

## 第9章 医療との連携

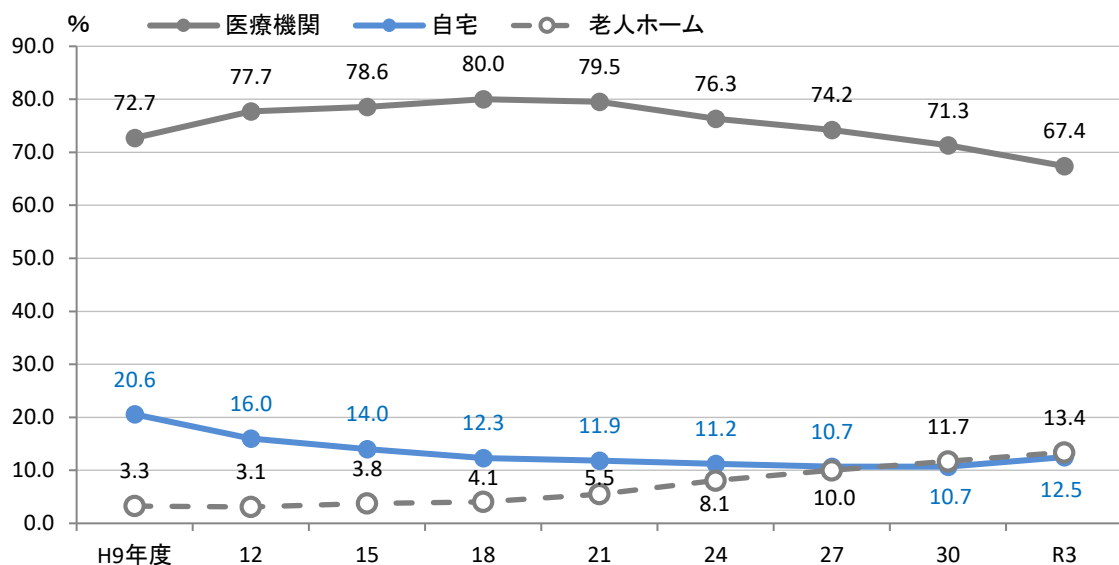
本章の目標（目指すべき姿）

当人の状態に応じて必要な医療と介護のサービスが切れ目なく提供される

### 1 現状と課題（総括）

- 高齢化に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」へ転換が求められている。
- 医療、介護、生活支援等の多様なサービスが切れ目なく提供され、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしを継続できるよう、関係機関が連携して対応していく必要がある。
- 離島や中山間地域を中心に、医師の高齢化や後継者不在による一次医療の提供体制維持が課題となっており、市町村ごとでの対応を検討する必要がある。
- 人口動態統計によると、全国的に近年、病院での死亡割合が減少傾向にあり、自宅や施設での死亡割合が増えつつある。島根県では、病院での死亡割合が減る一方で、高齢者施設での死亡割合が増える傾向にある。
- 高齢単身世帯や高齢夫婦世帯が増える中、高齢者施設での「人生の最終段階」におけるケアや看取りが進む一方で、必ずしも本人が望む場所で療養できていない場合がある。
- 在宅サービスの提供体制を確保し、看取りや在宅ケアの啓発を進めるとともに、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を普及するなど、本人や家族がどこで療養するか、どのような生活を送るか意思決定するための支援を行い、その意思決定を尊重することが必要である。

図表9-1 死亡の場所別に見た年次別割合（島根県）



資料：厚生労働省「人口動態調査」をもとに島根県出雲保健所作成

## 2 在宅医療提供体制の確保

### 【現状と課題】

- 後期高齢者人口は当面の間、増加すると推計されており、自宅や高齢者施設等での在宅医療のニーズは今後も増加が見込まれる。
- 一方、地域によっては、開業医の高齢化や後継者不在、医療・介護従事者不足等のため、在宅医療の提供が難しくなっている。
- 日本医師会「地域医療情報システム」によると、県内において無医地区・準無医地区は47か所となっており、その内訳をみると大田二次医療圏、浜田二次医療圏、益田二次医療圏に8割以上が集中し、医療機能の偏在化が顕著となっている。
- また、各二次医療圏には、在宅医療の中心的役割を担う「在宅療養支援診療所」・「在宅療養支援病院」・「在宅医療後方支援病院」が地域の実情に応じて設置されており、それぞれの医療機能を生かした在宅医療を進めていくことが必要である。

図表9-2 無医地区・地域医療資源の状況（圏域別）

		全国		島根県計																				
				松江		雲南		出雲		大田		浜田		益田		隠岐								
無医地区・準無医地区 (地区数)		1,106	47	3	2	0	13	14	12	3														
		人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり	数	人口10万人 あたり						
在宅療養支援診療所 (か所)	機能強化型 (単独型)	0.19	1	0.15	0	0.00	0	0.00	1	0.58	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00						
	機能強化型 (連携型)	2.91	11	1.64	0	0.00	0	0.00	6	3.47	3	5.93	2	2.58	0	0.00	0	0.00						
	その他	8.35	109	16.24	46	19.11	6	11.44	18	10.42	7	13.83	20	25.79	9	15.53	3	15.69						
	計	11.45	121	18.03	46	19.11	6	11.44	25	14.47	10	19.76	22	28.37	9	15.53	3	15.69						
在宅療養支援病院 (か所)	機能強化型 (単独型)	0.21	5	0.75	1	0.42	0	0.42	2	1.16	1	1.98	0	0.00	0	0.00	1	5.23						
	機能強化型 (連携型)	0.37	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00						
	その他	0.77	4	0.60	1	0.42	0	0.42	1	0.58	0	0.00	0	0.00	1	1.73	1	5.23						
	計	1.35	9	1.34	2	0.83	0	0.83	3	1.74	1	1.98	0	0.00	1	1.73	2	10.46						
在宅療養後方支援病院 (か所)	0.38	7	1.04	3	1.25	1	1.91	0	0.00	0	0.00	2	2.58	1	1.73	0	0.00							
医師 (人)	253.66	1,998	297.71	632	262.59	90	171.65	801	463.61	103	203.51	177	228.24	145	250.19	50	261.48							

資料：日本医師会「地域医療情報システム」（令和4年11月時点）

### 【方策】

- 在宅医療を担う医療・介護従事者の確保を図るとともに、タスク・シフト/シェアの推進やICTの活用等、効率的で持続可能な医療提供体制の構築を図る。
- 地域包括ケアシステム関係機関連絡会議等の場を活用しながら、在宅医療に関する話題を幅広い関係者へ情報提供することにより、島根県保健医療計画との整合性や、市町村事業との連動性を意識するよう働きかける。
- 市町村等の医療介護関係部局が集う担当者会議を定期的に行い、かかりつけ医機能報告等の結果をふまえた議論など、二次医療圏や市町村における一次医療の提供体制についての具体的な議論を促す。


**図表9-3 地域の医療と介護を考えるトップセミナー**  
（地域包括ケアシステム関係機関連絡会議）

令和5年度  
島根県 地域包括ケアシステム関係機関連絡会議

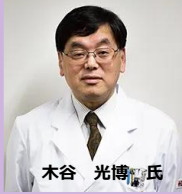
2023年8月8日（火）13:45～16:00

## 地域の医療と介護を考えるトップセミナー

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスが包括的に確保され、一体的に提供される地域包括ケアシステムを関係する機関が連携して構築していく必要があります。すでに地域包括ケアシステムの構築は2025年から2040年を見据えた議論へとシフトしています。今年度はトップセミナーとして、各市町村における人口推計や医療介護資源の供給量などのバランスをみながら、地域の実情に応じた仕組みづくりを考えていきます。



松田 晋哉 氏



木谷 光博 氏

本日の内容

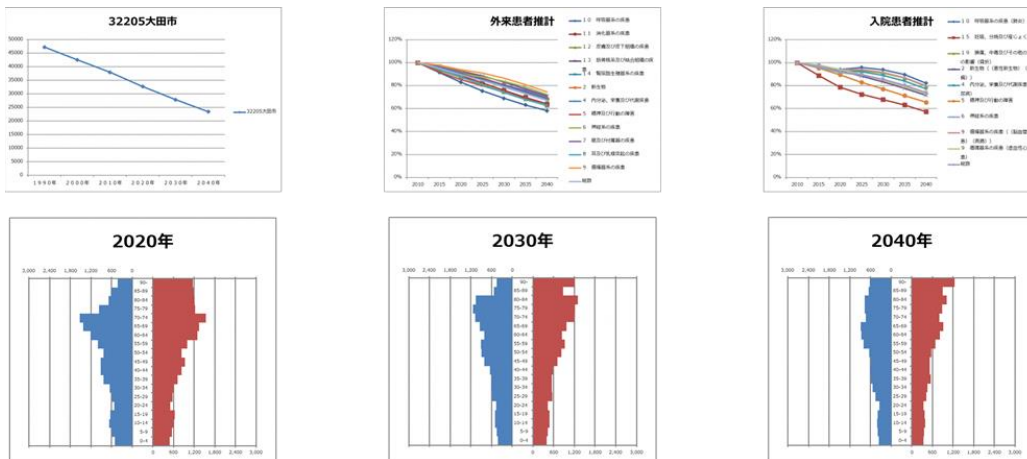
- **ご挨拶** 13:45～13:55  
島根県健康福祉部 部長 安食 治外
- **基調講演 1 「島根県における人口構造の変化と医療介護需要」** 14:00～14:45  
産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授 松田 晋哉 氏
- **基調講演 2 「益田医療圏域医療連携再構築の現状 2023」** 14:50～15:35  
津和野共存病院（前益田赤十字病院）院長 木谷 光博 氏
- **オンライン上での質疑応答** 15:35～16:00  
座長 島根県健康福祉部 医療統括監 谷口 栄作

【主催】島根県高齢者福祉課、島根県医療政策課  
 松江保健所、雲南保健所、出雲保健所、県央保健所、浜田保健所、益田保健所、隠岐保健所

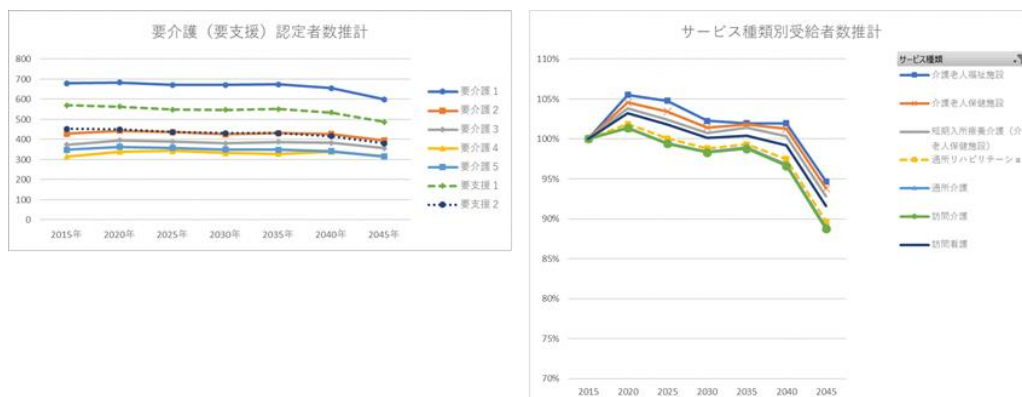
お問い合わせ：0852-22-6385（高齢者福祉課 地域包括ケア推進室）

**図表9-4 令和5年度「島根県内19市町村単位での人口推計、医療介護需要の推計作業及び分析」より（大田市部分を抜粋）**

大田市の人口構造及び傷病構造の変化（入院・外来別、2010年＝100）



大田市の要介護度別・サービス別介護需要の変化（2013年＝100）



### 3 地域での医療と介護の連携強化

#### （1）在宅医療・介護連携の推進

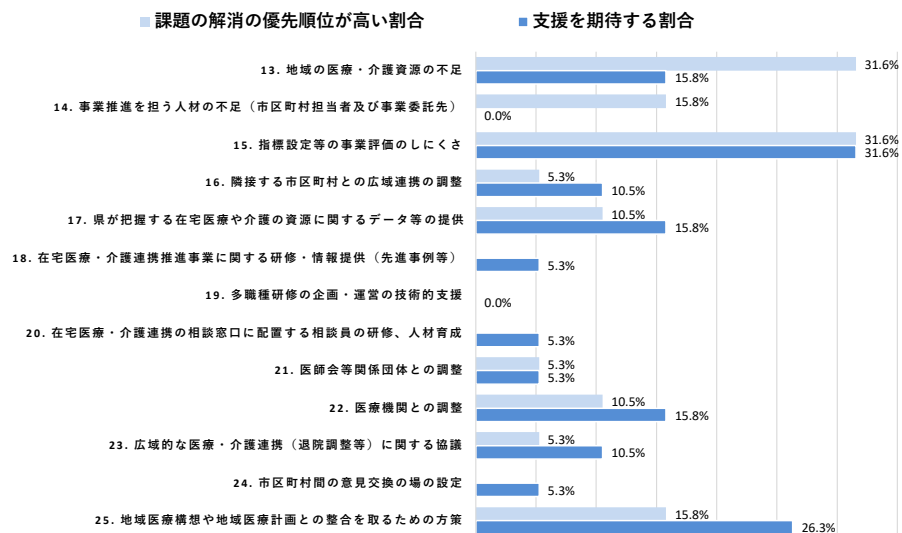
##### 【現状と課題】

- 市町村が主体となり、介護保険法の地域支援事業に位置付けられた「在宅医療・介護連携推進事業」が各地域で展開されている。
- 地域の実情に応じて、関係機関と連携した取組が必要となるが、「医療・介護資源や事業推進を担う人材の不足」に加え、「医師会等の関係団体や医療機関との調整」、「事業の評価方法」が課題となっている。
- 在宅での療養生活は、かかりつけ医や訪問看護師、介護職員等が重要な役割を担っている。地域の高齢者が少しでも長く住み慣れた環境で生活できるよう多職種と連携した取組が進められている。
- 医療・介護提供体制の目指すべき姿を関係者で共有した上で、市町村が戦略的に取り組むことができるよう、ICTによる情報共有やデータの活用を含め、多機関・多職種と連携した取組を支援していく必要がある。

**図表9-5** 市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施する中で県に支援を期待する課題（複数回答）

「事業評価のしにくさ」や「地域医療構想」との整合性などについても難しさを感じており、県への支援も求められています。

問6 ②その中でも課題の解消の優先順位が高いと考えるもの  
④都道府県に支援を期待する課題を選んでください。



資料：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況調査

**【方策】**

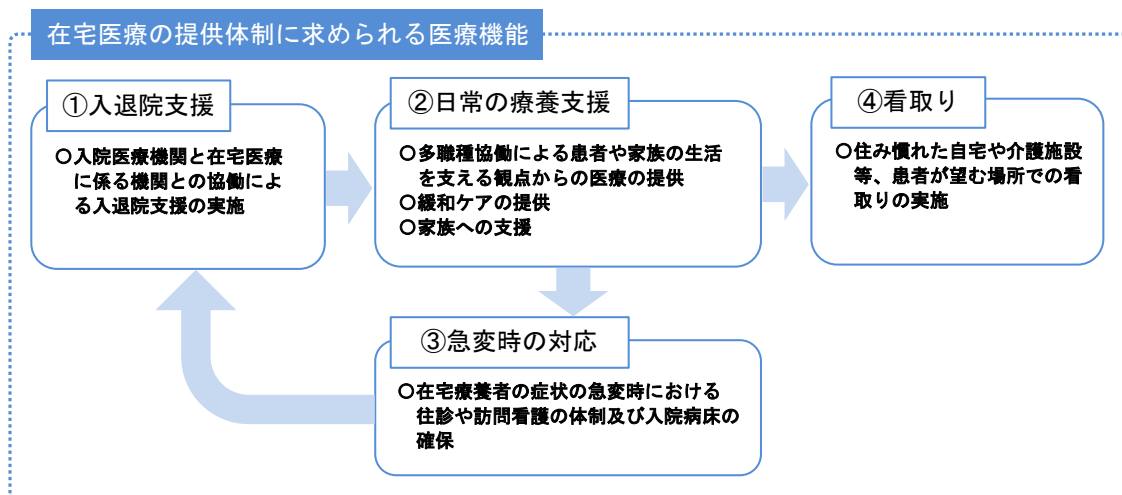
- 地域包括ケア「見える化」システムや、医療・介護・保健情報統合分析システム「EMITAS-G」等を活用することで、様々な在宅医療・介護に関するデータを分析し、市町村・保険者の現状把握や課題抽出を支援する。
- 医療・介護資源が限られ、サービスを担う人材が不足する中、必要な提供体制を確保するため、ニーズに応じたサービスの検討や関係機関の連携調整、人材確保及び育成など、地域の実情に応じた取組を支援する。
- 高齢者や家族等が在宅等の希望する場所での療養生活を可能とするため、これを支える医師や訪問看護師、介護職員等の人材確保や養成を進めるとともに、限られたサービスが効果的に提供されるよう、多機関・多職種の協働によるケアの提供について、研修や意見交換を行う。
- 介護支援専門員が在宅療養に関する十分な説明と適切なマネジメントを行い高齢者や家族等の不安軽減を図ることができるよう、市町村や地域包括支援センターと連携して地域の医療体制や介護保険サービス事業所等の情報を集約し、各圏域において情報共有や意見交換を行う。
- 医療的ケアの必要な人や中重度の要介護高齢者の在宅生活を24時間支える訪問看護等の医療系サービスや、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等の地域密着型サービスの充実を図るため、保険者や事業者に対して先駆的な取組等の情報提供や意見交換を行うなどして、サービス導入の促進を図る。
- 各市町村で開催される地域ケア会議等で把握された医療・介護連携における課題について、各圏域の地域保健医療対策会議医療介護連携部会等の機会を通じて、関係者間で共有するとともに課題解決に向けた協議を行う。

**(2) 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制****【現状と課題】**

- 住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携していくことが重要である。在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐスムーズな「①入退院支援」、多職種協働による「②日常の療養支援」、在宅療養者の「③急変時の対応」、本人・家族が望む場所での「④看取り」という4つの機能を確保することが必要である。
- 退院時の在宅への移行や在宅療養者の急変時など、特に療養する場が変わる場面において、円滑な医療・介護連携を行うためには、入院中から、退院後のサービスやケアプランを意識しながら関係者が標準化された情報を共有していくことが重要となっている。
- 平成28（2016）年度から実施してきた「入退院情報共有フォローアップ調査」によると、医療機関と事業所間において、入院時、退院時ともに8割前後の高い水準で連絡調整されている。令和3（2021）年度には過去5年間実施してきた「入退院情報共有フォローアップ調査（H28-R2）」の分析を行い、2,000件の自由意見をテキストマイニングによって関連性を調べることで、情報共有の内容や手法についてより具体的に議論する必要があると分かった。

- 特に圏域別や医療機関・事業所別に見ていくと取組に差があり、地域の実情に応じた議論や、医師会、歯科医師会、介護支援専門員協会、訪問看護ステーション協会等との多職種協働体制の構築を進めていく必要がある。
- 県では平成30（2018）年度から「入退院連携検討委員会」を立ち上げ、各圏域における入退院連携の実態把握、入退院調整・情報共有の推進を図っている。また、各圏域における入退院調整ルールの作成と、その検討過程を通じた「顔の見える」関係の構築を促すため、「島根県入退院連携ガイドライン」を作成し、市町村や地域の関係団体の取組を支援している。
- 在宅医療・介護関係者の業務効率化や多職種連携を支援するため、しまね医療情報ネットワーク「まめネット」により、多職種間による在宅ケア情報共有サービスや、関係者間でのケアプラン交換サービスなどを整備し、質の高い効率的な医療・介護サービスの提供を進めている。
- 65歳以上で要介護3以上の中重度の要介護者数は、令和5（2023）年10月現在で15,898人であり、65歳以上認定者数47,377人に占める割合は34%である。今後、医療的ケアが必要となる人や医療依存度の高い人の療養生活を支援する訪問看護や訪問リハビリテーション等の医療系サービスの需要が増えていくことが見込まれる。
- 死因の上位である肺炎の予防には、口腔管理が重要であるといわれている。多職種協働による口腔内アセスメント、口腔ケアに取り組む必要があり、併せて、各職種への啓発も強化する必要がある。

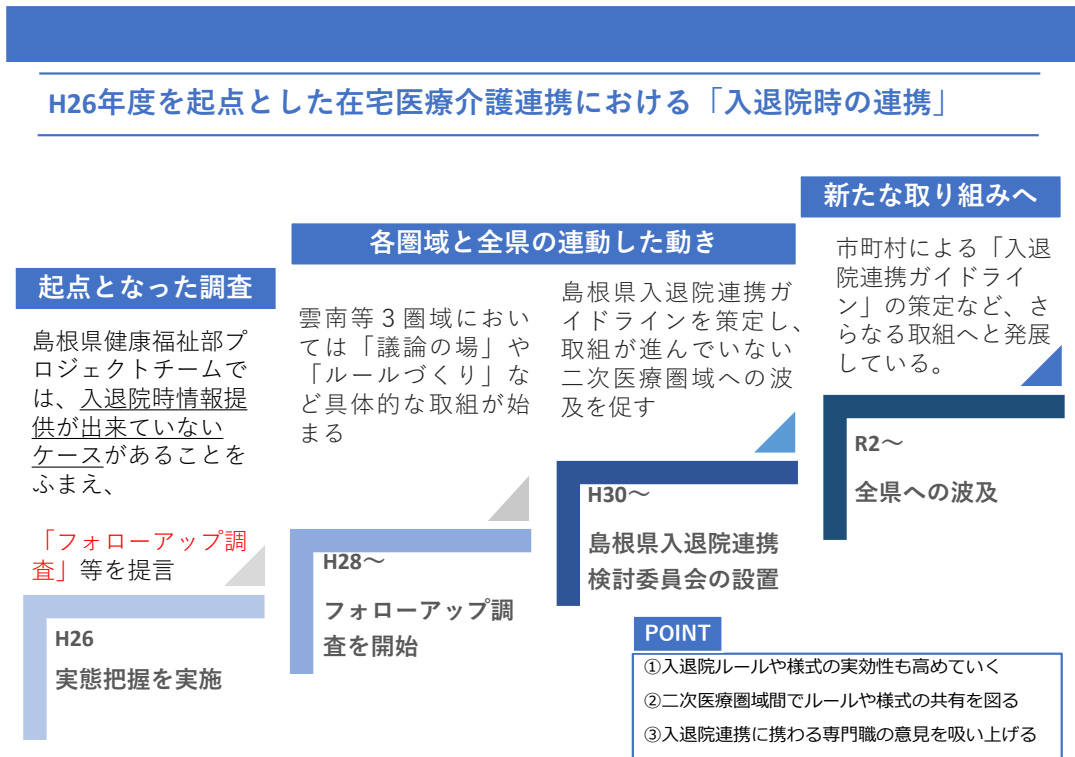
図表9-6 在宅医療の提供体制のイメージ



資料：厚生労働省資料をもとに島根県高齢者福祉課作成

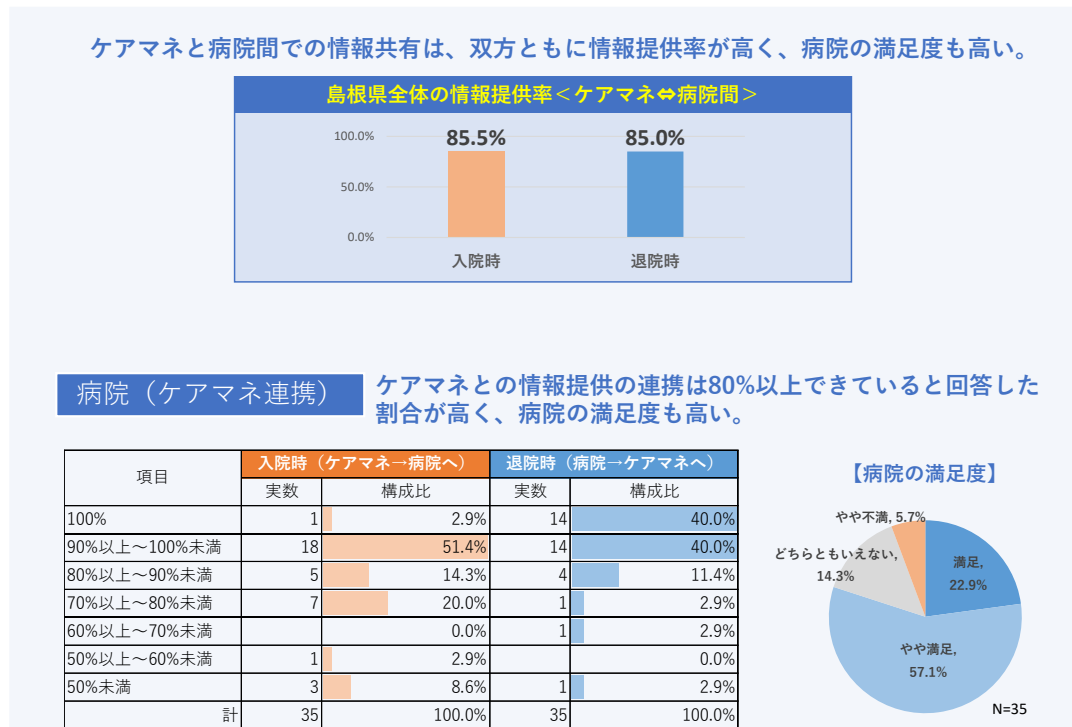


図表9-7 島根県における入退院時の連携に関する取組

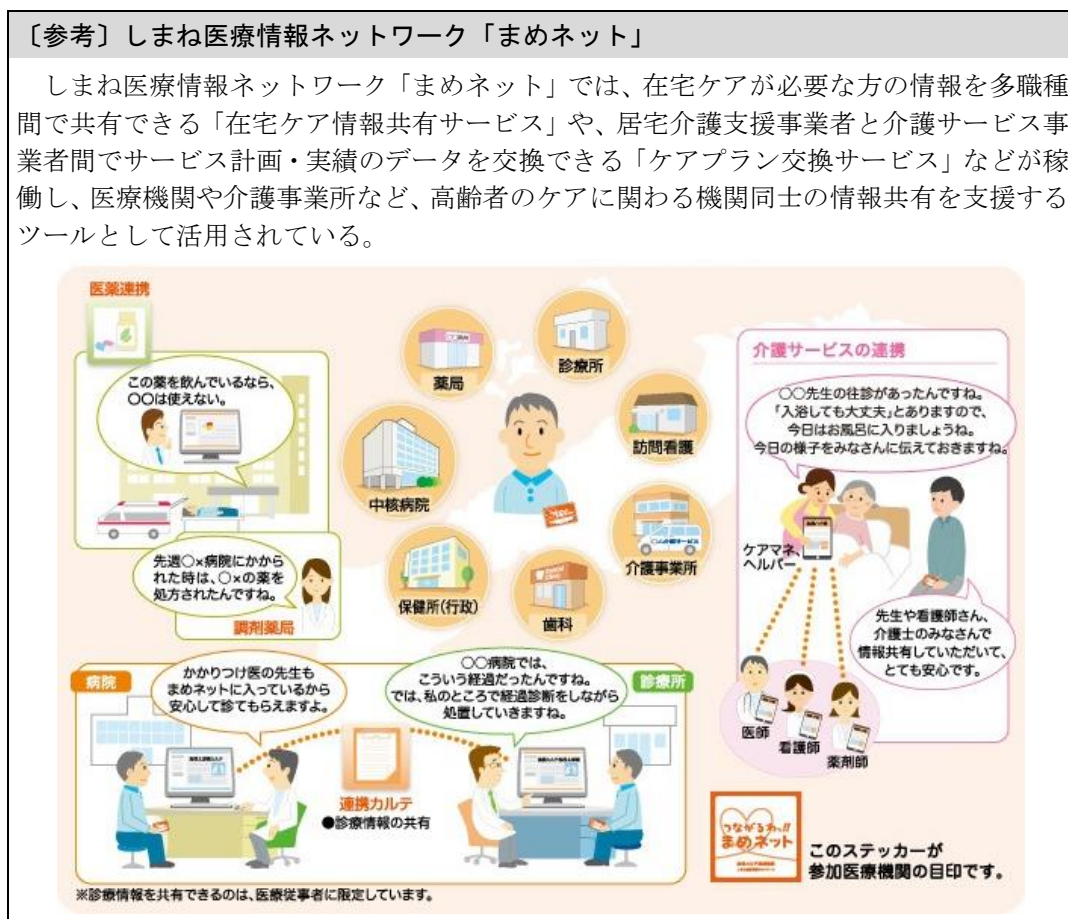


資料：令和5年度島根県入退院情報共有フォローアップ調査

図表9-8 入退院時における居宅介護支援事業所／地域包括支援センターと病院における情報提供率



資料：令和5年度島根県入退院情報共有フォローアップ調査



**【方策】**

- 「島根県入退院連携ガイドライン」等を活用し、各圏域における入退院調整ルールの議論を促進することで、スムーズな入退院支援や市町村・関係機関の連携体制構築につなげる。
- 「入退院情報共有フォローアップ調査」を大幅に見直し、「入退院時の連携に関する実態調査」として実施する。特に入退院時の連携における「人的コスト」や「加算の取得状況」、「情報共有の質」といった点に着目して実施し、各圏域や市町村、各団体への調査結果の共有を行う。
- 高齢者本人の意思を尊重し、家族等の精神的、身体的な介護負担の軽減を図るために、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応や在宅における緩和ケアから看取りまで、切れ目のない在宅医療・介護にかかる様々な支援を、包括的かつ継続的に提供できる体制が構築できるよう、各圏域において保健所や市町村、関係機関が連携して検討や調整を行う。
- 医師会等の関係団体と広域的な協力関係を構築し、在宅医療・介護の連携を推進することができるよう、各圏域において保健所や市町村と連絡調整を行う。
- 要介護者の歯科口腔管理は肺炎予防等の面からも重要である。肺炎による入退院の繰り返しを防ぐため、切れ目のない在宅医療、介護の提供体制の中で関係機関と連携を図りながら、口腔ケアに取り組む。
- 医療・介護の関係者が高齢者の状態や必要なケア等について円滑に情報共有できるよう、しまね医療情報ネットワーク「まめネット」の普及を図る。



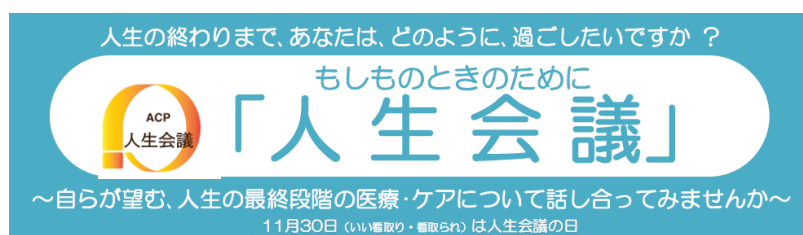
### （3）人生の最終段階への対応

#### 【現状と課題】

- 人生の最終段階において、自らが希望する医療やケアを受けるために、本人が前もって家族や関係者とともに考え、繰り返し話し合い共有する取組（ACP）が重要である。
- 平成30（2018）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」が改訂され、ACPの重要性が強調されるとともに、ガイドラインの対象となる医療・ケアチームに介護従事者が含まれることが明確化された。
- 在宅療養や看取りへの対応を進めるためには、医療機関や介護事業者は本人・家族への十分な説明や話し合いが求められる。また、医療・介護の関係者が心身の状態の変化を適時適切に情報共有するなど一層の連携強化が必要となる。

#### 【参考】ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

ACP（アドバンス・ケア・プランニング。愛称「人生会議」）とは、これから受ける医療やケアについて、家族や医療・介護従事者と繰り返し話し合っ共有することで、本人が大切にしていることや望みを文章に残す手順の事であり、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指す。



#### 【方策】

- 高齢者本人や家族等が望む場所での療養や看取りが進むよう、市町村や関係機関が住民啓発を行う際に活用できる啓発資材を作成する。
- 各圏域における医療提供体制や介護サービスについて、情報共有や意見交換が促進されるよう支援する。また、人生の最終段階における適切な医療や介護、本人の意思決定支援を図るため、医療・介護従事者に対する研修会を実施する。

【参考】看取りに関する介護看護従事者向け研修

県では、施設や在宅での看取りへの対応が増えている状況をふまえ、介護看護職員を対象とした研修会に力を入れている。令和4（2022）年度から、VR動画を視聴し、ファシリテーターからの解説と参加者同士でのグループワークによって理解を深めていく「高齢者住まい看取り研修会」を全市町村の協力を得ながら、企画実施している。2年間で約1,000名の介護看護職員に参加いただき、受講者アンケートでの満足度は、95%以上と人気の研修会となっている。



高齢者住まいにおける看取りとは、本人の希望を確認し、家族や専門職はその意思を徹底的に支えることに目的があります。  
この研修では、VRを活用したケースメソッド方式を軸に展開します。90歳の高齢者の視点で救急医療を体験したり、介護職の視点に立ち、実際に起きた特定の事例を疑似体験して、あらゆる事態に適した対策を討議し「自分だったらどうするか」と体験者自身が考える研修です。

取組事例 人生会議・まめな会

令和4（2022）年度から出雲・松江・雲南3市の40～80歳代の住民約30人で「人生会議・まめな会」を発足し、ACPの啓発活動に取り組んでいる。

「人生会議カフェ」と名付けた定期的な集いでは、人生の最終段階の医療のほか、生きがいや大切にしていることなど、ざっくばらんに語り合っている。看護師や保健師志望の学生も参加し交流することで、地域医療の学びの場にもなっている。

まめな会のメンバーは、「肩の力を抜き、将来について気軽に話し合うのがポイント」と話している。

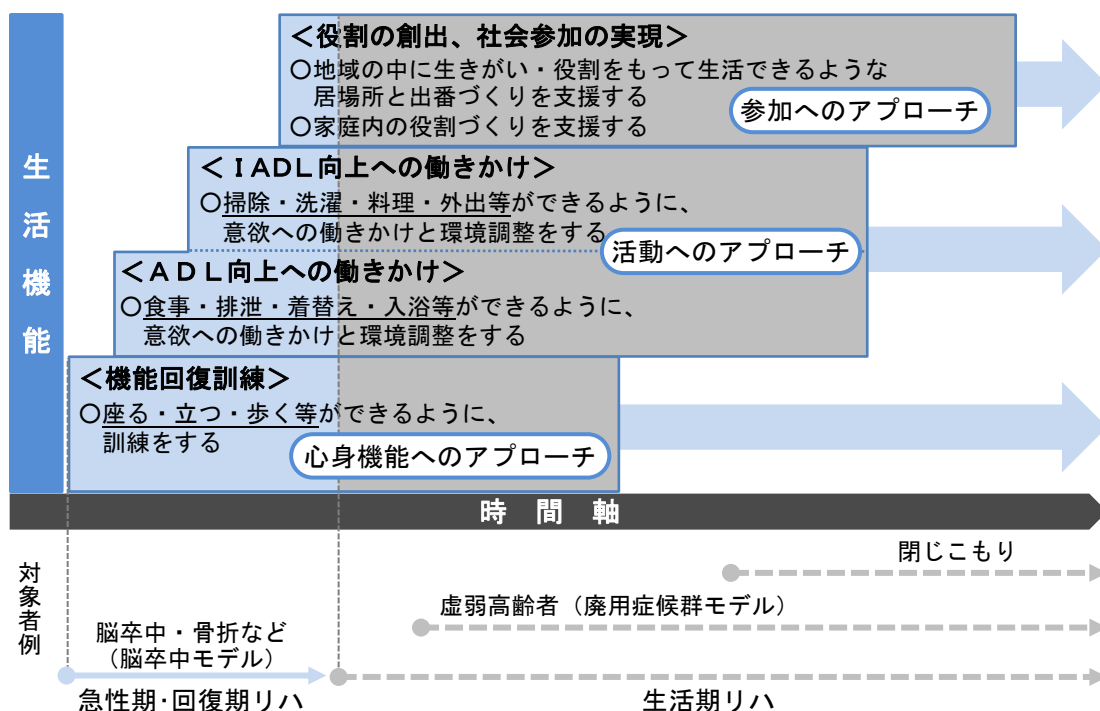


## 4 リハビリテーションの推進

### 【現状と課題】

- 生活機能の低下した高齢者に対しては、生活期のリハビリテーションとして、単に運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、高齢者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これにより日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることが重要である。
- 介護保険の生活期リハビリテーションの対象となる高齢者は、訪問リハビリテーション事業所や、通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、介護医療院が提供するリハビリテーションサービスだけでなく、必要に応じ、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士による訪問看護や、通所事業所における機能訓練等の他のサービスを利用しているほか、住民主体の通いの場活動等に参加している場合があることから、リハビリテーションサービスだけでなく、他のサービスや活動との連携も重要となる。
- 通所介護事業所や介護老人福祉施設などにおいても、リハビリテーション専門職が配置されている事業所等もあり、生活期リハビリテーションの推進が図られている。
- 高齢者の生活機能が徐々に低下していく状況においては、早期の段階から、食事や排泄等の基本的な日常生活動作や、外出等の活動意欲をさらに高める行為、家庭内や地域での社会参加の実現など、心のケアや精神的支援を含めた生活活動全般への働きかけが必要となる。
- 「脳卒中」や「骨折」等の急激な変化を伴う病気については、急性期から回復期、生活機能を維持または向上させる維持期・生活期の各病期に応じて、医療と介護が連携をして、自立を目指した適切なリハビリテーションが切れ目なく提供できる体制づくりが必要である。
- 在宅復帰・在宅支援の機能を有する地域の介護老人保健施設においては、在宅生活を想定したリハビリテーションの提供により、安心して在宅での療養生活を送ることができるよう支援することが期待される。
- 誤嚥性肺炎の予防や悪化防止を図る観点から、多職種連携により、口腔ケアや摂食嚥下機能の維持改善に効果的なリハビリテーションを、一体的に提供する必要がある。

図表9-9 生活機能とその構成要素



資料：厚生労働省「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」（平成27年3月）  
をもとに島根県高齢者福祉課作成

【方策】

- 高齢者の生活機能が徐々に低下する状況においては、心身機能に働きかけることにより、家庭や社会への参加を可能とするような生活期リハビリテーションを推進する。
- 高齢者の方の多様な生活状況や価値観、状態像を踏まえ、自立を目指したリハビリテーションを提供するためには、医療系サービスだけでなく訪問介護や通所介護等も含めて、サービス提供にあたる事業所がリハビリテーションにかかる目標を共有し、連携してサービス提供にあたる必要があるため、介護保険事業者に対する実地指導や集団指導、研修の機会を通じて、連携体制を構築・強化していくよう促す。
- リハビリテーション専門職と介護サービスに従事する関係職員の多職種が連携して、高齢者の意欲や意志を尊重したケアマネジメントを行うことができるよう、個別の地域ケア会議等の充実を図る。
- 医療と介護の連携により、自立を目指した適切なリハビリテーションが切れ目なく提供できる体制の強化を図る。

図表9-10 高齢者に係るリハビリテーションと関連サービスの連携



資料：厚生労働省「介護保険事業(支援)計画における要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き」(令和2年8月)



## 5 訪問看護の推進

### （1）推進の基本的な考え方

#### 【現状と課題】

- 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、在宅医療体制の強化推進が重要となる。医療と生活の両方の橋渡しとなる訪問看護はその中核となる役割を担っている。
- 在宅における看取りや緩和ケアを望む高齢者、医療依存度の高い高齢者が、できる限り住み慣れた地域で暮らすことができるよう、在宅における医療と介護の連携推進が求められている。
- 医療の現場が病院から地域にシフトしているなか、訪問看護は、看護の専門家として本人や家族の人生に寄り添い、在宅での看取りを支えることも多くなっている。
- さらなる在宅医療の推進を図るために、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助（特定行為）を行う看護師を、計画的に養成し確保していく必要がある。
- 特定行為研修を修了した看護師が、病院内の治療対応以外にも、施設や地域・多職種連携の研修講師などで活躍しつつあるが、県内全体での動きには至っていない。また、医療の進歩に伴って、在宅の療養生活において提供する医療・看護も高度なものに変化しているが、中小規模の訪問看護ステーションでは、十分に対応できていない状況がある。
- 入院早期から、在宅の生活を見据えた退院支援が必要であり、病院と地域の看護職や介護職との連携が、ますます重要となっている。
- 県内の訪問看護事業所では、人材確保、人材育成、経営安定化、労務管理などの点に課題を抱えている事業所が多いが、平成30（2018）年度に実施した島根県訪問看護ステーション実態調査の結果などによれば、事業所規模が小規模であること、また、各地区に偏在しているなどの事情から、各事業所の自助努力のみでは、課題の解決を図っていくことが困難な状況が明確になった。

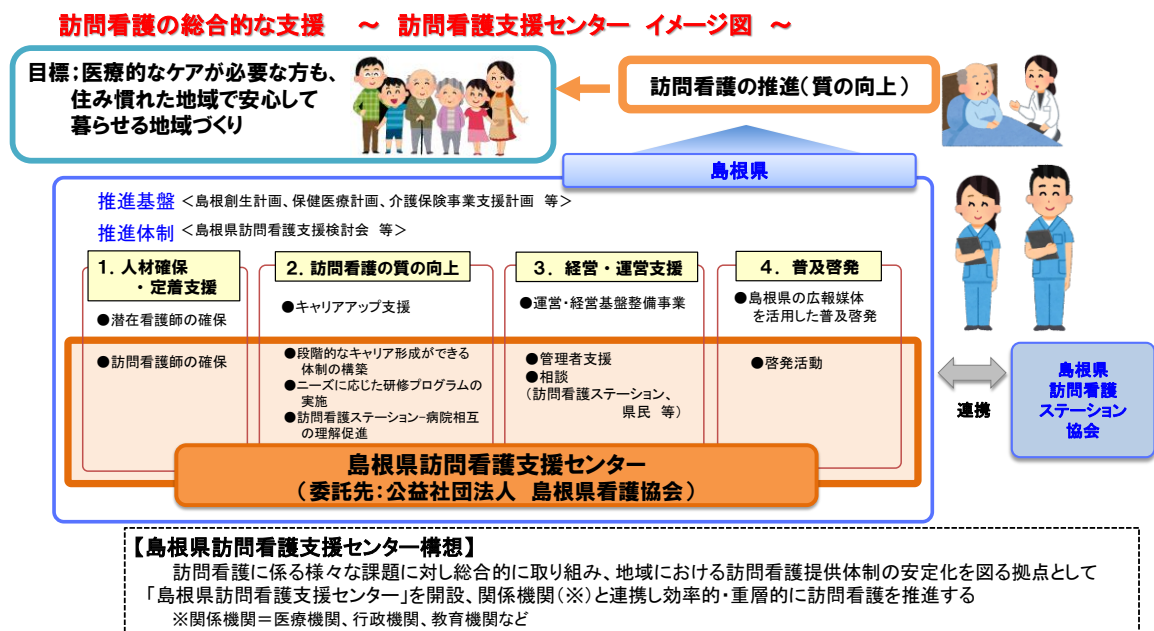
#### 【方策】

- 訪問看護に係る様々な課題に対して総合的に取り組み、地域における訪問看護提供体制の安定化を図る拠点として、「島根県訪問看護支援センター」を令和5（2023）年4月に開設した。
- 島根県訪問看護支援センター開設にあたっては、看護師の職能団体である島根県看護協会に対して、これまで県が直営で行っていた訪問看護支援業務の一部を新たに業務委託することによって、看護協会の人的ネットワーク、経験等も活用しながら、訪問看護師の確保・育成から事業所の経営安定までを一元的に行う体制を整えた。今後は、島根県訪問看護支援センターを中心として、医療機関、行政機関等の関係機関とも連携しながら、効率的・重層的に訪問看護の推進を図る。
- 特定行為研修を修了した看護師の確保については、「特定行為研修を行う指定研修機関」の県内設置により受講促進が図られており、身近な地域で受講できるよ

う研修体制を整備する。また、引き続き制度の認知度向上を図るための普及啓発や研修受講に対する支援を行う。

- 病院に勤務する特定行為研修を修了した看護師が、中小規模の訪問看護ステーションを支援できる体制を二次医療圏を中心に検討する。
- 訪問看護に関する課題集約を行い、年代やキャリアに応じた資質の向上や、働き続けられる環境づくりが進むよう、行政内の横の連携及び関係機関・団体等との連携による事業推進を図る。
- 書類作成や管理の時間短縮による業務効率化、情報共有業務の効率化のため、訪問看護の現場へのICTの導入等により、質の高い看護サービスの提供につなげる。

図表9-11 訪問看護に対する総合的な支援



資料：島根県高齢者福祉課

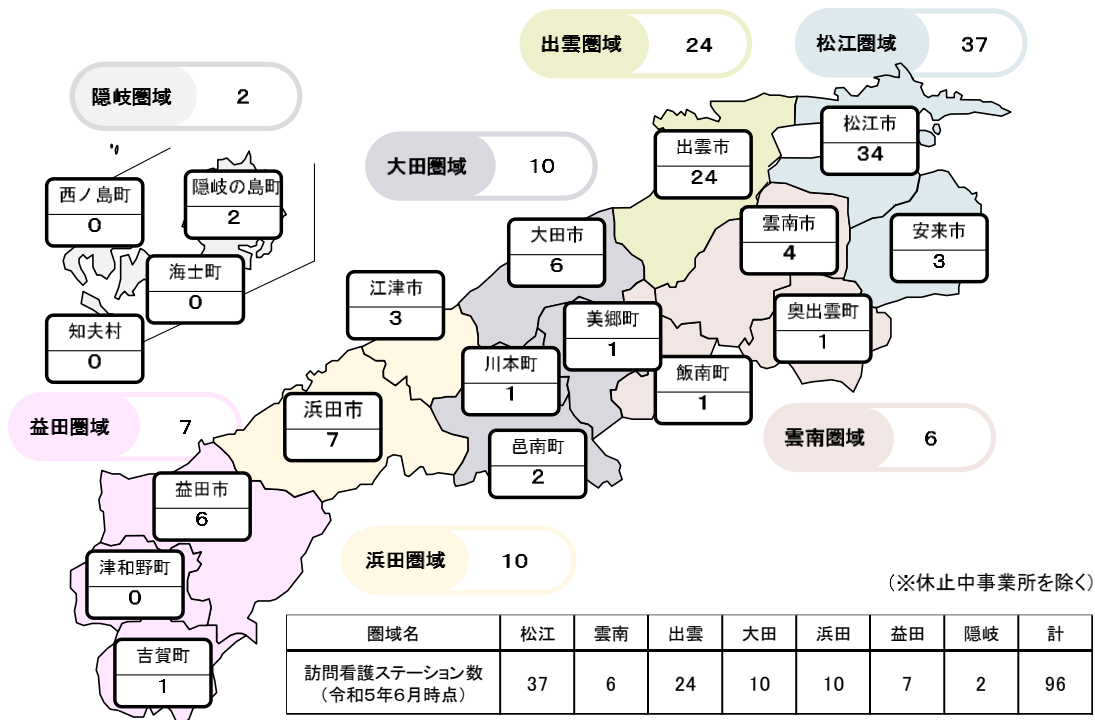
## (2) 人材確保及び定着

### 【現状と課題】

- 県内の訪問看護ステーション数は98か所（令和5（2023）年6月現在（2か所は休止中））、看護職員数が常勤換算で460.3人（令和5（2023）年10月現在）であり、年々増加してきているものの、県西部及び中山間・離島地域においては未だ不足している状況である。
- 住民や関係者への訪問看護に関する理解を深めるため、引き続き島根県看護協会や島根県訪問看護ステーション協会等と連携し、研修や人材確保のための啓発事業を実施していくことが必要である。
- 令和4（2022）年度業務従事者届によると、県内の訪問看護師の年齢構成は50歳以上が53.4%を占めており、30歳代16.2%、20歳代が3.2%と、若い世代の就業が少ない現状である。

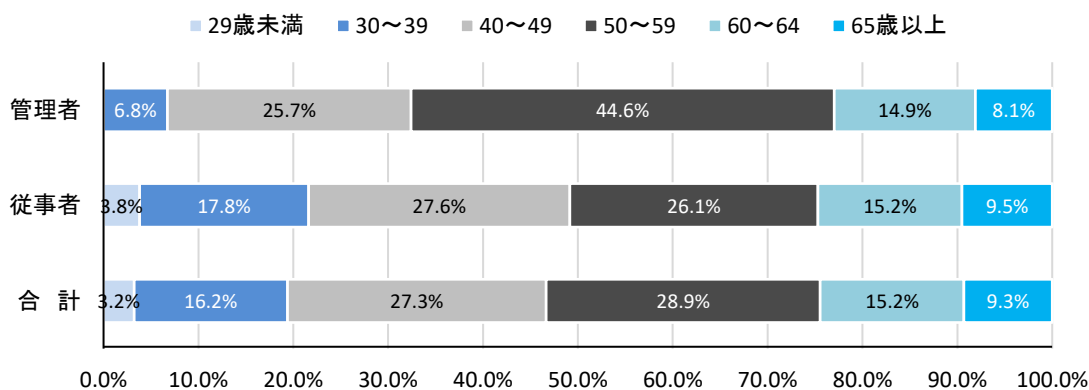
- 県は、「新卒等訪問看護師育成事業」により、新たに新卒等訪問看護師を採用し、教育体制を整備する訪問看護ステーション等を支援する体制を整えている。
- 県は、「訪問看護師確保対策事業」により、潜在看護師の確保・定着に向けた支援を行っている。
- また、緩和ケアや医療依存度の高い利用者への対応も求められており、訪問看護師の人材確保や資質の向上、各療法士の参画が重要となっている。
- 県は、「訪問看護ステーション出向研修事業」を令和元（2019）年度から実施している。訪問看護の一連の業務の実践をとおして、退院支援・在宅療養支援のスキルアップや連携強化につながっている。

図表9-12 島根県内の訪問看護ステーション数（令和5年6月時点）



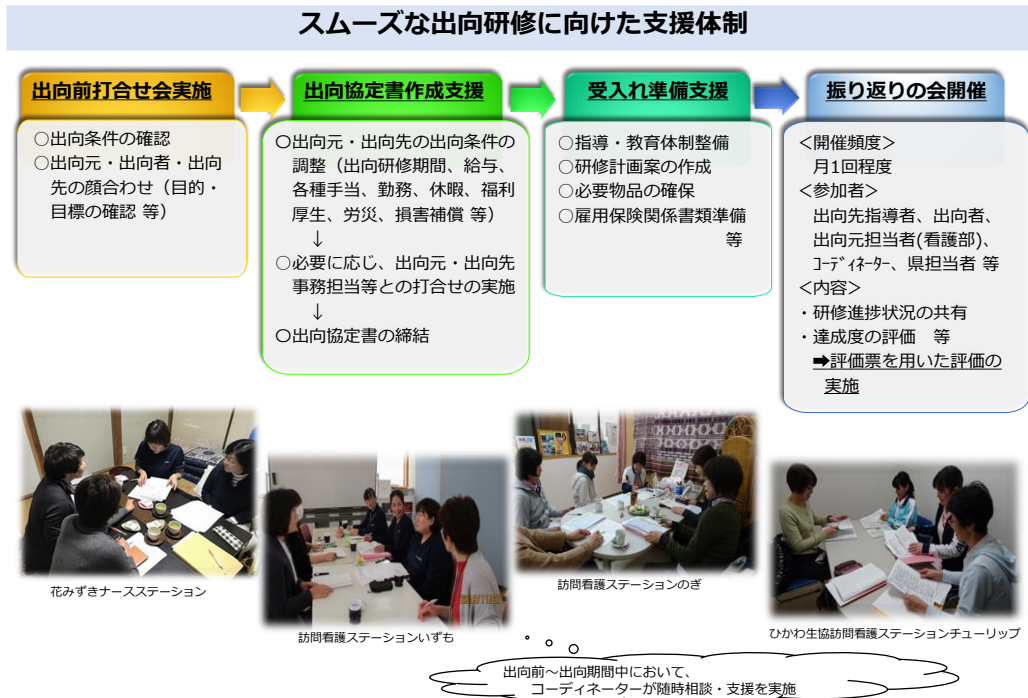
資料：島根県高齢者福祉課

図表9-13 年齢区分別 訪問看護ステーション看護職員数



資料：令和4年度業務従事者届をもとに島根県医療政策課作成

図表9-14 訪問看護ステーション出向研修の支援体制



資料：島根県高齢者福祉課

【参考】訪問看護ステーション出向研修事業の成果

- ★出向者（病院看護師）の成果として・・・
  - ・在宅療養が可能な患者像の拡がり・終末期の在宅生活へのイメージの変化
  - ・対象者の個別性や生活の視点を重視した看護の実践
  - ・地域の他職種との連携や調整力
  - ・自病院の課題認識
- ★出向元（病院）の成果として・・・
  - ・病院内の看護師への還元（出向研修の成果の共有・普及）
  - ・出向看護師の今後の活躍と活用（退院支援・地域連携部門等への配属の検討等）
  - ・訪問看護ステーションとの連携強化（入退院連携・地域連携・看護業務の見直し等）
  - ・地域の関係者や地域住民からの注目度・信頼度のアップ
- ★出向先（訪問看護ステーション）の成果として・・・
  - ・職員への教育的効果（資質の向上）、所内の活性化
  - ・マンパワーの増（訪問看護ステーションの人材確保の一助）
  - ・病院との連携強化
  - ・利用者の安心感、事業所の信頼度の向上
  - ・訪問看護の理解の促進、魅力の発信
  - ・訪問看護を実践できる看護人材の育成、活用

【方策】

- 島根県看護協会や島根県訪問看護ステーション協会等、訪問看護に関連する諸団体の事業を支援するとともに、各団体・機関が一体となった取組を推進する。
- 「新卒等訪問看護師育成事業」「訪問看護師確保対策事業」「訪問看護ステーション出向研修事業」等の実施状況を評価しながら、人材確保及び育成を推進するとともに、事業の促進を図る。

- 島根県看護協会や、島根県訪問看護ステーション協会等と連携し、各種研修会やイベント等を通じ、訪問看護の魅力発信を継続する。

### （3）資質の向上

#### 【現状と課題】

- 在宅医療のニーズの多様化に対応できるよう、島根県看護協会に委託し、訪問看護の質の向上を目的とした各種研修を実施している。
- 島根県看護協会や島根県訪問看護ステーション協会、島根県介護支援専門員協会との合同研修会を実施し、相互の役割の理解や連携強化とさらなる在宅療養支援体制の強化を図っている。

#### 【方策】

- 病院と訪問看護ステーションとの相互研修等の実施により、病院と地域の看護師の連携強化や、看護の質の向上を図る。特に令和5（2023）年度からは、これまでの訪問看護ステーションから病院に対する研修に加え、病院から訪問看護ステーションに対する研修を開始することとし、より一層の看護の質の向上、相互理解の促進を図る。
- 島根県看護協会、島根県訪問看護ステーション協会、島根県介護支援専門員協会との合同研修会を引き続き実施し、相互理解と連携強化を図る。

### （4）運営支援

#### 【現状と課題】

- 条件不利地域へ訪問する訪問看護ステーション等に対して、市町村を通じて訪問に係る経費の助成を行っている。
- 職員数が5人未満の小規模事業所が65.6%（令和3（2021）年10月時点 島根県事業所台帳より）を占めており、人員体制や経営面で安定的な運営が困難な状況にあること、訪問看護師が不足していること、中山間地においては、対象者宅への移動に時間がかかることなど、安定的なサービス提供には多くの課題がある。

#### 【方策】

- 中山間地域・離島の条件不利地域で活動する訪問看護ステーション等に対して、引き続き市町村と連携して支援する。
- 中長期的な視点により「人材確保・定着支援」「訪問看護の質の向上」「経営・運営支援」「普及啓発」が総合的に推進できるよう、新たに設立された「島根県訪問看護支援センター」を核に事業を進めていく。なかでも「経営・運営支援」として、相談窓口を設置し相談支援を行っていく。



## 6 指標の設定

- 本章に記載した方策に係る取組の進捗を管理し、目標の達成状況を評価するための指標を以下のとおり設定する。

【本章における目標（目指すべき姿）】※本章冒頭（141ページ）の再掲

当人の状態に応じて必要な医療と介護のサービスが切れ目なく提供される

【指標】

指標	現状	目標	備考
訪問看護職員数（常勤換算）	460.3人 (R5年度)	520人 (R8年度)	島根県訪問看護ステーション状況調査（独自調査）による（各年度10月時点）
居宅/包括ケアマネから病院への入院時情報提供率	85.5% (R5年度)	90.0% (R8年度)	島根県入退院連携フォローアップ調査（独自調査）による
病院から居宅/包括ケアマネへの退院時情報提供率	85.0% (R5年度)	90.0% (R8年度)	
病院・診療所以外での死亡割合	32.6% (R3年度)	42.6% (R8年度)	人口動態統計（厚生労働省）による