 ： 疾病や治療の基礎知識を在宅独自の Q&A 形式でわかりやすく解説している。

関連 Web サイト等

関連 Web サイト： 厚生労働省　障害福祉サービスについて
サ　イ　ト 名 ： 障害福祉サービスの概要
U　　R　　L ： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html
お 勧 め の 理 由 ： 障害児者の障害福祉サービスの内容がわかる

関連 Web サイト： 厚生労働省
サ　イ　ト 名 ： 社会保障審議会　介護保険部会（第 75 回）資料 3「介護保険制度をめぐる状況について」
U　　R　　L ： https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000482328.pdf
お 勧 め の 理 由 ： 介護保険制度全体の流れがわかる

関連 Web サイト： 厚生労働省
サ　イ　ト 名 ： 平成 30 年　国民生活基礎調査
U　　R　　L ： https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/index.html
お 勧 め の 理 由 ： 国民の世帯や所得の年次統計によって推移がわかる

関連 Web サイト： 厚生労働省・文部科学省
サ　イ　ト 名 ： 医療的ケア児とその家族への支援制度について （平成 30 年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議（2018 年 10 月 3 日） 資料 1－2
U　　R　　L ： https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000365180.pdf
お 勧 め の 理 由 ： 子育て支援、保健、医療、障害福祉、教育の分野別に制度と事業及び実施主体が詳細にわかる

総論４　学習支援と教育

日本赤十字看護大学看護教育学准教授
西田　朋子

到達目標

人材育成とは何か、教育対象の理解を深める方法を学び、自地域における訪問看護の人材育成に役立てることができる

内容

・人材の育成とは何か、人を教育することの基本的な考え方
・教えるということの考え方について
・成人学習者に対する動機づけ
・能力の開発と GIO,SBO（組織目標、個人目標）について

学習支援と教育

日本赤十字看護大学　看護教育学
准教授　西田朋子

1 人材育成とは

①雇用した人員（従業員や管理者）を組織の成長・発展のために有為な人材に育て上げること

②育成と養成のちがい
- 養成：能力や知識、技術をある一定レベル以上に高めること。
- 育成：価値観や意欲なども含む全体的な人間向上を指すと同時に、ある一定レベル以上に高めるというよりも育成結果の意義（効果）を重視する。養成よりも広い捉え方。

③リーダーに期待される役割である

・管理者がマネジメントする要素には、大きくわけて、ヒト、物、金、情報の４つの要素がある。そのうちヒトをマネジメントすることが、人的資源管理（Human Resource Management：HRM）となる。物、金、情報というヒト以外の３つの要素は、ヒトによって使われ、動かされることで始めてそれらが持つ本来の意味を果たすことができる。したがって、組織におけるヒトは非常に重要な要素であり、ヒトがいないと組織は機能しない。しかし、ヒトの配置や労務管理をうまく行うだけでは、ヒトが組織にとって有効に機能するとは限らない。そこで必要になるのがヒトを育てる人材育成である。

・人材育成は、組織に雇用した人員を、組織の成長・発展のために有為な人材へと育て上げることである。ヒトは最初から組織にとって有益な働きができるとは限らず、また長くその組織にいるからといって、役割に応じた働きができるようになるとは限らない。したがって、組織の目標を達成するためにも、スタッフを育てることは必要不可欠なことである。人材育成はすぐに成果がでるものばかりではないため、実施方法に対してこれでよいのかと悩んだり、場合によっては実施する意味を感じられることばかりではないかもしれないが、実施することをやめてしまえば、右肩下がりに組織の力が低下していくことは明らかである。

・看護職は専門職であるため、自律して育っていくことはもちろん大切ではあるが、組織の資源という捉え方をすると、有益な働きができる人材となってもらうためには、育てる関わりも重要である。そのため、組織の規模に関わらず、組織の管理者やリーダーには、スタッフを育てること、つまり人材育成が役割の一つとして期待される。

・人材育成のためには、誰かが誰かを教えるという仕組みづくりだけではなく、学び合う環境を創造していくことも大変重要である。

人材育成における「ヒト」の特徴と人材育成

①喜怒哀楽の感情をもつ

②高度な思考をする生物である

③主体性の尊重と組織を機能させるために関わる必要性がある

・マネジメントの４つの要素であるヒト、物、金、情報において、「ヒト」とその他の３要素の「物、金、情報」には次のような違いがある。「ヒト」は「物、金、情報」とは異なり、喜怒哀楽の感情を持ち、また高度な思考をする主体である。

・「物、金、情報」はマネジメントする側の意向によって統制しやすいが、ヒトはそうはいかない。ヒトには主体性があるという点から考えると、他者に指示されることばかりや拘束されるだけでは自由や自律を阻害された感覚を抱き、嫌気がさしてしまうこともある。しかし、自由ばかりを尊重したのでは、組織がある方向性に向かって進んでいくことが難しくなる。したがって組織を機能させるためには、管理者がリーダーシップを発揮して、ある程度の統制を働かせることも重要となる。このバランスがヒトをマネジメントすることの難しさでもあり、面白さでもあるといえる。

・組織における人材育成では、組織はどういう人材を求めているのか、その人にはどうなってほしいのかということを伝えることと、その人自身はどうなりたいのか、そのためにはどうやって努力していこうとするのか、を共に考えていく姿勢が必要である。

人を育てる側の要件

① 被育成者を認め、彼らに信頼されること（被育成者側からの一方的な信頼であっても）
⇨言語的だけではなく、非言語的な能力が求められる

② 被育成者側の学習意欲を高められること

③ 被育成者側との間にパワー関係が確立していること

④ 被育成者側に提供しようとする知識や技術に精通していること

⑤ 育成の目的・目標等を理解していること

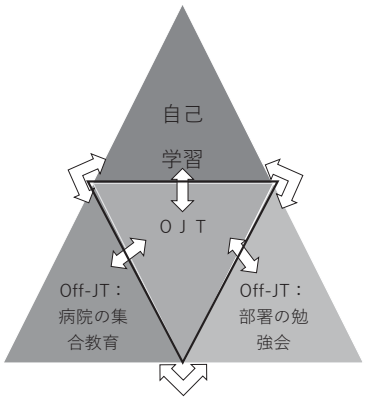
⑥ 育成プロセスにおける被育成者の反応を迅速に正確に知覚・理解し判断できる能力や感受性を持っていること

（林、2005）

・③は文献（林，2005）によると、「育成者側は専門力（専門的な知識・技術に基づくパワー）と一体化力（人間としての魅力に基づくパワー）が求められる」と説明されている。

・この要件をもとに考えると、人を育てる側には、人材育成のねらいや伝える知識や技術に長けているということはもちろんのこと、学習者の反応をとらえてそれを教える際に活かすこと、そして、人間として魅力的であることが求められることがわかる。つまり人を育てる側も、学び、そして成長し続けることが大切である。

看護職にとっての学びの場



・看護職の学びを支えているのは、OJT（On the Job Training）や、Off-JT（Off the Job Training）である施設やグループなど全体での集合教育、ステーションごとの勉強会がある。

・もう一つ、専門職として特に重要になってくるのが、自己学習（自己研鑽）である。自己学習と OJT、Off-JT がそれぞれよい連携をしていくことができると、看護職にとってもとてもよい学びとなる。

・しかし、Off-JT と OJT は自然には連動していかない。管理者や指導者が連動させるための働きかけをすることが必要となる。例えば、集合教育と現場で教えている方法や内容を統一する、また集合教育で教える内容や方法が、彼らが現場で直面していることとつながりやすい内容や方法を考え、企画にいかしていくことなどである。

・また OJT を効果的にするためには、教える側を育成することも重要である。教えるという立場になったからといって、突然教えることができない可能性や教えることに自信を持つことができないことも考えられる。したがって教える側を育てていくことは、教えられる側（学習者）が効果的な学びをすすめていくためにも重要な側面となる。

OJTとOff-JT

OJT（On-the-Job Training）	職場（内）訓練と呼ばれ、職員が仕事を通して業務遂行に必要な能力を身につけるための訓練である。
Off-JT（Off-the-Job Training）	職場外訓練と呼ばれ、職員が職場の内外において、一堂に会して仕事上の必要な知識、技能・技術を習得するための教育である。

教える側、企画側からするとどちらか一方に着目しがちであるが、学ぶ側からすると両者は一貫している必要がある。
→学び手にとって意味ある学びの機会であることが重要

OJT のメリットには、次の５つ がある。

①実践と訓練（学習）が密接に結びついており学習者に意欲をもたらす

②仕事の上のスキルを効果的に学習することができる

③低コストである

④自由がきく（必要な時に実施することができる）

⑤学習したことを仕事に転移しやすい

これらのメリットを考えると、OJT は集合研修（Off-JT：off-the job training）よりも、より 1 人ひとりに合わせて仕事に必要な能力をつけてもらえるようアレンジすることができるものであり、学習者である新人を含む看護職も、教わったことと直面・経験していることが直結しているため、納得もしやすく学習としても定着しやすくなる。

現場での「教える－学ぶ」が困難な背景（私案）

現場の状況	学び手の状況
• 患者の生命と向き合う場 • 患者の状態は刻々/急激に変わる • 逼迫（ひっぱく）した状況 • 協働する必要がある • 日々指導者が固定しているわけではない • 早い自立が求められる	① 未熟性 • 国家試験は合格したが、看護師として働いていくためには学習途上 • 人としての未成熟さ：多くが青年期；アイデンティティが未確立 ② 学習方法の転換 • 学校：法則性の追求（わかる） • 現場：収益性の追求（できる） ③ 経験者であっても場が変わることでの困難

- 実践家としては中堅やエキスパートに達している
  →新人のときをわすれがち
- もしくは、自らの実践にまだ自信がもてない
- 医療者として患者を看る視点と未熟である学習者を見るはざまでの苦労や葛藤

指導者

2 「教える」ことと「学ぶ」こと

■「教える」こと

►educationの語源：educare （ラテン語）
「外へ」という意味をもつ接頭語e-と、「引く」という意味をもつ動詞ducareとの合成語「（子供の内側にある）能力を外に引き出す」という意味をもつと解釈されてきた。

►学習者の経験を連続的に再構成して、一定の方向性を与え、より高次な経験へと改変していくことが教育活動である。

・学習者はすでに日常生活において何らかの経験を持っているが、その経験はそれぞれがばらばらで十分に関連づけられていないことが多く、不完全な形でしか統合されていない。そのような学習者の経験を連続的に再構成して、一定の方向性を与え、より高次な経験へと改変していくことが教育活動である。

・より教育的な経験とはその経験の持つ意味が増加して、その後に続いていく経験の方向性を導くようなものであると考えられる。

■「学ぶ」こと

►被教育者（学習者）が自己の能力を伸ばし、人間形成を目指して行う行動である。

►「まなぶ」という言葉は、「まねぶ」（まねる）と語源的には同じであるといわれる。

►学習の定義

- 言葉を覚えたり、生活習慣を身につけたり、学校でいろいろな学課を勉強したり、スポーツや技術を習得したりすることなどは、すべて学習という概念に含めることができる。

- 英語のlearningという語は、インド・ヨーロッパのleis-という語源からさまざまに変化してできたものといわれ、それはわだちとか軌道という意味をもっている。わだちは痕跡を残し、軌道は動きを容易にさせ、それは学習の特徴をよく表している。一般的に学習を定義してみると、一定場面でのある経験が、その後同一または類似の場面でのその個体の行動もしくは行動の可能性に変容をもたらすことといえる。

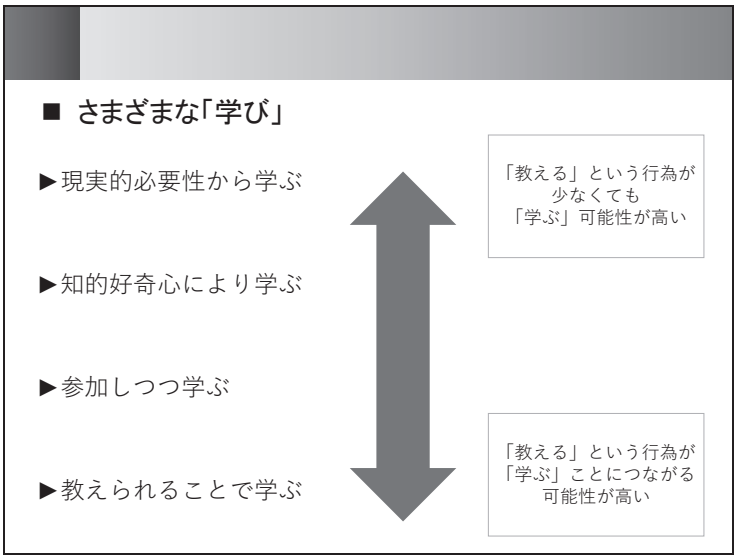
新版心理学事典（1981）．平凡社.

・人は、今以上に、何かしらの能力を伸ばしたい、獲得したいと考え続けている存在であり、学ぶことは人がよりよく生きていくために必要な営みである。

・学びによって“変容”がもたらされる。

・学ぶということは、さまざまな経験にもとづいて外界についての知識を獲得することと同義である（稲垣・波多野、1994）。つまり、学習者の能動的な経験をもとに、学習者自身による経験の意味づけを通して行われるものであり、外部の「権威」によって注入されるものではない。

・学びの語源は“まねぶ”とも言われている。つまり、教える側を模倣することも学びの過程としては必要となる。したがって、看護行為だけではなく、思考や判断もまねをすることから学ぶことも可能である。そのためには、教える側が自身の看護行為、そして、なぜその行為をしようと考えたのか／考えなかったのか、対象者をみて何をとらえて判断したのか、など、目には見えない思考過程そのものも言語化して、学び手の思考を育てていくことも大切である。



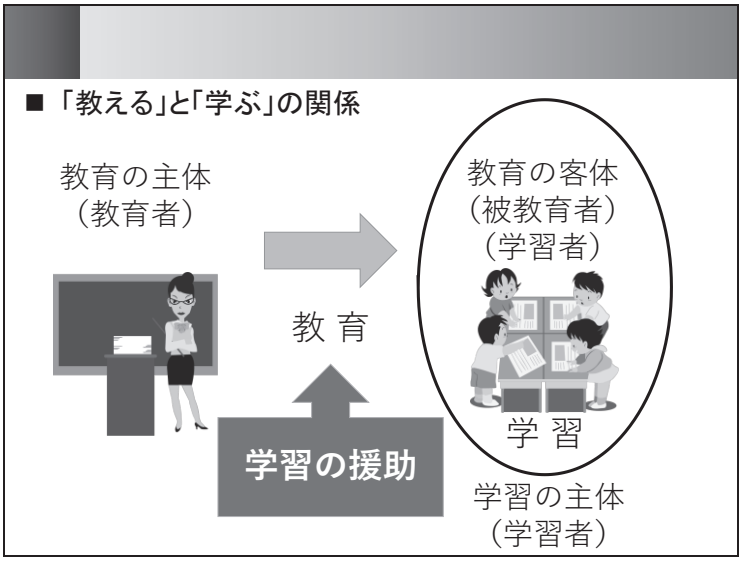
・「現実的必要性から学ぶ」とは、学ぶ人が、生活をしていくうえで必要であるため学ぶことであり、学び手自身が、自己の現実の問題を処理する上で不可欠だと実感したものであること。

・「知的好奇心により学ぶ」とは、学ぶ人が、「もっと知りたい（わかりたい、できるようになりたい）」という思い、「どうしてこうなるのだろう？」といった驚きや困惑があることで、学んでいくことをさす。

・「参加しつつ学ぶ」とは、ある環境に身を置き、そこにいる熟達者の行為を観察したり、共に過ごすことで、その文化で必要な知識・技術・態度等を学ぶことである。

・「教えられることで学ぶ」とは、教える人が、教えられる人に対して「これは知っておく（わかる・できる）ようになる必要がある」というように、教える内容を体系的に教えることで、教えられる人が知識や技術を獲得していくような学びである。

・“教える”ことは教え込むこととは異なり、学習者の持っている力や意欲を引き出しつつ、“学び”を支援することでもある。



・教育の主体を教育者と考えると、学習者は教育の受け手となる。この考え方は、学習者は教えられることによって学習をするということになり、教育という営みは学習に不可欠であるということになる。

・一方、学習者を主体に学習を考えると、必ずしも教える側がいなくても学習は成立する可能性が高いことになる。ところが、教育は学習者がいないと成立しないという特徴がある。

・したがって、教えるという行為は、学習の援助、支援ともいえる。

・学ぶことは権力や権威のある人から、一方的に何かを与えられるものではないからこそ、学習者の主体性が大事にもなり、それを伸ばそうとする教える側の関わりが大事になる。

・しかし、主体性ばかりに任せているだけでは、学びは進展しない可能性もある。系統だった学びの内容の提示をしたり、教えることを通して学習者の知識の増大を促したり、興味関心をひきだす関わりも学びの進展には必要となる。そのため、教える側の存在や関わりも重要となる。

3 成人学習の発展経緯

ペダゴジー（pedagogy）

paid「子ども」と agogus「指導」	子どもを教育する技術と科学

1920年代に成人教育が体系化されはじめると、ペダゴジー的モデルには問題点が生じてきた。①ペダゴジーが知識と技能を伝達することを教育の目的にしていること、②学習者の特性に関する考え方が、成人学生にはあてはまらないこと

アンドラゴジー（andragogy）

anea「成人（を意味する）」に基づく	おとなを教育する技術と科学

・成人教育について説明するときの多くは、ノールズ（Knowls）の考えが用いられる。

・教えることの探求は、おとなが子どもを教えることを中心にして発展してきたが、おとなが学ぶようになりおとなの学びに焦点があたる時代になると、おとながおとなを教える際、おとなが子どもを教えるように行っているだけでは、おとなの学習者は満足しないことが浮き彫りになってきた。そこで、おとなの学習者には、おとなの学習者の特徴があるとされアンドラゴジーが発展した。

・ノールズは、ペダゴジーとアンドラゴジーは対立するものではなく、一直前上の両極にあると説明している。つまり、おとなであっても時にはペダゴジー的な考えが適用される場合もあるだろうし、そのまた逆もあるということである。したがって、おとなを教える立場にある者には特に、ペダゴジーとアンドラゴジーの考え方を理解しておくことが求められる。

成人学習者の特徴と動機づけ

▶学習者の概念

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者の役割は、はっきりと依存的なものである。教師は、何を、いつ、どのようにして学ぶか、あるいは学んだかどうかを決定する強い責任をもつよう社会から期待されている。	人間が成長するにつれて、依存的状態から自己決定性が増大していくのは自然なことである。もちろん、個人差や生活状況による差はみられるが、教師は、この変化を促進し、高めるという責任を持つ。成人は、特定の過渡的状況では、依存的であるかもしれないが、一般的には、自己決定的でありたいという深い心理的ニーズを持っている。

・おとなは、自分で決めたいというニーズや決められる力を持っている。したがって、自分で決めているという実感が持てるような関わりが、学ぶことへの１つの動機づけとなる。

・ただし、過渡的な状況では教える側に依存的になる可能性もある。たとえば、新たな役割を担ったときや新たな職場に異動したときなどは、過渡的状況と解釈できる。そのようなときは「自分で決めていい/好きなようにやってみてください」という関わりを受けるよりも、ペダゴジーにおける教える側の役割にあるように、いつ・何を・どのように学ぶかを提示され、それにそって学びを進めたほうが良い場合がある。ただし,その教え方にのみ頼っていると、おとなの自己決定する力や機会をそぐことになりかねないため,自分で考えたり決めていく力も内在していることを忘れないことが大切である。

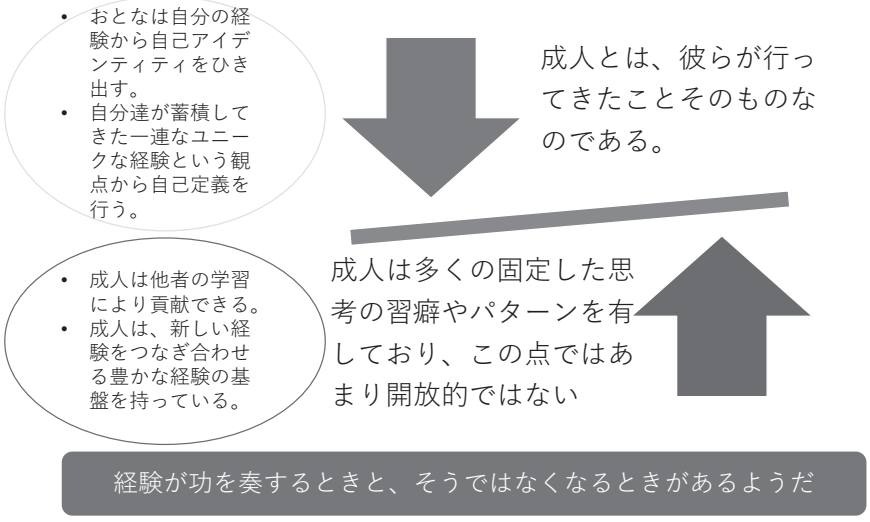
▶学習者の経験の役割

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者が学習状況に持ち込む経験は、あまり価値をおかれない。それは、スタートポイントとして利用されるかもしれないが、学習者が最も多く利用する経験は、教師や教科書執筆者、視聴覚教材制作者、その他専門家のそれである。それゆえ、教育における基本的技法は、伝統的手法である。講義、割り当てられた読書、視聴覚教材の提示など。	人間は、成長・発達するにつれて、経験の蓄えを蓄積するようになるが、これは、自分自身および他者にとってのいっそう豊かな学習資源となるのである。さらに、人々は、受動的に受け取った学習よりも、経験から得た学習によりいっそうの意味を付与する。それゆえ、教育における基本的技法は、経験的手法である。実験室での実験、討論、問題解決事例学習、シミュレーション法、フィールド経験など。

・おとなになればなるほど、職業生活および私生活においてさまざまな経験を重ねていく。その経験からおとなは学びを進めていくことが可能になり、それは自分だけではなく周りの人への学習資源にもなる。たとえば、ある人が事例提供し、その事例をもとに事例検討した際などは、周りの人はその経験を実際にはしていなくても、学びにつながることがある。

・また、おとなは経験により自分を形作っていくため、これまでの自身の経験を取り上げられながら学びが進められると意味を感じられることが多い。したがって、学習者が何を経験しているか/経験してきたか,に着目してそれを学びの資源として取り上げることが、学んでいくことへの１つの動機づけになる。

◆経験の持つ意味：社会人「経験」、他分野での学習「経験」

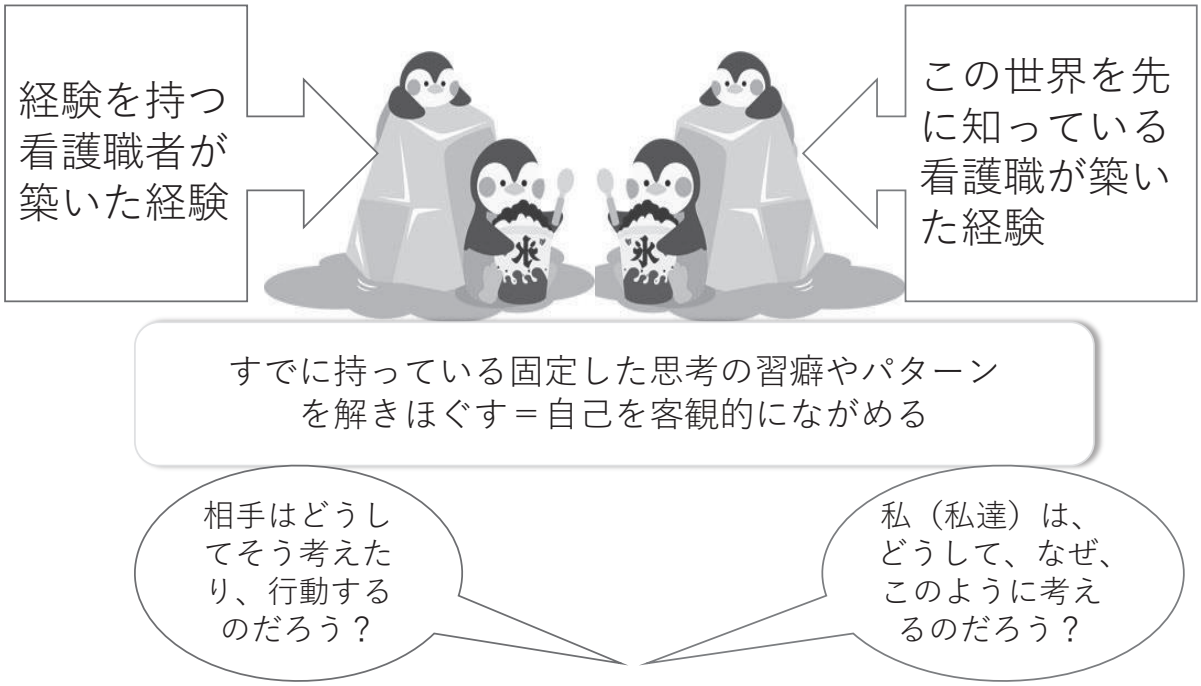


・経験はおとなが学びを進めていくうえで、とても重要であることを確認したが、逆に経験に凝り固まってしまい学びが進まない時もある。

・なぜならば、おとなは自分がこれまで経験してきたことをもとに、自分の考えや行動、価値観などを作りだしていることが多いからである。

・そのため、これまでの経験を否定されることは自分自身を否定されたことにつながってしまう可能性もある。しかし、これまでの経験があるという点においては、これから（または今）経験していくこと（いること）と過去の経験がつながると、組織にとっても大きな戦力となり、またその看護職自身のキャリア支援にもつながる。

◆経験の解凍unfreezingと経験から学ぶことの学習



・経験を大切にした学びを進めていくためには、まず「経験の解凍」をすることである。

・新しくその組織に入ってきた人からすると、“なぜ、ここではこうしているのだろう？不思議だな。効率が悪いな”と感じることもあるかもしれない。また、受け入れる側からすると“どうしてこの人は、いつも「前の職場では…」と言葉にしたり態度に表したりしてこちらの言うことが入っていかないのだろう”と思うこともあるかもしれない。

・しかし、互いがその考えをぶつかり合わせているだけでは、お互いがわかり合い、組織として同じ方向を向いて看護をしていくには難しさが残る可能性が高い。そのためにできることが「経験の解凍」である。例えば、「なぜ、この人はこの考え方ややり方にこだわるのだろう？」と相手の考えや意図を確認してみることから始めるとともに、自分達は「なぜ、このやり方や考え方をしてきたのだろう？」と自分達が積み重ねてきた経験の意味にも目を向けることが大切である。そうすると、相手が変わる必要があるかもしれない場合と、逆にこちらが変わる必要がある場合、または両者のよいところを取り入れた形で双方が変わる必要性のある場合、とさまざまな状況が生じてくることが考えられる。

・このように、一人一人が身につけているものの見方や考え方そのものをとらえなおして再形成していくこともおとなには必要である。これは意識変容の学習（transforming learning）と呼ばれる。

一人ひとりが身につけている意味パースペクティブ（経験を解釈するために個人が用いる前提）そのものを捉えなおし、再形成し、新しい社会的意味を生み出す学習のこと；解放的知識を獲得していく学習

「自己を批判的に振り返ろうとするプロセスであり､私たちの世界観の基礎をなす前提や価値観を問い直すプロセスである」（P,Cranton.）－さまざまな人生上の危機を体験して学習を開始する人に適している。

意識変容をめざす学習プロセスは、自分がこだわる「パースペクティブ」（物の見方の方向性）や「価値観」（その人が受け入れている社会的原理）に気づくことからはじまり、さらに、その価値観を生み出している「前提」（当然と思っていること）を省察しながら、新たな価値観を受け入れ、統合していくプロセスとなる。

▶学習へのレディネス

ペダゴジー	アンドラゴジー
社会からのプレッシャーが十分強ければ、人々は社会（とくに学校）が学ぶべきだということをすべて学習しようとする。同年齢の多くの人は、同じことを学ぶ準備がある。それゆえ、学習は、画一的で学習者に段階ごとの進展がみられる、かなり標準化されたカリキュラムの中に組み込まれるべきである。	現実生活の課題や問題によりうまく対処しうる学習の必要性を実感したときに、人びとは何かを学習しようとする。教育者は、学習者が自らの「知の探究」を発見するための条件をつくり、そのための道具や手法を提供する責任を持つ。また、学習プログラムは、生活への応用という観点から組み立てられ、学習者の学習へのレディネスにそって順序づけられるべきである。

・おとなは、“何かうまくいかない”“このままでは困る”などの課題や問題に直面した時には、学習しようとする。それが学ぶという行為につながるかは別であるが,学習に対して動機づけられる。したがって,学習者が何に困っていたり、何に課題を感じているのかということに着眼しつつ、その解決を手助けしていくことが必要となる。

・また、画一的な学習プログラムではなく、学習したことが実際の（職業）生活に活かされるには、この個人にとってはどのような学習順序にしたらよいかということも考慮しながらプログラムを考えていくことが必要となる。

▶学習への方向づけ

ペダゴジー	アンドラゴジー
学習者は、教育を教科内容を習得するプロセスとしてみる。彼らが理解する事柄の多くは、人生のもう少し後になってから有用となるものである。それゆえ、カリキュラムは教科の論理にしたがった教科の単元へと組織化されるべきである。人々は、学習への方向づけにおいて、教科中心的である。	学習者は、教育を、自分の生活上の可能性を十分に開くようなちからを高めていくプロセスとしてみる。彼らは、今日得たあらゆる知識や技能を、明日をより効果的に生きるように応用できるように望む。それゆえ、学習経験は、能力開発の観点から組織化されるべきである。人々は、学習への方向づけにおいて、課題達成中心的である。

・おとなは、いつか役立つという内容よりも、できるだけすぐに役立つ内容を学ぶことに動機づけられる。したがって、学ぶ/学んでいる内容が、どのように活かされるのかを学習者自身がイメージできるように関わることも動機づけの１つとなる。

4 能力開発とGIOとSBO

►GIO（General Instructive Objectives）：一般目標
- 学習終了時に期待される成果を示したもの。
- 取り上げようとする領域に関する一般的な目標で、具体的な目標をあげるにあたって、その範囲がわかるような形で表現したもの。
- 態度的な要素も含む。（〜修得する、身につける）

►SBO（SBO=Specific Behavioral Objectives）：行動目標
- 一般目標に基づいて、さらに教育内容を具体的な目標としてあらわしたものが、行動目標である。
- 学習者に学習終了後に達成させたい内容を、期待される行動のかたちで表現した目標。
- 行動目標が達成されていくことにより、一般目標が達成される。
- 教育者にとっては教授目標であり、学習者にとっては学習目標となる。

・SBO は、ブルームらの教育目標分類学による３領域（認知領域、情意領域、精神運動領域）に基づき作成された目標である。

教育目標作成時に考慮すること

- 現実的（real）
- 理解可能（understandable）
- 測定可能（measurable）
- 行動的（behavioral）
- 達成可能（achievable）
- 適切（relevant）
- 論理的（consistent）
- 明確な（unequivocal）
- 実現可能（feasible）
- 観察可能（observable）

田島桂子（2009）．看護学教育評価の基礎と実際　看護実践能力の育成の充実にむけて第2版．医学書院

上記を考慮するために、教育目標を記述するための動詞

▸ 一般目標記述のための動詞の例

知る、理解する、適用する、解釈する、判断する、考察する、評価する、認識する、感ずる、価値を認める

▸ 行動目標記述のための動詞の例

- 認知領域：列挙する、述べる、説明する、具体的に述べる、記述する、分類する、類別する，比較する、対比する、関係づける、同定する、弁別する、選択する、予測する、推論する、一般化する、公式化する、使用する、適用する、応用する、演繹する、批判する、結論する，評価する
- 情意領域：行う、尋ねる、助ける、関係する、寄与する、協調する、示す、見せる、表現する、説明する、相互に作用する、系統立てる、感じる、反応する、応答する、始める、参加する
- 精神運動領域：模倣する、実施する、行う、操作する、挿入する、動かす、整える、整備する、説明する、教育する、演示する、援助する、準備する、工夫する、創造する、熟練する

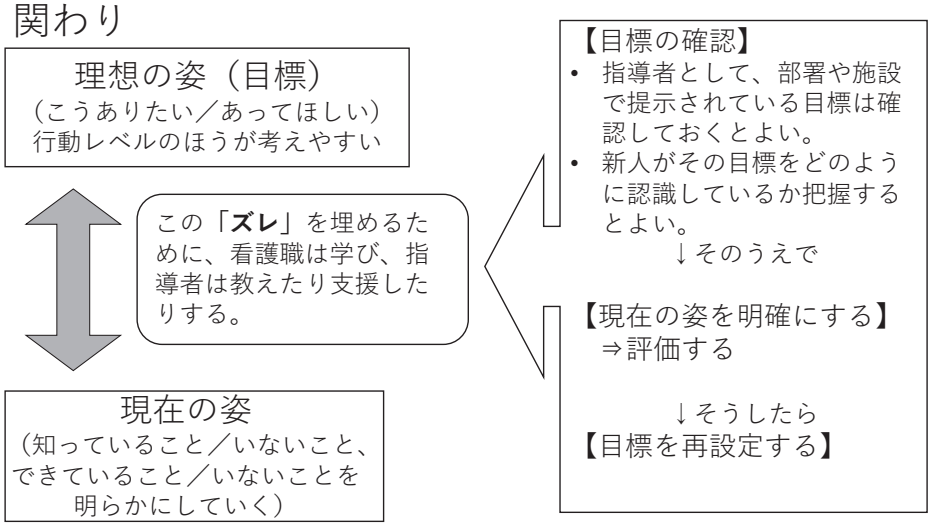
組織目標と個人目標

① 組織の目標を検討し、目標達成するための教育内容と方法を検討する。

新人とされる期間に、何をどのように学び（教え）、体験すると目標として設定した姿にたどり着くのかが、新人も教える側もイメージすることができる。

② ①の目標や内容・方法は、1人1人の新人に即したものであるとは限らないため、これまでの経験や学習速度、入職してからの経験にあわせて個別目標を設定していく必要がある。

►指導・支援するポイントは、理想の姿（ありたい/あってほしい）と今の姿のギャップを埋める関わり



・指導や学びを支援する際には、手当たり次第に関わるのではなく、まず対象である学習者の現在の姿を分析する必要がある（対象の把握）。そのうえで、目標と何がどのように／どの程度ズレているのかを明らかにしたうえで、ズレを埋めるための関わりを行う。

・ズレを見出していく過程から、学習者である看護職と教える側である看護職の双方で対話をもとにズレを発見していけるとよい。

・教える側が一方的にズレを明らかにするだけでは、新人の認識とは異なる可能性がある。またズレを埋めるための方法も共に見出し、共通理解していくことが,新人自身が目標が自分のものであることを納得し,その目標に向かって指導者の力を借りて取り組んで　いくことができる可能性が高まる。つまり、言われたから、設定されているから学ばねばならない、という気持ちから、訪問看護師としてこうありたいという姿に自分がなっていくためには自分がどうしたらよいのか、というように自分ごととしてとらえていきやすくなる。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

書籍・文献

書籍･文献等名 ： 人材育成原理
著　　者　　名 ： 林　伸二
出　　版　　社 ： 株式会社白桃書房
お勧めの一言 ： 人材育成に関する原則的なことを知ることができると思います。

書籍･文献等名 ： 新人看護師の成長を支援するOJT
著　　者　　名 ： 西田　朋子
出　　版　　社 ： 株式会社医学書院
お勧めの一言 ： 指導･支援上、よくある状況やそれに対する指導･支援の方向性を示しています。

書籍･文献等名 ： 看護管理ファーストブック
著　　者　　名 ： 太田　加世(編集)
出　　版　　社 ： 株式会社学研メディカル秀潤社
お勧めの一言 ： 看護管理の基礎的なことを理解でき、人材育成の基礎も知ることができます。

各 論

各論 1

[テーマ] 訪問看護の価値を伝える

各論 2

平成 30 年度受講者活動報告

各論 3

グループワークの進め方

各論 3

[テーマ] 自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

各論1　［テーマ］訪問看護の価値を伝える

中央パートナーズ株式会社 東京ひかりナースステーション
佐藤　直子

到達目標

訪問看護の価値を他者に伝えることができる。

内容

訪問看護の価値や魅力について気づきのロールプレイ
- ・訪問看護のメリット
- ・訪問看護ではどのようなことをするのか
- ・訪問看護が保障するもの
- ・事例を用いて言語化できるようにする

各論1
訪問看護の価値を伝える

東京ひかりナースステーション
在宅看護専門看護師　佐藤直子

アイスブレイクしましょう

この時間はグループワークとロールプレイをします
まずはグループメンバーとお知り合いになりましょう。

☆　私が好きなこと　☆

1人目　〇〇をするのが好きな佐藤です
2人目　〇〇をするより、××をするのが好きな鈴木です
3人目　〇〇をするより、××をするより、△△をするのが好きな田中です。
4人目　〇〇をするより、××をするより、△△をするより、◎◎をするのが好きな小林です。

・
・
・

（このスライドの意図）アイスブレイク
ロールプレイは緊張を伴うものである。
メンバーがよく知らない人同士の時は緊張を解くために、互いを知るアイスブレイクを行うと良い。

本講義の目標

- 事例における訪問看護の価値を考えることができる
- 訪問看護の価値を言葉で伝えることができる

（このスライドの意図）目標は２つで、まず、参加者が感じている訪問看護の価値を考える。そして言葉にすることである。

こんなこと考えてませんか？

- 訪問看護のことを知らない人が多い
- 病院看護師は生活の視点をわかってないので退院支援がうまくいかない
- 医師が訪問看護をわかってないので指示書を書いてくれない
- ケアマネジャーが役割をわかってくれず、「訪問看護は高いから」と導入しない。
- 利用者が訪問介護との違いを分かってない

分かってくれない、ではなく
私たちは伝えてきたでしょうか？

（このスライドの意図）共感を生むような例示をして、問題提起をする

下記のように問いかける。

現場で、このようなことを感じていることは多いのではないでしょうか？

・地域の人々が訪問看護のことを知らないので、訪問看護を使ってくれない、とか

・病院看護師は生活の視点をわかってないので退院支援がうまくいかないわ、とか

・医師が訪問看護を理解していないので指示書を書いてくれないんだ、とか

・ケアマネジャーが看護の役割をわかってくれず、 「訪問看護は高いから」と導入しない、とか

・利用者が訪問介護と訪問看護の違いを分かってない、とか

良く耳にします。

これらのことはわかってくれないことが問題なのでしょうか？

私たち訪問看護師が上手に伝えてないのではないでしょうか？

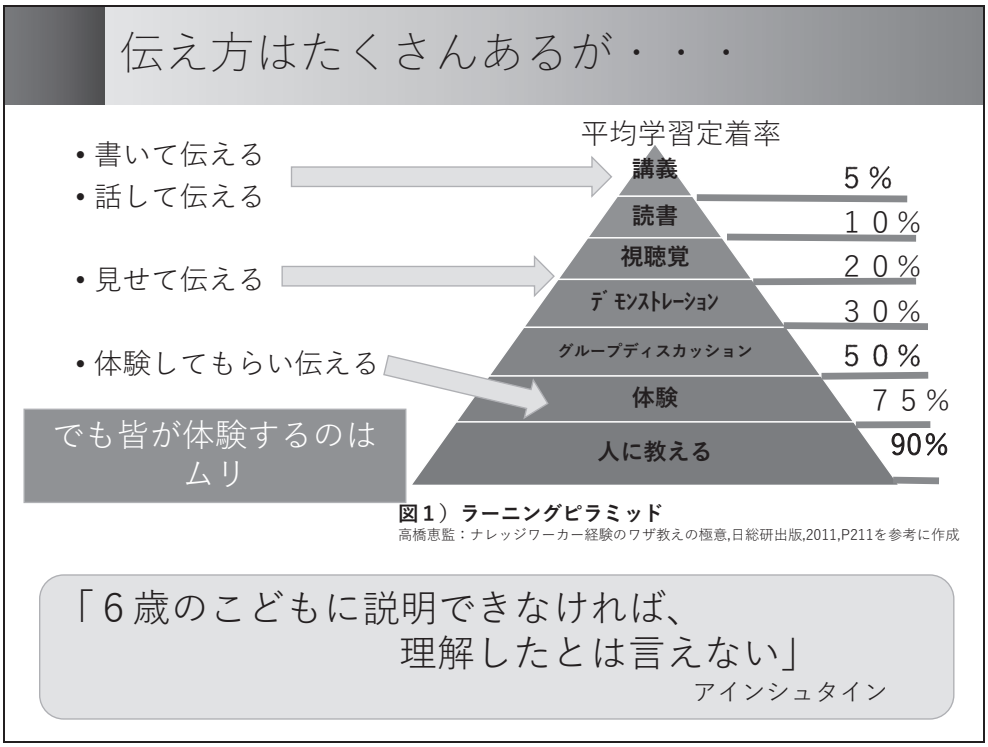


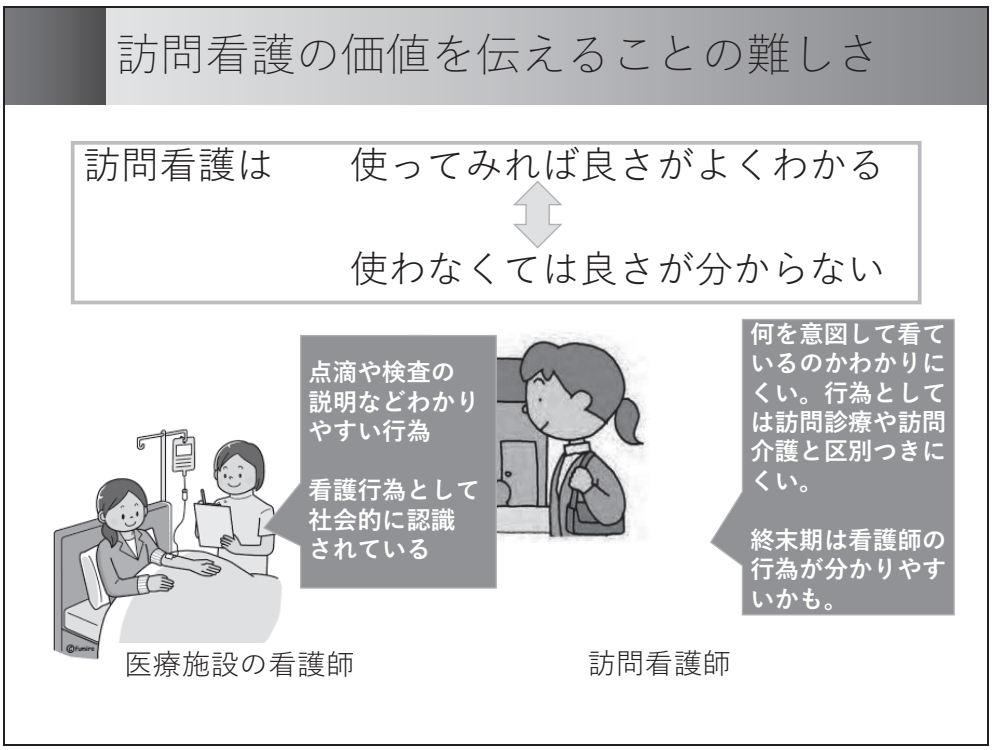
図1）ラーニングピラミッド
高橋恵監：ナレッジワーカー経験のワザ教えの極意,日総研出版,2011,P211を参考に作成

（このスライドの意図）様々な伝え方とその効果を例示する

もちろん伝え方には様々な方法がある。例えば今日のように書いてあるものを読んだり、聞いたりすることも伝える手段であるが、ラーニングピラミッドを見ると、学習定着率は芳しくないことが分かる。

一番分かってもらうことができるのは体験したり、そのことを人に教えることと言われている。

しかしながら訪問看護について知ってほしい人皆が実際に体験するのは難しい。



（このスライドの意図）訪問看護の価値はわかりにくいということの確認をする。

訪問看護の価値を伝えるのは難しい。

一般の人が看護サービスとしてわかりやすいのは目に見える行為である。例えば点滴とか、検温とか、である。訪問看護師はそのような医療行為を頻繁に行わない。検温はするが、それが訪問看護の価値とはだれも思っていない。利用者の ADL や QOL が上がるように訪問看護師が意図的にしている事は他から見て行為としてわかりにくいようである。

言葉で価値を伝える意義

- 訪問看護の魅力や価値を伝えたいのに、利用者や家族の魅力を伝えてしまう
  →目的や対象によっては効果的だが・・
- 訪問看護のPR動画や自分の事業所HPの充実もとても大切
- 説明はその場ですぐに道具なしでできます

↓

うまい説明の仕方を学んだり、調べたりする時間はなかなかありません。今日少しでもやってしまいましょう

（このスライドの意図）言葉で訪問看護の価値を伝える意義や必要性の確認　本日のロールプレイの動機付けをする

訪問看護の価値を伝えるときに気を付けたいことを挙げた。

私たち訪問看護師が訪問看護の価値や魅力を伝えるときに、いつの間にか利用者さんや家族の魅力を伝えてることがある。

訪問看護ではとても素敵な利用者さんやご家族に出会うので、思わず紹介したくなるが、訪問看護の魅力＝利用者の魅力ではない。

もちろん、利用者や家族の魅力を伝えて、看護学生などの初学者への動機づけをしたり、市民に「このような生き方があるんだ 」と知ってもらったり、目的や対象によっては効果的である。

また、より理解しやすい動画などを作っておくことも大事なことである。しかし、言葉で伝えることは今すぐ、道具なしで、相手に合わせて行うことができる。

上手な説明の仕方は研修や本がたくさんある。しかし、参加者の皆様には調べたり学ぶ時間がたくさんないと思われる。

Aさんの事例で考えてみましょう

Aさんの病室に
訪問看護の説明に行くと・・・

訪問看護師さんって
何してくれるの？
往診のお医者さんもいるし、
リハビリさんは別にいるし・・・

「お体を看させていただいて・」
って言われたけど、どういう意味？



今回は入門プログラムの事例である A さんの事例で考えてみる。
こんなこと言っている利用者はよく目にすると思われる

Aさん　78歳　男性

- 消化管閉塞して入院、ステント留置で腸閉そくは改善
- 膵臓がんで、血糖値が不安定
- 退院にあたりインスリン自己注射が指導され、本人はできる

- 余命は半年くらいと本人には伝えてある。
- 本人はもう入院はしたくない、最期まで家にいたいと言ってる
- 今後の病状悪化や状態に合わせた環境整備やケアが必要なので、病院の看護師から訪問看護を紹介された

Aさんの事例で考えてみましょう

病院の看護師は・・



退院前カンファレンスで
訪問看護師さんにいつも
「生活の視点が無い」
って言われる・・・
生活の視点って何よ？

A さんだけでなく看護師もこんなことを考えているかもしれない。

Aさんの事例で考えてみましょう

ケアマネジャーからは・・・

看護師さんには異常の早期発見のための状態観察をして欲しいのです。月に１回の訪問看護で良いですよね？

デイケアにも看護師はいますし、訪問看護は要りませんよね？



ケアマネジャーもこんなことを考えているかも知れない。

A さんは脳梗塞再発の危険性があるが、月に１回の訪問看護で異常の早期発見ができるか考える必要がある。早期発見のポイントを A さんや関係者が理解するように働きかけることはできるが、月に１回の訪問看護だけでは異常の早期発見はできない。

看護の役割や価値を伝えたほうがよさそうな場面である。

この人たちにどのように説明しますか？



今日は　Aさんに説明してみましょう



どのような価値のある看護を
提供できそうか
Aさんに４分で説明して
みましょう

（このスライドの意図）
ロールプレイの概要説明

説明とは

事実をわかりやすく述べる事。
理解を深めることが狙い。
事実をそのまま伝えることや定義を述べることではない。
↓
相手に伝わるように、「共感」がポイント
相手が「あーわかる」と、感じられるように

（このスライドの意図）テーマである「説明」について、改めて確認する。

よくある「説明の失敗」

- 自分はよく知っているが相手は知らないことを話す　「○だから△」
- 内輪の言葉を使う
  「ケアマネが…」「デイに行きましょう」
- 正解だけど背景が語られてない
  「便秘が苦しいみたいです」
  →「オピオイドを使ってますかね」
  ・説明ではなく、説得してしまう



（このスライドの意図）ロールプレイのめどが立ちやすいように失敗パターンを挙げる。「成功」パターンを示すと示されたまましてしまうことがある。

説明に入れると良い要素

1．同意　誰もが理解できる納得の事柄

例）退院直後は誰しも不安ですよね

2．背景　なぜ重要なのか

3．例（ストーリー）

例）○さんは△が起きるととても不安になり訪問看護に・・

4．アイデアや手段

例）訪問看護で○○をすると、△になります

5．結論　重点を聞き手に置いてまとめる

（このスライドの意図）説明の要素　（なくても良い）　このようなポイントがあげられている方が参加者は安心する

説明に入れると良い要素

1．同意　誰もが理解できる納得の事柄

例）

2．背景

3．

4．

5．

ポイントは聞き手に注目すること！
相手はどれくらいの理解度？
看護の専門家？
どんなことに興味を示している？
本当は退院に対してどう感じている
かなどAさんの感情に着目したいです
が・・・

（このスライドの意図）説明とコミュニケーション

説明の要素は大事だが説明は相手がいてはじめてできる事で、コミュニケーションが基本である。

相手の理解や、相手が今何を感じているかに注目することがとても大事なことである。

今回のロールプレイでは目的が説明することなので、相手の話をじっくり聞くことなどを省いている。

現場ではまず、なぜ相手がそのように考えているのか、じっくり聞くことが必要である。

失敗してもOK!
ロールプレイしてみましょう

１０分　　作戦タイム　Aさんの訪問看護の役割や価値を考え、書いてみましょう

１分　　役作り

４分　　ロール

ポイント

Aさん役は「看護師さん何してくれるの？」から始めま

Aさん役は難しい患者役はしない。初めて聞く気持ちで。

１０分　　振り返り

Aさんは、訪問看護の価値がわかったか。

５分　　練り直し。

→手上げでフィッシュボールします



（このスライドの意図　ロールプレイのタイムスケジュール）

※フィッシュボールとは良い対話を深めつつ、その内容を参加者全員で共有するための方法論。立場の異なる参加者が、お互いの観点をよく理解し、傾聴することを促進できる手法です。金魚鉢を眺めるように、一つのロールプレイを皆で見る。

モデルとなる人たちが過度の緊張をしないように配慮が必要である。また、失敗例を取り上げたりする必要はない。モデルになった人たちが傷つくことがある。良いところを共有しましょう。

観察者役　観察の視点

① 熱意や誠意は感じられたか。

② 相手の気持を理解しようとしたか。

③ 相手からの信頼が増大したか。

④ 話の内容は筋道が通っていたか。

⑤ 重要なポイントは強調していたか。

⑥ 言葉の使い方は明確だったか。

⑦ 表情やジェスチャーは適切だったか。

- 重要なのは、上記の印象、感想はどのような言動（表情・身振り・態度）からそのように感じたかを観察し、メモしておきましょう。

（このスライドの意図）観察者の視点の説明

観察者役は何を観察してよいのかわからなくなることがあるので、目的に合わせて観察項目を決める。

フィードバックの方法とポイント

方法：4分経過し合図で演技を中断、コメントを述べ合う。
看護師役が自己の言動を振り返ってコメント→次にAさん役が演技の中で感じた気持ち→観察者、１人ずつ順番にコメントを述べる。

ポイント

① 評価・批判ではなく、説明的なコメントをする 良い、悪い、正しい、正しくないといった評価や批判はしない。

ex. 悪い例：“説明が分かりにくかったです”

② 受け手が対処できる量に限定する。

例えば、5つ気づいても、2つの指摘にとどめる。

③ 人格ではなく行動に焦点を当てたフィードバックをする

ex. 悪い例：“お話し好きな方だと思いました”

④ 情報を共有する態度でフィードバックをする

アドバイスをするのではなく、ともに学ぶ姿勢でコメントする

（このスライドの意図）フィードバックの方法と注意ポイントを確認する

フィードバックの注意ポイントを示さないと、フィードバックを受けた人が傷ついたり不快な思いをすることがある。

その他ロールプレイの注意事項

- ロールプレイ中は役になりきり、失敗してもあくまで「役」が失敗したに過ぎず、個人の力量ではないことを念頭に置く。
- 事例の用紙をずっと見ている、役になりきれず笑い出すなどを防ぐために役に入る時間を作る。
- 観察者は途中で口を挟まないようにする。
- 役になりきると、ロールプレイが終わった後も「役」から降りれないことがあるので、ロールプレイ終了時には拍手で終えるなど、役を降りるように声をかける。

シビアな場面などでは、「役」の感情と自分の感情が混ざり合い、過去のことを思い出して泣き出してしまったりすることがある。事前に「ロールプレイに参加することが強制ではないこと」「役がつらいと感じるときは中止して役を交代できる事」を伝えておく。

参考文献・Ｗｅｂサイト等

書籍・文献

書籍･文献等名 ： わかりやすく説明する練習をしよう。
著　　者　　名 ： リー･ラフィー･ヴァー　庭田よう子訳
出　　版　　社 ： 株式会社講談社
お勧めの一言 ： 説明をすることの具体例が豊富に書いてあり、読みやすいです

書籍･文献等名 ： 15 分でチームワークを高めるゲーム 39
著　　者　　名 ： ブライアン･コール･ミラー　富樫奈美子訳
出　　版　　社 ： 株式会社ディスカヴァー･トゥエンティワン
お勧めの一言 ： ロールプレイは自分をさらけ出すような不安があります。親しくない人とロールプレイする時には、親しくなる仕掛けを用意した方が良いです

各論2　平成 30 年度受講者活動報告

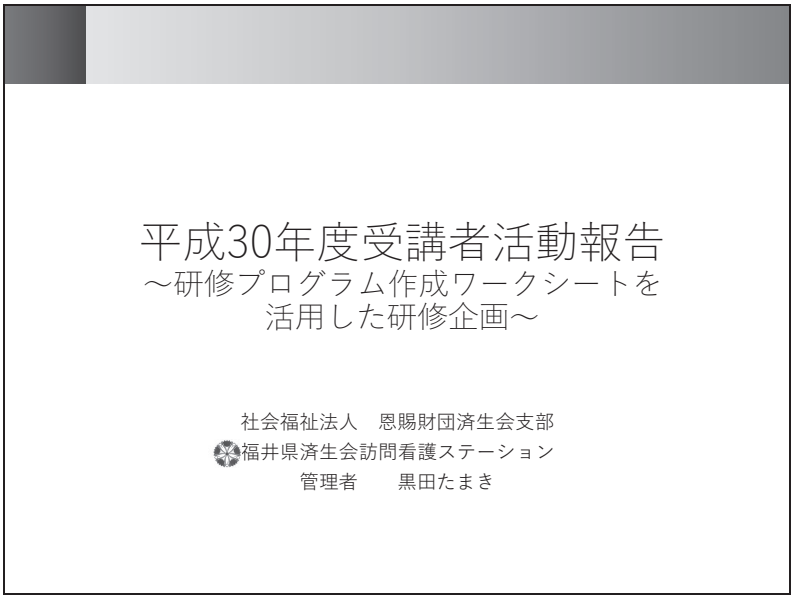
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 福井県済生会訪問看護ステーション管理者
黒田　たまき

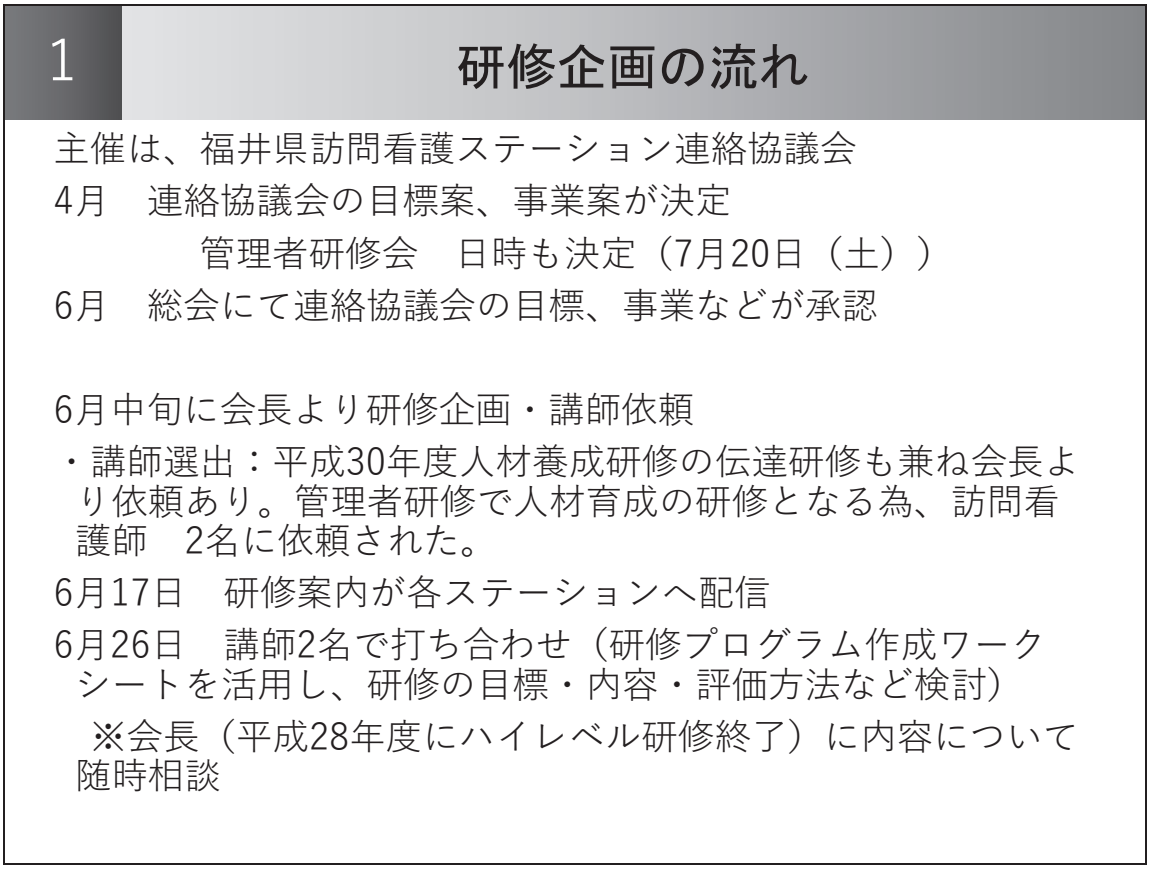
到達目標

平成 30 年度訪問看護講師人材養成研修会からの学びを活かした研修会開催の実践報告から、自地域においての研修会開催に役立てることができる。

内容

・平成 30 年度訪問看護講師人材養成研修会からの学び
・研修会の準備から開催までの実際について





今回は、福井県訪問看護ステーション連絡協議会主催の管理者研修の企画・講師を行った。

研修企画の流れとしては、今年度４月の時点で、福井県訪問看護ステーション連絡協議会としての年度目標、事業案が決定されていた。その事業の中でＯＪＴに関連した内容で行う管理者研修も決定されていた。６月に入り、総会が開催され、連絡協議会の年度目標・事業が承認された。

その後、６月中旬に会長から平成 30 年度人材養成研修を修了した私たちに講師依頼があった。研修は、行政と合わせて 3 名で参加したが、今回はＯＪＴを活用しての人材育成に関する内容であり、訪問看護師の 2 名に依頼があった。

ここで連絡不行き届きがあり、同時期に研修内容を練る前に「ＯＪＴシートの活用について」というテーマで研修の案内が担当者より配信されてしまった。

どの様な内容にするかを各々に考え、６月 26 日に 1 回目の打ち合わせを行った。ここで初めて、研修プログラム作成ワークシートを活用し、研修会を企画行った。その内容を会長に報告し、グループの作り方、話し合う内容などを確認していった。

2 研修企画の流れ

7月上旬　研修担当者と打ち合わせ
・資金：連絡協議会　会計より
　　講師料なし
　　会場費　　お茶代　　準備物品等
・模造紙・マジック・シールなどの物品の準備依頼

7月16日　講師2名で最終打ち合わせ
　　研修全体の流れの確認、各々の講義内容を再確認等

7月20日　管理者研修会開催

7月の上旬に管理者研修の担当ブロック長と打ち合わせを行い、全体の流れや研修内容を伝えた。準備物なども依頼した。

研修会開催の資金としては、連絡協議会　会計より支払われた。講師は連絡協議会内の身内であることから、講師料はなく、会場費やお茶代、準備物品が主な費用となっている。

7月16日に講師依頼を受けた2名で最終打ち合わせを行い、研修全体の流れの再確認、各々の講義内容の再確認を行った。

7月20日本番を迎えた。準備期間は、依頼を受けてから約1ヶ月であった。

3 研修プログラム作成ワークシートの活用

1．解決したい課題

2．研修対象者

3．対象者が目指す目標

4．研修開始時の対象者の状態をどうしたいか

5．目標の達成状況を評価する内容とその方法

6．プログラム内容（研修の方法、教材の概要・配慮点、講師の選択、開講時期、予算など）

7．このプログラムの強みと弱み

昨年の人材養成研修において、研修プログラム作成ワークシートを活用し研修の企画を行った。このワークシートを活用し研修を企画することで、目標を見失わず、効果的な内容を考えることができる。また、研修対象者のレベルや状況に合わせて具体的な内容を企画することで、興味深く参加でき、高い満足度がえられると考える。

4 解決したい課題

福井県の訪問看護ステーション数 （平成30年9月 訪問看護実態調査より）

・新しいステーションが増えた 平成29年度 **77** ステーション

↓

平成30年度 **82** ステーションに増加

・小規模ステーションが多い 常勤換算

2.5～2.9	29ST	33.8%
3.0～3.9	18ST	23.4%
4.0～4.9	5ST	6.5%
5.0～5.9	7ST	9.1%
6.0～6.9	7ST	9.1%
7.0～7.9	3ST	3.9%
8.0～8.9	2ST	2.6%
9.0～9.9	2ST	2.6%
10.0～14.9	4ST	5.2%
15.0～20.0	3ST	3.9%

福井県の訪問看護ステーション数は毎年約５件ずつ増加し、平成 30 年度のステーション数は 82 事業所となっている。しかし、半数以上のステーションが４人未満の小規模のステーションとなっており、管理者も一スタッフとしてフルに稼働している可能性が伺える。

5

一方で

・利用者像が多岐にわたる ニーズが多岐にわたる

小児・精神・認知症・難病・がん・終末期・・・

↓

・訪問看護師に求められることが多くなっている

↓

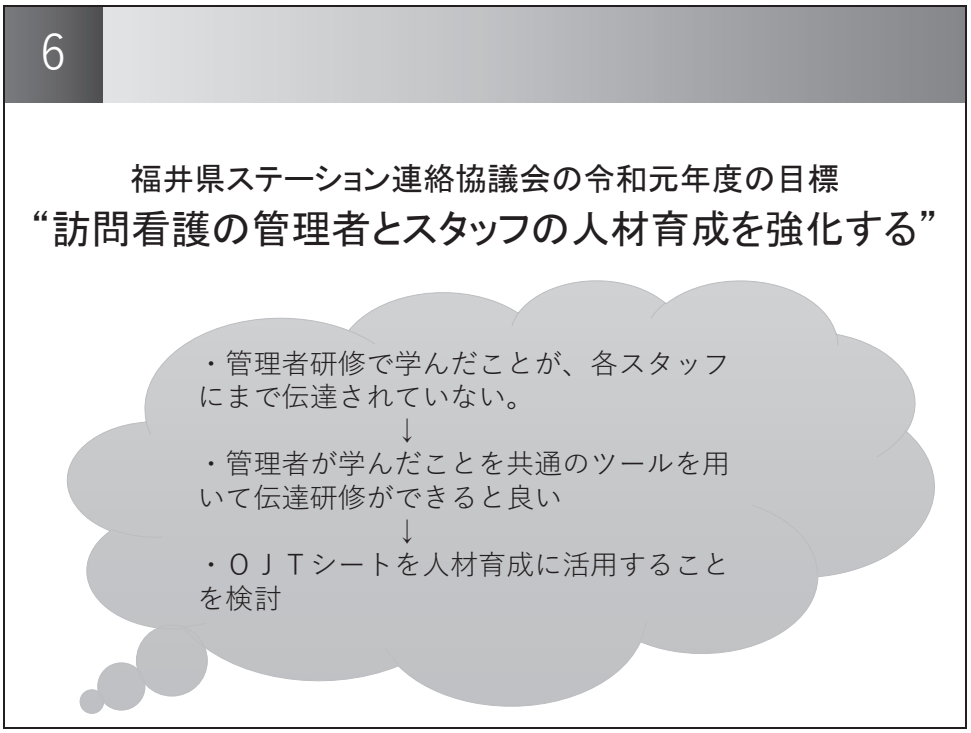
・看護の質の向上が求められる

・人材育成が必要

更なる看護の質の向上が求められるが、小規模のステーションでは人材育成にまで十分に手が回らないのではないか

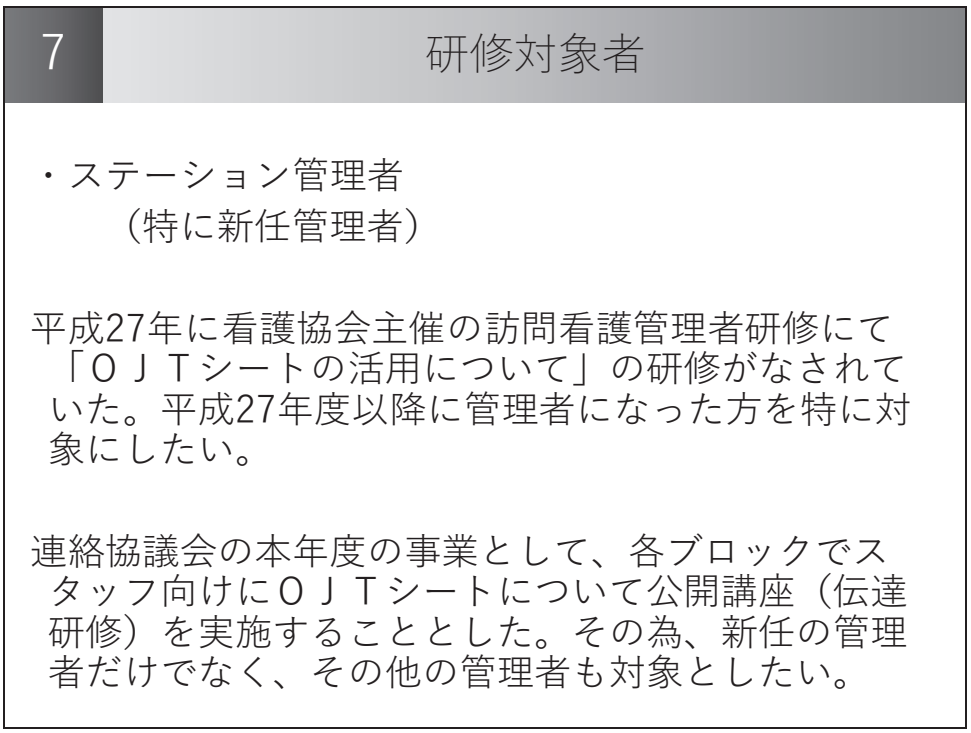
一方で利用者や地域のニーズは多様化しており、訪問看護師に求められることも多くなっている。

訪問看護師の数を増やすことに加え、看護の質の向上も求められている。その為に人材育成が不可欠であるが、小規模のステーションでは、人材育成が難しいのではないかと考えられた。



福井県訪問看護ステーション連絡協議会の令和元年度の目標が「訪問看護の管理者とスタッフの人材育成を強化する」になり、会長の頭の中では、管理者は、研修で学んだことをスタッフに伝えきれていない、何か共通の内容・ツールで伝達研修ができないだろうかと考えており、ステーション内での人材育成ができるようにＯＪＴシートの活用について一年間やっていきたいという思いがあった。その中で、管理者研修で先ず、管理者自身がＯＪＴシートの概要や使用法を学び、次にそれをスタッフに伝えられ、活用して欲しいという考えをもたれていた。

自ステーションでスタッフに伝えることはもちろんのこと、今年度はブロック会の公開講座でスタッフに伝えるということを事業の一つとしたため、私が受けてきた人材養成研修の伝達研修も合わせて、管理者研修の企画・講師の依頼があった。



研修対象者は、管理者とした。平成 27 年に看護協会主催の訪問看護管理者研修にて「ＯＪＴシートの活用について」の研修がなされていた為、平成 27 年度以降に管理者になった方を特に対象にしたいと考えた。また、連絡協議会の本年度の事業として、各ブロックでスタッフ向けにＯＪＴシートについて公開講座（伝達研修）を企画することとなった為、新任の管理者だけでなくその他の管理者も対象とした。

8 対象者が目指す目標（ＳＢＯ：到達目標）

①ＯＪＴシートの使い方（進め方）を説明することができる

②ＯＪＴシートを管理者自身が記入することができる

③公開講座で指導する方法を計画することができる（使い方を伝えることができる）

対象者が目指す目標として、対象者が何ができるようになると良いのかを考えた。

初めは、ＯＪＴシートの使い方を理解する、記入方法が分かる、公開講座でＯＪＴシートについて指導できるとしたが、人材養成研修を振り返り、観察可能で具体的な動詞を使って表現するようにし、

①ＯＪＴシートの使い方（進め方）を説明することができる

②ＯＪＴシートを管理者自身が記入することができる

③公開講座で指導する方法を計画することができる（使い方を伝えることができる）

に変更した。

9 研修開始時の対象者の状態をどうしたいか（ＧＩＯ：一般目標）

・各ブロックの管理者が、公開講座でスタッフにＯＪＴシートの使い方を指導する研修プログラムが作成できる

本研修の最終目標としては、私自身が受けた人材養成研修で得た知識とグループワークで行った意見交換を元に考え、「各ブロックの管理者が公開講座でスタッフにＯＪＴシートの使い方を指導する研修プログラムが作成できる」とした。

実際のところ、ＳＢＯ、ＧＩＯの設定が難しく、考え方として先にＧＩＯを考え、ＧＩＯを達成するためにＳＢＯでは「対象者が何ができるようになると良いのか」を考えていった。

10 目標の達成状況を評価する内容とその方法

①時間内にグループワークで公開講座のプログラムが作成（模造紙にプログラムを書き）し、発表できる

評価の視点：「研修プログラム作成ワークシート」を活用し、目標をしっかりと持って企画されているか。目標に合った内容になっているか。

②研修のアンケート（既存）

評価としては、①グループワークで公開講座のプログラムを作成（模造紙に研修プログラムを書き）し、発表できることとした。

評価の視点としては、「研修プログラム作成ワークシート」を活用し、目標をしっかりと持って企画されているか、目標にあった内容が企画されているかなどを見ることとした。

②研修のアンケートにより、理解度・今後の活用意思等を数字で確認することとし、アンケートは、連絡協議会で作成してある既存のものを使用した。

11 プログラム内容

7月20日（土）　13：30～15：30　　S病院研修室　　費用：連絡協議会より

①講義　　45分　　ＯＪＴの基本（小川）　研修プログラム作成について（黒田）
ＯＪＴガイドブックとＯＪＴシートを各ステーションに1部ずつ配布する

②グループワーク　　60分　　ブロック混合のグループ
「ＯＪＴシート使い方研修プログラム」を作成
研修プログラム作成ワークシートを活用する
模造紙にプログラム内容を書く
模造紙を壁に張り出す

③発表　　15分　　7分程度で他のグループの模造紙を閲覧
自分が興味を持った内容や受けてみたいと思ったグループに「いいね」シールを貼る　（一人2枚　自分のグループには貼らない）シールが一番多かった2グループに発表してもらう
発表者は、プログラムの特徴・セールスポイントについて根拠を含めて発表してもらう。（3分×2Ｇ）
発表したグループにシールを貼った人に「ここが良かった！」というフィードバックをする。

時間・場所などは先に設定されており、その中で内容を検討していった。連絡協議会会長の意向で、本年度、各ステーションにＯＪＴガイドブックとＯＪＴシートを１セットずつ配布することとなった。

その配布された物を活用し、講義を企画した。ブロック混合のグループにすることで、グループワークで出た意見を持ち帰り、ブロック内でより効果的なプログラムを作成してもらうことを想定した。

準備物（模造紙、マジック、シールなど）は、連絡協議会の研修担当者が準備した。

12 このプログラムの強みと弱み

＜強み＞
・新任管理者とベテラン管理者の管理者同士が影響を与えられる
・公開講座のみならず、自ステーションでも指導が出来る

＜弱み＞
・新任管理者とベテラン管理者の発言に差が出る
・時間に制限があり、十分にプログラムを練ることができない可能性がある
・ＯＪＴを熟知しているステーションの参加がない可能性がある
↓
再広報：各ブロックに公開講座で企画してもらう旨を伝える。

このプログラムの強みとしては、グループワークにおけるディスカッションを通して、新任管理者とベテラン管理者の管理者同士が影響を与えられると考えた。また、公開講座の開催のみならず、自ステーションでも指導が出来るようになり、ステーション内での人材育成にもつながると考えた。

弱みについては、新任管理者とベテラン管理者の発言に差が出る、ベテラン管理者の意見に引っ張られる可能性があると考えられた。また、研修時間は先に決められており、制限があった。その中では、十分にプログラムを練ることができず、不消化のまま終了してしまうことが考えられた。

すでにＯＪＴを熟知して活用したり、応用しているステーションもあり、そういったステーションの参加がない可能性が懸念された。これに関しては、再広報を行い、各ブロックの公開講座でＯＪＴに関して企画してもらう旨を伝え、参加を促した。

13 ＳＢＯとＧＩＯ

到達目標（ＳＢＯ）は、ＧＩＯを達成するためにどのようなことを学ぶのかという具体的な内容を示したもの

一般目標（ＧＩＯ）は、学習者がその学習の過程を終えた段階でどうなっていたら良いかということを示したもの
↓↓
看護計画に似ているな～

＜看護計画＞に置き換えて考えると・・・
ＳＢＯ≒短期目標
ＧＩＯ≒長期目標

人材養成研修で、到達目標（ＳＢＯ）は、「ＧＩＯを達成するためにどのようなことを学ぶのか」という具体的な内容を示したもの、一般目標（ＧＩＯ）は、「学習者がその学習の過程を終えた段階でどうなっていたら良いか」を示したものということを学んだ。このことをもっとイメージしやすくするために普段から慣れ親しんでいる看護計画に置き換えてみて、課題を解決するためにＳＢＯを短期目標、ＧＩＯを長期目標にして考えてみた。

14 ワークシートの内容見直し

1．解決したい課題

2．研修対象者

3．対象者が研修を受け、どうなる（どのような状態になる）ことを目指すか（ＧＩＯ：一般目標）

4．３を達成するために何を学んでもらうか（ＳＢＯ：到達目標）

5．目標の達成状況を評価する内容とその方法

6．プログラム内容（研修の方法、教材の概要・配慮点、講師の選択、開講時期、予算など）

7．このプログラムの強みと弱み

研修プログラム作成ワークシートの３、４を私たちなりに考え、研修対象者がよりイメージしやすい言葉に置き換え、説明した。

今回のグループワークでの意見を自ブロックに持ち帰り、改めてワークシートに沿って公開講座を企画することで、企画しやすくなるのと同時により良い内容になっていくと考えた。また、このワークシートに関して、公開講座以外にも研修を企画する際に活用できることを伝え、研修計画の基本を学ぶ機会にした。

各論3　グループワークの進め方

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田　雅子

到達目標

効果的にグループワークを進行することができる。

内容

［進め方］
①課題の抽出・共有
②どの課題に取り組むか
③研修会の目標及び目的の設定
④対象者を決める（受講対象者は、訪問看護師、訪問看護を目指す看護師）
⑤具体的な内容
⑥講師の選定
⑦自分が講師となったらどのような資料を準備するか

グループワークの進め方

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田　雅子

1　研修プログラムを作ろう！

自分が暮らす地域での、訪問看護師の量的拡大及び質向上のための研修プログラムを作ることを通して、当該地域での地域包括ケアシステム構築に必要な看護活動の確保に対する有効な施策の在り方を学ぶのがこのグループワークの目標です。

テーマを確認する。

2 到達目標（グループワーク）

訪問看護師の量的拡大および質の向上には、総合的な施策が必要ですが、ここでは、人を対象とした「研修」という方法を用いた具体的な施策を立案します。

今回は、「入門プログラム」を参考にします。

自地域に合ったプログラムや資料を実際に作成することを確認する。

3 研修をデザインするプロセス（グループワーク）

A　Analysis　分析

事前課題から抽出した自地域における課題を共有し、「研修」を通して解決しそうな課題を見つける

誰がどうなってくれたら、訪問看護師の確保・質向上に寄与するのか

D　Design 設計

学習者は誰か、目標の設定、研修開始時の学習者の状態を設定

D　Development 開発

教材作り、教授方法の検討、参加者にとって学びやすさとは

I　Implementation 実施

E　Evaluation 評価

研修をデザインするプロセスとして ADDIE を紹介する。
それぞれを読み上げる。

4 発表とフィードバック

《発表》
・作成したプログラムの紹介
・配慮した点、強み、弱みについて解説する

《フィードバック》
・課題の分析についてどう考えるか
・課題と研修対象者、研修目標は連動しているか
・研修目標と評価内容は連動しているか
・評価の表現や方法は適切か
・研修目標と研修内容は連動しているか
・実施可能な予算計画が立っているか

読み上げる。

5

自ら学び、他者から学ぶ
グループワークを
展開しよう！

本日のグループワークは、限られた時間ではあるが、研修を通して社会を動かしていくためにはどのような配慮が必要なのかを学ぶことを目標としている。自ら意見をだしフィードバックを受けることで、自分が暮らす地域の医療と介護の今後の在り方を深く考えることにつながるとよいと考えている。

本音の意見交換を通して、答えのない地域包括ケアシステムを一緒に考えよう。

各論３　［テーマ］自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授
山田　雅子

到達目標

《グループワーク》
　地域における訪問看護師の量的拡大および質の向上の課題と今後の方策について「入門プログラム」を参考にして自地域に合ったプログラムや資料を実際に作成することができる
《発表》
・作成したプログラムや資料の特徴やセールスポイントについて根拠と共に発表する。
・作成したプログラムの効果的な活用の場について提案する。
《フィードバック》
・自地域の研修企画の参考にすることができる。
・他者の意見に対して建設的な意見を述べることができる。
・プログラム作成の根拠を理解することができる。

内容

《グループワーク》
・事前課題から抽出した自地域における課題を共有し課題解決の方策を考える
・抽出した地域における訪問看護師の量的拡大や質の向上の課題と今後の方策につい「訪問看護入門プログラム」を参考にして自地域に合ったプログラムや資料を実際に作成する
・何を見せて、何を売り込めばよいのかロールプレイからの気付きや午前の講義の内容から考察する
・作成したプログラムをどのような場で活用できるかも検討する。
・平成 28 年～30 年度受講者の有志がファシリテーターをつとめる
《発表》
・作成したプログラムの紹介
・プログラム作成に当たっての根拠
《フィードバック》
・自地域の研修企画の参考にする。
・他者の意見に対して建設的な意見を述べる。
・プログラム作成の根拠を理解する。
・質問は意図をもって行う。

研修プログラム作成ワークシート

解決したい課題
研修対象者
対象者が目指すべき目標
研修開始時の対象者の状態をどうしたいか
目標の達成状況を評価する内容とその方法
プログラムの内容 研修の方法、教材の概要・配慮点、講師の選択、開講時期、予算など
このプログラムの強みと弱み

参考資料

令和元年度　訪問看護講師人材養成研修会

グループワーク・ロールプレイのためのファシリテーターマニュアル

2019 年 11 月 28 日（木）

全国訪問看護事業協会

本日は、ファシリテーターとしてのご参加に感謝します。皆様方にお願いすることをまとめました。参考にしてください。

ファシリテーターは、担当したグループのメンバーが、ワークのテーマに沿った話し合いを、うまくできるように支援します。主役はグループメンバーです。

皆様にお願いしたいことは次の 5 つです。

ファシリテーターの役割

1. **場を和ませる**
2. **グループワークのルールをメンバーに伝える**
3. **テーマに沿った話し合いを促す**
4. **全員が発言するように必要であれば声をかける**
5. **時間内にゴールの達成を目指す**

上記の役割を果たすために次の 4 つのポイントで関わってみてください。

ポイント１　会議の場を作る

あなたの担当するグループのメンバーはどのような人の集まりですか。はじめにあなたがあいさつをします。その時のメンバーの反応を見てください。暖かい感じですか。冷たい感じですか。冷たい感じだったらその空気を溶かす必要があります。「アイスブレイク」をそのために活用します。講師の指示に従いながら、笑顔でメンバーの発言に耳を傾けましょう。

ポイント２　意見を引き出して質問する

議題に対してメンバーから自由な意見を聞き出し、受け止め、時には質問や合意をしながら、その意見に込められた意味を掘り下げていけるように支援します。メンバーが順番に意見を述べるというのは話し合いではありません。一人が発言したらその発言内容に対して質問が出され、その質問に答えることを繰り返して、発言の意味が分かるようになります。

「あなたがおっしゃったのは、〇〇ということですね。私はそのように理解しましたが皆さんはどうですか」などと声をかけ、深めた内容を確認し、メンバーの同意を

得ていきます。

「あなたの理解は○○なのだと思いますが、私は□□なのではないかと思います」といった意見があったら、「なるほど、□□ということもあり得ますね。どうしてそのように考えたのですか」などと受け止めて、質問を追加して、さらに深い理解を促します。対話を通して大事な内容だと感じたことは、模造紙にメモします。

グループメンバーにこのような役回りを担えるような人がいたら、その人がうまくやれるよう、あなたはサポート役になります。

注意してほしいのは、あなたは意見を出す人ではないということです。

ポイント３　意見を整理する

出された意見は忘れてしまいますので、模造紙に書き留めます。メンバーが書き留めるのですが、あなたが大事だと感じたことで、誰もメモしていなかったら、あなたが、「それって大事ですよね」と言いながら、模造紙に書き留めてください。

たくさん出された意見の中で、テーマに沿った話を前に進めるために重要だと感じられる意見を模造紙上で印をつけるなどして、振り返ります。

「これらの意見が出ましたが、意見を参考にして次に作業に移りましょう。」などと必要があれば声をかけます。

ポイント４　まとめる

テーマに沿った内容がそろってきたかどうか見渡します。まとめるのはグループメンバーですから、ここはメンバーにお任せしたほうが良いでしょう。ただ、まとめ方に困っているようであれば、「どうしました？」などと声を掛けます。困りごとについて自分がリードできないなと感じたら、講師に声をかけて助けを求めましょう。

今回のグループワークのテーマは２つあります。それぞれの注意点を示します。

(1) ロールプレイ(10:55～12:10) 講師：佐藤直子先生

テーマ：訪問看護の価値を他者に伝える

注意点：

- 話し合いを 10 分します。テーマに集中してない場合は声をかけてください。
- ロールプレイは緊張すると笑い出したり紙を見たりすることがあります。「ロールに集中しましょう」と声をかけてあげてください。
- また、観察者の視点とフィードバックの方法については資料に記載してありますので読んできてください。
- 最後に１つのグループにロールプレイを再演してもらいます。素敵なロールをしているグループがありましたら、ファシリテーターが「このグループは素晴らしかったです」と手を挙げることを促してください。

(2) グループワーク(13：30〜16：10) 講師：山田雅子先生

テーマ：自地域における訪問看護師の量的拡大及び質の向上のための研修プログラムの開発

地域の実情に即した研修会のプログラムを実際に作成してもらいます。

最後に、物品の使い方についてまとめておきます。

- 模造紙：1 枚はグループ全体のメモ用紙として自由に使ってください。2 枚目はプレゼンテーション用としてポスターに使用してください。
- カラーマジック：メンバー全員が 1 本持って、メモ用紙である模造紙に書いてください。ボールペンなど細い文字で書くと、皆が読めませんので太いマジックを用意しています。
- 付箋：メンバー個人が意見を書き出すときに使用します。付箋 1 枚には、1 つの事柄を文章で書いてください。マジックの細い方を使います。使用するときには講師が指示しますので、それに従ってください。
- トーキンググッズ：メンバーの対話が盛んになるために使用します。原則、握っている人が話をすることができますので、ほかのメンバーはその人の話に集中してください。意見を述べていないメンバーがいたら、これをその人の前に置いて「あなたはどう考えますか」と話し始めるのを促してください。

講師
プロフィール

（掲載 50 音順）敬称略

黒田　たまき（社会福祉法人恩賜財団済生会 支部福井県済生会訪問看護ステーション管理者）

【略　　歴】 平成６年３月、福井県看護専門学校卒業看護師免許取得。平成７年３月、福井県立大学看護短期大学部専攻科地域看護専攻修了保健師免許取得。平成７年４月、福井県済生会病院就職。平成14年４月、訪問看護ステーションへ移動。平成21年３月、福井県立大学大学院博士前期課程看護福祉学研究科看護学専攻修了。平成21年６月、訪問看護ステーション管理者に就任。

佐藤　直子（中央パートナーズ株式会社 東京ひかりナースステーション）

【略　　歴】 2000年、聖隷クリストファー看護大学卒業。聖路加国際病院勤務を経て、2003年から訪問看護を始める。2010年、聖路加国際大学大学院看護学研究科博士前期課程（在宅看護学）修了。訪問看護ステーションで勤務後、2018年度まで聖路加国際大学大学院看護学研究科助教として教育センター認定看護師教育課程訪問看護コース主任教員。2019年度から現職。

【役職・現職】 中央パートナーズ株式会社東京ひかりナースステーションクオリティマネジメント部部長。在宅看護専門看護師（2012年～）

【著　　書】 井部俊子・村上靖彦監（2019）現象学で読み解く 専門看護師のコンピテンシー（医学書院）、井部俊子・大生定義監（2015）専門看護師の思考と実践（医学書院）、山田雅子代表（2015）こんなときどうする？在宅看護Ｑ＆Ａ（メディカ出版）、鶴若真理・長瀬雅子編（2018）看護師の倫理調整力（日本看護協会出版会）

佐藤　美穂子（公益財団法人日本訪問看護財団常務理事）

【略　　歴】 昭和47年、県立高知女子大学衛生看護学科卒業、同年同大学助手。昭和48年、東京白十字病院に勤務。昭和57年、川崎市高津保健所に勤務（訪問指導員）。昭和61年、(社)日本看護協会訪問看護開発室に勤務。平成７年、厚生労働省に入省（訪問看護係長、介護技術専門官、訪問看護専門官、看護専門官）。平成13年、(財団法人）日本訪問看護振興財団（事務局次長）。平成14年、同財団法人（常務理事）。平成24年、(公益財団法人）日本訪問看護財団（常務理事）現在に至る。

【著　　書】 『新版訪問看護ステーション開設運営評価マニュアル』(日本看護協会出版会)、『訪問看護基本テキスト』(日本看護協会出版会)、他

島田　志帆（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室室長）

【略　　歴】 平成15年、大阪市立大学医学部卒業。平成16年、厚生労働省入省、難病対策、移植医療対策、再生医療の推進、がん対策、国際保健などを担当。厚生労働省以外では、国立国際医療研究センターにおいて医療研究の推進、環境省において環境保健対策、千葉県庁において医療体制整備や健康づくり対策等を担当し、令和元年９月30日より現職。

西田　朋子（日本赤十字看護大学看護教育学准教授）

【略　　歴】　日本赤十字看護大学卒業。虎の門病院入職病棟看護師⇒専任院内教育担当者。日本赤十字看護大学大学院修士課程、修士論文「看護系大学卒業直後の看護師が行う看護実践」。日本赤十字看護大学助手。日本赤十字看護大学大学院博士後期課程、博士論文「医療現場における新卒看護師の支援―ピア・グループの実践を通して―」。日本赤十字看護大学看護教育学講師。

【役職・現職】　日本赤十字看護大学看護教育学准教授、看護学博士

【著　　書】　新人看護師の成長を支援するOJT：医学書院；2016、看護管理ファーストブック（共著）：学研メディカル秀潤社；2015、看護師になるには（共著）：ぺりかん社；2014

茂木　光代（神奈川県健康医療局保健医療部医療課課長代理（保健人材担当））

【略　　歴】　1991年３月、看護教育大学校付属看護専門学校卒業。1998年３月、放送大学教養学部卒業。2000年３月、看護教育大学校（看護専任教員養成1年課程）卒業。2019年３月、横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻看護管理学分野修了。1991年４月、神奈川県立がんセンター就職。2001年4月～2004年3月、神奈川県立看護専門学校。2005年３月～2018年３月、神奈川県立がんセンター。2018年４月～現職。

山田　雅子（聖路加国際大学大学院看護学研究科教授）

【略　　歴】　1986年、聖路加看護大学卒業後、聖路加国際病院公衆衛生看護部に所属し、訪問看護からキャリアを積む。同大学大学院修了後1991年にセコム在宅医療システム株式会社に勤務。その後、セコメディック病院看護部部長、厚生労働省医政局看護課在宅看護専門官を経て、2007年から聖路加看護大学（現聖路加国際大学）にて、主に看護師の生涯教育に携わる。松戸市地域ケア会議副会長、家で死ねるまちづくり はじめの一歩の会事務局など、地域包括ケアシステム構築に関わる。現在要介護5の認知症をもつ母親と同居。地域看護専門看護師

【役職・現職】　聖路加国際大学看護学研究科教授

ファシリテーター一覧

（掲載 50 音順）敬称略

氏名	受講年度	所属
秋庭　美幸	H30 年度	社会福祉法人恩賜財団済生会支部　佐賀県済生会訪問看護ステーションなでしこ唐津
荒尾　和美	H30 年度	宍粟市訪問看護ステーション
荒木　裕美	H29 年度	公益社団法人愛知県看護協会
井手　麻利子	H29 年度	福岡赤十字訪問看護ステーション・福岡赤十字病院
小原　留美	H28 年度	社会福祉法人光風会　光風会訪問看護ステーション
片岡　雅美	H29 年度	特定非営利活動法人ひだまりの家　ひだまり訪問看護ステーション
黒田　たまき	H30 年度	社会福祉法人恩賜財団済生会支部　福井県済生会訪問看護ステーション
越部　恵美	H30 年度	有限会社ラスター　ほっと・はぁとステーションてのひら
今野　好江	H28 年度	訪問看護ステーション禎心会東道央在宅事業部副部長/北海道訪問看護ステーション連絡協議会会長
新池　巳恵	H28 年度	公益社団法人香川県看護協会　まるがめ訪問看護ステーション
杉原　幸子	H30 年度	国保直営総合病院君津中央病院地域医療センター地域連携室
多田　みゆき	H28 年度	社会福祉法人ふらら　看護リハビリケアステーションひより
新山　和枝	H30 年度	独立行政法人公立甲賀病院訪問看護ステーション
錦織　法子	H28 年度	株式会社人といのちの自然学校　訪問看護ステーションゆいか
藤田　茂治	H30 年度	株式会社メンタルサポート belief plus　訪問看護ステーションりすたーと
真間　あけみ	H29 年度	平塚市医師会訪問看護ステーション
丸山　麻美子	H30 年度	株式会社加賀福祉サービス　訪問看護ステーションえがお
南　輝美	H30 年度	医療法人仁泉会　訪問看護ステーションえがお
宮崎　照子	H28 年度	一般社団法人栃木県訪問看護ステーション協議会
柳田　千草	H30 年度	合同会社　Big Smile　びっぐすまいる訪問看護ステーション

令和元年度（2019）厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野
委員名簿

委員　　（掲載 50 音順）敬称略

委員長

上野　桂子	一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長

委員

江澤　和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
窪田　満	国立研究開発法人国立成育医療研究センター総合診療部長
黒田　たまき	社会福祉法人恩賜財団済生会 支部福井県済生会訪問看護ステーション管理者
今野　好江	訪問看護ステーション禎心会東道央在宅事業部副部長/北海道訪問看護ステーション連絡協議会会長
齋藤　訓子	公益社団法人日本看護協会副会長
佐藤　美穂子	公益財団法人日本訪問看護財団常務理事
高砂　裕子	一般社団法人南区医師会 南区医師会訪問看護ステーション管理者
新田　國夫	一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会会長/日本在宅ケアアライアンス議長
茂木　光代	神奈川県健康医療局保健医療部医療課課長代理
山田　雅子	聖路加国際大学大学院看護学研究科教授

事務局

清崎　由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会事務局長
吉原　由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会業務主任
千木良　厚治	一般社団法人全国訪問看護事業協会総務主任
倉地　沙織	一般社団法人全国訪問看護事業協会
井上　多鶴子	一般社団法人全国訪問看護事業協会
海老原　直子	一般社団法人全国訪問看護事業協会

全国訪問看護事業協会の訪問看護講師人材養成研修会ページはこちら
資料等のダウンロードができます

https://www.zenhokan.or.jp/new/jinzaijigyo/

令和元年度 厚生労働省在宅医療関連講師人材養成事業　訪問看護分野

令和元年度訪問看護講師人材養成研修会

一般社団法人全国訪問看護事業協会
〒 160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 401
TEL：03-3351-5898
令和元年 11 月 25 日発行