

平成 30 年度奈良県訪問看護推進協議会 議事概要

1. 開催日時 平成 31 年 3 月 19 日 (火) 14 時～15 時 40 分

2. 開催場所 奈良県庁 分庁舎 5 階 第 51 会議室

3. 出席者

委員：竹村会長、伊藤委員、小松委員、瀬川委員、田端委員、堂ノ本委員、西原委員、春木委員

事務局：奈良県福祉医療部

医師・看護師確保対策室（溝杭室長、小走係長、上田主査）

地域包括ケア推進室（井勝室長）

介護保険課（川西主任調整員）

4. 議題

1) 訪問看護ステーションを取り巻く現状について

2) 平成 30 年度 訪問看護関係事業の実績について

3) 平成 31 年度 訪問看護関係事業の計画について

4) 意見交換

- ・訪問看護師の確保、定着、育成について
- ・訪問看護ステーションの連携促進について
- ・多職種連携や地域包括ケアシステムについて

5. 公開・非公開の別

公開

6. 議事内容

○福祉医療部医療政策局 医師・看護師確保対策室 溝杭室長あいさつ

足元に悪い中、ありがとうございます。この協議会は、本来であれば年 2 回開催し、1 回目は新規事業の説明、2 回目事業結果についてご意見を聞きたいのですが、予算の都合上年 1 回となっております。年度末に今年度の事業説明と結果報告をして、翌年度の事業計画の説明、新規事業を含めた進捗管理をしたいと考えております。今年度も、インターンシップ事業、プリセプター事業など新規事業をお願いして、実施していただきましたが、うまくいったものいかなかったものがありました。議会が終了しましたので、平成 31 年度予算では、訪問看護師にかかる人材育成について、ハード整備にかかる部分は介護保険課、それ以外の事業は医師・看護師確保対策室で一体的に行うことにいたしました。その点も含めて、ご意見をいただけましたらと考えております。

○竹村会長あいさつ

竹村でございます。普段より皆様には、お世話になっております。この会議も回を重ねてまいりました。訪問看護は始まって、24～25年。2000年から介護保険制度が始まって今年で丸19年目となります。県民で在宅に居られる方、病院から在宅に戻られる方、訪問看護が、県民の医療、介護も諸々を抱えて下さっている。うまくいっているところ、いっていないところ、これ以上進まないところ、ご協議いただければと思います。

○議題

1) 訪問看護ステーションを取り巻く現状について (資料1)

奈良県訪問看護ステーション実態調査等の結果について
資料を基に医師・看護師確保対策室 小走係長より説明

2) 平成30年度 訪問看護関係事業の実績について (資料2)

① 医師・看護師確保対策室及び介護保険課事業について
資料を基に医師・看護師確保対策室 上田主査より説明

② 地域包括ケア推進室の退院調整ルールの普及について 井勝室長より説明

1)、2) について次のような質問及び意見があった。

伊藤委員 (資料2) P6の在宅医療看護人材育成支援事業について県立医大の第三期中期計画の推進を図るため、事業内容を見直しのうえ廃止となっておりますが、やはり数字が伸びなかったことが廃止の要因となったのでしょうか。

小走係長 人員の伸び悩みがあり、県では三年で事業の見直しを行うこともあり、廃止させていただきました。先ほども説明いたしました、医大としては次年度も事業を継続しています。

竹村会長：在宅医療看護人材育成支援事業について、奈良県としては奈良県立医科大学への補助金はなくなるが、医科大学が単独で同じ事業をおこなっていくということによろしいでしょうか。ほかに何かございませんか。

小松委員：井勝室長からの報告で東和地区の退院調整ルールの見直しがあり、退院カンファレンスに「訪問看護との連携」が入った。そのことにより病院からサマリーなどが1週間～5日前に手元に届くようになった。病院のサマリーを読み解き、退院時に訪問看護計画が持参できるようになり説明もできるようになり、利用者にとっても事前に訪問看護が行うことを理解してもらえるのでよい取組となってよい成果となっている。

井勝室長：早速にルール見直しによる訪問看護との連携について、現場の声を聞かせていただいたことに感謝申し上げます。具体的な効果を伺ったので、この意見を他の圏域にも伝えて広げていきたい。

竹村会長：変な質問となりますが、退院前の5日前に看護師のサマリーが出てくるとのことですか。

小松委員：5日～1週間前にいただける。以前は当日に手渡しとなっていた。

竹村会長：そうすると病院の看護師さんは、病状が安定してくるとサマリーを作る。退院前の病院ですと、主治医のサマリーがなかなかもらえないと聞いている。書けていないことが散見されるが、看護師だけのサマリーか。

小松委員：看護師だけのサマリーとなる。病院の看護師さんは忙しいと言っておられるが、サマリーは早く出してきている。

竹村会長：医師のサマリーが出てくるのか遅いということになりますか。

瀬川委員：近畿厚生局が入るようになって、早くなったように思いますが、遅いことは遅いです。

竹村会長：大学病院等に近畿厚生局医療監視室が入って医師のサマリーがなければ、報酬返還を言われることがあると聞きますので、サマリーを早く書く習慣になればと思いますが。

瀬川委員：急性期等がサマリーを早く書くことは難しい。在院日数が、12日～14日となっているので、病状の安定を見ずにサマリーを書くことになるので、それは出来ない。

小松委員：慢性期の方が対象となるか。急性期は10日では、なかなか難しい。介護と医療の両方が必要な人がつながっていく必要がある。

竹村委員：訪問看護、訪問介護が入らないといけない病態の人と考えるべきなんですね。わかりました。他にご質問等はございませんか。

瀬川委員：質疑の2から訪問看護支援事業の研修事業の参加者について、事業規模との関係はどうか。例えば大規模のところは研修に参加できて、小規模は参加がほとんどできないとか。

上田主査：話しとして小規模のところは出席しにくいことは聞いているが、実際に委託事業の名簿等から規模までの把握には至っていない現状です。今後は把握に努めていきます。重大な課題と考えるので、補助事業、委託事業において改善に努めてまいります。

小松委員：瀬川委員がおっしゃるとおりに、小規模のところは働いている看護師が少ないことから、全ての研修を網羅して参加することは難しい。だけれども、小規模の管理者も勉強したいという思いは持っている。訪問看護ステーション協議会が行う管理者研修は、70名程度の申し込みがあるが、当日患者の急変や電話当番など参加できないなどで当日の参加率が下がる。

春木委員：特定行為研修について、在宅コースが全額補助で、急性期コースは1/2補助なのか。そうなのは平成29年度からか。

小走係長：平成29年度は特定行為に関しては、1/2補助で、平成30年度より県立医科大学が特定行為研修の在宅コースを始めたことから、訪問看護ステーション等も参加しやすいよう全額補助とした。

春木委員：急性期コースは在宅に役立たないのか。

小走係長：急性期コースが役立たないのではなく、在宅コースは急性期コースと重なる部分が多く、実際講義も重なっている、在宅で必要になる分野を作っていただいた。

溝杭室長：県の施策を進める中で、今後どれだけ在宅看護が必要かということで、インターンシップ、プリセプターや大規模化があり、医大の働き方改革を進める中で、術場やICUなどで特定行為研修を終了した看護師が必要になることもある。別途流れがあり、施策的に判断があれば、急性期も10/10の補助をすることになる。今は在宅ということになっている。

3) 平成31年度 訪問看護関係事業の計画について (資料3)

訪問看護に関する医師・看護師確保対策室及び介護保険課の事業について
試料を基に医師・看護師確保対策室 上田主査より説明

竹村委員：議事3について説明していただきましたが、何かご意見ご質問について
平成30年度、平成31年度について分からないところなどご質問などあれば

堂ノ本委員：奈良県看護協会の者が聞くのは恥ずかしいのですが、今年度まで訪問看護養成講習会と退院支援看護師養成研修を実施していて、退院支援看護師養成研修会については受講生が多くなっております。

小走係長：奈良県看護協会自身が単独実施していくこととなり、次年度より廃止した。

4) 意見交換

- ・訪問看護師の確保、定着、育成について
- ・訪問看護ステーションの連携促進について
- ・多職種連携や地域包括ケアシステムについて

竹村委員：今後の訪問看護の在り方について意見交換をご意見等ありましたら、お願いします。

春木委員：退職予定者の面接を全員に対して行っているが、なかには訪問看護に行きたいという者もいる。背中を押すことにしているが、若すぎる新人、臨床を知らない、処置等を知らない者が行くことが心配。現場ではどれくらいの経験値が必要となるのか。今年度も一人訪問看護に行くという新人が居る。観察力もない、戦力になるのか。どれくらいの技量を持つ者が要るのか。

小松委員：事業所の規模による。大規模なところ、小規模なところ。伊藤所長さんのところはいかがですか。大規模であれば受け入れられる幅がある。

春木委員：若い年齢層には、できるだけ大きな規模の訪問看護ステーションに行くように進めている。

伊藤委員：県の事業で、今、県立奈良医大の学生さんが、卒業後、奈良医大付属病院に所属して、1年目は病棟10ヶ月、2か月訪問看護ステーション、2年目は訪問看護ステーションと病院を6ヶ月ずつ研修して、3年目は就業したい訪問看護ステーション10ヶ月となっており、現在のトライアルの学生は大丈夫です。大学付属病院で知識を学んできておられるので、後は実践の部分、

技術の部分、採血等については、経験値は浅いが日々やっていくことで蓄積されてくる。必要があれば大学の実習室や大学病院を使わせていただいてモデルで研修等の受入れてもらっている。新人で来られても、学習や研修ができる体制があれば実践を積む方法はいくらでもある。

春木委員：県立医科大学以外ではできない状態でしょうか。

伊藤委員：看護大学ができて、そういうところと話し合いをしながら実地の研修をできる体制があれば出来るのではないかと、地域にある大学と連携、病院との連携で新人を迎え入れるのではないかとこの思いはあります。

瀬川委員：他の訪問看護ステーションが医大を使いたい場合はどこに言えばいいですか。

伊藤委員：奈良医大看護学科の教授と話を進めている。実習室等の使用に関してモデルの人形を活用して採血、尿道カテーテルの入れ替えするモデル人形の交渉ができないかと考える。

溝杭室長：伊藤委員の言われた今の事業は、県としては廃止することになった在宅医療看護人材育成支援事業の奨学金事業のことで、一旦医大に就業して訪問看護と大学を行ったり来たりして、最終訪問看護が大学の在宅分野に就業し義務従事することで奨学金が免除される。最近の新規事業は、三年で成果がでないと廃止する、スクラップ&ビルドされる。県の事業は、看護師の確保と質向上、大規模化の三本柱で進めている。医大は、中期計画の中で在宅看護を進めることになっているので、継続していく。臨床ではなく、大学教育なかで、どれだけ学生を外に出していくか。キャリアパスを進めていくか、病院看護に特化しているなかで、これからは在宅も保証していくかを考えていくかで、県立医科大学は、病院を持っているが、他大学は病院等を持っていないので、その辺りはこれからではないかと考える。

堂ノ本委員：ナースセンター、職業紹介の立場より発言させてもらう。潜在看護職や離職した看護職などといった就業希望者より訪問看護に関する質問があるが、訪問看護ステーション協議会のホームページを活用し、医療圏ごとに掲載されている訪問看護ステーションを紹介している。ホームページに訪問看護ステーションの得意分野が記載されていることが役立っているが、ホームページの更新月を入れていただくで最新情報として安心して提供することができるためお願いしたい。また、就業に結びつかないことが多いにも関わらず、訪問看護ステーションが就業希望者の施設見学や同行訪問を快く受け入れてくれていることに心より感謝している。

先ほどの県立医科大学の研修の話だが、県立医科大学のキャリア支援センターがシュミレーターを持っているため、ナースセンターの復職支援研修の中のフィジカルアセスメント及び急変時の看護に関する研修において場所と機材を無償で借用させてもらっている。

竹村会長：意見交換の一つ、訪問看護師の確保、定着、育成について何か意見がありましたらお願いします。

小松委員：訪問看護師は慢性的に不足している。静岡県の医師会の先生が、がんのターミナル、終末期を支えるには、安定してケアを継続していくには、常勤換算で7.0人のいる訪問看護ステーション規模が必要であるという調査結果を出した。4~3人が継続してターミナルに関わるので、タ

一ミナルケアに関わるので、ステーションの規模を7.0人以上にもっていく必要がある。ナースセンターの紹介だけでは、間に合わず、需要と供給を合わせるため、有料職業紹介所から人を採らざるおえない状態。費用面において管理者が自分の給与を下げて対応しているところもある。今後の働き方改革のこともあり、雇用する職員のことと考えていかなければならず、大変な時期となっている。また、ターミナルケアも増加の一途である。

竹村会長：資料1の最後ページに規模書きされていますが、訪問看護ステーションの連携促進についてご意見等ありましたらお願いします。田畑委員、南和地域で活動されていますがいかがですか。

田畑委員：山間部ではあるが、訪問看護ステーションの規模が大きくなったことで研修会の参加率や年次有給休暇の消化率などの上昇、また、利用者を断ることがなくなったことを見ると、事業所の大規模化の必要性は感じている。小規模事業所も頑張って24時間対応してくれているが、重症患者等の受入れが難しい状態の時もあるためお断りするケースもあると聞いている。山間のへき地のサテライト事業所の経営はマイナスの状況であるが、訪問看護全体では、サテライト以外の訪問看護事業もあることから、収益はプラスマイナスゼロである。小規模事業所は赤字の所もあると聞いている。報酬改定により、利用者宅まで片道1時間以上の距離がある場合、距離は算定されるが、冬場等は雪道で移動時間がかかったり、山崩れや補給工事で片道通行などもあり効率は悪い。

竹村委員：他には意見はあると思いますが、他職種連携や地域包括ケアシステムについてご意見はありますか。

西原委員：小松委員が訪問看護師は慢性的不足と言われていましたが、病院看護師も慢性的不足で、派遣等の委託費が高くなっている。大学への勉強までは至っていないが、現在の職、訪問看護師になったらなっただまとはしていない。病棟での勤務経験も含めてローテーションを行っている。若い看護師が一定の経験を経て待遇も含めて行ってもらっている。若い看護師が、看取りを行なえないわけではないが、人の死に慣れることは重要なことなので自病院では、勤務場所を病院、診療所、訪問看護ステーション等にローテーションしている。

竹村会長：西原委員の在籍される病院は、病院だけでなく訪問看護ステーションを2施設、診療所、老健施設を持っておられる。自分が在宅医としてのお世話になっている、意見になります。土庫病院は、病院、診療所、訪問看護ステーション等を持っておられ、看護職員をローテーションしてくださることで、手術場といった病院の状態を知った看護師が訪問看護師となる、訪問看護していた看護師が病棟を精通する、心肺停止などの緊急時に対応してもらったことも経験としてあるので在宅をしている医者として、管理者がしっかりしている訪問看護ステーションが、病院につないでくれていることがありがたいと感じています。
多職種連携や地域包括ケアシステムについて、南和で奮闘されている田端委員何かご意見等ありますか。

伊藤委員：資料2 p 9 市町村の取り込む8項目、樫原市に委託されている看護協会立の訪問看護ステーションは(ア)～(ク)に参加している。直接は(オ)支援業務で、週2回、樫原市の包括支援係の中で半日、市民や介護を含めた色々な職種の方々の相談支援を直接受けており、ごみ屋敷の訪問、病院診療所が拒否される患者さんを訪問し、関係団体と繋げることを行っている。直接、訪問看護でできるという意味合いが大きいことを実感している。また、中学校区、小学校区の

ランチがあり地域支援会議や、自立支援型の事例検討をしながら地域の会議があり、会議回数が多く大変であるが、訪問看護ステーションの規模が大きいことのできることを考えるので、管理者としてできる限り参加するようにしている。様々な会議や市の多職種連携会議に入ること、今まで分からなかった地域の流れを理解した上で、その上で相談支援ができることで訪問看護を通じて、様々な病院やケアマネジャーと繋がることができているので、実感として地域包括ケアシステムの中で訪問看護ができる役割が認識できている。役立つことが訪問看護の中では多いと感じている。協議会の中でも、訪問看護が出ていくことで、多職種連携で困っている方のところに行ける、これが本来の訪問看護と感じているので、力を入れていける方向なると良いと考えている。

田端委員：自分たちの地域で、地域包括ケア会議に呼ばれたことがない。なぜ訪問看護が入っていないかと感じていた。南和地域の退院調整ルールができたことで参加できるようになるのか。地域差を感じる。

田端委員：自身の事業所がある南和地域で、地域ケア会議に呼ばれたことがない。なぜ訪問看護が入っていないのかと感じていた。南和地域に退院調整ルールができたことで、当該会議に参加できるようになるのか。地域差を感じる。

また、東和圏域の退院調整ルールで導入された訪問看護師との連携について、いいものはできるだけ早く他の圏域に広げてもらいたいし、南和圏域についてもルールが出来上がったばかりだが、早めに導入できるようにされたい。

井勝室長：退院調整ルールについては、策定した圏域ごとに若干の違いがある。というのも、先に策定した東和のルールを西和や南和医療圏などにおいてそのまま実行するのではなく、それぞれの医療圏において、ケアマネジャーと病院看護師等退院調整に関わる者が、グループワークを通じて退院調整ルールが作られてきたためである。話し合いの過程が重要であり、ケアマネジャーと病院看護師の役割、各職種がどのようなことをできるのかについて、介護の現場が把握・実感してもらうことが大切であると考え。平成31年度に東和で見直した結果を他の医療圏に周知していき、見直しの会議に訪看護師に入ってもらうのは翌年度以降になるといったタイムラグが生じるかもしれないが、ルールの見直しを行うのは、ルールが策定された圏域の順番というわけではなく、できるだけ早く改正ルールの利点をPRする予定である。

次に、地域ケア会議に訪問看護が呼ばれていないのは、市町村や包括センターの意識や検討課題に違いがあるためではないかと考える。地域ケア会議も地域支援事業の一つであり、地域包括ケアの構築のために、医療介護の連携、地域ケア会議の充実、自立支援重度化の防止が市町村の取り組み事項とされている。認知症施策の推進、生活支援体制の整備は、専門家だけでなく一般住民を含め考える必要があり、見守りやゴミ出しなどお互い助け合っていくようなものであり、これらのことを市町村が取り組んでいくことになり、そのツールの一つが地域ケア会議である。地域ケア会議を開催、運営する市町村のコーディネート能力に差があると思われる。市町村が地域の課題を見つけ、課題に応じた関係者に会議に参加してもらうことが重要であり、県では地域ケア会議担当者や会議に参加する専門職に対する研修会を開催している。研修後すぐにコーディネート力アップに繋がるわけではないが、粘り強く行っていきたい。

地域づくりで重要なことは、医療介護連携や認知症施策の推進などを個々に進めていくのではなく、一体的に進めていく必要がある。特に南和では、医療介護の資源が少ないため、それを補うためにも既存の地域資源を使っていく必要があるため、訪問看護についても今後は声がかかってくるだろうと考える。

竹村会長：病院も介護する人も足りない。介護の有効求人倍率は、5倍あると聞いた。介護の人を雇うのが大変。インドネシア、フィリピンなどの外国人を採用して、かろうじて経営していると聞いた。看護の現場も同様であると聞いています。働き方改革もあり、大変になる。介護保険課の方伝えたいことはありますか。

川西主任：介護保険課として平成30年12月に全訪問看護ステーションに大規模化の整備補助について通知した。訪問看護ステーション側からは、人が居れば採用して大規模化したいが看護師がいないということで、交付決定が6事業所にとどまった。140事業所の6事業所である。まだまだ枠があるが、人材確保が大変であることを常日頃感じている。

竹村会長：病院も看護師の募集中で、看護師も適材適所で働く場も色々ある。他に何かありますか。

西原委員：主旨は違うが全看護師と全医師にアンケートを実施したことがある。回答率は76%で、140人くらいの看護師に経験年齢を聞いたら、4割が3年以内と答えた。以前は、看護師がいきいき働いていた。認定看護師でもなろうか、そうすれば医師とも対等に話ができると思った。そうおもわせるモデルのような看護師が居た。勤務経験が浅いなかなかモチベーションが上がってこない。そのため自身の努める院内では、学習会を開いて、自分のできることをできるところで学習していこうとしている。あのような看護師になりたいという形をつくっていく必要がある。辞めていく看護師はどこにいつているのか。ロールモデルを作ることが必要と考える。

竹村会長：医師として新人であるとき、看護師から技術を学んだ。人に教えて喜びもあると考える。医者は添え物と考える。

西原委員：退院支援看護師の認定を院内でおこなっている。看護師一人一人ができること専門を増やしていくことが必要と考える。

瀬川委員：多職種連携会議は難しい。小さな地域、小学校区でも会議を行います。皆が集まってすることが難しい、無理がある。患者を中心に必要な人が集まって、小さなコミュニケーションが集まって大きくなるという形がよいのではないか。現状は、多職種連携会議は夜に開催されている。働き方改革を考えると夜の開催は無理となる。夜だと包括支援センターの職員が参加できない。時間的なものがシステムを動かすことに支障をきたしている、先ほどいった個々人の繋がりとなるのではと考える

竹村会長：市町村のできていることできていないことの表はありましたが、中身が大事と考えます。

井勝室長：現状市町村の自己申告となっている。

瀬川委員：8時9時の会議は、なかなか続かない。違う方向を考える必要がある。

竹村会長：他にございませんようでしたら、これで終了させていただきます。ありがとうございました。