

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
研究分担報告書(3)

大都市圏における在宅医療を含めた医療提供体制に関する研究

－在宅療養患者調査結果－

研究分担者 石崎 達郎（東京都健康長寿医療センター研究所）

研究要旨

在宅医療整備に係る諸課題について検討することを目的に、東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県
の在宅医療支援診療所から訪問診療を受けている患者を対象に在宅医療の実態を把握した。合計24
施設から回答が得られ、患者145名について情報が収集できた。対象患者の居住地と在宅医療を提
供している医療機関の所在地との関係については、対象者の8割は居住地と同じ市区町に開設の医
療機関から、残りは隣接する市区町の医療機関から訪問診療を受けていた。訪問診療は車での移動
が多いため、2次医療圏や県境を越えた訪問診療が多いと予想していたが、今回の結果は異なっ
ていた。医学的に見た訪問診療の必要回数は「月2～3回」が3分の2を占めていた。ひと月あたりの
訪問診療回数と医学的に必要な訪問診療回数の関係をみると、必要回数を超えて訪問診療を受け
ていた者がわずか（11名、全体の7.6%）であるが同定された。また、全体の9割は外来診療への切
り替えが困難と考えられ、「切り替え可能」と「不明」はどちらも6%（8名）とわずかであった。
介護保険の居宅サービスでは送迎が盛んであるように、要介護高齢者の診療においても、在宅医療
だけで担うのではなく、何らかの形で送迎を導入し、外来診療への誘導も必要となるかもしれない。
その場合は、要介護状態であっても外来診療エリアにおいて身体に負担なく外来診療の順番待ちを
可能とするような環境整備が必要であろう。

A. 研究目的

地域包括ケア推進のため、国は在宅医療の
整備を進めている。在宅医療が継続的に提供
されるためには、訪問診療担当医の存在はも
ちろんのこと、介護者の存在、急変時の後方
支援病院の整備等、さまざまな資源が必要で
ある。一方、医療提供体制は2次医療圏が基
本単位とされているが、大都市圏は人口密度
が高く、交通網が発達していることから、2
次医療圏や県境を越えて患者が移動してい
ると予測される。

通院困難な患者を対象とする在宅医療で
は、患者宅に訪問する医療機関の地理的関係、
すなわち患者の住所地と訪問診療提供医療
機関の住所地の関係は、外来医療における患

者の移動よりも広域にわたっているものと
予想される。また、在宅医療を受ける高齢者
は外来通院患者よりも虚弱であると予測さ
れ、急変時の臨時往診や急性期入院医療が必
要となることも稀ではないことから、在宅医
療に係る診療圏域を検討する際は、在宅療養
患者の入院時の移動も把握する必要がある。
しかし、在宅医療を受ける患者の訪問診療や
往診等の必要度に関する実態はあまり明ら
かになっていない。

そこで本研究は、東京都、千葉県、埼玉県、
神奈川県（以下、1都3県）における在宅医
療の実態を把握し、在宅医療整備に係る諸課
題について検討することを目的とする。

B. 研究方法

東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県に所在する在宅療養支援診療所のうち、在宅時医学総合管理料を算定する診療所（3186施設）から10%を無作為抽出した。対象診療所において、2014年12月1日から12月7日の間で最も訪問診療件数が多かった一日を調査対象日として選択し、調査対象日に訪問した全ての患者について次の内容に関する情報収集を依頼した。

- 1) 性別、年齢、居住場所（市区町村名）、居住形態、住所地特例の有無
- 2) 現在の要介護度、日常生活自立度ランク、認知症高齢者の日常生活自立度ランク
- 3) 傷病の状況、
- 4) 訪問診療開始理由、実施している医療処置、訪問診療の回数、訪問看護の有無
- 5) 予後（6か月以内）、在宅看取りの予定
- 6) 医学的にみて必要と考えられる訪問診療の回数、往診の必要性、外来診療への切り替え可能性、外来診療へ切り替えるための体制整備

なお、在宅療養患者調査票は、別添の『参考資料2』に示している。

（倫理面への配慮）

本研究は東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号1907番）。本研究では在宅療養患者の個人名は収集せず、在宅療養患者の居住地については都県名、市区町名の収集に留めた。

C. 研究結果

1. 回答施設の所在地と対象患者数

表に示すように、東京都12施設、埼玉県1施設、千葉県4施設、神奈川県7施設の合計24施設から回答が得られ、患者145名について情報が収集できた（一部欠損値を含む）。

東京都（12施設）：江戸川区、江東区、渋谷区、世田谷区、中野区、品川区、豊島区、北区、墨田区、練馬区(2)、三鷹市

埼玉県（1施設）：蓮田市

千葉県（4施設）：横芝光町、千葉市中央区、千葉市稲毛区、千葉市若葉区

神奈川県（7施設）：茅ヶ崎市(2)、厚木市、小田原市、逗子市(2)、川崎市、藤沢市

一施設あたりの患者数は平均6.0名（標準偏差3.7、中央値6、最小値1、最大値10）であった。

2. 対象患者の特性

性別は、約3分の2が女性で、平均年齢は女性の方が約4歳高齢であった。居住形態は自宅（同居）が約3分の2を占めていたが、自宅（独居）が約1割存在していた。

対象患者の居住地と在宅医療を提供している医療機関の所在地との関係については、対象者の83.1%は、居住地と同じ市区町に開設している医療機関から、残り16.9%は隣接する市区町の医療機関から訪問診療を受けており、1名以外は同じ二次医療圏内であった。

性別 (n=142)	男性	35.0%
	女性	65.0%
年齢 (n=143)	平均82.2歳(標準偏差11.6)	
	男性79.9歳(9.9)	
	女性83.5歳(12.3)	
居住地 (n=142)	埼玉県	0.7%
	東京都23区内	47.6%
	東京都市部	2.8%
	神奈川県	26.2%
	千葉県	11.7%
居住形態 (n=144)	自宅(独居)	11.8%
	自宅(同居)	63.2%
	特養	2.1%
	有料老人ホーム	11.1%
	グループホーム	11.8%
住所地特例 (n=106)	あり	6.6%
	なし	74.5%
	わからない	18.9%

3. 要介護度・自立度の状況

要介護3～5が約6割を占めていた。障害高齢者の自立度でも約6割が「寝たきり」で

あったが、日常生活が自立している者が1割いた。認知症は、非該当またはI（自立）が3分の1強を占めていたが、重度の認知症であるⅢ、Ⅳ、Ⅴは4割強を占めていた。

要介護度 (n=144)	認定なし/要支援	14.6%
	要介護1-2	25.7%
	要介護3-5	59.7%
寝たきり度 (n=144)	非該当/自立	11.1%
	準寝たきり	30.6%
	寝たきり	58.3%
認知症者自立 度(n=143)	非該当/Ⅰ	37.8%
	Ⅱ	21.0%
	Ⅲ	27.3%
	Ⅳ/Ⅴ	14.0%

4. 傷病の状況

対象者の10%以上に認められた疾患は、有病率の高い順に、認知症、循環器疾患、脳卒中、悪性腫瘍、整形外科疾患、内分泌代謝疾患、呼吸器疾患であった。

傷病の状況 (n=145)	認知症	31.7%
	循環器疾患	29.0%
	脳卒中	23.4%
	悪性腫瘍	20.7%
	整形外科疾患	20.7%
	内分泌代謝疾患	15.2%
	呼吸器疾患	14.5%
	消化器疾患	6.2%
	神経難病	4.8%
	脊髄損傷	4.8%
	泌尿器疾患	4.1%
	精神科疾患	3.4%
	皮膚疾患	2.8%
	眼科疾患	2.1%
	その他	6.9%

高齢患者では複数の慢性疾患を有していることが多いといわれているため、有病率が10%を超えた7疾患に限定して、二疾患の組み合わせを把握した。最も多い組み合わせは認知症と循環器疾患（19名、全体の13.1%）で、次いで循環器疾患と内分泌代謝疾患（14名、9.7%）、循環器疾患と整形外科疾患（11

名、7.6%）、循環器疾患と脳卒中（10名、6.9%）であった。

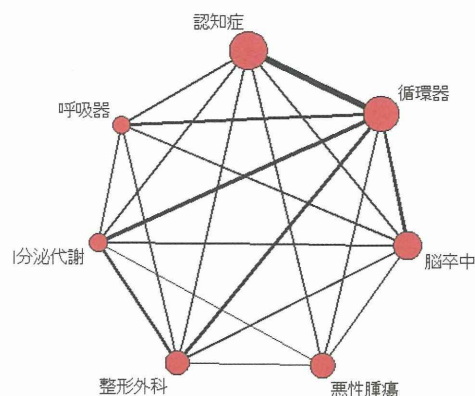


図. 傷病併存の状況（赤丸：当該傷病の有病者数、線の太さ：二傷病の併存者数）

患者の外出時に病状が急変するリスクの有無を尋ねたところ、4割に急変リスクがあり、急変リスクがない者は2割強であった。

外出に伴う病状急変リスク (n=144)	急変のリスクあり	39.6%
	急変のリスクなし	22.9%
	外出できない	29.2%
	わからない	8.3%

5. 訪問診療の受療状況

訪問診療の開始理由は、介護関係者からの紹介が最も多く、次いで他医療機関からの紹介、自身の医療機関にかかっていたが通院困難となったため訪問に切り替え、の順であった。

訪問診療開始理由 (n=144)	ケアマネまたは介護施設から紹介されたため	32.6%
	他医療機関から紹介されたため	27.8%
	当該医療機関に通院していたが、通院困難となったため	20.1%
	本人・家族からの依頼があったため	17.4%
	その他	2.1%

在宅にて何も医療処置を受けていない者

は全体の4分の3を占めていた。処置1種類のみが21.3% (31名)、2種類3.4% (5名)で、3種類以上が2名 (1.4%)であった。

日常生活が自立し認知症もない者が9名いたが、このうち在宅で医療処置を受けていた者は、悪性腫瘍の鎮痛・化学療法 (3名)、人工呼吸器管理 (1名)であった。

在宅での医療処置 (n=145)	経管栄養	7.6%
	抗癌剤・鎮痛薬	7.6%
	酸素療法	6.9%
	自己注射	2.8%
	気管切開	2.8%
	人工呼吸器	2.1%
	自己導尿	1.4%
	難治性皮膚疾患	1.4%

一か月間の訪問診療回数は、2~3回が最も多く約3分の2を占め、4~5回が3割を占めていた。最高は17回であった。

一か月の訪問診療回数 (n=143)	1回	1.4%
	2~3回	64.3%
	4~5回	30.8%
	6回以上	3.5%

訪問看護の利用は、利用なしが過半数を占め、週2回以上で約3分の1であった。

一週間あたりの訪問看護回数 (n=143)	利用なし	55.2%
	1回	13.3%
	2~3回	23.1%
	4~5回	8.4%

往診の必要性がないと考えられた者は7% (10人)のみであり、月に1回以上必要が13.9% (20人)、1回未満であるが必要と考えられた者は41.0% (59人)であった。ひと月あたりの訪問診療回数別に往診の必要回数を集計したところ、訪問診療回数が2~3回の者で往診が必要と考えられる者が多かった。訪問回数が月に4~5回の者では、52%は稀に必要であった。6回以上訪問診療を受けている者は、少人数ながら、6割が往診必

要度週1回以上であった。

		一か月あたりの往診必要度			
		毎週1回以上	時々1回未満	稀に必要	必要性なし
一か月あたりの訪問診療回数	1回	0	0	2	0
		0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
	2~3回	16	37	30	10
		17.2%	39.8%	32.3%	10.8%
	4~5回	1	20	23	0
		2.3%	45.5%	52.3%	0.0%
	6回以上	3	2	0	0
		60.0%	40.0%	0.0%	0.0%

6. 予後 (6か月以内) と在宅看取りの予定

予後が6か月以内と予測された者は全体の16% (23名)と少なかったが、そのうち、1名を除く全員 (22名) が在宅見取りの予定であった。

予後見込と在宅看取りの予定 (n=144)	回復の見込みがなく、概ね6か月以内の予後、在宅看取り予定	15.3%
	回復の見込みがなく、概ね6か月以内の予後、在宅以外で看取り予定	0.7%
	概ね6か月以内の予後ではない	84.0%

7. 医学的にみて必要と考えられる訪問診療の回数

医学的に見た訪問診療の必要回数は、「月2~3回」が最も多く3分の2を占めていた。ひと月あたりの訪問診療回数をクロス集計すると、必要回数を超えて訪問診療を受けていた者が11名 (全体の7.6%、下記の表の網かけ部分) 同定された。月に1回程度との見立てに対し月に2~3回の訪問診療を受けた者が4名、月2~3回の見立てに対し月に4~5回訪問診療が提供されていた者が7名いた。

		一か月の訪問診療実施回数（実績）			
		1回	2～3回	4～5回	6回+
医学的にみた訪問診療の必要回数（見立て）	月1回 (n=6)	2 33.3%	4 66.7%	0 0.0%	0 0.0%
	月2～3回 (n=96)	0 0.0%	89 92.7%	7 7.3%	0 0.0%
	週1回以上 (n=42)	0 0.0%	0 0.0%	37 88.1%	5 11.9%

外来診療への切り替え可能性を評価したところ、切り替え可能と考えられた者は、全体（137名）の5.8%（8名）いた。この8名について、どのような体制整備が必要であるか尋ねたところ、通院支援、交通手段の確保が多くなっていた。

外来診療への切り替え可能性（n=137）	切り替え可能	8（5.8%）
	切り替え困難	121（88.4%）
	不明	8（5.8%）

外来切り替えに必要な体制整備（n=8）	ヘルパーまたは家族による通院支援	7
	交通手段	6
	受け入れ診療所への紹介	4
	本人・家族の理解	3

見立てよりも多く訪問診療が提供されていた11名と、外来診療への切り替え可能な8名の特性を把握した。性別、居住形態、要介護度、傷病には特段の特徴は認められなかったが、ほとんどの者で在宅での医療処置は一つもなかった。

		見立てよりも訪問診療回数が多かったケース（n=11）	外来への切り替えが可能と考えられたケース（n=8）
性別	男性	2	2
	女性	9	6
居住形態	自宅（独居）	1	1
	自宅（同居）	6	2
	特養	3	0
	有料	1	2
	グループホーム	0	3
要介護度	認定なし	1	0
	要介護1	1	2
	要介護2	1	0
	要介護3	1	2
	要介護4	3	1
	要介護5	3	2
傷病	悪性腫瘍	1	0
	脳卒中	2	1
	神経難病	1	0
	大腿骨骨折	2	1
	整形外科	1	0
	認知症	4	6
	呼吸器疾患	1	1
	循環器	6	1
	消化器	1	1
	皮膚科	1	1
	内分泌代謝	3	0
	泌尿器科	1	1
	処置	酸素療法	1
なし		10	8
外出による病状の急変リスク	あり	0	2
	なし	6	6
	外出できない	4	0
	わからない	1	0

D. 考察

本研究では、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県 の在宅医療支援診療所から訪問診療を受けている在宅療養患者を対象に、患者の特性、訪問診療や往診、訪問看護の頻度、必要と考えられる訪問診療回数、外来診療への

切り替え可能性等を調査した。

1) 二次医療圏や県境を越えた訪問診療の頻度

今回の調査では、全員が同一市区町内または隣接する市区町間での訪問診療であった。二つの二次医療圏をまたいだ訪問診療は1名のみであったが、この例は墨田区の医療機関が隣接する中央区の患者宅を訪問していた。訪問診療や往診が保険診療として認められるための基準の一つに、保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16km以内と定められているが、大都市圏では交通網が発達していること、訪問診療では医師は車で移動することが多いことから、二次医療圏や県境を越えて訪問診療が行われることが多いと予想していた。しかし、今回の結果は予想と異なっていた。

その理由の一つとして、訪問診療の開始理由が関係しているかもしれない。今回の解析対象者では、他の医療機関からの紹介、ケアマネ・介護施設からの紹介がきっかけとなって訪問診療を開始した者が全体の5割強存在していた。外部からの紹介の場合、患者の居住地から近い範囲内で訪問診療を受け入れてもらえる医療機関を探すのではないだろうか。一方、当該医療機関の外来を受診していた患者が通院困難となって訪問診療に移行した場合は、そもそも徒歩圏内の診療所を受診していたことから、遠くても数km圏内の医療機関から訪問診療を受けているのかもしれない。

訪問診療の理由で自院の通院患者が訪問診療に移行する場合、通院困難となる発生率を考えると、訪問診療を提供していない他の医療機関の患者で通院困難となった場合や、介護施設の利用後に在宅医療を提供している医療機関を探して、在宅医療支援診療所を探していた場合など、訪問診療が必要な患者が在宅支援診療所に集まってくる確率の方が高いと予想される。自院よりも他機関からの紹介の方が多かったという今回の結果は、現状を反映していると考えられる。

2) 訪問診療回数と医学的な必要訪問回数

一か月の訪問診療回数は、「月に2〜3回」が全体の3分の2を占め、これに「週に1回」を加えると全体の95%に達していた。月に2回以上の訪問診療が必要な場合、在宅医療支援診療所は施設基準を満たしている場合に在宅時医学総合管理料を請求することができる。今回の調査は、在宅医療支援診療所を対象としたため、在宅時医学総合管理料が適用となる患者が多くなり、そのためにひと月あたりの訪問診療回数が2〜3回の患者が多くなったのかもしれない。

今回の調査では、ひと月あたりの訪問診療の回数（実績）とともに、医学的に必要と考えられる訪問診療の回数を同じ患者について尋ねた。わずかではあったが、2〜3回訪問診療を提供している患者（93名）のうち、4名は、医学的には月に1回の訪問診療で十分であると評価されていた。それでは、在宅時医学総合管理料の施設基準を満たすことができない医療機関が提供する訪問診療でも、その回数は月2〜3回が多いのかどうか、異なる医療機関を対象に調査して、本研究結果との比較が必要である。また、訪問診療で提供される医療行為の内容と所要時間等、在宅医療の内容についても把握が必要であろう。

3) 外来診療への切り替え可能性について

全体の9割は外来診療への切り替えが困難と考えられ、「切り替え可能」と「不明」はどちらも6%（8名）であった。「切り替え可能」と考えられた8名について、外来診療に切り替えるために必要な体制整備は、ヘルパー・家族による通院支援（7名）、交通手段の整備（6名）であり、一人を除いて全員が、外来に切り替えるためには何らかの体制整備を必要としていた。介護保険の居宅サービス利用者において、要介護度が3以上であっても、送迎付きで通所介護や通所リハを利用している者は、利用者全体の約6分の1を占めていること（厚生労働省 平成24年介護サービス施設・事業所調査）を考慮すると、

外来診療においても何らかの形で送迎を導入することが必要となる地域があるかもしれない。また、送迎だけではなく、外来診療エリアにおいて、寝たきり状態であっても身体に負担なく外来診療の順番を待っているような環境整備が必要かもしれない。

E. 結論

在宅医療整備に係る諸課題について検討することを目的に、1都3県の在宅医療支援診療所で訪問診療を受けている患者を対象に在宅医療の実態を把握した。対象者の8割は居住地と同じ市区町に開設の医療機関から、残りは隣接する市区町の医療機関から訪問診療を受けており、2次医療圏や県境を越えた訪問診療は認められなかった。医学的に

見た訪問診療の必要回数は「月2～3回」が3分の2を占めていたが、医学的に必要な訪問診療回数を超えて訪問診療を受けていた者がわずかに存在した。全体の9割は外来診療への切り替えが困難と考えられ、「切り替え可能」と「不明」はどちらも6%（8名）とわずかであった。

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表 該当なし

H. 知的財産権の出願・取得状況（予定を含む） 該当なし

訪問看護事業所の新たな人材確保対策に係る研究

研究分担者 福井小紀子 日本赤十字看護大学
齋藤 訓子 日本看護協会
柏木 聖代 横浜市立大学
堀川 尚子 日本看護協会
沼田 美幸 日本看護協会
碓井 瑠衣 日本看護協会

研究要旨

本研究では、大都市圏における訪問看護事業所の新たな人材確保対策案について提案すべく、訪問看護人材の確保の現状および新たな訪問看護人材の確保に結びつくようなスキームのモデルケースについて調査を行い、その有効性や汎用性について検討を行うことを目的とした。

大きく以下の2つの方法により研究を実施した。すなわち、(1) 東京及び周辺県に所在する地域医療支援病院および自治体病院等の看護部長等、地域の拠点としての活動実績や訪問看護人材確保・育成への取り組み実績のある訪問看護ステーション管理者それぞれのグループを対象としたフォーカスグループディスカッション、(2) 都道府県の財政支援の取り組みに、訪問看護師の長期出向制度等に関する人材確保を組み込んでいる都道府県の担当者および関係者へのインタビュー調査を実施した。

フォーカスグループディスカッションの結果、病院の看護師に在宅療養経験を積ませる方策としては、新人の退院調整看護師や病棟の看護師長や主任を訪問看護師と同行訪問させることで高い効果を挙げた例や併設の訪問看護ステーションに一定期間配置させ、訪問看護人材の確保及び病院での退院支援の質向上に効果を上げている例等が挙げられた。訪問看護ステーションでは、自治体病院と個別に契約をし、採用した新卒看護師の研修計画を協働で作成・実行している例が紹介された。

新たな人材確保対策の一案として本研究班から提案した「訪問看護出向システム」については、訪問看護事業所の新たな訪問看護人材確保策として、概ね賛意を得られた。本システムの実現に向けては、出向元となる医療機関側に対しては、「契約形態・給与体系の整備」「出向期間中の身分の保証」「看護師のキャリアアップにつながること」「地域の特性を踏まえての体制づくり」、受け入れ先となる訪問看護ステーション側に対しては、「経験者（教育、研修を受けた者も含む）の出向」「長期間の出向研修」ができる体制の整備の必要性が示唆された。また、病院に勤務している看護師が同時に非常勤で訪問看護ステーションに勤務する医師の外勤のようなしくみの導入も新たな案として提案された。

都道府県へのインタビュー調査の結果、病院と訪問看護ステーションの看護師の相互研修の取り組み、訪問看護に関心のある看護職の訪問看護ステーション体験・研修、訪問看護業務の相談・情報提供の役割を担う訪問看護教育ステーション事業の取り組み、県内の訪問看護

護ステーションの大規模化に向け看護師を常勤換算数 1 名以上増やす事業所に訪問用自動車の購入経費を補助し、県内の約 4 分の 1 の事業所が申請するといった効果を上げている取り組み、卒後訪問看護ステーションに就業しようとする者も対象となるよう看護職員修学資金の要件の改正、大学への訪問看護師コースの設置を都道府県が支援している取り組みなどのケースが得られた。

本研究により、新たな訪問看護人材の確保に結びつくようなスキームのモデルケースが得られた。また「訪問看護出向システム」については、病院、訪問看護ステーション双方において一定の効果が得られる可能性がある一方策であることが示された。但し、具体的な方法については、地域の医療提供体制によって異なるため、地域毎の更なる検証が必要である。

A. 研究目的

日本では、2025 年に向けた医療供給体制の改革の方向性として、急性期から在宅医療まで患者の状態に応じた適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を整え、できるだけ早く社会に復帰し地域で継続して生活を送れるようにする、地域包括ケアシステムの整備が目標とされている。

このように医療提供の在り方が病院完結型から地域完結型の医療・介護へと転換する中、訪問看護サービスの充実が欠かせないと考えられているが、それを支える看護師不足・確保の問題は常に課題に挙げられている。

中島らに推計によると、訪問看護利用者数は 2009 年時点の 340.0 千人（うち介護保険 277.8 千人、医療保険 62.6 千人）から 2020 年には少なくとも介護保険のみだけでも 1.8 倍の 489.5 千人の利用ニーズを見込んでおり、それらに対応するためには 2020 年で看護師が 52,756 人必要であることを示している [2]。こうした状況からも、今後必要な訪問看護供給量をいかに確保していくかは、社会の重要な課題と言える。

では、就業看護師のうち、どの程度が訪問看護ステーションに就業しているのだろうか。2012 年衛生行政報告例（就業医療関係者）によると、2012 年末現在の就業看護師数は 1,015,744 人であり、うち訪問

看護ステーションに就業している看護師数は 30,225 人でその構成割合はわずか 3% 程度にすぎない [1]。

一方、日本看護系大学協議会が実施した調査によると、看護系大学生の進路希望先として「訪問看護事業所等」と回答した者は 2001 年の時点で 19.6% に及んでいたが、実際には約 8 割が医療機関に就職をしており、希望者はいるものの訪問看護事業所等への就職に結びついていない状況にある。2010 年から 2 年間の訪問看護ステーションの看護師の増加数は 3,015 人（増加率 1.1 倍） [1] であり、総数及び病院に就業している看護師数の増加率とほぼ同じであることから、看護学生の就職先の傾向は 2001 年の調査から大きく変わっていないものと推測される。また、病院看護師（1 県内の病院勤務の看護師 258 人が回答）の訪問看護ステーションへの就労希望について調べた研究によると、訪問看護ステーションへの「就労意向あり」と回答した者は 18.3% であり、「年齢が若い」「経験年数が少ない」「看護基礎教育課程で在宅看護学を履修した者」「訪問看護ステーションでの実習経験がある」「病院看護に魅力なし」と回答した者」ほど訪問看護ステーションへの「就労意向あり」と有意に関連したことを報告している [3]。

以上の調査や研究結果から、看護学生や

現在、病院に就業している看護師の中に訪問看護ステーションへの就労意向のある看護師は一定割合存在していることが推察される。こうした状況もあり、人材マッチング機能の強化、訪問看護師の育成システムの整備、病院からの派遣・出向受け入れ等、現在一部の地域や法人内で様々な取り組みが行われているが、現時点では、訪問看護の人材確保策として客観的に有効性が示された研究がない。こうした状況の中、地域の拠点として活動している訪問看護ステーションでは、実際にどのようにして新たな看護人材を確保・育成しているのか（しようとしているのか）、その実態を明らかにすることは、地域包括ケアシステムを構築していく上でも重要な示唆を与えると考える。

訪問看護人材の確保の問題は、訪問看護ステーションだけの課題ではない。2014年の診療報酬改定は、2025年に向け、地域包括ケアシステム実現を目指し、「医療機関の機能分化」「在宅復帰」を加速化させる改定であり、一般病棟や回復期リハビリテーション病棟だけでなく、療養病棟の一部においても在宅復帰率が施設基準に設けられた。特に、高度急性期と急性期病院は在宅復帰率75%以上の確保が必要であり、入院患者が在宅復帰できる体制の更なる強化が急務となっている。

このように、地域で支える医療への転換が迫られている今、訪問看護人材の確保についても、医療機関や訪問看護ステーションのそれぞれの立場からだけでなく、地域全体で考えていかなければならない状況に大きく変化している。

特に、今後、急速に高齢化が進行すると見込まれている東京及び周辺県の人口10万人当たりの看護師数は全国平均（796.6人）を下回っており、「埼玉県」は528.4人と最も少なく、次いで「千葉県」が572.0人、「神奈川県」が625.1人、「茨城県」が

633.6人と続いており、「東京都」も682.8人と少ない状況にある[1]。こうした限られた資源の中で、今後、どのように新たな訪問看護人材を確保・育成し、就業に結びつけていくのかについて、検討していく必要がある。

したがって、本研究では、訪問看護人材の確保の現状および新たな訪問看護人材の確保に結びつくようなスキームのモデルケースについて調査を行い、その有効性や汎用性について検討を行うとともに、大都市圏における訪問看護事業所の新たな人材確保対策案について提案することとした。

B. 研究方法

1) 調査対象

(1) 病院の看護管理者

東京及び周辺県に所在する地域医療支援病院および自治体病院などの担当者、計6人を対象とした。

(2) 訪問看護ステーションの管理者

東京及び周辺県に所在し、地域の拠点としての活動実績や訪問看護人材確保・育成への取り組み実績のある訪問看護ステーションの管理者、計4人を対象とした。

(3) 都道府県の担当者・関係者

都道府県の財政支援の取り組みに訪問看護の人材確保を組み込んでいる都道府県のうち、協力が得られた、東京都、愛知県、滋賀県、佐賀県の担当者および関係者を対象とした。

2) 調査方法

(1) フォーカスグループディスカッション

病院の看護管理者、訪問看護ステーションの看護管理者のそれぞれを対象とし、フ

オーカスグループディスカッション（以下、FGD）を実施した。

FGD は、あらかじめ選定された研究関心のテーマについて焦点が定まった議論をしてもらう目的のために、明確に定義された母集団から少人数の対象者を集めて行うディスカッション（Knodel et al., 1990）であり、参加者同士の自発的なディスカッションを促すために、前もって用意されたガイドラインに基づき、モデレーターと呼ばれる進行役がディスカッションをリードする方法である[4]。

FGD は、各グループ2時間ずつ行われた。まず、モデレーターがガイドラインに従って、話題提供を行い、ディスカッションを進めていった。ディスカッションの内容はメモおよび IC レコーダーに録音し、逐語録と会議録を作成した。これらのテキストを繰り返しよみ、分析を行った。

[FGD ガイドライン]

- (1) 社会保障制度改革が看護にもたらす影響（話題提供 1）
 - ① 2025 年までの流れ
 - ② 地域包括ケアシステム
 - ③ 病床機能報告制度・地域医療ビジョン
 - ④ 平成 26 年診療報酬改定
 - ⑤ 在宅の視点をもった看護：訪問看護、退院調整、介護との連携について
- (2) 訪問看護の人材確保（話題提供 2）
 - ① 訪問看護の必要量の将来推計
 - ② モデルケース案：訪問看護出向システム
 - ③ 助産師の出向システム（参考）
- (3) ヒアリング項目
 - ① 地域の看護体制をどのように考えるか
 - ② 今後の訪問看護体制整備の方向性
 - ③ 訪問看護出向システムの実現可能性

④ 病院、地域での取り組みの（好）事例

(2) インタビュー調査

FGD のガイドラインにある話題提供を行った後、以下についてインタビューを行った。

[インタビュー項目]

(1) 当該都道府県内の概要

- ① 地域内のステーション体制（ステーション数、機能強化型ステーション数、看護師数、利用者数）
- ② 地域内のステーション体制の変動（看護師数の年間増減、利用者数の増減）
- ③ 地域内のステーション又は訪問看護師、利用者に関する情報の管理方法
- ④ 地域内のステーションおよび訪問看護師の必要数、その算出方法

(2) 今後の訪問看護体制整備の方向性

- ① 訪問看護体制整備の中長期的な計画はどのようなものか
- ② 訪問看護師の確保・定着の状況
- ③ 訪問看護師の確保・定着のために行政で取り組んでいること
- ④ 看護師の処遇や教育研修で、力を入れていることはあるか
- ⑤ 地域内のステーションと病院、その他施設間の連携あるか。そこと行政との関わりはあるか

(3) 「訪問看護出向システム（案）」について

- (4) 上記以外の取り組み事例（好事例等）

3) 調査期間

2014 年 11 月～1 月

C. 研究結果

FGD により得られた結果を以下に示す。

1. 訪問看護ステーションの現状と課題、

人材確保への取り組み

1) 訪問看護ステーションの現状と課題 (表 1)

(1) 勤務条件が病院よりも悪い

訪問看護ステーションの管理者からは、「現在ステーションで働く人たちは労働条件が病院よりも整備されていない。オンコールもあり、コールが無ければ翌日も働かなければいけない。コールを受けても半日しか休めない状況もある。」との意見が聞かれ、「オンコール体制がある」「夜勤がなく給料が低い」など訪問看護ステーションの勤務条件が病院に比べて悪い現状にあることが示された。

こうした現状に対し、病院の看護部長からは、「看護師の給料は夜勤を除いてしまえばそれほど高くないため、給料や福利厚生を改善する必要がある。24 時間でできる人を揃えるためには、診療報酬や介護報酬のバックアップが不可欠」「訪問看護の業務は相当体力を使うため、モチベーションややりがいだけで（勤務の継続は）厳しいのではないか」といった意見が聞かれた。

(2) 人材確保が難しい

訪問看護ステーションの管理者からは、「看護師の入れ代わりが激しく、半年間で 4 人中 3 人が辞めたこともある。」「介護保険の開始以降から人材確保が厳しくなった。訪問（件数）は減らせない一方で、新規（採用者）をとれないにもかかわらず、24 時間体制を続けなければならない、常に危機状態に陥る可能性があることを実感した。」「ステーション就職希望者には、いずれ訪問看護を自分の田舎でやるという目標を持っており、そのために当ステーションで経験を積むという考えの方も多く。そのため、地元に戻るために 3~4 年でやめていく。」といった意見や、病院看護師が訪問看護就職を希望しても、「一人前にならないと訪問看護は難しい」と病院側で引き留めてしまうケースがあることが語

られた。

病院の看護部長からは、「市内に独居の患者が多いと特徴もあるが、在宅医も訪問看護師も不足しているため、訪問看護ステーションはあっても、看護師不足で困っている状況。」であることが語られた。さらに、新卒看護師の採用については、千葉県のように、新卒看護師を対象とした教育システムがないと採用は難しいといった意見も聞かれた。

2) 訪問看護ステーションの人材確保の取り組み (表 2)

(1) 地域内の訪問看護人材確保できている

訪問看護ステーションの管理者からは、「病院からステーションに就職して来た看護師の多くは、口コミで来ている」ことや、「訪問看護ステーションで勤務したいという認定看護師が存在している」ことが語られた。

これに対し、病院の看護部長からは、「当地域では、訪問看護ステーションは充実している。定年後の当院の看護師に対し、訪問看護ステーションから誘いがあることが語られた。

(2) ステーションスタッフが辞めない努力

訪問看護ステーションの管理者から「人材確保のためにも、スタッフが辞めない体制づくりに力を注いできた。一人ひとりのスタッフがストレスなく過ごせるように心がけており、一人ひとりとじっくり話し合う面接をおこなっている」ことや「看護師のライフスタイルを重視した運営を行っており、ほとんどのスタッフが年休の全消化を実現している」ことなど、スタッフが辞めないようステーションが努力していることが語られた。

(3) 病院看護師も訪問看護を希望

ある市では、訪問看護師としての任用制度があり、「労働意欲の高い方には定年後の再就職先の候補として訪問看護ステー

ションが挙げられている」ことや、「急性期（病院で）で働けなくなったため、在宅をやりたいという看護師がいる」ことが語られた。

(4) 訪問看護ステーションの規模

ステーションの規模としては、「7人過ぎると業務が円滑に進みますし、研修も受け入れやすくなり、学生が1回で5人くらい来ても余裕で回れている。」という声がかかれた。

(5) 訪問看護師の能力・適正

訪問看護ステーションの管理者からは、「訪問看護師としての適齢はなく、人それぞれ。人材としては、訪問看護や地域に対して興味がなければいけない。」といった意見や、研修に来る看護師の特徴について、「在宅と病院では視点にズレがあり、在宅では利用者さんと家族が中心であるため、それを理解できないと難しい。」という意見が聞かれた。また、「同行から離れて1人で訪問に行くまで半年～1年は掛かる。実際に現場に行き、自信がない点を明らかにして、その上で足りない部分を外部研修などで補い、自信を深める必要がある。」といった意見が聞かれた。さらに、「やる気があるスタッフは待機当番も含め、半年弱ぐらいでできるようになる。訪問患者にもよるが、簡単な対象者の方だったら1か月も経たないうちに任せられる。」といった意見が聞かれた。

病院の看護部長らからは、「患者の家庭で家族とコミュニケーションを図るためには、看護師として高い能力が必要。訪問看護室への異動ローテーションは、ある程度経験を積んだ看護師がもとめられ、2、3年目ではまだ厳しい。ジェネラリストか、県立病院の5段階評定では4以上と高い評定をもらえる看護師が必要となる。」ことが語られた。また、併設する訪問看護ステーション

ーションへもローテーションを行っている病院の看護部長からは、「当院での訪問看護へのローテーションは、原則的には本人の希望に基づいて行うが、希望者が少ない際は4年目でローテーションさせている。退院調整や退院指導に積極的な人材など、志向性があった方が適応性は高い。」ことが語られた。

(6) 訪問看護での非常勤スタッフの活用

訪問看護ステーションの管理者からは、「スタッフの入れ替わりが激しい中、非常勤スタッフは長期間勤務している。そのため、新しく入る経験が浅い常勤スタッフをサポートしてくれる。」といった意見が聞かれた。

病院の看護部長らからは、「非常勤でステーションに応募してくる看護師は多い。キャリアが空いている人で、非常勤で訪問に行きたいと希望する人がいる。」ことが語られた。

(7) 訪問看護での新卒雇用

今年度、新卒看護師を採用した訪問看護ステーションがあった。管理者からは、「新卒の訪問看護就職希望者がいるため、県立病院と連携をとり、新卒看護師ラダーの上に訪問看護師のカリキュラムをのせた形で現在研修を行っている。最初の6か月間は一般病棟で看護の実践を行い、その後は看護ケア病棟や脳外科、連携室、癌外来の看護も学んでもらい、翌年訪問看護を実施していく予定」という意見が聞かれた。

病院の看護部長らからは、「新人でも、訪問看護を第一希望に選ぶ人が出てきており、千葉県では先駆的に取り組みを始めている」ことや「東京都でも数か所で訪問看護への新卒雇用を始めている」訪問看護ステーションがあることが報告された。

(8) ステーションにおけるスタッフ教育

新人教育については、訪問看護ステーションの管理者から「同じステーションで看護師として1～2年続けないと力量も生まれないので、辞めないよう配慮しつつ、先輩看護師が新人に指導していけるシステムを作るべき。」といった意見や「新人への研修は現場研修（OJT）が基本」「スタッフが入所を希望した時からeラーニングを開始している」「雇用時の教育プログラムは基本的に外部研修と同行訪問を行っている。事業所内で呼吸介助やポジショニングなどの技術的な研修と評価を繰り返して行く」といった現状が語られた。

また、現任教育については、「ポートフォリオを使い、スタッフにあった研修を行う。例えば、緩和ケア病棟での1週間の研修や、認知症クリニックでの勤務、小児クリニックの往診同行、目的に合わせた患者へのインタビューなどを実施している」ことや小児や精神分野については、「研修は医療観察法の訪問を行っている」こと、「ベテランへの同行訪問を通し、研修している」こと、また「外部研修」や「発達支援センターや地域の他ステーションとの交換研修」を行っていることが語られた。

3) ステーションがもつ地域サポート機能（表3）

(1) 地域での勉強会・研修会の実施

「地域内での勉強会・研修会は、ステーションスタッフの能力強化だけでなく、他施設（病院、グループホーム等）、行政機関との情報交換、交流の場となっている」ことや「地域勉強会・研修を主催しているのは、地域内の機能強化型の大規模ステーションである」ことが語られた。

(2) 看護職ネットワークの構築

「地域内で看護職ネットワークを作っており、その一環で行政保健師と連携している」ことが語られた。

以上の現状に対し、課題として、「機能強化型訪問看護ステーションが地域の拠点ステーションとして、地域での勉強会・研修会などを主催して欲しい」ことや「看護研究に関するサポートが欲しい」こと、「データ収集についてのサポートが欲しい」こと、「研究等におけるデータ収集は現場でしかできないことに整理して欲しい」こと等が語られた。

4) 医療機関から見た在宅療養等の課題（表4）

医療機関から見た在宅療養等の課題としては、(1) 地域の在宅療養資源が少ないこと、(2) 病院も在宅復帰率等の観点から地域連携は必須であること、(3) 病院の看護師に余剰は無いのが現状であることの3つが挙げられた。

(1) 地域の在宅療養資源が少ない

「在宅へ返す場所がないため、病院が訪問看護ステーションを設置している」こと、「地域に訪問看護ステーションが少ないため、訪問看護師の人数も少ないことが問題」であること、「当院の周りには連携病院があまりなく、退院後の患者は98%が在宅になっている状況で、在宅支援や調整が必要」であること、「病院は地域での後方連携を必ず持っているので、訪問看護ステーションと連携するしくみを作り、契約元と契約先の双方にメリットがあるようにすることも必要」であることが語られた。

(2) 病院も在宅復帰率等の観点から地域連携は必須である

「看護師のキャリアの育成として」地域とかがかわれるしくみを作るべきだと提案している。病院のなかだけではなく、地域でも専門性を活かせることを実感させた上で、戻ってくる流れを組み入れていくべき」といった意見が聞かれた。

(3) 病院の看護師に余剰は無いのが現状

「病院には多様な働き方があるため、夜勤交代要員の確保が難しい状況。看護師の数自体は足りていても、夜勤に携わる人材が不足し、夜勤要因の 72 時間をクリアすることが難しい」ことや、「7:1 から 10:1 になった病棟でも患者の質は変わらないため、医療必要度数が低くても介護が大きになると、補助員が仕事をする必要が生じる。10:1 にしただけで、余剰な看護師が出るとは思えない」ことが語られた。

5) 医療機関の地域連携への取り組み (表 5)

(1) 病院の看護質向上のための取り組み

病院の看護部長からは、「一般急性期に勤務する看護師でも在宅をイメージした上で、退院調整をしていくのがスムーズだと思う」といった意見や、「急性期病院が、在宅療養を入院時からイメージできるように退院支援していくためには、在宅や訪問看護の人々の活動も見べき。退院調整緩和や退院調整加算がとれるところに訪問看護師と同行訪問させて経験を積みせれば、看護師免許をもったまま訪問看護へ人材が流れていくのではないか。」「病院と訪問看護の人事交流をすると看護師の意識が高まり、キャリアの1つとして考えるようになる。訪問看護から戻った看護師が臨床現場で高い能力を発揮していることが、周りの多くの看護師に伝わりますし、訪問看護のイメージや看護の面白さを多くの人に植えられることができる。このような組織立った取り組みが必要」であることが語られた。

(2) 訪問看護の質向上のための取り組み

病院の看護質向上のための取り組みに対し、訪問看護ステーションの管理者らは、「地域に訪問看護ステーションが少ないため、当院の訪問看護室の看護師がステーションの職員を指導しつつ、協力し合うことで、地域

のレベルの底上げを図っている」ことや「訪問看護はステーションによって技術格差があるので、当院の認定看護師が技術チェックを行い、足りない技術については当院主体で研修会を開いている」こと、「スタッフ人数の少ない訪問看護ステーションの人が研修に集まることは難しいので、逆に研修実施者である病院などの組織が入り込んでいくようなかたちで研修を実施している」ことが語られた。

2. 医療機関と地域の連携における出向・研修・派遣事例 (表 6)

1) 病院看護師が在宅医療を経験し、病院看護へ活かす

「新人の退院調整看護師を訪問看護室と一緒に同行訪問させている」現状や「看護師長の訪問看護ステーションへの1日体験を始めたところ、感動して帰ってくる人も多い。今回出向した看護師は50歳近いベテランであったが、自分のやりがいや期待の大きさを実感しており、高い効果を発揮してくれた」こと、「病院と訪問看護の人事交流をすると看護師の意識が高まり、キャリアの1つとして考えるようになる。訪問看護から戻った看護師が臨床現場で高い能力を発揮していることが、周りの多くの看護師に伝わり、訪問看護のイメージや看護の面白さを多くの人に植えられることができる。このような組織立った取り組みが必要」ということが語られた。

2) 訪問看護の質の向上

「病院の外来看護師の午後業務を役割分担し、訪問看護へ行くチームを作り成功した経験がある。チームを交代制にすることで、いろいろな診療科の看護師が訪問し、訪問看護の患者にとっては、トータルで診てもらえるメリットも享受できた。」と語られた。

また、訪問看護の質向上のための取り組みとして、①訪問看護室の看護師がステーションの職員を指導しつつ、協力し合うことで、地域のレベルの底上げを図る、②訪問看護はステーションによって技術格差

があるため、認定看護師が技術チェックを行い、足りない技術については病院主体で研修会を実施、病院の外来の看護師に希望をとり、訪問チームと検査チームに分けて、外来機能の午後の部分を役割分担するというかたちの取り組みで成功した、といった事例が報告された。

在宅医療・訪問看護における地域との連携については、中小の病院に出向してのNICUの救急蘇生などの講義や、看護協会や訪問看護ステーションを通して在宅支援をしていく体制の整備、在宅復帰においての地域病院との連携の強化が図られていることがわかった。また、看護師のキャリアの育成として地域とかかわれる仕組みをつくるべきであり、病院のなかだけではなく、地域でも専門性を活かせることを実感させた上で、病院に戻ってくる流れを組み入れていくべきであるという提案も出た。

3) 病院、訪問看護双方での経験値の向上

「病院とステーションで1-2日の人事交流を行っている。」ことや「ステーションスタッフが経験を積みたい施設をマッチングさせ、研修に行かせている。スタッフのニーズが高かったこともあり、経験後は外から見ていただけではわからないこともわかり、双方のスタッフが仕事へ生かすことができている。また、スタッフだけでなく、組織間も非常に近づける点で効果的だった。」こと、「当院では人材を交流させながら人員を動かしている。在宅の人材確保は難しいですが、当院では急性期を引き受けることで看護人材の育成を図り、3年目くらいで在宅に出すようにしている。」ことが語られた。

4) その他施設の出向・長期研修事例

「当院は専門看護師6-7人、認定看護師30人がいるため、1つの領域に専門・認定が複数いる場合、とくに感染、医療安全、皮膚排泄ケアについては非常に需要が高いので地

域へ出向させている。認知症看護といった部分を高度急性期病院として地域に対して支援をしていき、出向先の施設には当院からの患者を転院させてもらい、地域医療をつないでいる。出向期間は1年単位で行い、出向先の病院に対して教育支援もおこなっている。出向先の1つはグループ病院、他組織にも短期間で出向している。給料は当院と同額を出向先にだしてもらおう。認定看護師と医療安全管理者が出向」といった意見が聞かれた。

また、「地域医療支援病院として、地域の住民の方と密着した医療を掲げ、小さなクリニックから中小の病床施設に、NICUの救急蘇生などの講義を2-3日の出向というかたちで行っている。」ことが語られた。さらに、「看護師の研修として連携病院から1か月から半年、地域の病院から半年程度の出向をうけている」ことが語られた。

3 訪問看護ステーションと医療機関の連携による新たな人材確保への取り組み (表11)

本研究班では、訪問看護、在宅療養への新たな人材確保対策の一案として「訪問看護出向システム(案)」を提案した。この提案については、医療機関側、訪問看護ステーション側双方から概ね賛意を得られた。ただし、医療機関と訪問看護ステーション双方が出向システムによるメリットを享受でき、地域医療を充実させていくためには、その枠組みづくりにおいて、公的支援などの取り組みも必要となる。そこで、出向システムの在り方について、医療機関、訪問看護ステーション双方の意見をFGDで集めた。

出向の可否については、送り手となる医療機関側からは、契約形態、出向先(系列組織、退院連携をとっているステーション)等の条件を整える必要はあるが、出向自体は可能であるとの考えが示された。小規模な企業体同士が合併し、出向システムを取

り入れるなどの策も必要、病院が必ず1か所の訪問看護ステーションとの契約を結び、カンファレンスを持つようにすれば実践されるのではないかと、この意見も出された。また、医療機関側からは、病院の機能によっては、出向に介入することが難しく、また、大中規模の病院が訪問看護ステーションを設置することは地域の供給システムを壊してしまう可能性もある。そのため、病院・地域の特性を十分考慮した上での仕組みづくりが必要となるとの意見も挙げられた。出向先となる訪問看護ステーションの管理者からは、機能強化型ステーションなどスタッフ人数が多い大規模ステーションであること、経験者であること、といった、ステーション側の要件が示された。

訪問看護ステーション側が希望する出向期間については、ステーションとしては、半年は見習い期間で利益が上がらず、その後の1.5年で利益が上がるようになるだろうといった考えなどから、2年以上の長期間の出向が望ましいとの意見が出された。また、複数名の訪問看護加算が無制限になり、介護保険の人が使いやすくなれば1年間の受け入れでも構わないとの意見も得られた。

出向者については、医療機関側からは、①出向先の訪問看護ステーションの特性に合った人材、②病院側は出向させる看護師のレベルの提示が必要、といった適正、要件等が出された。また、定年退職が近いベテラン看護師が出向し、退職後は訪問看護ステーションで勤務する、子育て中の看護師がオンコール対応なしという条件でステーションへ出向する、といった案も出された。訪問看護ステーション側からは、専門・認定看護師、緩和ケア病棟の看護師を対象とするかたちが提案された。また、未経験者を受け入れる場合には、初期は利益が上がらないため、補助が出るといった支援体制があることが望ましいとの希望

が出された。

出向者の身分、就業条件等について、医療機関側から、①出向元の病院と同じ給与体系の下、身元保障された上での出向、②通勤等を考慮し出向先は近場が望ましい、といった意見が出された。

本研究班では、出向システムと併せて、訪問看護を看護師の教育ラダー、新人研修へ組み込むという提案を出した。これに対しては、医療機関側から、①資格取得など、看護師自身のキャリアアップにつながる保障があるとよい、②研修の一環として経験させるようにすることは可能だが、急性期病院の機能に一律に介入することは難しい、③新人研修の到達目標のなかに入れ込むことも、意識づけにつながる、④地域包括ケアを目指すのであれば、学生の到達目標と新人研修のガイドラインを融合させた上で、上手く進んだ訪問看護センターのシステムに乗せるのはどうか、⑤看護師の技術も上がり、本人の収入も上がるようなくみを作ればよい、といった意見が出された。

また、医療機関担当者 FGD において、出向というかたちではなく、医師の外勤のようなかたちがとれないかとの提案があった。外勤制度がとれるのであれば、①就業規則で就労時間は担保されるため、休日を削ってまで行く必要がなくなる、②1日2、3か所と勤務可能時間に合わせて訪問回数を決められるので、時間の有効活用が可能、といったメリットが得られることが示唆された。

4. 都道府県による支援の在り方 (表 8)

訪問看護の人材確保には、都道府県の財政支援も不可欠となる。そこで、訪問看護の人材確保を組み込んでいる都道府県の担当者および関係者へのインタビューを行い、訪問看護ステーションと都道府県との関係、また取り組みについて調査した。

協力が得られた、東京都、愛知県、滋賀県、佐賀県の担当者および関係者を対象とした。

1) 東京都

東京都では「訪問看護事業推進総合事業」として、(1)人材確保育成事業、(2)勤務環境向上及び定着推進事業、(3)訪問看護ステーション設置促進・運営支援事業、(4)福祉人材確保・定着モデル事業」が実施されていた。特に、訪問看護人材確保に関しては、地域における教育ステーション事業と訪問看護OJTマニュアルの策定が行われていた。

2) 愛知県

愛知県では、「訪問看護ステーション長期派遣研修事業」として、病院看護師の訪問看護ステーションへの長期(2か月)派遣が行われている。研修者は1医療機関から2人~4人であり、病院看護師の件費、交通費の半額を「基金」で負担しているとのことであった。研修先は各医療機関が連携先などと調整して決めており、2014年度は、名古屋市立大学病院のみであったが、2015年度から他機関でも実施される予定である。

3) 佐賀県

佐賀県では、「訪問看護サポートセンター運営費補助事業」として、訪問看護サポートセンターを設置し(佐賀県看護協会に設置)、病院の管理職クラス、リンクナースを対象とした1日研修や、医療機関から訪問看護ステーションへの交流派遣などの支援が2015年度より行われる予定となっている。

4) 滋賀県

滋賀県では、2013年度から「新人訪問看護師確保・育成事業」を開始しており、新たに2015年度より「在宅看護力育成事業」「(仮称)訪問看護支援センター設置・運

営事業」が行われる予定となっている。「在宅看護力育成事業」は、滋賀医科大学に「訪問看護コース」が設置されるもので、定員は10名(1学年の学生数は70名)となっている。「(仮称)訪問看護支援センター設置運営事業」は、訪問看護師の総合的な支援を行う中核センターの設置(滋賀県看護協会に設置)などにより、人材確保、育成に力が入れられようとしている。さらに、長年の課題となっている24時間体制の整備、多角化・大規模化をめざし、人員体制の強化を図るため、看護師の常勤換算数を1人増やしたら訪問看護ステーションに訪問用自動車の購入経費を助成するといったユニークな試みも計画され(県内の全訪問看護ステーションの約四分の一が手上げをしている)、着実に訪問看護人材を増していく取り組みがなされている。

今回、インタビューへの協力が得られた都道府県では、訪問看護や在宅療養に積極的な支援策が行われており、本研究班が新たな取り組み案として提示した出向システムについては概ね賛意を得られた。一方、「出向システム(案)」実施にあたっては、「組織と異なる医療機関と訪問看護ステーション間の調整が重要となる」という課題が示された。

愛知県の長期派遣、佐賀県の交流派遣など、すでに出向システム案に近い取り組みも行われていることもインタビューの結果、明らかになり、都道府県の訪問看護支援策に「出向システム」を組み込む形での実施の可能性が示唆された。

D. 考察

2025年に向けた医療提供体制の改革のもと、において、訪問看護の人材確保・育成は喫緊の課題である。2025年には介護保険の利用者だけでも51万人と推計されて

いる。それを支えるマンパワーの確保が緊急的課題であり、訪問看護職員の確保がより一層重要となる。病床数や病床機能の見直し等により、医療機関の看護職員数に余剰が生まれたとしても、訪問看護・在宅領域への労働移動は自然には進まない。そのため、多様な看護人材の訪問看護・在宅領域への参入を促進するための方策が必要となる。

この課題への対策として、本班では、病院・病床の機能分化および病院体制の見直し等による余剰人員の活用法として、地域における病院看護師を活用し、在宅医療領域の人材確保のための「訪問看護出向システム」を提案した。

この提案に対して、まず、地域への出向等のかたちで、病院看護師を訪問看護に充てるという提案に対しては、体制が見直されたとしても、現状でも病院では夜勤交代要員が不足している等の問題があり、余剰というかたちにはならないとの意見が出され、訪問看護出向システムの枠組み作りにおいては、余剰人員の活用というかたちは見直す必要があることが示唆された。

一方で、病院勤務の看護師には、一定数の訪問看護希望者がいること、また、看護師定年後に訪問看護ステーションでの勤務を希望する者も一定数おり、本出向システムを活用することで人材の確保につながっていく可能性が示唆された。

次に、病院側の対応として、訪問看護・在宅療養における地域との連携への取り組みが進められており、また、在宅療養の重要性も認識されてきている状況が明らかにされた。具体的には、訪問看護への出向・研修経験により、その看護師が病院に戻ってきた後の看護の質向上へ貢献している状況、また、その影響によりさらにより多くの病院看護師に在宅療養経験を積ませる取り組みを広げている状況が語られた。

訪問看護ステーション側においては、病院看護師の受入にあたり、自事業所独自のカリキュラム作成を行うなど教育機能の充実も図られている状況も明らかにされた。

このような派遣側である病院と受入側である訪問看護ステーションの双方で、先駆的に各地で始められている取り組み状況を鑑みると、徐々に病院看護師の訪問看護への出向基盤が整ってきていると言え、看護師が在宅療養経験をするための受け皿としても出向システムが役立つのではないかと考えられた。

さらに、長期の出向という形態だけではなく、まず週 2、3 日の短期の研修というかたちを整えることも提案されたため、長期出向だけでなく、短期間・長期間を組み合わせた複数のパターンによる病院看護師の訪問看護派遣・出向システムの実施が可能であると考えられた。

具体的には、ヒアリングで得られた、医療機関からの病院看護師の訪問看護への出向・研修・派遣の形態、出向させるにあたっての希望、訪問看護ステーションが求める受け入れ条件等を整理した結果、訪問看護出向システムには、①長期の出向・研修型、②短期の出張・研修型、また、医師の外勤のようなかたちをとる③外勤型（断続的に長期出向）のパターンが考えられ、出向先機関や出向する人材により、最適なパターンを選択する必要性が示唆された（表 9、10）。なお、ここで述べる「出張」は病院からの出向者が講師など支援する立場で派遣される形態をさし、出向者が訪問看護で学ぶ姿勢で派遣される形態はすべて「研修」に含むこととする。これらのパターンでは、出向する人材によって異なる効果が得られることが考えられた。

看護師のキャリアに応じた出向・派遣パターンについては、表 9 に示したように、認定看護師、専門看護師、緩和ケア病棟看

看護師など専門性の高い人材に対しては、どの出向パターンでも可能であり、出向先のステーションのタイプを選ばず、出向先において、知識・技術を提供することが期待できる。反対に、訪問看護や在宅医療の未経験者の出向・派遣については、病棟で3年以上の経験を積んだ後、短期間の研修や、長期間の出向という形で機能強化型ステーション等へ出向し在宅医療について学び、出向終了後は院内で在宅復帰への支援や退院調整業務への貢献が可能となる。退院調整看護師、リンクナースの出向や研修は、自身の在宅復帰支援、退院調整能力強化に結び付き、布いては施設間の連携促進にも貢献できる。外来勤務者は、その勤務形態を利用し、長期間にわたり断続的な出向を定期的に繰り返す外勤のような形も考えられ、訪問看護ステーション側の人材確保に貢献することが期待できる。子育て看護師は、子育て期間中にステーションに出向することで、自身のワークライフバランスを確立し、仕事を継続することが可能となる。新卒者の短期研修は、訪問看護を経験し現状では欠かせない在宅医療について学ぶだけでなく、その後のキャリアプランの一つに訪問看護の選択肢を入れるきっかけとなることが期待できることが示唆された。

また、すべての人材の出向に共通して得られる効果としては、病院と訪問看護ステーション間の連携の促進と共に、出向者自身の在宅医療の知識・技術の向上が考えられた。

さらに、表 10 に示したように、出向先機関別の出向パターンを考慮すると、受け入れる期間により、その可否が分かれた。常勤スタッフ数が多い比較的大規模な機能強化型ステーション等は、研修等の受け入れ体制が整っているため、出向人材や出向期間を選ばないが、その他の一般ステーションでは短期研修の受け入れは運営負

担にもつながり、受け入れの可能性は低いと言える。

前述した出向パターンを実施する際に、出向元となる病院側、出向先の訪問看護ステーション側、出向システムを制度的に支援する行政側それぞれの立場において留意点、実施に向けての検討事項や改善事項が挙げられた(表 11)。

行政の役割としては、出向元と出向先の両機関の関係に関して、病院と訪問看護ステーション側の双方で、組織を超えた連携を意識していく必要があると言え、行政はそれを調整し、支援していく役割が求められることが示された。また、人材確保に悩む比較的小規模なステーションは企業体同士が合併し本システムを組み込むことで、スタッフ確保に結び付く可能性も生まれることも指摘された。

病院側の本システム導入要否については、地域における病院機能の特性を考慮する必要がある、主に地域医療支援病院が出向に取り組むことが望ましいと言える。

制度や仕組み上の工夫としては、出向元の病院が、訪問看護ステーションへの出向経験を看護師のキャリアアップや教育ラダーへ組み込むことで、出向希望者の増加や出向者のモチベーションアップにつながることも考えられる。また、訪問看護経験を新人研修に取り入れることで、将来の訪問看護人材育成につながる可能性も期待できる。並行して行政側には、大学などの看護基礎教育機関と連携し、基礎教育課程での訪問看護カリキュラム充実に向けた取り組みが求められる。

出向人材に関しては、出向元の病院側が出向先の訪問看護ステーションの特性にあった人材の選択や、出向者のレベル提示を行うことで、受け入れ先がそれに見合ったオリエンテーションや業務内容を調整することができる。一方で訪問看護ステーションは、受け入れ可能な人材や対応可能