

第5章

在宅療養の推進

- 第1節 在宅療養を取り巻く状況
- 第2節 在宅療養の推進に向けた取組

第1節 在宅療養を取り巻く状況

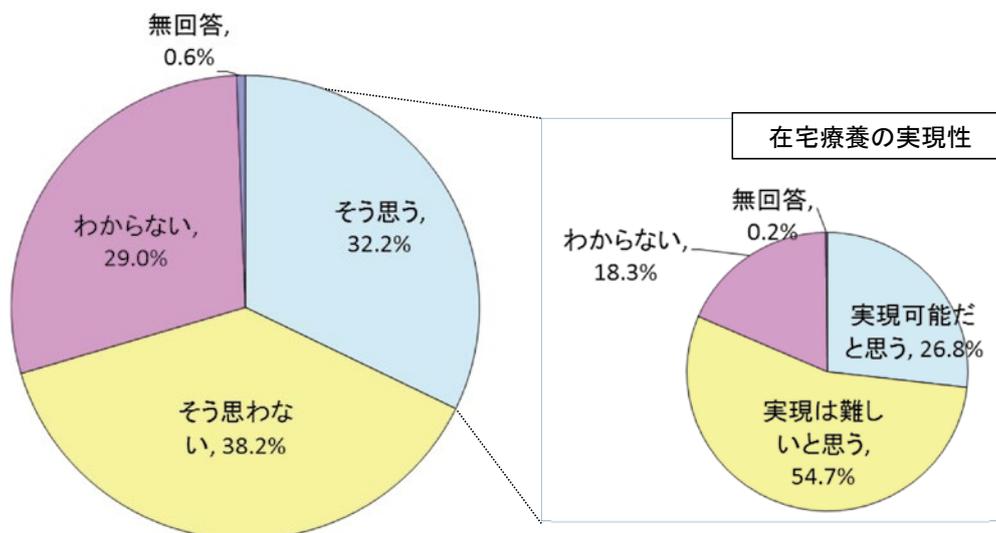
1 在宅療養の推進について

- 在宅療養とは、住み慣れた自宅等で、医療と介護（訪問診療、訪問看護、訪問介護等）を受けながら、療養生活を送ることです。
- 高齢者は加齢に伴い、慢性疾患による受療が多くなる、複数の疾病にかかりやすくなる、また、要介護発生率や認知症の発生率が高くなる等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とする方が多くなります。
- 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、住民に最も身近な区市町村において、地域の医療・介護の関係団体が連携した、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供できる体制づくりを一層推進していくことが求められています。

2 在宅療養に関する都民の意識

- 東京都「健康と保健医療に関する世論調査（平成28年10月実施）」では、都民の32.2%が長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を続けたいと思っています。しかし、そのうち54.7%が「実現は難しいと思う」という回答でした。
- その理由としては、「家族に負担をかけるから」、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」等が挙げられています。

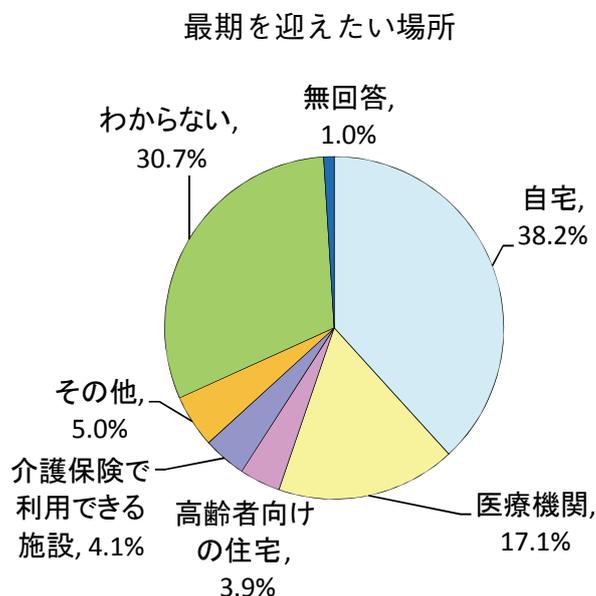
在宅療養の希望の有無



資料：東京都生活文化局「健康と保健医療に関する世論調査」（平成28年10月実施）

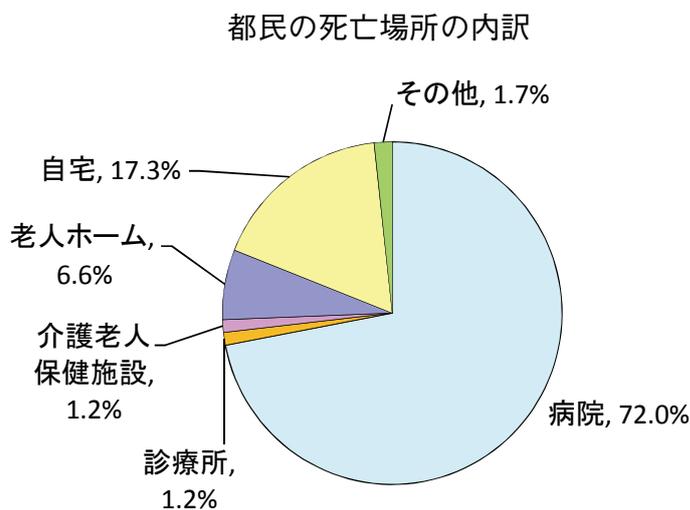
3 看取りに関する都民の意識

- 東京都「平成27年度高齢者施策に関する都民意識調査（平成28年1月実施）」では、38.2%が自宅で最期を迎えたいと思っています。



資料：東京都福祉保健局「平成27年度高齢者施策に関する都民意識調査」

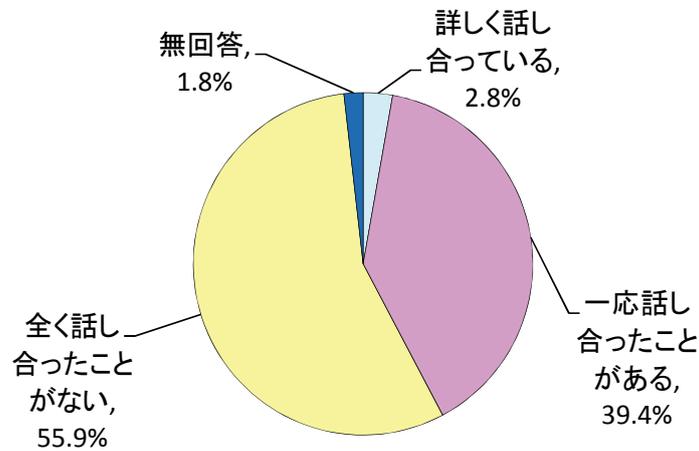
- しかし、厚生労働省「平成27年人口動態調査（東京都分）」では、都民の死亡場所の内訳は、病院が72.0%、自宅が17.3%となっています。



資料：厚生労働省「平成27年人口動態調査」（東京都分）

- また、厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（平成25年3月実施）では、人生の最期の過ごし方について、家族と話し合ったことがある方の割合は、「詳しく話し合っている」が2.8%、「一応話し合ったことがある」が39.4%で、約4割にとどまっています。

人生の最終段階における医療についての家族との話し合いの有無



資料：厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（平成25年3月実施）

4 在宅医療等の必要量

- 「東京都地域医療構想（平成28年7月策定）」では、平成37年の在宅医療等の必要量は、197,277人/日、そのうち、訪問診療分を143,429人/日と推計しています¹。
- また、病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量（238～239ページ参照）における訪問診療の必要量の推計では、495人/日の需要が見込まれます。
- この結果、平成37年の東京都全体の訪問診療の必要量は、143,924人/日と推計されます。

1 平成25年訪問診療実績を引き延ばした推計値

コラム

在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について
～病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる在宅医療等の新たなサービス必要量について～

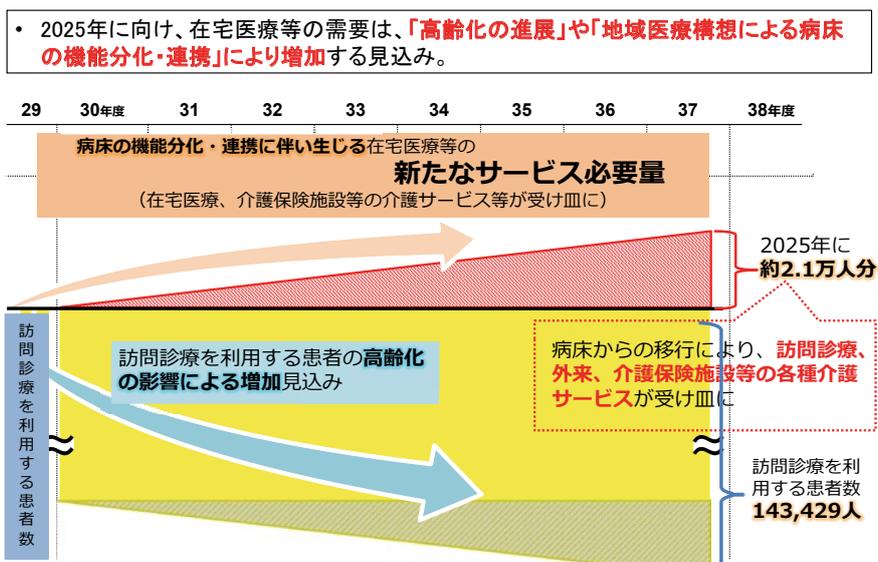
<これまでの経緯>

- 少子高齢化が進む中であっても質の高い医療・介護サービスを提供し、医療提供体制を維持・発展させていくため、国において医療法（昭和23年法律第205号）をはじめとする法令が改正され、都道府県は地域医療構想を策定することとなりました。
- 地域医療構想は、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの将来の病床数の必要量、将来の在宅医療等の必要量、病床の機能分化及び推進に関する事項を記載することとなっており、東京都は平成28年7月に東京都地域医療構想を策定しました。
- この中で、将来の病床数及び在宅医療等については、慢性期の患者の一部（療養病床入院患者のうち、医療の必要度が低い患者等）を、将来的に在宅医療等で対応するという国の方針に基づき推計しています。
- そこで、今般の「医療計画」と「介護保険事業（支援）計画」の策定においては、受け皿となる在宅医療や介護サービスの整備について、両計画において整合性を図ることとされています。

<在宅医療等の必要量>

- 2025年の在宅医療等の必要量は、国が示す計算式により推計した、訪問診療を利用する患者等の増加見込みを反映した2025年の患者数等の推計値と、病床の機能分化・連携に伴い生じる「在宅医療等の新たなサービス必要量」からなります。

図1 地域医療構想を踏まえた2025年における在宅医療等のイメージ



資料：医療計画策定研修会（平成29年8月厚生労働省）資料を加工して作成

○ 「在宅医療等の新たなサービス必要量」は、慢性期の患者の一部（下図※）を在宅医療等（訪問診療、外来医療、介護施設、介護医療院）で対応することで新たに発生するサービス量（東京都分計約2.1万人）であり、国が示した推計方法に基づいて機械的に試算した2025年の推計値です。

【「医療計画について（平成29年7月31日一部改正厚生労働省医政局長通知）」中、「（別添）介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について」を基に推計】

図2 新たなサービス必要量の考え方

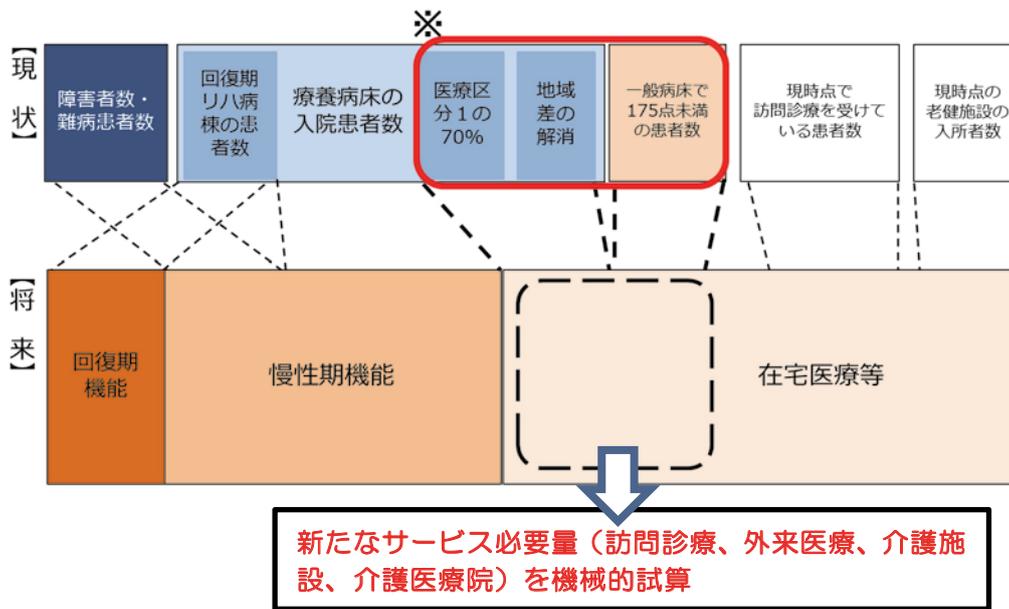
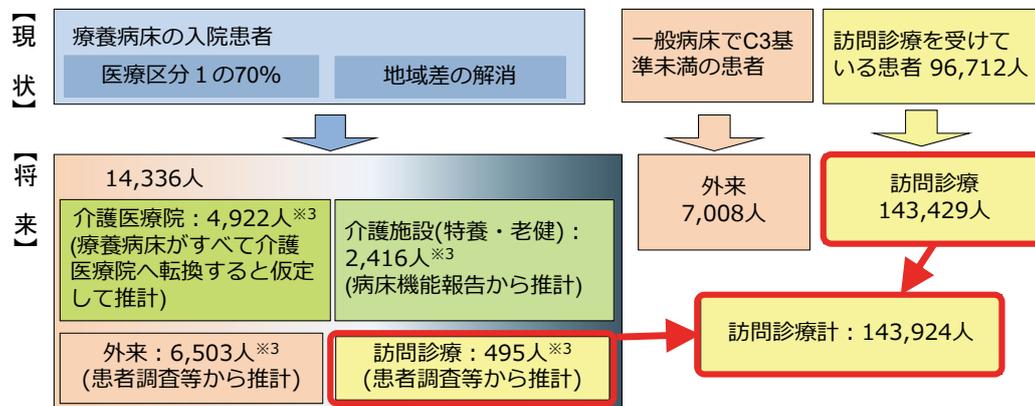


図3 国が示した推計方法に基づく新たなサービス必要量の推計（機械的試算）

療養病床の入院患者のうち医療区分^{※1} I の70%、地域差解消分の患者数^{※2}及び一般病床の入院患者のうち医療資源投入量が175点未満（C3基準未満）の患者数を、療養病床、一般病床ではなく介護医療院、介護施設、訪問診療、外来医療の需要として見込んだ必要数

※1 療養病床で算定する診療報酬である「療養病棟入院基本料」において、入院患者をその病状により3段階に分類するもの。医療区分 I が最も病状が軽い

※2 療養病床の入院受療率の地域差を縮小させることを見込む



※3 国が示した推計方法に基づく機械的な試算であり、今後、実態を踏まえて見直しを行う。

5 東京都と区市町村の役割

- 平成26年の介護保険法等の改正により、介護保険法に基づく地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、区市町村が主体となって取り組むこととされました。
- 平成30年4月には、在宅医療・介護連携推進事業（ア）から（ク）の全ての取組を、全ての区市町村が実施することとなっています。
- 東京都は、区市町村の主体的な取組を基盤に、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等、在宅療養に関わる多職種が緊密に連携した地域における在宅療養体制の確保に取り組んできました。
- また、高度医療施設の集積や、全国で最多の病院数、発達した交通網などの東京の特性から、患者の受療行動は広範にわたるため、区市町村を越えた入院医療機関と地域の医療介護関係者との連携、普及啓発や情報提供、人材育成など、広域的・専門的な観点から区市町村の取組を支援していきます。

地域支援事業における「在宅医療・介護連携推進事業」の内容

- 在宅医療・介護連携推進事業は、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期まで続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供することを目的に以下の取組を実施するものです。

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」²

ア 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、地域の医療・介護関係者と共有する。

イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

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・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。

エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

2 厚生労働省通知（平成29年10月25日付 老老発1025第1号）より抜粋

オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携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、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。さらに、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。

カ 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。

また、必要に応じて、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。

キ 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

第2節 在宅療養の推進に向けた取組

- 誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村を実施主体とした、地域の医療・介護の関係団体が連携した、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供する取組を推進していきます。
- 入院患者が円滑に在宅療養生活に移行できるよう、入院時（前）から、病院、地域の保健・医療・福祉関係者と連携した入退院支援の取組を一層進めていきます。
- 要介護高齢者等の在宅療養生活におい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、訪問看護人材の確保・定着・育成や訪問看護ステーションの運営体制強化・多機能化等、訪問看護ステーションへの支援を行っていきます。
- 今後の在宅医療の需要増加を見据え、区市町村、関係団体等と連携しながら人材の育成・確保に向けた取組を進め、在宅療養に関わる人材確保に努めていきます。
- 在宅療養に関する都民の理解をより一層深めるため、区市町村、関係団体等と連携しながら、効果的な普及啓発に取り組んでいきます。

1 在宅療養体制の確保

(1) 地域における在宅療養の推進

現状と課題

<地域における医療と介護の連携等>

- 医療と介護が必要となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村において、地域の医療介護関係者の連携のもと、在宅医療と介護を一体的に提供する体制づくりを推進していくことが必要です。
- 患者の在宅療養生活を支えるためには、患者の状態の変化に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有を行えるよう、東京都は、ICTを活用した情報共有・多職種連携の取組を支援してきましたが、取組状況は地域によってばらつきがあり、今後も地域の取組を一層推進していくことが必要です。

<地域での看取りを行える体制の確保>

- 自宅や施設等の住み慣れた地域でその人らしく暮らし、希望に沿った最期を迎えられるようにするためには、地域で看取りを行う体制を整備するとともに、都民一人ひとりが、自らや家族の看取りについて日頃から考えておくことが必要です。

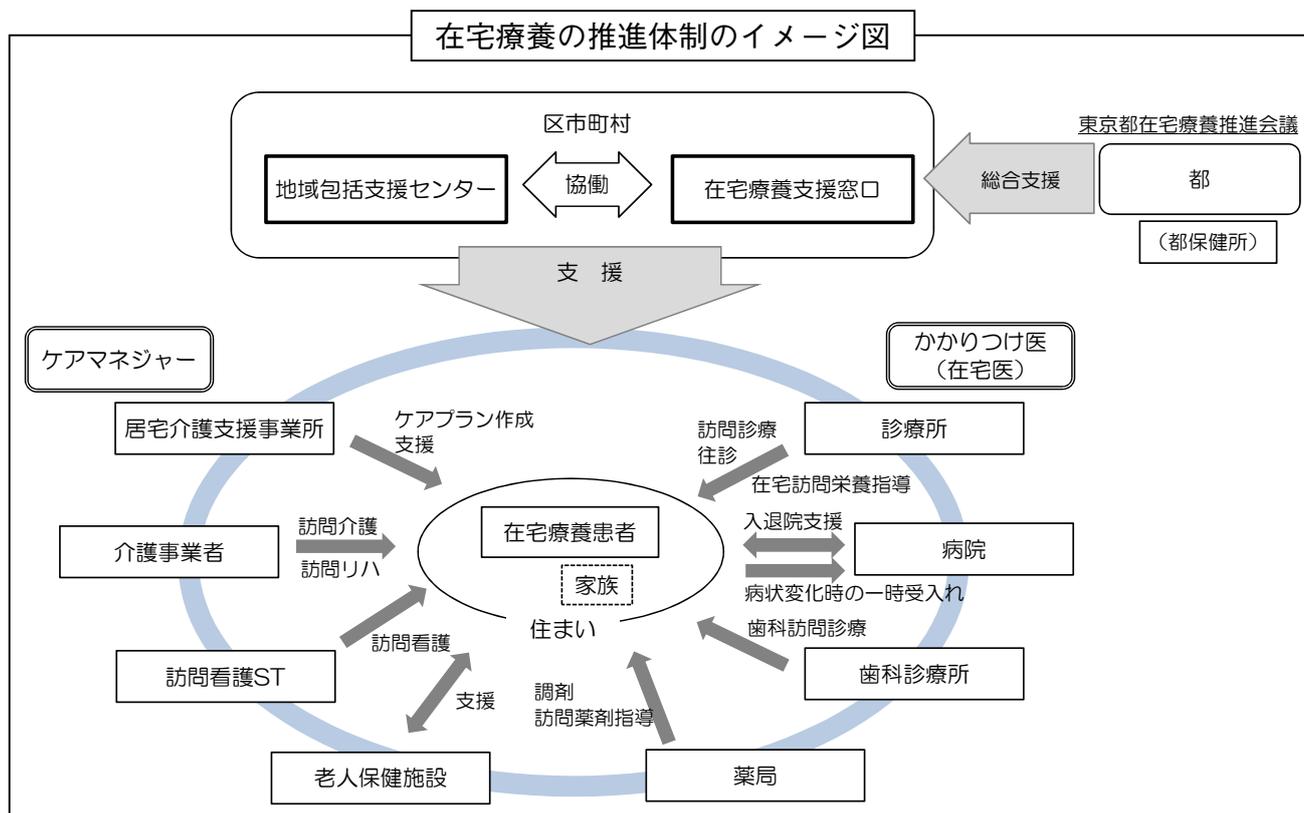
施策の方向

■ 在宅療養患者を支える地域の取組を促進します

- 区市町村が地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進できるよう、在宅医療・介護に係るデータの提供や先進事例の紹介等により、区市町村の取組を支援します。
- 区市町村が設置する在宅療養支援窓口における取組が充実し、地域における医療・介護の連携や円滑な入退院支援が促進されるよう、区市町村の取組を一層支援します。
- 切れ目のない在宅医療の提供に向け、主治医、副主治医制の導入、在宅医と訪問看護ステーション等との連携による24時間の診療体制の確保、地域包括ケア病棟等を活用した病状変化時に利用できる後方支援病床の確保などの取組を推進します。
- 地域の医療・介護関係者が、在宅療養患者の体調の変化や服薬状況等の情報をICTを活用して効果的に共有するなど、在宅療養患者の療養生活を支えるための情報共有・多職種連携の取組を推進します。
- 在宅人工呼吸器使用者に関する災害時個別支援計画の作成を区市町村に働きかけるなど、災害時の要支援者への支援体制の確保に向け、取組を進めます。

■ 暮らしの場における看取りを支援します

- 自宅や施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りを支援するため、都民への普及啓発を実施するとともに、医療・看護・介護職員等への研修や施設等における看取り環境の整備への補助を行います。



資料：東京都保健医療計画（平成30年3月改定）

主な施策

（※医療保健包括：医療保健政策区市町村包括補助事業）

・【拡充】東京都在宅療養推進会議（在宅療養普及事業）〔福祉保健局〕

都民、医療・介護関係者、関係団体等で構成する「東京都在宅療養推進会議」において、医療と介護の連携を進め在宅療養の体制整備や、在宅療養に関する都民・関係者への普及啓発等、東京都における在宅療養の推進に向けた検討・取組を進めています。

・地区医師会・区市町村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、東京都の施策の説明や先行事例の紹介等を行う「地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会」を開催します。

・区市町村在宅療養推進事業〔福祉保健局〕

地域における在宅療養の推進に向けた区市町村の以下の取組を支援します。

- ① 在宅医療と介護の提供体制の充実に向けた、先駆的な取組
- ② 切れ目のない在宅医療提供体制の構築や、医療・介護関係者等への情報共有等の取組
- ③ 医療的ケアが必要な小児等の在宅医療の推進に向け、区市町村が関係機関等と連携して行う地域の実情に応じた取組

- ・在宅療養環境整備支援事業〔医療保健包括（提案型）〕〔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、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。

- ・多職種連携連絡会の運営〔福祉保健局〕

地域包括ケアシステムの構築に向け、医療・介護関係者の団体からなる連絡会を設置し、相互理解の促進や連携の強化等に取り組みます。

- ・暮らしの場における看取り支援事業〔福祉保健局〕

自宅や施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りを支援するため、以下に取り組みます。

- ① 住み慣れた地域で安心して暮らし、本人の希望する場所で最期を迎えられるよう、看取りに対する都民の理解の促進を図ります。
- ② 自宅や施設等の暮らしの場において看取りを行う医療・看護・介護職員等の対応力向上を図ります。
- ③ 特別養護老人ホーム等において、本人や家族の希望に応じて、顔なじみの職員や他の入居者と共に人生の最期まで暮らし続けられる環境を整備するため、看取りに対応できる個室や家族の宿泊室などの改修費を補助するとともに、看取り期まで対応する小規模な地域の住まい³に対し、運営費等を補助します。

- ・【新規】地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の機能強化事業〔福祉保健局〕

患者の服薬情報を一元的・継続的に把握して適切な服薬管理を行うかかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化し、地域包括ケアシステムへの参加を促進するため、在宅療養支援に必要な知識・技能の習得や地域における薬局間連携のための研修を実施します。

在宅療養支援に対応可能な薬局・薬剤師の情報を地域の関係機関に提供することにより、在宅患者への薬剤師の訪問指導や、地域の薬局・薬剤師と他職種との連携を促進します。

また、地域包括支援センター等の関係機関と連携し、かかりつけ薬剤師の活用を促進するための住民向け講習会を開催するとともに、かかりつけ薬局や健康サポート薬局の選択のための情報提供の充実を図ります。

3 看取り期まで対応する小規模な地域の住まい

東京都が暮らしの場における看取り支援事業として支援。人生の最終段階においても地域で暮らし続けたいという都民の希望に対応するため、個人の尊厳を尊重し、かつ、地域に根差し開かれた運営により、家庭的雰囲気の中で看取りを含めた質の高いケアに取り組む、小規模な地域の高齢者の住まいをいう。

コラム 板橋区における医療介護連携の取組状況

板橋区在宅医療推進協議会の設置

- 高齢者が在宅等で安心して療養ができる体制の構築を保健・医療・福祉の関係機関が連携して推進するため、板橋区在宅医療推進協議会を設置しています。協議会では、公益社団法人板橋区医師会関係者や介護事業者等が、在宅医療支援体制に関すること、かかりつけ医と診療所・病院の連携に関することについて協議及び検討を行っています。

在宅患者緊急一時入院病床確保事業

- 在宅療養の推進及び区内在住でかかりつけ医を有する在宅患者の緊急一時的な治療のため、板橋区医師会病院に、毎日1床病床を確保し、在宅患者の安定した療養生活の確保及び支援を図っています。

【利用実績】 利用日数：365日中360日、実利用人数：54人（平成28年度）

在宅医療・介護連携に関する相談支援

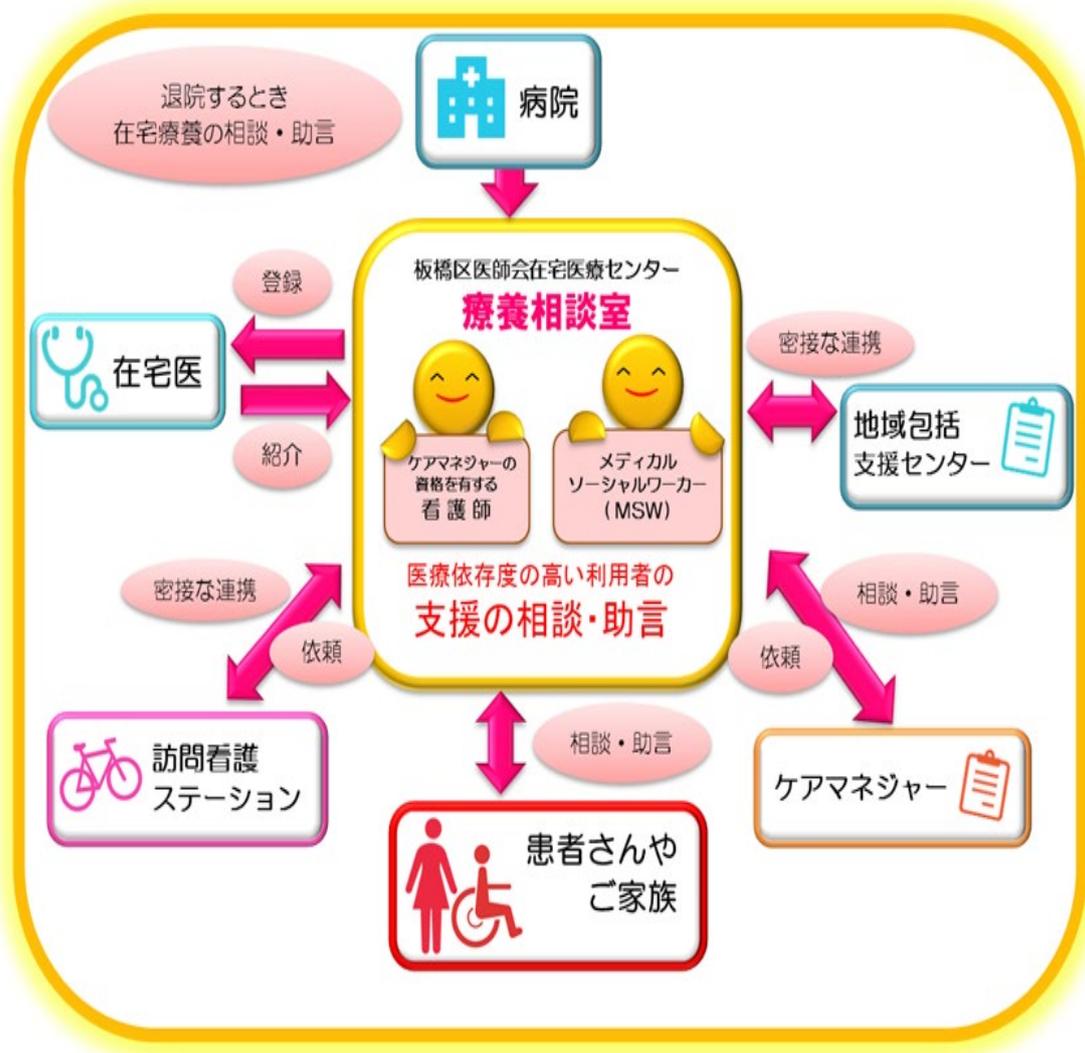
- 在宅療養の推進のために、平成28年度に公益社団法人板橋区医師会に委託することにより板橋区医師会在宅医療センター療養相談室を設置しました。療養相談室ではこれから在宅療養へ移行する、又は現在、在宅療養を行っている患者・家族等からの相談に対し、最適な医療、介護等のサービスを受けられるよう、最寄りの医療及び介護資源の紹介や連携確保等の支援を行っています。

療養相談室には、看護師や社会福祉士（メディカルソーシャルワーカー）が在籍しており、電話等で相談を受けています。

また、区内全域の在宅医や訪問看護ステーション・地域包括支援センター・ケアマネジャー等と連携を取りながら、医療依存度の高い利用者に対して、支援や助言を行っています。

【相談実績】 相談件数：502件（平成28年度）

在宅医療・介護連携に関する相談支援のイメージ



執筆協力：板橋区

コラム 連携のためのITシステム「まごころネット八王子」

八王子市医師会では、平成25年度の「東京都在宅療養推進区市町村支援事業」を利用して、多職種連携による情報共有を図るため、ITシステムを株式会社ウエルネスとともに共同制作しました。

対象者は市内で要介護度4または5の認定を受けている、いわゆる寝たきり状態の方々と、ご自宅で療養されている約2,000人の市民をサービスの対象として開始しました。

実施にあたっては、対象となる皆さんから同意を取り、その後、ICカードを発行し、そこにはネットサーバーに保存された医療情報の共有化とSNSによる情報交換機能の二つがあります。【図1】

【図1】



このカードには主治医によって記録された医療情報が保存されており、患者さんが市内の救急病院へ搬送された際にはその救急病院で患者さんの情報を読み取ることが可能となっています。【図2】

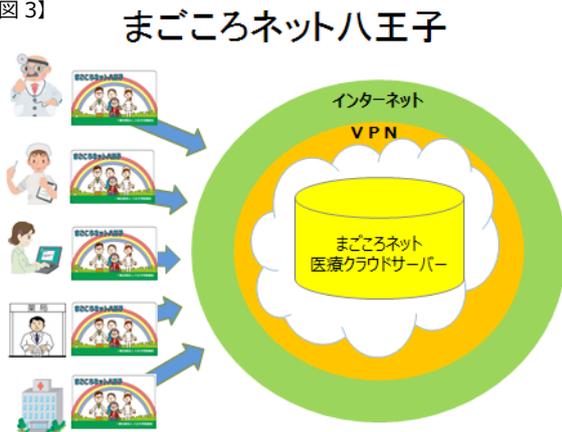
【図2】



搬送された病院が初めての医療機関であっても診断、処方等の基本情報及び昨日までの多職種間でのやり取りを見ることが可能となり、かかりつけ医からの紹介状が準備されていなくても近況を知ることができます。

多職種連携機能では、基本情報の中でかかりつけ医が指定した医療機関、介護福祉関係事業所の方のみが招待されます。招待されますと自事業所の端末からサーバーにアクセスして患者の基本情報を確認でき、あるいはSNS機能を使って情報入力を行うことができます。【図3】

【図3】



多職種のそれぞれの方たちは自身の担当分野についての身体状況から家族情報などを入力していきそれを共有します。【図4】

現在の端末設置機関は病院、診療所、薬局、歯科診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、特別養護老人ホームからなり、総数は100箇所を上ります。【図5】

【図4】 多職種連携 (SNS機能)



【図5】 連携機関

かかりつけ医 (24時間サポート医)	24診療所
救急指定病院	6病院
療養型病院	8病院
訪問看護ステーション	18ステーション
居宅介護支援事業所	26事業所
訪問薬剤師	7薬局
訪問歯科医	1診療所
登録患者数	1,246名

運用を開始して3年が経過しましたが、現在も1日平均50件前後の情報入力があります。緊急対応が必要な際には直接電話でのやりとりになりますが、介護環境や在宅対応が可能かどうかなどの情報については有効な手段だと思えます。

ただ、どのシステムでも問題となりますが情報の二重入力の防止や、VPN接続に時間がかかることについては今後の技術改革を待っている状況です。

現在、すべての医療機関での取組が達成されておらず、せっかくICカードを持って救急受診をしても外来にて対応してもらえないこともあります。

今後も継続して顔の見える関係作りをしていかなければならないと考えます。

執筆協力：八王子市医師会

コラム

暮らしの場における看取り

～ともに支え合って暮らしてきた夫婦の生活を地域で支える～

<重度な要介護状態でも自宅での生活を選択>

- 80代のAさん夫妻は長年共働きで家事も分担し、定年退職後も日本の伝統工芸の研究に人生をささげてきた妻のサポートを夫がし、二人三脚で人生を歩んで来られました。
- 妻は自宅で倒れ緊急入院、脳梗塞・心筋梗塞にて約8か月の入院後、長文での会話が難しくなり、胃ろうやお小水の管が必要となるような重度の要介護状態となりました。
- 住み慣れた自宅で生活することが妻にとって一番と夫は自宅での介護を選択し、約6年間地域の様々なサービスを利用しながら、献身的な介護を続けました。

<最期までご本人にとって最善なケアの提供>

- 退院時の夫の希望としては、妻にとって最善なケアをして欲しい、また可能なら口から食べさせてあげたい、からだに入っている管をとってあげたいというものでした。
- まずは退院後の生活を安定させるため、訪問看護が週3回入り、尿の管を取ってもオムツで排尿できることを確認しました。また胃ろうは造設していましたが、口から食べる機能も残っていたので、歯科医師・衛生士や訪問看護、ヘルパーで連携し、ペースト食やゼリーを食べられるようサポートしていきました。退院3ヵ月後に胃ろうを自己抜去してしまったことをきっかけに、食事は口から1日2食、夫が栄養等考え作ったペースト食を午前中に夫の介助で、夕方にヘルパーの介助でしっかりと食べられるようになりました。
- デイサービス等徐々に外出するサービスも利用し、また夫も要支援でリハビリが必要だったため、妻がデイサービスへ行く日にリハビリをする半日のデイサービスへ通いました。また、夫の介護負担を軽減するため、療養生活2年目から月1回の1週間のショートステイも利用するようになりました。

- 6年目に入り夫が体調を崩し入院、妻も同時期に病状の変化をきたして夫とともに入院となりました。夫は、自分が看られなくなったら特別養護老人ホームへの入所を考えていましたが、残された時間が少なくなった妻の様子をみて、最期を過ごす場所として自宅を選択しました。退院1週間前に、入院している病棟の医師・看護師と今まで自宅でサポートをしていた地域の多職種が集まり、Aさん夫婦にとって最善のケアを考えました。退院後は夫の希望もあり、身体に負担のかからない程度の皮下点滴をし、退院後の体調の確認や点滴の管理・お身体のケアで、しばらく看護師が連日訪問しました。約2カ月間、無理のない範囲で口から食べ、亡くなる前日まで大好きなお風呂に入り、最期は夫が傍に在中眠るように逝かれました。

<最期まで支えられる地域に>

- お看取りをされた当日・翌日に夫は「関わってくださった全ての皆さんに、妻のこの穏やかなきれいな顔を見て欲しい」とおっしゃり、訪問に入っていたほとんどのメンバーがお別れに伺いました。約6年にわたる療養を支えた医療・介護のチームメンバーは、Aさん夫婦のお互いを支え合う思いや、夫の前向きで献身的な介護に引っ張られて、最期までサポートできたのだと語っています。
- 夫は最期まで自宅で看たことにまったく悔いはないと、今でも自宅で看取られたご遺族として、自分の体験を様々な場で語ってくれています。地域の様々なサポートを積極的に活用すれば、どんな状況でも自宅で過ごすことは可能なのだと。



都民向け講演会の様子

執筆協力：白十字訪問看護ステーション

(2) 在宅療養生活への円滑な移行の促進

現状と課題

<入院医療機関と地域の医療介護関係者との連携>

- 入院患者が円滑に在宅療養生活に移行できるよう、東京都退院支援マニュアルの活用や退院前カンファレンスへの地域の医療介護関係者の参加など、連携した取組は進んできていますが、引き続き、入院時（前）から、入院医療機関と、かかりつけ医、介護支援専門員等の地域の医療介護関係者が連携した入退院支援の取組が必要です。
- 特に、入院医療機関が患者の住所地から離れた区市町村に所在する場合には、地域の医療・介護関係者との情報共有や連携が難しい場合があり、広域的な視点での連携も必要です。

施策の方向

■ 医療機関と地域の連携を強化し、在宅療養生活への円滑な移行を促進します

- 入院医療機関における入退院支援の取組を更に進めるとともに、入院時（前）からのかかりつけ医、地域の医療機関、介護支援専門員等、多職種との情報共有・連携を強化し、患者・家族も含めたチームでの取組を促進していきます。
- 入院医療機関における入退院支援を行う人材の配置を支援するとともに、入院医療機関と地域の医療介護関係者の連携を強化する研修を実施します。
- 区市町村を越えた広域的な入院医療機関と地域の連携（入退院支援・医療介護連携）の充実に向け協議の場を設定するとともに、地域における在宅療養への移行調整の役割を担う在宅療養支援窓口の機能強化に向けた取組を充実していきます。
- 東京都退院支援マニュアルや転院支援情報システムの活用を促進するとともに、内容・機能の充実に向け検討を進めていきます。

主な施策

・【新規】入退院時連携強化事業〔福祉保健局〕

医療機関における入退院支援に取り組む人材を育成・確保するとともに、入退院時における地域との連携を一層強化し、在宅療養生活への円滑な移行の促進を図るため、以下の取組を進めていきます。

(入退院時連携強化研修)

入退院時における入院医療機関と地域の医療・介護関係者の連携・情報共有の一層の強化を図るため、医療・介護関係者を対象とした実践的な研修を実施します。

(入退院時連携支援事業)

入退院支援に取り組む人材の配置に伴う人件費を補助し、医療機関における入退院支援体制の充実を図るとともに、病院と地域の医療・介護関係者との連携を支援していきます。

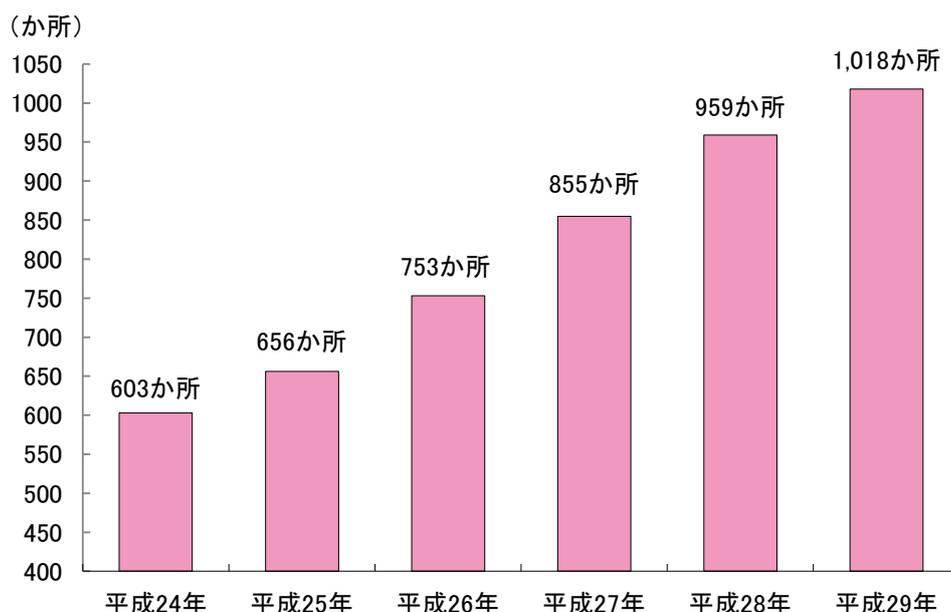
(3) 訪問看護ステーションへの支援

現状と課題

<訪問看護ステーションの運営体制>

- 都内の訪問看護ステーション数は、平成29年4月時点で1,018か所と、介護保険制度の施行後、年々増加しているものの、運営体制等の規模は小規模が多い状態です。⁴

都内訪問看護ステーションの推移



(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※八王子市含む」

- 医療的ケアが必要な要介護高齢者等の増加等、訪問看護へのニーズは、今後、増加が見込まれています。
- 在宅療養を一層推進するためには、看護小規模多機能型居宅介護への参入等、訪問看護ステーションの多機能化等を図ることが重要です。

<訪問看護サービスの安定的供給と質の担保>

- 訪問看護ステーションは、大規模事業所ほど経営効率等は上がる傾向にありますが、小規模事業所の割合が多く、休廃止する事業所も多い等、利用者への影響が懸念されます。
- また、小規模事業所では、訪問看護師の教育体制の充実や、勤務環境向上を図ることが難しいといった課題もあります。

⁴ 厚生労働省「衛生行政報告例」の都内訪問看護ステーションの常勤換算看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）数及び東京都福祉保健局「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※八王子市含む」の都内訪問看護ステーション事業所数から算出

施策の方向

■ 訪問看護人材の確保・定着を推進します

- 訪問看護分野への就労を促し、質の高い訪問看護師を確保するため、訪問看護未経験の看護職を雇用・育成するステーションに対し、育成体制の強化を支援します。
- 都民や看護職等に対して訪問看護の重要性や魅力をPRし、訪問看護への理解促進及び人材確保を図ります。
- 訪問看護師の資質及び勤務環境の向上を図るため、看護職員の研修等の受講や産休等の取得を支援します。

■ 訪問看護人材の育成を支援します

- 身近な地域において、訪問看護ステーションでの多様かつ実践的な研修・助言等が受けられる仕組みを整備し、訪問看護師の人材育成等を図ります。
- 安定した事業所運営や訪問看護ステーションの多機能化等を行うことができる管理者等の人材育成を推進します。
- 訪問看護師の労働意欲の向上や定着の促進、訪問看護師全体の質の向上を推進するため、認定看護師資格取得を支援します。

■ 訪問看護ステーションの運営等を支援します

- 看護職員の事務負担を軽減し、専門業務に注力できる環境整備を図るため、訪問看護ステーションにおける事務職員の雇用を支援します。
- 訪問看護ステーションの経営の安定化や多機能化等を図るため、訪問看護ステーション及び看護小規模多機能型居宅介護事業所の開業や運営を支援します。

主な施策

・ 新任訪問看護師就労応援事業〔福祉保健局〕

看護職を対象に、訪問看護への理解促進を図るための講演会等を実施するとともに、訪問看護未経験の看護職を雇用し、育成を行う訪問看護ステーションに対し、その育成計画に対する相談・助言、給与費等の一部補助を実施する等、教育体制強化を図るための支援を行います。

・ 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業務内容や重要性、その魅力をPRし、訪問看護へ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。

- ・訪問看護ステーション代替職員（研修及び産休等）確保支援事業〔福祉保健局〕
 - ① 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訪問看護ステーションが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（研修代替職員確保支援）。
 - ② 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（産休等代替職員確保支援）。
- ・【拡充】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。
- ・【拡充】訪問看護ステーション等の管理者・指導者育成事業〔福祉保健局〕

訪問看護の人材育成も含めた人的資源管理や経営的にも安定した事業所運営、看護小規模多機能型居宅介護への参入等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〕

在宅療養生活等における専門的な看護の実践と相談・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、認定看護師（訪問看護、皮膚・排泄ケア、認知症看護、緩和ケア）の資格取得に係る経費に対し、補助を行います。
- ・訪問看護ステーション事務職員雇用支援事業〔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。
- ・【拡充】訪問看護等事業開始等運営支援事業〔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、看護小規模多機能型居宅介護事業所の開設等を支援するため、経営コンサルタントによる個別相談会を実施します。
- ・東京都在宅療養推進会議訪問看護推進部会〔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。

コラム

看護小規模多機能型居宅介護におけるサービス提供 ～我が家で暮らし続ける選択肢の延長線上にあるサービス～

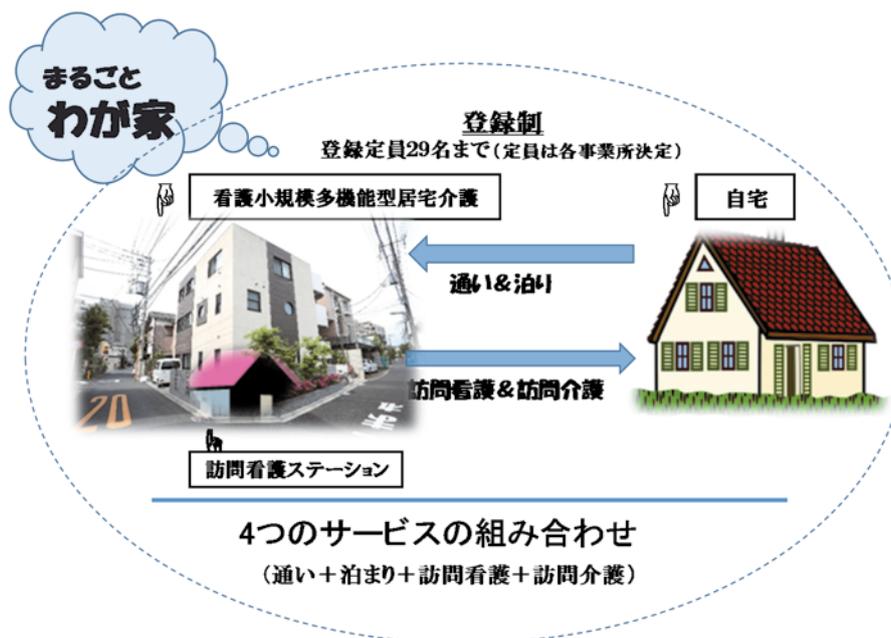
「これまで生き抜いてきた自分、まさに今ある姿の自分、そして未来の自分」

- 改めて考える事ではなくても、必ず向き合うことが必要になるものです。なぜなら命ある限り、そこには生活が存在するからです。自身の事、家族の事、そして人生の最終段階に至るまでをイメージしながらその生活の場（拠点）を決定することが基本となります。
- 生活の場として、住み慣れた家で暮らし続けたい希望はあっても、実現が困難と考える方は多く、その理由として、家族の負担、急変時対応の不安、などがあげられています。

看護小規模多機能型居宅介護（^{かんたき}看多機）は下記のように、住み慣れた家で暮らし続ける難しさを一つ一つ安心して繋げていくサービスです。自宅と看多機が一つで「わが家」の位置づけとして捉えたいものです。

<（その1）24時間365日、4つのサービスを柔軟に組み合わせ、個々にあったサービスを提供>

- 訪問看護ステーションとの連携システムであり、急な体調の変化や生活状況に応じて看護や介護の訪問体制（緊急対応）、通いや泊まりの受け入れ体制を整えていきます。自宅で暮らし続けるために、看多機スタッフと本人・介護者の協力関係が大切です。



< (その2) 医療職、介護職、その他職員は同じ事業所に所属、連携が目玉 >

- 一つの事業所から一体的且つ個別的な関わりができるので、なじみの関係性と安心感の中で効果的に自立を促します。同事業所スタッフなので、連絡や情報共有が速やかに行われ、体の変化や予後予測の視点で悪化予防に繋がります。



看護師
介護士
ケアマネジャー
理学療法士
食事担当
送迎運転担当
事務員
ボランティア
その他職員

ケアマネジャーを中心に同じ事業所の職員が、それぞれの役割を果たします。小規模の特性を活かし、一人一人に向き合う機会が多くなることで、継続的連続的に関わる事ができ、個々の目標達成に向け効率的に支援を行うことができます。

< (その3) 訪問看護ステーションとの一体化により、医療ニーズや介護度が高い中重度利用者、人生の最終段階における医療（看取り）を安心して受け入れることが可能 >

- 看護師が訪問や通い、泊りにおいて、しっかりサポートする事で、体調が変化しやすい利用者に対しても、緊急体制と介護士との連携で早期に適切な対応ができます。

<看多機でできる医療的関わりとは>

- ・医療機器を利用している・・・胃瘻、経鼻経管、中心静脈栄養、在宅酸素、気管切開、吸引
- ・リハビリが必要・・・寝返り、立ち上がり、歩行等の動作
- ・褥瘡、皮膚管理が必要・・・褥瘡処置、悪化防止、原因解決、予防
- ・認知症のケア・・・排便コントロール、生活リズム、介護負担
- ・誤嚥の繰り返し・・・肺炎予防、食事、栄養確保
- ・看取り・・・がん、末期心不全、老衰等苦痛の緩和、精神的ケア、人生の最終段階における医療

〔嚥下障害への食支援〕



〔経管栄養〕



〔看多機(わが家)での看取り〕



< (その4) 要介護度に応じた月額固定の包括報酬 >

- 看多機は4つのサービスを組み合わせるにあたって、その種類や頻度に左右されることなく、介護度で決められた負担で済みます。

<事例1>

68歳、要介護5の本人、夫の二人暮らし。難病と脳梗塞を患い、右片麻痺となる。口から食事は難しいと、心臓に近い太い血管からの点滴（中心静脈栄養）で栄養を取り入れ、リハビリをしてできる事を模索しながら生活の質を上げたい希望の支援。《心身の状況》栄養は点滴で確保していたが、生活における排泄や食事、入浴、活動性等がままならない状況に、本人家族は不安や葛藤に苦しんでいた。リハビリへの期待を感じ、早期になじみの関係構築に努力。精神的な安定と活動性の拡大を目標に経口摂取、杖歩行まで自立度が上がったプラン。

	通い	泊り	訪問看護	訪問介護	家族	自費	
							上段: AM 下段: PM
《プラン》	月	火	水	木	金	土	日
通い		リハビリ			リハビリ		
泊り							
訪問看護	理学療法士リハビリ		看護師リハビリ				
訪問介護							
障害センター				リハビリ			

<事例2>

83歳、レビー小体型認知症の進行により急な体調の変化や状態悪化が予測される利用者を就労しながら自宅療養介護を望むご家族の、利用者が日中独居になることへの不安を支援。《心身の状況》経口摂取困難となり胃ろう造設、栄養は確保できるが逆流性誤嚥があり、頻回な吸引が必要。気管支拡張症もあり、突然の発熱と血痰多量によりタイムリーな医療的管理で体調維持を実現しているプラン。

	通い	泊り	訪問看護	訪問介護	家族		
《プラン》	月	火	水	木	金	土	日
通い							
泊り	突然の状態悪化や要観察の必要性に合わせて泊りを組み込む						
訪問看護							
訪問介護							
家族							

※ 介護しながら生活をする困難さは個々それぞれ違います。また、感じ方や受入方も違う中、全てに対しての担い手となることも難しいものです。

ですが、その介護状況に対して本人、介護者及び介護の現場の専門職が、共に協力関係を作り、維持していく事が大切です。

執筆協力：株式会社リープ 看護小規模多機能型居宅介護 “わいは”

2 在宅療養を支える人材の確保・育成

現状と課題

<在宅療養に関わる人材確保・育成>

- 東京都地域医療構想の推計では、在宅医療（訪問診療）の必要量は、平成37年には、平成25年の約1.5倍の必要量が見込まれています。
- こうした在宅医療の需要増加を見据え、在宅医療の担い手の育成・確保や、地域における医療・介護連携のコーディネーター的な役割を担う人材の確保に向けた取組の一層の充実が必要となります。

施策の方向

在宅療養に関わる人材確保・育成を推進します

- 区市町村、医師会等関係団体と連携し、在宅医療に関する理解を促進するためのセミナーを実施するとともに、かかりつけ医と在宅医療を専門に担う医療機関との連携強化や、24時間診療体制の確保等の取組により、在宅療養に関わる人材の育成・確保に取り組めます。
- 区市町村が、地域の在宅医療資源の状況を把握するとともに、在宅医療必要量の推計等を踏まえ、在宅療養体制の確保・充実に向けたきめ細かな取組を実施できるよう、支援していきます。

主な施策

・【新規】在宅医療参入促進事業〔福祉保健局〕

在宅医療の大幅な需要が見込まれる中で、訪問診療等を実施していない診療所医師等を対象に、在宅医療に関する理解を促進するためのセミナーを開催し、在宅医療への参入促進を進めていきます。

・【拡充】在宅療養研修事業〔福祉保健局〕

地域で在宅療養の中心的役割を担う、「在宅療養地域リーダー」を養成するとともに、病院に対する地域の在宅療養の取組等に関する理解促進のための研修や、病院スタッフと診療所、訪問看護ステーションのスタッフの相互理解を促進する研修等を実施します。

・【新規】入退院時連携強化事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

（入退院時連携強化研修）

入退院時における入院医療機関と地域の医療・介護関係者の連携・情報共有の一層の強化を図るため、医療・介護関係者を対象とした実践的な研修を実施します。

・【拡充】 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。

・【新規】 地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の機能強化事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

患者の服薬情報を一元的・継続的に把握して適切な服薬管理を行うかかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化し、地域包括ケアシステムへの参加を促進するため、在宅療養支援に必要な知識・技能の習得や地域における薬局間連携のための研修を実施します。

在宅療養支援に対応可能な薬局・薬剤師の情報を地域の関係機関に提供することにより、在宅患者への薬剤師の訪問指導や、地域の薬局・薬剤師と他職種との連携を促進します。

また、地域包括支援センター等の関係機関と連携し、かかりつけ薬剤師の活用を促進するための住民向け講習会を開催するとともに、かかりつけ薬局や健康サポート薬局の選択のための情報提供の充実を図ります。

・【拡充】 訪問看護ステーション等の管理者・指導者育成事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

訪問看護の人材育成も含めた人的資源管理や経営的にも安定した事業所運営、看護小規模多機能型居宅介護への参入等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業務内容や重要性、その魅力をPRし、訪問看護へ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。

・東京都在宅療養推進会議訪問看護推進部会〈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。

・訪問看護ステーション代替職員（研修及び産休等）確保支援事業〈再掲〉〔福祉保健局〕

① 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訪問看護ステーションが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（研修代替職員確保支援）。

② 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（産休等代替職員確保支援）。

・訪問看護ステーション事務職員雇用支援事業〈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。

3 在宅療養に関する都民の理解促進

現状と課題

<在宅療養に関する都民への理解促進>

- 在宅療養への円滑な移行と退院後の療養生活の継続には、都民が日頃から在宅療養に関する知識と理解を深め、病状が変化した際の対応や看取りについて家族と十分に話し合い、考えておくことが重要です。

施策の方向

■ 在宅療養に関する都民への普及啓発を推進します

- 在宅療養に関する都民の理解を深めるため、区市町村の在宅療養に関する相談窓口の設置状況、医療機関の役割や機能、医療・介護保険制度、災害時の支援体制等について、都民に対する普及啓発に取り組んでいきます。
- 在宅療養の推進に向けたパンフレット・DVD等の普及啓発媒体等を作成し、区市町村がそれらを活用して普及啓発を進めるなど、区市町村や関係団体等と連携した取組を推進していきます。

主な施策

- ・【拡充】東京都在宅療養推進会議（在宅療養普及事業）〈再掲〉〔福祉保健局〕
都民、医療・介護関係者、関係団体等で構成する「東京都在宅療養推進会議」において、医療と介護の連携を進め在宅療養の体制整備や、在宅療養に関する都民・関係者への普及啓発等、東京都における在宅療養の推進に向けた検討・取組を進めています。

