

第2章

在宅療養の推進

第1節 医療と介護の連携の推進

第2節 在宅療養体制の確保

第3節 在宅療養を支える人材の確保・育成

第 1 節 医療と介護の連携の推進

- 東京都保健医療計画及び平成 27 年度以降策定する地域医療構想と整合性を確保し、区市町村とより緊密な連携を図っていきます。
- 区市町村における地域支援事業の円滑な実施に向けた支援を実施し、医療と介護の連携を推進していきます。

1 医療計画との連携の考え方

【現状と課題】

- 平成 26 年 6 月、医療介護総合確保法が成立し、医療法、介護保険法等が改正されました。
- 医療法の改正により、平成 27 年度以降、都道府県は、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示すものとして、地域医療構想を策定し、平成 37 年における医療需要や目指すべき医療提供体制、それを実現するための施策について盛り込むこととされました。

【施策の方向性】

- 地域医療構想の中で示す、在宅療養の目指すべき姿については、区市町村が地域包括ケアシステムを円滑に構築できるよう、区市町村介護保険事業計画との整合を図っていきます。
- また、医療計画の策定サイクルが見直され、平成 30 年度以降、医療計画、区市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画は、計画策定や見直しのサイクルが一致することになりました。これらの計画の整合性を確保できるよう、計画の策定段階から、区市町村と緊密な連携を図っていきます。

2 地域支援事業の円滑な実施に向けた支援

【現状と課題】

- 東京都の高齢化率は、平成 27 年には 23.1%、平成 47 年には 29.8%に達し、都民のおよそ 3 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者という極めて高齢化の進んだ社会が到来することが見込まれています。
- また、都内の 65 歳以上の単独世帯数は、平成 37 年には 89 万世帯を超え、平成 22 年（62 万世帯）の約 1.44 倍になると推測されています。
- その中で、都民の約 42%が長期療養の必要がある場合に在宅での療養を

続けたいと思っておりますが、そのうちの約 60%は実現は難しいと回答しています¹。その理由としては、「家族に負担をかける」、「急に病状が変わったときの対応への不安」等が挙げられています。

- 都ではこれまで、住み慣れた地域でその人らしい充実した人生を全うできるような在宅療養生活を実現するため、住民に身近な行政機関である区市町村の主体的な取組に対し、様々な働きかけや支援を行ってきました。

【施策の方向性】

- 医療介護総合確保推進法の成立により「在宅医療・介護の連携の推進²」については、介護保険法に基づく地域支援事業に位置付けられ、平成 30 年 4 月までに全ての区市町村が主体的に取り組むこととされました。
- 都としては、引き続き各区市町村の取組状況を把握した上で地域支援事業の円滑な実施に向けたきめ細かい支援をしていきます。

＜地域支援事業における「在宅医療・介護の連携の推進」の内容³>

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進することを目的に実施します。

ア 地域の医療・介護サービス資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能等を調査し、これまでに自治体等で把握されている情報と合わせて、マップ又はリストを作成する。作成したマップ等は、地域の医療・介護関係者や住民に広く公開を行う。

イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の協議を行う。

ウ 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営

地域の在宅医療・介護連携についての相談窓口を担う在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営を行い、下記エ、オ、カ等の支援を行うとと

¹ 東京都生活文化局「スポーツ・運動と保健医療に関する世論調査」（平成 24 年 2 月）

² 在宅医療・介護の連携の推進に当たっては、P●の「在宅療養の推進（イメージ図）」に掲げるように、地域の実情に応じて様々な主体を活用することが考えられます。

³ 厚生労働省「地域支援事業実施要綱」（案）

もに地域の医療・介護関係者等に対して、在宅医療、介護サービスに関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、医療・介護関係者に対して、利用者・患者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関・介護事業者の紹介を行う。

エ 在宅医療・介護サービスの情報の共有支援

地域連携パス等の情報共有ツールや情報共有の手順等を定めたマニュアルを活用し、地域の医療・介護関係者等の中で、事例の医療、介護等に関する情報を共有できるよう支援する。

オ 在宅医療・介護関係者の研修

地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。また、地域の医療・介護関係者が、多職種連携の実施等についてグループワーク等の研修を行う。

カ 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

切れ目なく在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう、利用者等の急変時等の連絡体制も含めて、地域の医療・介護関係者の協力を得て体制の整備を計画的に行う。

キ 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等によって、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図る。

ク 二次医療圏内・関係市区町村の連携

同一の二次医療圏内にある市区町村が連携して、当該二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、当該病院と協力して、退院後に在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう情報共有の方法等を含む在宅医療・介護連携のために必要な事項について協議を行う。また、必要に応じて同一の二次医療圏にある市区町村が連携して、利用者等が急変時に診療する医療機関の確保等について協議を行う。

【主な施策】

・地域支援事業交付金〈再掲〉〔福祉保健局〕

区市町村が行う地域支援事業（介護予防事業、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業）を財政的に支援するため、介護保険法に定められた割合に基づき交付金を交付します。

第2節 在宅療養体制の確保

- 在宅療養推進に取り組む区市町村の主体的な取組の支援や病院、診療所や訪問看護ステーション等の連携強化など、地域における在宅療養体制を都内全域に確保していきます。
- 入院早期からの退院支援や地域の受入体制強化など、在宅療養生活への円滑な移行の促進を図っていきます。
- 地域における小規模事業所の人材育成支援や訪問看護師の確保・定着への支援など、訪問看護サービスの安定的な供給のため、訪問看護ステーションへの支援を行っていきます。

1 地域における在宅療養体制の確保

【現状と課題】

- 高齢になっても、住み慣れた地域でその人らしい充実した人生を全うできるような在宅療養生活を送ることができる社会を実現するためには、住民に身近な保健・医療・福祉サービスを担う区市町村において、多職種が連携し、医療と介護サービスを切れ目なく提供するためのネットワーク構築及びそのネットワークを円滑に機能させるための取組を行うことが必要です。
- 在宅療養患者の病状変化時等に地域の医療機関が円滑に入院受入れを行うなど、患者・家族等が安心して在宅療養生活を継続できる体制の確保が必要です。
- また、医療・介護の関係者等が効果的に情報を共有しながら、連携して在宅療養患者を支える体制が必要であり、その中で、地区医師会が中心的役割を果たしていくことも重要です。

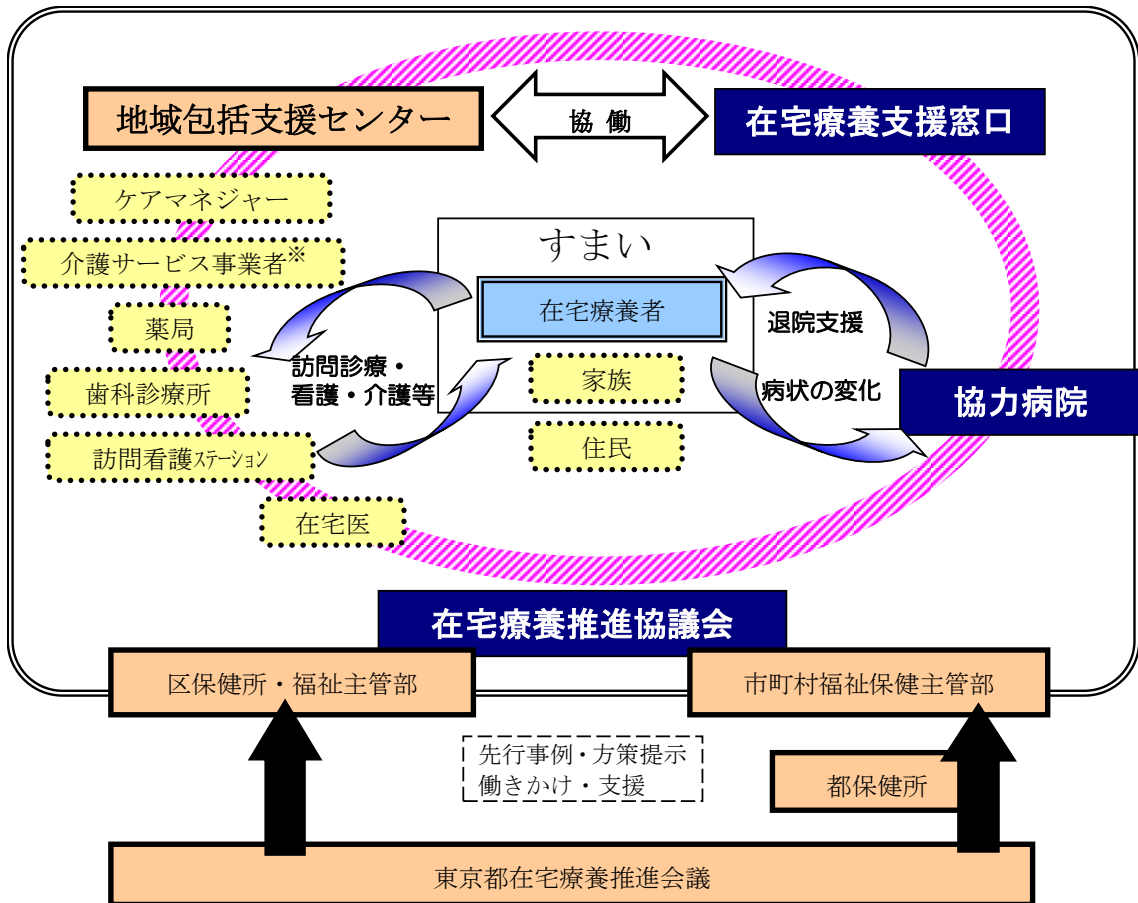
【施策の方向性】

- 平成22年に設置した「東京都在宅療養推進会議」を中心に、都民が身近な場所で安心して在宅療養を受けられるよう、限られた資源を有効に活用しながら、地域の実情に応じた在宅療養の推進を図っていきます。
- 地域で生活する高齢者及びその家族の療養生活水準の向上を図るため、住民に最も身近な行政機関である区市町村の主体的な取組に対する様々な支援をしていきます。
- 在宅医が相互に補完し合いながら、又は、在宅医が訪問看護ステーション等と連携しながら、チームとして24時間の診療体制を確保する取組を支援

します。

- 医療と介護の関係者が効果的に情報を共有しながら、連携して在宅療養患者を支える体制を整備するため、ICTを活用した多職種ネットワークの構築を図る取組を支援します。

<在宅療養の推進（イメージ図）>



※介護サービス事業者：ショートステイ・小規模多機能型居宅介護・リハビリテーション実施事業者など

資料：東京都保健医療計画（平成 25 年 3 月改訂）

【主な施策】

- ・東京都在宅療養推進会議（在宅療養普及事業）〔福祉保健局〕

東京都在宅療養推進会議を設置し、地域における在宅療養に関する行政、関係機関・団体及び都民等の役割分担を明らかにして連携を強化し、在宅療養の推進を図ります。

・ **区市町村・地区医師会在宅療養担当者連絡会（在宅療養普及事業）**〔福祉保健局〕

在宅療養患者のより質の高い療養生活の実現を図るため、区市町村と地区医師会の在宅療養担当者との相互理解をより一層深める機会として、都の施策の説明や先行事例の紹介等を行う「区市町村・地区医師会在宅療養担当者連絡会」を開催します。

・ **在宅療養環境整備支援事業**〔医療保健政策区市町村包括補助事業〕〔福祉保健局〕

病院から在宅医療への円滑な移行や安定的な在宅療養生活を継続するため、在宅療養支援窓口を中心に、医療と介護の連携を強化し、地域における医療的ケアが必要な高齢者等の在宅療養の環境整備を図る区市町村を支援します。

① 医療及び介護に関する地域資源や関係機関の連携状況等の地域の実情把握、その実情に応じた事業の在り方の検討、在宅療養に関する普及活動等を行う在宅療養推進協議会を設置します。

② 区市町村、地域の医療機関、地域包括支援センター等に在宅療養に関する支援相談窓口を設置し、在宅療養資源を把握し、病院からの退院時の在宅における療養環境の調整を図るとともに、在宅療養患者の医療的ケアに必要な情報を地域や介護支援専門員に分かりやすく提供します。

③ 地域の医療機関に、患者の病状変化時等に利用できる後方支援病床を確保し、在宅療養患者等に対するセーフティネットを構築します。

・ **区市町村在宅療養推進事業【新規】**〔福祉保健局〕

在宅における医療と介護の連携を推進するにあたり、医療側から介護側へ支援するための体制を整備する区市町村を支援します。

・ **在宅療養支援員養成事業**〔福祉保健局〕

区市町村が設置する「在宅療養支援窓口」において、医療機関等からの相談に応じ、介護支援専門員、在宅医等の紹介を行うなど、在宅療養におけるコーディネート機能を担うことのできる人材を養成します。

・ **在宅医等相互支援体制構築事業**〔福祉保健局〕

主治医・副主治医制の導入や、在宅医と訪問看護ステーションとの連携等により、チームとして24時間の診療体制を確保する取組を支援します。

・ **在宅療養基盤整備事業**〔福祉保健局〕

地域包括ケアシステムにおける在宅療養について都民の理解を深めるとともに、ICTの活用等により効果的に情報を共有し、医療と介護関係者が連携して在宅療養患者を支える体制を構築することにより、誰もが住み慣れた

地域で、安心して在宅療養を受けることができる環境の整備を図ります。

- ① 地域包括ケア体制の推進に向け、多職種が一堂に会し、各地域で連携して在宅療養患者を支える体制を整備するために必要な方策について検討を行うとともに、地域包括ケアシステムにおける在宅療養について都民の理解を深めるための講演会等を実施します。
- ② 地区医師会が他の団体や区市町村等と連携し、医療と介護の関係者間において、ICTネットワークの活用等により効果的に情報を共有しながら連携して在宅療養患者を支える体制の構築を図ります。

区市町村における在宅療養の取組

- 在宅療養を希望される方々が、高齢になっても住み馴れた地域でその人らしい充実した人生を全うできるような在宅療養生活を送れるよう、各区市町村では、様々な取組を進めています。その中で、北区の取組を紹介します。

(北区の取組)

〔在宅介護医療連携推進会議〕

- 高齢者が在宅で安心して療養できる体制の構築に向け、医療・介護・保健・福祉の関係者が連携した取組の方向性を検討しています。また、在宅療養支援を推進するため、関係者相互の情報共有、連絡調整及び困難ケースの対応や解決策の協議を行っています。

〔在宅療養支援の環境整備〕

- 介護医療連携共通シートの活用

在宅療養患者が入院する際に、介護支援専門員と入院医療機関とが、情報連絡を行うためのシートを作成しました。例えば、介護支援専門員がシートを用いて入院医療機関に患者の入院前の状態について連絡することで、在宅療養生活への円滑な移行が図れます。このように、入院医療機関と介護支援専門員等が連携して退院後の在宅療養生活を見据えた支援を行えるよう支援しています。

- 在宅療養相談窓口の開設

地域の医療資源情報を集約し、退院支援のコーディネートを行えるよう、北区医師会に在宅療養相談窓口の設置を予定しています。在宅療養支援員として看護職を配置し、患者が円滑に在宅療養生活へ移行できるよう在宅医や介護支援専門員の紹介等を行うとともに、高齢者あんしんセンター（地域包括支援センター）や介護支援専門員等からの相談への対応を行っています。

- 在宅療養協力支援病床の確保

在宅療養患者の病状変化時に緊急入院できる病床を、区内の医療機関に毎日1床確保しています。これにより、訪問医療機関が必要と判断した場合に直ちに入院することが可能となり、患者・家族等が安心して在宅療養生活を継続できる体制を整えています。

利用に当たっては、利用登録した在宅医と高齢者あんしんサポート医⁴を通じて申請します。

○ 医療社会資源調査の実施

地域の在宅療養に必要な医療社会資源を調査するため、地域の医療機関、歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション事業所等を対象にアンケートを実施しています。アンケートによって収集した情報については、医療と介護の連携の促進のため、在宅療養相談窓口において活用するとともに、医療・介護関係者へ情報提供しています。

また、区民向けには、地域の在宅療養に必要な資源を容易に把握できるよう、マップを作成し配布しています。

〔他職種連携研修の実施〕

○ 患者・家族が安心して在宅療養生活を継続するためには、地域における医療と介護の関係者が連携して在宅療養患者を支えていくことが必要です。

そのため、平成 26 年度から、病院医師、在宅医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護職員、訪問リハビリテーション職員等による多職種連携を実施しています。顔の見える連携を強化し、相談できる関係性を築くために、多職種によるグループワークを通じて、相互理解を深め、多職種によるチームケア体制を構築していきます。

それにより、医療と介護の連携がより強化され、切れ目ないサービス提供が可能となり、区民の安心な在宅療養生活を支えます。

〔区民への啓発活動〕

○ 在宅療養を推進していくためには、区民にも日頃から在宅療養に関する知識や理解を深めてもらうことが必要です。そのため、「北区介護あんしんフェア」における講演会や北区社会福祉協議会主催の連続講座を通じて、区民への普及啓発を行っています。

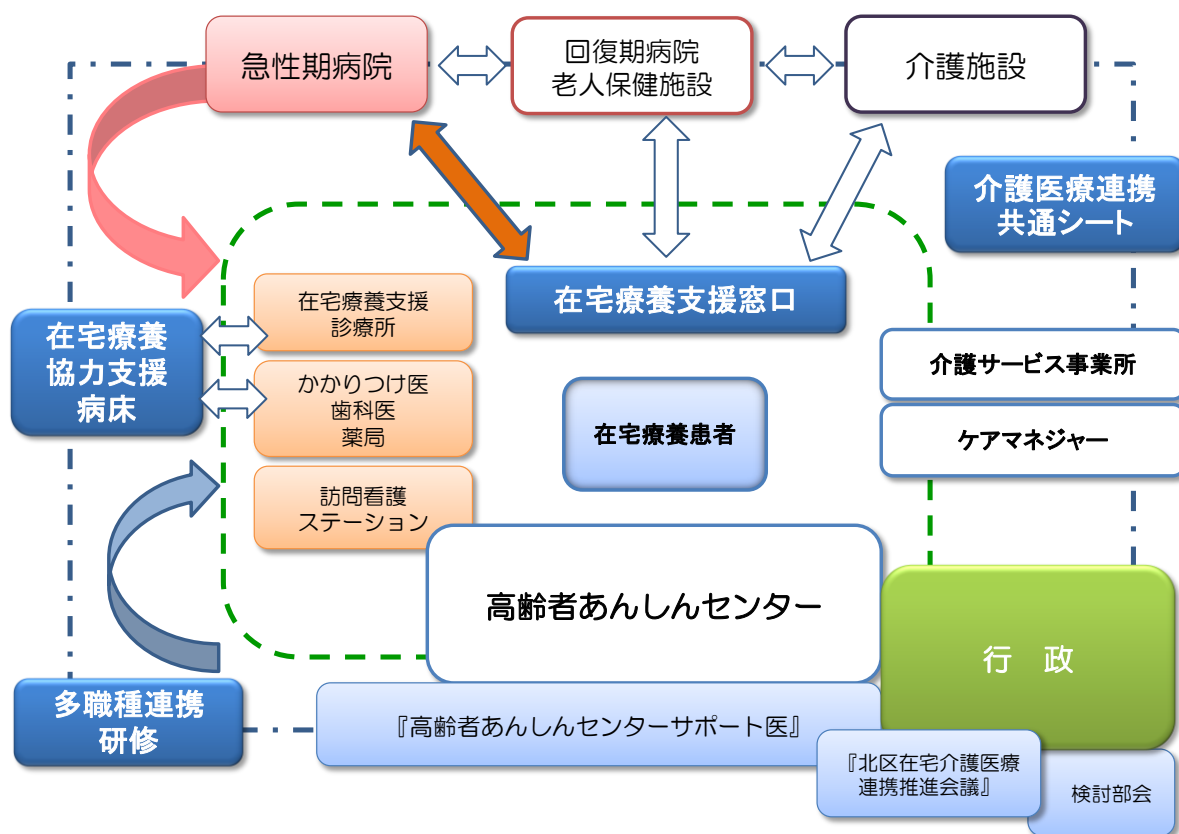
○ また、高齢者あんしんセンターでの「在宅療養・終末期」に関する講座を実施しています。平成 25 年度には、「あなたは終末期をどう迎えたいですか～在宅療養の実態について事例を通して考える～」等のテーマで実施しました。

⁴ ● ページ参照。

〔高齢者あんしんセンターサポート医事業〕

○ 地域で増えていく認知症高齢者、一人暮らしの高齢者、医療依存度の高い高齢者のための退院支援などを迅速かつ的確に支援するために、北区医師会から地域で在宅療養を行っている医師の推薦を受け、「高齢者あんしんサポート医」を王子・赤羽西・赤羽東・滝野川圏域に各1名ずつ配置しています。高齢者あんしんセンターからの医療に関する相談への対応や、退院支援のアドバイス、介護保険認定申請のための主治医意見書の作成等を行っています。サポート医の配置により、相談への迅速な対応が可能となり、区民が安心して在宅療養生活を送ることができます。

＜医療連携による地域包括ケア推進のイメージ＞



執筆協力：北区役所

地域における在宅療養の取組 ～つながり支え合う場としての「暮らしの保健室」～

【「暮らしの保健室」とは】

- 都では、今後ますます高齢化が進展し、高齢者単独世帯・高齢夫婦世帯が増加していきます。こうした中で、住み慣れた地域で暮らし続けたいと思っても、年を重ね、病気を抱えると、この先どうなるのかと不安が募ります。
- そんな不安に寄り添い、自分の力を引き出す居場所として、「株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション」は、平成23年7月、新宿区内にある都内有数の大規模団地の一角に「暮らしの保健室」を開設しました。この団地には約6千人が住み、高齢化率は約50%、高齢者単独世帯は約4割に上ります（平成26年8月1日現在）。
- 「暮らしの保健室」では、看護師やボランティア（専門職を含む）が常駐し、暮らしや健康、医療、介護に関する相談に、気軽に無料で応じているほか、住民同士の情報交換や、ぬり絵、手芸、料理の教室なども行っています。また、住民への普及啓発や、在宅療養に関わる多職種連携を推進するなど、地域における医療と介護の連携の一翼を担う拠点となっています。
- 「暮らしの保健室」に相談に訪れた人たちからは、「通うのが楽しみ」、「気持ち楽になる」、「相談先ができて、むやみに救急車を呼ばなくなった」、「希望に応じた医療・介護サービスにつないでもらって安心した」などの声が寄せられています。
- このように、高齢者等の在宅生活の不安に寄り添い、地域でつながり支え合う場は、住み慣れた地域で安心して暮らしを長く続けていくために、とても重要な役割を果たします。現在、「暮らしの保健室」を先駆けとした、地域で支える「保健室」の取組は、全国に広がっています。

〈暮らしの保健室〉

〒162-0052 東京都新宿区戸山 2-33

戸山ハイツ 33号棟 125（1階商店街）

電話：03-3205-3114

F A X：03-3205-3115

E-mail：hokenshitu@kjc.biglobe.ne.jp

開設日時：平日午前9時から午後5時まで

運営：株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション

N P O 法人白十字在宅ボランティアの会



〈「暮らしの保健室」の取組事例〉

①暮らしや健康、医療、介護に関する相談窓口

- ・ 地域の医療・介護の状況を熟知した相談員（医療・介護従事者）が、暮らしや健康、医療、介護に関する様々な相談（在宅医療、入退院、薬の飲み合わせ、栄養、暮らしの困りごとなど）に対応
- ・ 病院での医療、在宅での医療を理解した看護師が相談を受け、病院と地域の医師の橋渡しを実施
- ・ がん患者とその家族の相談に対応
- ・ 地域包括支援センターと連携し、地域に暮らす人々を支援
- ・ 介護、福祉に関する幅広い情報を、地域の人々や地域の医師に提供
- ・ 医師、看護師、ソーシャルワーカー等からの相談に対応

②地域における医療・介護の連携拠点

- ・ 住民への普及啓発として、在宅療養シンポジウムやミニ講座を実施
- ・ 相談事例や訪問看護で経験した事例などをもとに、多職種連携のためのケース勉強会を実施
- ・ 個別ケースにおける地域ケア会議を実施
- ・ 区内における多職種を対象に出前研修（学習会）を実施
- ・ 地域の多職種連携を進めるに当たって、課題の抽出と解決策の検討を行う検討会を実施
- ・ 在宅療養推進に携わる人材の質の向上を図るため、在宅療養推進の先行事例を学ぶ勉強会を実施



執筆協力：株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション、NPO法人白十字在宅ボランティアの会

2 在宅療養生活への円滑な移行の促進

【現状と課題】

- 地域の入院医療機関においては、患者が円滑に在宅療養生活へ移行できるよう、入院早期から退院後の生活を見据えた支援を進める必要があります。
- また、在宅療養生活を送る患者の症状変化時等の受入れや、地域の多職種が集まる会議への参加など、地域の関係者と連携して、在宅療養患者を支える体制を構築することが求められています。

【施策の方向性】

- 入院医療機関が、入院早期から退院後の在宅療養生活を見据え、取り組むべき事項を段階的にまとめた「東京都退院支援マニュアル」を平成 26 年 3 月に作成しました。引き続き、マニュアルを活用した入院医療機関における退院支援を進めていきます。
- 地域の救急医療機関において退院支援の取組を実施し、入院患者が円滑に在宅療養生活へ移行できる体制を構築するとともに、在宅療養患者の病状変化時等の受入体制の充実を図ります。
- 地域の入院医療機関において、医療と介護の連携や在宅移行支援に取り組む体制を強化し、地域包括ケアシステムの構築を進めていきます。

【主な施策】

・退院支援強化事業（在宅療養普及事業）〔福祉保健局〕

入院早期から退院後に向けて取り組むべき事項を段階ごとにまとめた退院支援マニュアルを周知するとともに、マニュアルを使用した退院支援・退院調整のモデル事業の実施により効果検証を行い、全ての医療機関にその取組を広めていきます。

・在宅療養移行支援事業〔福祉保健局〕

入院患者の在宅移行支援や、在宅療養患者の緊急受入れを一層推進するため、地域医療を担う 200 床未満の指定二次救急医療機関に対し、看護師や社会福祉士などの職員配置を支援します。

・在宅療養移行体制強化事業〔福祉保健局〕

地域包括ケアシステムにおける在宅療養移行支援の意義や医療機関の役割を理解するとともに、入院早期から退院後の在宅療養生活を見据え、地域とも連携した退院支援に取り組む人材を養成・確保していきます。

・訪問看護ステーション・医療機関等との連携による在宅医療服薬支援事業〔福祉保健局〕

在宅療養中の服薬指導が困難な患者に対し、訪問看護ステーション等と地域の薬局・薬剤師が連携し、患者の服薬管理等の支援を行うことにより、在宅患者の治療をより確実なものとするとともに、地域において医師・訪問看護師・薬剤師等在宅医療に係る関係職種がそれぞれの専門性を発揮し、患者の生活環境や身体状況に応じたきめ細かな医療サービスを提供する体制構築を促進します。

病院における退院支援の取組

〔退院支援の必要性〕

- 今後、ますます高齢化の進んだ社会が到来します。高齢者は年齢を重ねることで様々な疾患を患い、多くの人が病院への入院を経験します。そして、入院後に住み慣れた生活の場へ戻れなくなることがあります。
- 入院時から病態像の変化等により、病院関係者や患者・家族が、在宅の療養は困難と感じることなど、生活の場へ戻れない原因は様々考えられますが、病気が完全に治らないこと、障害をもちながら暮らすことは、高齢社会において起こり得ることです。
- こうした中で、患者が、病気や障害をもちながら、生活の場に帰って安心して暮らしていけるようにするため、病院は、地域の医療・介護提供者と協力して、患者の退院後の暮らしに向けたサポートを行っていく必要があります。
- 地域包括ケアシステムを構築するためには、特に、地域医療を担う病院において、患者本位の退院支援に取り組むとともに、退院して在宅生活に戻った患者の病状急変時等の受入れを行っていくことが重要です。

〔退院支援に係る東京都の取組〕

- 都では、患者が円滑に在宅療養生活へ移行し、住み慣れた地域で安心した生活を送ることができるよう、「東京都退院支援マニュアル」を作成しました。
- マニュアルは、病院が入院早期から退院後の在宅療養生活に向けて取り組むべき事項を段階ごとにまとめたものとなっており、具体的には、入院から退院後 2 週間までの支援内容を簡潔に明示したフロー図を作成し、各時点において活用できる情報収集・アセスメント等のシートや、その活用方法を盛り込んだ内容となっています。
- 作成したマニュアルは、都内全ての病院に配布するほか、地域で在宅療養を支えるスタッフが病院と連携して退院支援に向けた支援に取り組めるよう、区市町村や地域包括支援センター、訪問看護ステーション等に配布し、周知を図っています。
- 今後、都が実施する退院支援に取り組む人材の養成にこのマニュアルを活用するなど、全ての病院において、入院早期から退院後の在宅療養生活を見据えた退院支援の取組を進めていけるよう支援していきます。

〈東京都退院支援マニュアル〉

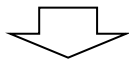
マニュアルの概要

- ・入院早期からの退院後に向けての取組を見える化、標準化
- ・患者の状態像ごとのアプローチの体系化
- ・病院の体制や患者像の特徴などに応じて加工して使用することが可能

退院支援の取組の流れ

① 入院時から 48 時間以内

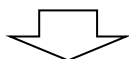
高齢者の地域での暮らし、生活を知る



② 入院時から ● 日以内（病院の特徴に合わせて、「●日」を設定）

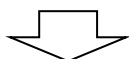
病状や病態から考える医療上の検討課題へのマネジメント

日常生活動作等から考える生活・介護上の検討課題へのマネジメント



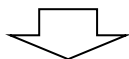
③ 治療開始から安定期

今後の治療方針、今回の入院の目標及び退院後の暮らしについて、患者や家族への意思決定支援・方向性の共有



④ 退院に向けての調整期間

地域の医療・介護提供者との連携・協働



⑤ 退院直後からの移行期（退院後 2 週間まで）

地域の医療・介護提供者から退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受けて、病院で退院支援評価を実施

参照

東京都HP「東京都退院支援マニュアル」をご覧ください。

東京都退院支援マニュアル

検索

クリック

〈退院支援マニュアルを活用した退院支援の取組事例〉

スクリーニングシートの活用

- ・ 退院調整看護師や病棟看護師が中心となって、自院の状況に合わせたスクリーニングシート（退院支援を要する患者を把握するためのシート）を作成
- ・ スクリーニングシートは、時間経過や治療経過でⅠ・Ⅱ・Ⅲの3段階に分け、病状の変化と情報収集の進行に合わせて、患者の在宅療養移行への課題を抽出できるよう工夫
- ・ <スクリーニングシートⅠ>
入院時から48時間以内に、病棟看護師が、患者や家族、地域の介護事業提供者などから、患者の暮らしや医療上の課題、生活・介護上の課題などを情報収集し、在宅療養環境の準備・調整に向けて、患者の医療面と介護面の課題を評価
- ・ <スクリーニングシートⅡ>
治療開始から安定期において、退院調整看護師が病棟ラウンドを実施し、病棟看護師と協働しながら、患者の在宅療養移行への課題を評価
- ・ <スクリーニングシートⅢ>
病棟看護師が、院内外の多職種と連携・協働しながら、具体的な支援・調整を実施

患者や家族への意思決定支援・方向性の共有

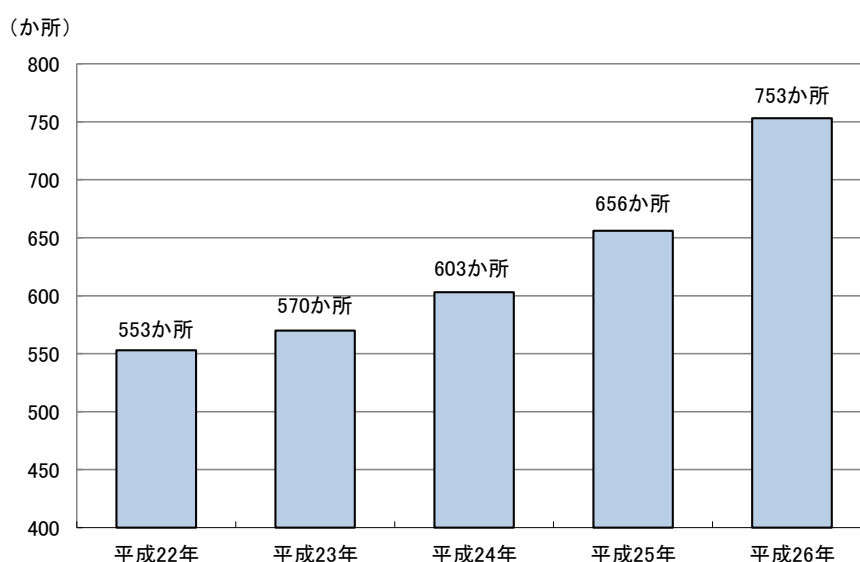
- ・ 看護チーム内の事例検討（週1回）
- ・ 院内外の多職種カンファレンスの定例化（随時）
- ・ 院内外の多職種との研修・症例発表会（随時）

3 訪問看護ステーションへの支援

【現状と課題】

- 医療的ケアが必要な要介護高齢者は増加しています。このため、医療と介護の連携を強化して、利用者の在宅における療養生活を支援していく仕組みづくりが重要になります。
- 訪問看護は、在宅で療養する高齢者の在宅生活を支援する役割を担っています。介護保険制度の施行後、都内の訪問看護ステーション数は増加しており、平成26年4月時点では、753か所となっています。

<訪問看護ステーション数の推移>



(注) 各年4月1日現在の指定数

資料：東京都福祉保健局「居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び介護予防サービス事業者の指定について」

- 訪問看護ステーションの開設に当たって開設者が困難を感じる課題としては、「職員の確保」が最も多くなっています。また、訪問看護師が訪問看護をするに当たり困難と感じている場面として、「一人で判断を求められること」が最も多くなっており、訪問看護ステーションでの人材育成の充実が職場定着と資質向上につながるものと考えられますが、計画的な研修が適切に実施されている訪問看護ステーションは約2割にとどまっています⁵。

⁵ 東京都訪問看護支援検討委員会報告書（平成25年3月）

【施策の方向】

- 今後、高齢化とともに在宅の要介護（要支援）高齢者が増えていくことから、在宅医療、訪問看護、訪問リハビリテーションの連携を強化し、24時間対応の在宅療養の支援体制を強化していきます。
- 医療依存度の高い在宅の高齢者に適切に対応できる医療人材の確保に向けた支援を行っていきます。
- 在宅療養支援を推進するため、訪問看護のサービス拠点を増やし、主治医や介護支援専門員、訪問介護や小規模多機能型居宅介護といった他の介護サービスを実施する事業所とのネットワーク形成などを促進していきます。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて重要な役割を担う訪問看護サービスの安定的な供給のため、高齢者の在宅療養を支える訪問看護師の確保・育成・定着を推進していきます。

【主な施策】

・訪問看護ステーション事業開始等支援事業〔福祉保健局〕

訪問看護ステーション運営の安定化・効率化や経営基盤の強化を支援するため、個別相談会による支援を行います。

・地域における教育ステーション事業〔福祉保健局〕

訪問看護認定看護師相当の指導者が配置され育成支援のできる訪問看護ステーションを教育ステーションに指定し、地域の小規模事業所のニーズに応じた同行訪問等による指導・助言を行うことにより、地域の訪問看護人材の育成支援を行います。

・管理者・指導者育成事業〔福祉保健局〕

人材育成も含めた人的資源管理、経営的にも安定した事業所運営を行える管理者を育成するとともに、管理者同士のネットワーク構築の推進を図るため、管理者等に対する研修を実施します。

・認定訪問看護師資格取得支援事業〔福祉保健局〕

訪問看護の実践と相談・指導ができる看護師の育成を支援し、労働意欲の向上、定着の促進、訪問看護師全体の質の向上を推進するため、訪問看護分野の認定看護師資格取得に係る経費に対し、補助を行います。

・訪問看護人材確保事業〔福祉保健局〕

都民や看護師等に訪問看護の実際や重要性、その魅力をPRし、訪問看護の理解促進と人材確保を図るため、講演会等を実施します。

- ・ **訪問看護推進部会〔福祉保健局〕**

訪問看護の推進に向けた取組について、中・長期的な対策を含め、多角的・総合的に検討を行います。

- ・ **訪問看護師勤務環境向上事業〔福祉保健局〕**

訪問看護ステーションが、現に雇用する訪問看護師の資質向上を図るため、事業所等が策定する研修計画に基づき当該訪問看護師を研修等に参加させる場合において、必要な代替職員の雇用に係る経費に対し、補助を行います。

- ・ **訪問看護師定着推進事業〔福祉保健局〕**

訪問看護ステーションが、勤務する訪問看護師のワークライフバランスが取れた働き方を可能とする働きやすい職場環境の整備を行い、現に雇用する訪問看護師が産休・育休・介休を取得する場合において、必要な代替職員の雇用に係る経費に対し、補助を行います。

- ・ **福祉人材の確保・定着モデル事業〔福祉保健局〕**

事務職員の配置のない訪問看護ステーションが、看護職員の事務負担軽減のために新たに事務職員を雇用する場合、事務職員の雇用に係る経費に対し、補助を行います。

第3節 在宅療養を支える人材の確保・育成

- 在宅療養を支える人材の確保・育成に向け、医療と介護の連携強化を推進するための研修等を実施していきます。

【現状と課題】

- 在宅療養の推進には、医療と介護の連携を強化し、切れ目のないサービスを提供することが必要であり、そのためには、在宅医のみならず、地域において医療と介護に関わる多職種の人材や、在宅療養におけるコーディネート機能を担う人材の確保・育成が重要です。
- 重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、平成24年4月の介護保険制度改正により定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの新しいサービスが創設され、訪問看護を担う人材の確保・育成の必要性が高まっています。人材の定着・育成に関し、訪問看護事業所の職員からは、訪問看護は一人で訪問することが多く孤独感を持ちやすいため、ミーティングやカンファレンス、外部研修への参加など、看護の妥当性確認や技術向上を図る機会を確保することが重要であるとの意見が挙げられています⁶。

【施策の方向性】

- 区市町村が設置する「在宅療養支援窓口」において、医療機関からの相談に応じ介護支援専門員、在宅医等を紹介するなど、在宅療養におけるコーディネート機能を担うことのできる人材を養成していきます。
- 各地域に多職種連携強化のノウハウとスキルを持った「在宅療養地域リーダー」を養成し、リーダーを中心とする多職種連携研修や病診連携のための相互研修等を実施します。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、普及・定着を促進するため、訪問看護ステーションの整備を支援するとともに、訪問看護ステーション等の人材の確保・育成を推進していきます。

⁶ 東京都福祉保健局高齢社会対策部調べ

【主な施策】

・在宅療養支援員養成事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

区市町村が設置する「在宅療養支援窓口」において、医療機関からの相談に応じ、介護支援専門員、在宅医等の紹介を行うなど、在宅療養におけるコーディネート機能を担うことのできる人材を養成します。

・在宅療養研修事業〔福祉保健局〕

地域の病院スタッフと在宅療養患者を支えるスタッフが、お互いの診療方針や医療提供の実情等について理解し合うとともに、顔の見える連携関係の構築を行うため、「在宅療養地域リーダー」を養成し、リーダーを中心とする多職種連携研修や病診連携のための相互研修等を実施します。

・地域における教育ステーション事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

訪問看護認定看護師相当の指導者が配置され育成支援のできる訪問看護ステーションを教育ステーションに指定し、地域の小規模事業所のニーズに応じた同行訪問等による指導・助言を行うことにより、地域の訪問看護人材の育成支援を行います。

・管理者・指導者育成事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

人材育成も含めた人的資源管理、経営的にも安定した事業所運営を行える管理者を育成するとともに、管理者同士のネットワーク構築の推進を図るため、管理者等に対する研修を実施します。

・認定訪問看護師資格取得支援事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

訪問看護の実践と相談・指導ができる看護師の育成を支援し、労働意欲の向上、定着の促進、訪問看護師全体の質の向上を推進するため、訪問看護分野の認定看護師資格取得に係る経費に対し、補助を行います。

・訪問看護人材確保事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

都民や看護師等に訪問看護の実際や重要性、その魅力をPRし、訪問看護の理解促進と人材確保を図るため、講演会等を実施します。

・訪問看護推進部会〈再掲〉〔福祉保健局〕

訪問看護の推進に向けた取組について、中・長期的な対策を含め、多角的・総合的に検討を行います。

・訪問看護師勤務環境向上事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

訪問看護ステーションが、現に雇用する訪問看護師の資質向上を図るため、事業所等が策定する研修計画に基づき当該訪問看護師を研修等に参加させる場合において、必要な代替職員の雇用に係る経費に対し、補助を行います。

・訪問看護師定着推進事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

訪問看護ステーションが、勤務する訪問看護師のワークライフバランスが取れた働き方を可能とする働きやすい職場環境の整備を行い、現に雇用する訪問看護師が産休・育休・介休を取得する場合において、必要な代替職員の雇用に係る経費に対し、補助を行います。

・ **福祉人材の確保・定着モデル事業〈再掲〉〔福祉保健局〕**

事務職員の配置のない訪問看護ステーションが、看護職員の事務負担軽減のために新たに事務職員を雇用する場合、事務職員の雇用に係る経費に対し、補助を行います。