

## 平成30年度 第1回吹田市地域医療推進懇談会作業部会 議事要旨

### 1 開催日時

平成30年（2018年）8月6日（月）午後4時から午後6時15分まで

### 2 開催場所

メイシアター 3階 第1会議室

### 3 出席者

大阪大学医学部附属病院 吉田 麻美委員、国立循環器病研究センター 三井 佐代子委員、  
市立吹田市民病院 中筋 知美委員、済生会吹田病院 佐藤 美幸委員、  
吹田市介護保険事業者連絡会訪問看護部会 新田 美和子委員、児浦 博子委員、  
大阪府訪問看護ステーション協会 上山 美紀委員、大阪府吹田保健所 柴田 敏之委員

### 4 欠席者

済生会千里病院 刀谷 峰子委員

### 5 案件

- (1) 平成30年度吹田市地域医療推進懇談会作業部会の趣旨について
- (2) 訪問看護の実態調査結果及び懇談会での議論等から見える訪問看護等の課題
- (3) 病院看護師から見た課題
- (4) 訪問看護事業所及び病院の取組の現状
- (5) 対策の方向性とその具体策について
- (6) その他

### 6 議事の概要 別紙のとおり

事務局           それでは定刻になりましたので、吹田市地域医療推進懇談会作業部会を開催いたします。お忙しいところ、御参集いただきありがとうございます。よろしくお願いいたします。

まず、本作業部会の設置要領及び傍聴について、御説明いたします。参考資料1を御覧ください。本作業部会は、参考資料1、吹田市地域医療推進懇談会設置要領の第7条に基づき設置させていただいております。また、参考資料1の3枚目、吹田市地域医療推進懇談会の傍聴に関する事務取扱基準に基づき、本作業部会も傍聴可能としておりますが、本日は傍聴希望者がおられないことを御報告いたします。

また、本懇談会の内容につきましては、終了後ホームページでの公開を予定しておりますので、議事録作成のため、録音させていただきますことを御了承ください。

では、本日の配付資料の確認をさせていただきたいと思っております。

#### －資料の確認

事務局           それでは、開会にあたりまして、事務局から御挨拶申し上げます。

#### －挨拶

事務局           それではまず、本日は作業部会の初日でございますので、委員の皆様の御紹介と、事務局職員の紹介をさせていただきます。お手元の参考資料2吹田市地域医療推進懇談会作業部会委員名簿を御覧ください。

#### －委員の紹介

#### －事務局の紹介

事務局           それでは、お手元にお配りしております次第に従いまして、案件に入りたいと思っております。案件1平成30年度吹田市地域医療推進懇談会作業部会の趣旨について、事務局より説明させていただきます。

#### －資料1 平成30年度吹田市地域医療推進懇談会作業部会の趣旨について

事務局           それでは次の案件2訪問看護の実態調査結果及び懇談会での議論から見える訪問看護等の課題に移りたいと思っております。それでは、事務局から説明いたします。

#### －資料2 訪問看護の実態調査結果及び懇談会での議論等から見える訪問看護等の課題

事務局           今、事務局からこれまでの懇談会等での議論の振り返りをさせていただきました。ではまず、訪問看護事業所の方々から何か補足等はございませんでしょうか。

委員　　これまで懇談会でお伝えしてきた内容について、反映していただいていると思います。このような機会を設けていただいたので、病棟の看護師の方たちに、在宅での訪問看護の実態をもっと分かっていただいて、お互いに実態を知り合って共通理解をし、スムーズでシームレスな連携関係ができればいいなと思います。

委員　　資料の中の一事業所あたりの平均看護職員数ですが、これは常勤換算ですか。

事務局　　常勤換算の数字です。

委員　　訪問看護ステーション協会の育成プログラムについて、協会に加入している事業者しか案内されていないというのが実態だったのですか。

事務局　　お話をお聞きしに伺った際に、こういった御意見だったかと思いますが、違いますか。

委員　　これは、大阪府からの委託事業なので、全事業者に対して案内していたと思います。ただ、実態としては、このプログラムが動き始めて3年目ですが、現状として10人を切るくらいしか参加していないのが実態です。それは、新卒者を雇用する事業者がまだまだ少ないということだと思います。

また、必要な方に必要な訪問看護をといるところですが、新しいケアマネジャーが増えてケアプランに訪問看護を入れた経験のないケアマネジャーもいる、という表現よりも、そういったケアマネが多い、というのが実態だと思っています。本当に、訪問看護をどう使うのかということの経験が全くなくて、医療とどう連携していくかというあたりが分からないという方が多いです。それは、介護職のケアマネジャーさんたちが多いという実態もあるので、そこからきていると思われま。

昨年、わたしたちがスターネットという吹田市内のステーションの集まりでケアマネジャーにアンケートをした時に、訪問看護を使ったことのある人というのは、1回使った経験がある人、もしくは訪問看護ステーションと顔見知りの関係にある人だったので、そのあたりが問題ではないかと思っています。

委員　　実態調査の結果ですが、これは平成28年度に実施されたもののようですが、最近できたステーションは、リハビリの訪問看護ステーションが多く大規模のところも増えてきていて、ただ24時間や緊急対応加算をとらず、PT、OT、STというセラピストが中心で看護職が少ないというステーションが増えてきています。平成28年度に調査された時よりも、増えてきていると思います。

事務局　　実態調査も何年か経っていますので、再度実態調査をした方がいいかと思っております。直近の状況をお教えいただきまして、ありがとうございます。

委員           この調査でいう看護師とは、准看護師も含まれているのでしょうか。また、その看護師と准看護師の率は分かりますか。

事務局           准看護師も含めて常勤換算した数値です。率については、数値を出しておりません。

委員           ケアマネについてですが、看護師の免許を持ったケアマネとそうでないケアマネの割合はどんな感じでしょうか。

事務局           割合としての数字は分かりませんが、実態としては、看護職のケアマネジャーさんよりも介護職のケアマネジャーさんの方が多いと思います。

事務局           それでは、今、主に訪問看護に関する課題を皆さんで確認させていただいたかと思いますが、次は、今の医療情勢や今後の医療需要の動向を踏まえて、病院の看護師サイドはどのようなことを課題と感じておられるのか、ということについて御意見をいただきたいと思います。案件3病院看護師から見た課題に移っていききたいと思います。それでは、各病院の委員の方々から御意見をいただきたいと思います。

委員           病院の看護部の取組として、他の病院でもされているかもしれませんが、平成28年から訪問看護師さん、ケアマネジャーさん、近隣の診療所、連携すべき病院の看護師さんたちと連携をとって、看看連携として学習会を年2回させていただいています。なかなか訪問看護師さんたちにとって学習する機会がないということで、1回に60から70人来ていただいております。

お仕事が終わってから6時過ぎくらいから集まってきていただき、御家庭をお持ちの方もいらっしゃるのであまり長く時間もとれないということで、アンケートを取らせていただき、6時から7時半までの1時間半でなんとか研修会をしてほしいということで、年2回、趣向を凝らしながら行っています。

私どものセンターが循環器で特化された病院なので、脳血管疾患にしても心臓疾患にしても入退院を繰り返しますので、ある程度訪問看護師さんたちに病状の変化を早くに分かっていただけて送っていただければ早くに治療ができるとの思いから、初めはそういった学習会という形で始めたのですが、そのうちに当センターの看護師たちが訪問看護ってどんなことをされるのかということについて興味を持ち始めて、当センターから退院した人で訪問看護ステーションで診ていただいている方の状況を教えていただいたり、ケース討議をしたりして発展してきております。

回を重ねてきて、先日第5回目を開催したのですが、常に来ていただいている方も増えてきてよかったと思っています。当センターの看護師の中にも、訪問看護に興味をもって訪問看護ステーションに就職を希望する人も出てきました。退院時の他職種カンファレンスで地域につなぎ、また戻ってくるときも、訪問看護ステーションから情報提供いただいて、また地域に戻すという形で、継続看護ということでいい連携が少しずつ

できてきたかなと思っています。

初めは手前味噌でうちのドクターと看護師が講義をしていたのですが、この前は東京ののぞみハートクリニックのドクターに来ていただいて、その考え方など教えていただき、すごくいい勉強をみんなでした。

委員

うちの病院の特殊性もあるかと思いますが、入院中の医療に看護職も目が向いていることが多くて、なかなかおうちに帰られてからの生活のことに具体的なイメージが持っていない現状があるかと思っています。これは私どもの病院職員の課題でもあると思っておりますが、もう少し地域で暮らす患者様や御家族の生活に目を向けるとともに、地域で医療をされている訪問診療や訪問看護の方々がどういう医療を提供されているのかということをお互い知り合う必要があるかと思っています。

その一つの取組として、現在当院でも病院の専門看護師や認定看護師の資格を持った看護師が、退院された患者様の御自宅に伺い、訪問看護の方と同時訪問させていただいて、そこで当院で治療を受けられた方がどのような生活をされているのかを知り、また入院中に行ってきた医療や看護の継続が御自宅でもできるように関わりを持たせていただけたらとシステムとして考えているところです。

また、当院は教育機関でもありますので、認定や専門という資格を持った看護師も多くおりますので、地域の医療機関や訪問看護の方々にも地域の資源として活用してもらえたらと思っています。

委員

今、地域包括ケアと言われていますが、どうしても病院では病院を出られるまでを一生懸命に行っていて、今は退院支援を早期から介入して、複数でカンファレンスを行っている状況ですが、実際のところ帰られてからどうかという連携というのは、サマリーも正直訪問看護ステーションの方から見て何が伝えたいのかが分からないのではないかと自分でも書きながら思っています。本当は、例えば褥創や、胃ろうや食事面で問題がある方など、そこをもっとアピールしたいのですが、あのサマリーの書式では十分ではないというところがあって、今、済生会吹田病院さんから地域で統一したものができないかという提案をしていただいて検討しているところです。病院と地域の訪問看護などと、どうしても分断してしまっていて、もう少し近づいて行かないといけないのですが、どういうツールを使えばそれができるのか、今年から看護局長に着任しましたので、何らかのヒントがないかなと協会等の学習会にすすんで参加したいと思っています。

実は私も、管理研修の中で一度訪問看護に1日研修に行かせてもらったことがありまして、やはり病院というのは環境が整った中に患者さんを迎え入れているので、正直何でもあるし、いろんな新しい薬剤や手だてがありますが、それがおうちで同じようにできるかということが問題かなと思います。そこを、国は施策として、時々病院、ほぼ在宅といっていますが、現実的にできるのかなというのを1日の研修ではありましたが感じました。訪問看護の事業所の人数を見ても、4.5人で回せるのかなと正直思います。そのあたりで私たち病院看護師に何ができるのかということを考えてはいるので

すが、なかなかヒントがない。今回、こうした機会をいただいて、自分が少し思っていることに近づける何かがあればと思っています。吹田市の市民病院としての役割というのは大きいので、今後の大きな課題だと思っています。

また、地域連携の医療相談室の現状で言いますと、退院支援に力を入れさせていただいておりますが、退院支援に関しては、在宅のイメージがつかないというところがありますので、新人から教育をしているというのが今の現状です。

地域につなぐということは意識していて、できるだけ退院前カンファレンスを行って地域につないでいます。ただ、何をつないでいいか分からないというのが現状ありますので、そのあたりの指導に力を入れています。

なかなか地域に向けた研修ができていないですが、昨年くらいから院内の1年目から5年目の新人の在宅研修のプログラムを変えまして、地域の方にも参加していただいて実際の現場の声を聞き、実際の在宅の現状を考えてもらうという研修を行っています。

## 委員

当院が地域に向けてやっている取組について、配付させていただいている資料4に沿って説明をさせていただきたいと思います。

もともと当院が地域に向けて何ができるのか、病院だけでなく地域の質を上げていくためにはどうしたらいいかということを考え始めたのは、もちろん当院が地域医療支援病院であるということもありますが、特定看護師が地域にどんどん出るようになってから進んできているように思います。

先ほどから皆さんの御発言の中にも、なかなか急性期病院の看護師は在宅のことが分かってないという意見がありましたが、正直言って分からないと思います。私たちのところでもそうですし、一生懸命サマリーもすごい時間をかけて埋めるために書くのですが、結果的にそれは在宅で活用できるサマリーになっていないという現状があります。

当院では、中堅看護師を対象に5日間の訪問看護ステーションでの実習をしていますが、実習で地域を見てくると、本当に地域の現状が分かって学びにはなっているのですが、残念ながらそれを全体に広げていくことが難しく、どうしても個人の学びにとどまりがちでした。それを、これからは看護師が地域で活動することが不可欠だとして、なんとか在宅医療や訪問看護の現状を知ってもらいたい、これを全体に広げていくためにはどうしていったらいいかといういろいろ考えた結果、訪問看護や施設も含めた病院以外の施設での看護を経験することをクリニカルラダーに組み込んで、キャリアアップの際にはそうした経験が必要であると位置づけました。

次に、地域に向けた人材活用として、皮膚・排泄ケアの特定看護師が訪問看護ステーションの看護師さんと同行訪問していることについて御説明したいと思います。

そもそもその皮膚・排泄ケアの特定看護師が外に行き始めたのは、褥創がある患者さんが、病院でケアをして褥創がよくなっておうちに帰られたのに、また褥創が悪化して入院するというケースがあったことに対して、在宅でどういうケアがされているかという現状を知ってケアをしていかないといけないのではないかとということで、地域に出て行きはじめました。

その時に、私たちも在宅について、なんとなく老々介護や認知介護などのイメージはあったものの、師長会でも、これからは地域の時代だし病院の看護師は地域の看護師なんだ、というようなことを言うのですが、なかなか実感が持てないというところがあったので、特定看護師が地域に行くときに、まずは師長や副部長が同行して、地域の実際をみるように努めました。

今は地域に出向くことに対する受入は良好にはなっていますが、在宅でのケアに対してチェックするということではないのですが、なかなか最初はそのあたりの信頼関係を築くまでが難しかったというのがあります。地域での連携を深めていくには、やはり顔の見える関係づくりが大事だと思います。また待っているだけではいけなくて、病院から一歩外に出ようという発想と、院内の研修も地域に開放して来ていただくということも考えてやっています。

特定看護師は、訪問看護ステーションだけでなく、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などにも行っています。平均して週2、3回程度、午前中に行っています。

専門性の高い看護師と一緒にケアをすることのメリットとしては、創傷部の早期治癒や重症化の予防、介護負担の軽減、また地域で働く看護師の質の向上につながるのではないかと考えています。

資料の写真の事例ですが、この利用者さんは施設の方で、当院の外来を月1回、当院からの施設訪問を2週間に1回行い、その際に切開などの特定行為を行って、根拠を説明しながら一緒にケアを行っています。臨床推論のもとにアセスメントをしてケアを行うことで、重症の褥創があっても在宅でも傷も治癒していきます。このように、一緒にケアをしたり経験を共有することでコミュニケーションが深まっていくことや、何より利用者さんの状態が改善するということが信頼関係が深まっていっているのではないかと思います。

ただ、訪問の際の困ったこととしては、普段はバイクで行きますが、たまに車で行った場合、駐車場を探すのが大変だと言っています。

次に、病棟から訪問看護への出向についてですが、これは看護部の戦略として出向のしくみに取り組んでいこうと決めました。

まず、誰に行ってもらおうかを考えた時、行く看護師の訪問看護のイメージとして、訪問して一人で診て一人で判断して責任を取らないといけないという不安が強いのではないかと考え、まずは管理職がそのことを理解して経験することで、みんなに広げていく必要があると判断し、平成28年からはまず看護師長を訪問看護ステーションへ出向させました。

出向にあたっては、師長会で意義や目的、目標について説明をして、今は特別に感じるかもしれないが、これからは絶対にやらないといけなくなってくるということを部長からも言ってもらい、平成28年の10月から師長1名1年間、訪問看護ステーションへの出向が始まりました。1か月ほどステーションの看護師と同行訪問をして、2か月目くらいから徐々に独り立ちをしてというような流れでやっています。師長が1年間出向している期間であれば、中堅のスタッフがそこへ出向しても相談もしやすいという

こともあって、部署の協力ももらってあえて期間をかぶせて、平成29年6月から中堅看護師を2名さらに出向させています。ただ、中堅看護師に1年間というプレッシャーだろうと思ったので、期間は半年とさせていただきました。

その出向の説明をするのも、動機づけがとても大事で、なぜ今なのか、なぜあなたなのか、訪問看護ステーションで何を学んできてもらいたいのか、どんなサポートを考えているのか、ということを見守り部長から期待を込めて動機づけをしました。

ステーションに出向してからも時々様子を聞いていて、病院に来た時には頑張っていることを承認したりしながら支援しています。平成30年も1月から交代で半年間行っていましたし、来月から主任が1名出向する予定です。

病院の看護師にとっては、訪問看護を経験することで、在宅や地域での看護の理解が深まりましたし、訪問看護ステーションにとっても大変なこともいろいろあるかとは思いますが、人材の確保にはなるのではないかと考えています。また、病院でのスキルなども分かっていたので、質の向上につながるということを言っていました。この取組は、どちらかだけにメリットがあるのではなくて、病院も訪問看護ステーションもお互いにウインウインの関係が大事であると思っています。

今年の1月から先月まで出向してきた看護師の声を紹介しますと、例えば内服一つとっても、病院ではどうやってきちんと飲んでもらえるのか、ということを生懸命考えてきたけれども、在宅ではその人の生活やQOL、また家族の思いやマンパワーなど、いろんなことを考え、ベストを目指すのではなくてベターを目指して、とにかく継続できることが大切だということを実感したと言っていました。

また、病院の中では大勢いる看護師の中の一人ですが、在宅で訪問すると、あなたが来てくれてよかったと言われたり、自分がすごく必要とされていることを実感してうれしかったと言っていました。そこは中堅看護師ならではの思いなんだと思いました。

また、病院では医療者中心で物事が進んでいて、在宅では利用者さん中心で考えていけないといけないということで、これまでの自分自身の看護のあり方であるとか、これからどうしていきたいのか、ということ振り返る機会になったようです。

資料の最後に、退院後訪問のフローチャートも載せていますが、今は診療報酬も改定されたので、退院後訪問も始まって病棟から退院後の訪問を少しずつ始めています。

7対1看護を維持しながら出向に協力してもらっているのですが、その部署だけだと人が足りないと感じてしまいますが、病院全体として人材を活用することだとか、この地域で安心して暮らしていただくために、自分たちは何をすべきかというミッションとして伝えることが大事だと思います。

事務局

今、次の案件4の病院の取組みの現状というところも含めて御説明いただきました。病院として大きな判断をして出向という取組をされていて、それがウインウインの関係になるというお話でしたが、それについて訪問看護側としては、人材不足という面でメリットというのは大きいのでしょうか。



委員

訪問看護ステーションの経営をいかに安定させるかということに関しては、看護師なくしてはできないことですが、なかなか看護師が集まらないということでお願いをして、病院の看護部長はじめいろいろ考えていただいて、来ていただいています。

まず、師長さんクラスに来ていただいたということに関しては、主任さんクラスの方もそうですが、こちら側もすごく安心感がありました。のみ込みがとても早いし、持っている知識が違うので、反対に私たちがたくさん教えてもらえるということがありました。

地域ならではのターミナルケアや、利用者さんだけでなく御家族との関係を築くということはとても難しかったかもしれませんが、それが大きな問題になるようなことは全くありませんでしたし、小児科は経験がないと言われながらも、小児のところに行ってもらえば、自分の子どもさんを育ててきた経験を活かして一生懸命その子たちのためにできることをしていただいています。

それから、病院では、自分は退院させるだけだったが、在宅に来てみるとその人のQOLって何だろうということを考えたとおっしゃっていました。例えば、膀胱留置カテーテルが入ったがために、全くベッドから動けなくなったという方がおられたのですが、この人がベッドから動けなくなったのはなぜかということを考えて、キャップに換えれば動けるようになるのではないかと一緒に考えました。そうすることでADLがこんなに上がって生活もがらっと変わったということに衝撃を受けられ、自分たちはそういう退院支援をしていかないといけないんだということを感じていただきました。そのように、病院の看護師さんたちにもたくさん学んでいただけたと思いますし、反対に私たちも知らないことがたくさんあって、訪問看護というのはやはり急性期の技術や考え方を持っているわけではないので、そのあたりは私たちも刺激になりました。

それともう一つは、病院の看護師さんと顔見知りになれたことが大きかったと思います。訪問看護ステーションというのは、最初の頃はあまり知られていなかったのですが、変わってきたなと思いますし、それがひいては退院支援にも活かされてきているし、退院支援の看護師さんやケースワーカーさんとの連携がすごくうまくいくようになりました。そのように、お互いに親しくなったということはすごくメリットだったと思います。

事務局

ありがとうございました。やはり顔の見える関係というのがとても重要であるということに改めて思いました。そして、お互いに学べるということもとてもいいことだと思いました。

それでは、案件4の訪問看護事業の取組の現状として、大阪府訪問看護ステーション協会の取組について御説明をお願いします。

委員

資料3をお願いします。まず初めに、資料の3枚目ですが、平成30年度の大阪府訪問看護推進事業について御説明します。よく訪問看護師は研修に行く機会や時間がないと

言いますが、訪問看護の資質の向上ということで、新人向けや中堅向け、また管理者向けの経営や人的資源管理能力のスキルアップの研修もあります。訪問看護ステーションの管理者はまだまだ未熟な方もおられて、自分たちだけで頑張っているステーションがたくさんありますので、ピアカウンセリングとしての訪問看護ネットワーク事業もあります。

そして、訪問看護実践研修事業の中で、教育ステーション事業というものがあまして、それについて資料3の1枚目で御説明したいと思います。教育ステーション事業については、大阪府の訪問看護推進事業として、平成27年度から予算がついています。大阪府訪問看護ステーション協会は府内に11ブロックあるのですが、1ブロックに180人ほどいて、2千万円ほどの予算がついています。

目的としては、身近な地域において訪問看護に関心のある看護師に対する訪問看護ステーションでの職場体験や新任の訪問看護師などの個々に有する知識・経験等に応じた実践的な研修・指導を受ける仕組みを整備することにより、訪問看護師への就業意欲を喚起するとともに、訪問看護師の確保・育成・定着を図ることを目的としています。

主な事業内容は、体験を受けたり、実習、コンサルテーションの実施、あと、地域の訪問看護師の人材育成や確保に関する研修会、地域の医療と介護の連携ということでの勉強会をしたり、人生の最終段階を支える支援の普及啓発の機会の提供、医療機関と訪問看護師との研修の実施、ネットワークを活用しての訪問看護推進、訪問看護師確保のための取組など、ホームページにあげて広報を活用しながら行っています。去年は急性期医療センターの方など、たくさん体験研修を受けたと聞いています。

次に2ページ目ですが、去年から協和訪問看護ステーションが教育ステーションとして取組をさせていただいているのですが、まず去年何をしたかということをお説明したいと思います。

まず、研修会ですが、去年はケアマネジャーとの交流会と医療スタッフとの交流会を開催しました。

まず、ケアマネジャーと訪問看護師との交流会についてですが、吹田市内のすべての居宅介護支援事業所170件ほどありますが、すべてに御案内をさせていただいて、50名弱集まっていただき、事例をとおしてそれぞれの役割を考えるということを行いました。

これまで、訪問看護師とケアマネジャーとで事例検討をする機会があまりなかったのですが、事例をとおしてお互いの役割を知ることができ、連携につながる一步となりました。ケアマネジャーは一定の相談しやすい訪問看護に依頼することが多かったのですが、顔の見える関係づくりが一番大事だとして、今後の研修会の参加を希望する方も大多数でした。

次に、訪問看護師と医療スタッフとの交流会ですが、市内のすべての病院に案内をさせていただき、11月21日に実施しました。医療スタッフというのは、看護職だけでなく医療相談室や連携室のMSWの方、退院支援看護師、病棟の退院支援を担当している看護師の方々を対象に、病院、訪問看護それぞれ25名ずつくらい、合計50名

弱くらの参加をいただきました。

ここでも事例をとおして、グループワークやディスカッションを行いました。やはり訪問看護師とはケアマネジャーほど連携する機会がなかったということで、医療スタッフから出た意見で私たちがびっくりしたのは、在宅からの問い合わせが少ないのもっと聞いてきてほしいという意見でした。反対に私たちも不足している情報をお互い伝え合っていなかったのではないかとこの気づきもできました。

また本人が受診された時の状況を、訪問看護師が病院に聞いてもなかなか教えてもらえなかったりするので、そのあたりの課題もあると認識しました。

また、退院前カンファレンスを開いた場合は、その後の情報のやり取りについて、ルールやツールを決めておけばいいのではないかとこの意見が出ました。

この両方の研修による効果についてですが、研修前後にそれぞれの職種に連携についてのアンケートを実施しました。どの職種もこれまで訪問看護師との事例検討をとおして、専門職としての役割を考える機会がほぼなかったが、今後継続して研修に参加し、情報の共有や連携するうえでのそれぞれの役割を知ったうえで、家に帰りたいと希望する方が退院して在宅生活を送れるよう支援していきたいとの共通認識が持てました。

また、現状は関係性のある今まで知っているステーションやケアマネジャーだけの関わりになっていることが多いので、新しいステーションは利用者の確保が難しく経営が困難となり閉鎖となることもあるという課題もありますが、こうした研修会を重ねることで、新たな事業所間での連携と関係づくりが可能となるのではないかと考えています。

その他、医療スタッフからの意見としては、退院して帰った後、どんなサービスを使って、どんな風に生活しているのか、退院支援や退院指導をした結果どうなっているのかを知ることは、相談員や退院支援した看護師、セラピストの方々も意欲の向上につながるという意見をたくさんいただきました。

その他、市民講演会についてですが、去年はケアーズ白十字訪問看護ステーションの秋山正子先生にきていただきました。

次に3ページ目ですが、今年度の取組について御説明いたします。

今年度、豊能ブロックの教育ステーションを担っているのは、吹田市では協和訪問看護ステーションです。最初は豊能ブロックで豊中の刀根山訪問看護ステーションだけが教育ステーションだったのですが、豊能ブロックはとても大きいので、去年から豊中市担当、池田市、箕面市担当、吹田市担当ということで3つに分けて行っています。そして、それぞれ協カステーションというのをお願いしていて、吹田市では、済生会吹田訪問看護ステーション、きずな訪問看護ステーション、ひだまり訪問看護ステーションに登録いただいて、研修会を行っています。

7月19日に訪問看護のステーション間の交流研修会を行いました。先ほど説明した去年の研修会の結果でも出ていましたが、退院後の生活をどう伝えていくべきかということについて、退院後の利用者さんがどんな生活をされていて、家族さんがどう受け止めておられるのか、今使っているサービスや、今病棟に伝えたいことなど様式を作って

みました。各病院の連携室に連絡させていただいて、使い始めているので、それを使つての意見も踏まえて、9月19日の医療スタッフとの交流会で話し合う予定としています。どこまでできるかは分からないですが、回を重ねていくことが目的なのかなと思っています。

そして、教育ステーションの取組には市民啓発も含まれていまして、今年度は11月17日に市民講演会を実施します。看取りということで、最期までどう生きたいか考えてみませんか、というテーマで、吹田市との共催でさせていただきます。おきしろ在宅クリニックの沖代先生と看護ホスピスめぐみの家の統括所長の鞆田さんとそれぞれ在宅でのドクターの立場での看取り、訪問看護ホスピスという場所での看取り、それから訪問看護ステーションでの看取りということで、三者三様での看取りについてお伝えさせていただいて、最後にシンポジウム形式で市民の方々に御質問をいただきながら行いたいと思っています。南千里の市民センターで開催したいと思っています。

また、体験研修などは大阪府訪問看護ステーション協会全域で受けていますので、ホームページを見ていただいてもいいですし、各看護部長さん宛てに送っていますので確認していただければと思います。

事務局

ありがとうございました。今、訪問看護の取組と済生会吹田病院さんの取組をお話いただいたのですが、せっかくの機会ですので、御質問したいことがあればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。感想でも結構です。

委員

市民病院の先輩だった方が訪問看護ステーションを立ち上げられて、少し内情を聞いていたのですが、24時間呼び出されるという状況で、管理者はやることも多いし人員確保というのも切実な問題ですし、その中で先ほどのようなステーションの取組をいろんな人を巻き込んでやってらっしゃるといのは、その機動力はどこから来るのかと、率直に思いました。多分、もともと皆さん、どこかの病院で勤務されていたキャリアのある方だと思いますが、新人さんが入られるというのも聞きますが、実際問題新人が入って、今のカリキュラムで卒業した看護師たちが、病院でも5年手厚く指導してもそれでもなかなか一人前になるのは何割という状況にあって、その看護師たちがいきなり訪問看護ステーションに入って、いくら熱い思いを持っていても、何の役に立てるのだろうと、聞きながら思ってしまいました。そこには何十倍も熱い思いのある管理者がいないことには、その看護師たちを引き上げていくことはとんでもない苦勞なのだろうと思います。教える側の母数も少ないし、病院では教える母数は多くてもそういった状況になっているので、そう考えると、やはり4、5人という規模の中で人員確保ということを真剣に制度としてやっていかないといけない、かといって、急性期病院に人数が余っているかという全然余ってなくて、常に不足の状態、どんどん若年層に変わっていつているので、どうしたらいいのか。ちなみに平均年齢はどれくらいですか。

委員

多分、45歳くらいです。

委員            うちは、もう少し若くて、30代後半くらいです。

委員            うちもバリバリ働いて退職された後に、訪問看護ステーションに再就職される方もいらっしゃると思いますが、なかなか体力勝負のともあるかと思うので。本当は急性期である程度自分の考えでできるようになった方が地域に出るという流れが、制度としてあればいいのではないかと思います。なかなかそれぞれが経営母体を持っているので、そういう訳にはいかないかもしれません。看護職としてみるときは、30代40代が一番いろんなことを分かって経験値も知識もあるので、そういった人が外に出る方が絶対的に活躍はできると思います。でも、それが、そうはならない今の時代があるので、それをどう変えていくかということだと思います。

委員            診療報酬の改定がこの4月にありまして、やはり急性期を中心に非常に厳しい改定が常に行われています。将来的には高齢の方が増えて、当然急性期の疾患も増えるはずなのにこの改定はなかなか厳しくて、全体の利益率とかを聞くと、本当に一般の業種では考えられないような低い利益率かあるいはマイナスになる時もあると。これは国の施策になりますが、急性期の病院も今後どういった戦略を立ててくかということが非常に重要だと感じていまして、その中でもこの在宅医療に関しては、やはり病院の強みというのは夜間・休日の体制が一つあるのかなと思います。急性期の病院も5年後10年後を見据えて、やっていかないといけない時代だと思います。

それと、すこし外れますが、私は今保健所に勤務しておりまして、そこで感じたことを少しお話ししますが、私はもともと大学病院で9年間勤務しておりまして、保健所に来た時に、保健師の訪問についていかせていただいたのですが、これまで病院では地域のことなんて全然見たこともなくて、多職種連携とか顔の見える関係なんて全く意識していませんでした。今は理解のある医者も増えてきているかもしれませんが、病院の医者はそういった割合が一定いるのではないかと思います。

実際に家庭訪問に行かせていただいて、アルコール依存症の患者さんでしたが、寝たきりなのに近所のコンビニまでお酒を買いに行けるということがありました。また、患者さんや家族さんによっては、病院とは環境が違うので、吸引の方法や手すりのつけ方というのも病院では書類を書くだけですが、圧が高いとか低いとか、ぐらつきがあるとかということについて工夫をとってもらっていました。それはおうちに行かせていただいて、なるほどと初めて分かりました。

また、病院では必ず3食付いていますが、在宅でごはんを食べているかの確認というのが、保健師は冷蔵庫の中や部屋の中を確認することで、きちんと食べているかを確認していました。こういったあたりが、実際に訪問看護をされている方というのは、大変な努力があるのだと思いました。

最後にひとつ付け足しですが、保健所の保健師も5年経って一人前になるかというところと必ずしもそうではなくて、人材育成については常に悩むところはあります。

- 事務局            何点か質問をさせていただきたいと思います。
- 最初に、病院として地域の看護職の方々と研修会をしているとのお話をいただきましたが、今の規模感や周知先をお教えいただけますでしょうか。どれくらいの方が参加されているのでしょうか。
- 委員              毎回60～70名の参加があります。ディスカッションをしたいので病院のスタッフも同じくらい参加をして、総勢100人を超えています。中でも訪問看護ステーションの方が一番多いです。
- 事務局            貴センターの場合は、スキルが特化されていて、在宅に帰っても継続されるようにというイメージが分かりやすいと思います。日々患者さんを受けていただいているところをメインにされているということでしょうか。
- 委員              そのとおりです。
- 事務局            それから、病院のサマリーを統一するという取組についてですが、今は市民病院と済生会吹田病院がメインでされているのでしょうか。
- 委員              済生会吹田病院さんがメインでしていただいている、医誠会さんと市民病院の3者でやっています。
- 委員              栄養のところは、それぞれの病院でいろんな表現をしていて、もう少し統一できた方がいいのではないかとということで、今始まっているところです。
- 委員              電子カルテの種類が違っていると統一したものにするのが難しいようで、ただ、済生会吹田と医誠会については取り込んだ画像がやり取りできるシステムがあるので、褥創などについては、すごく便利だと思います。
- 事務局            全国的に入退院支援のルールを各地域で作らましようというようなことを厚労省が言っていたように思いますが、サマリーだけでなく、ドクターが作るものも含めて、情報共有のベースとなるプラットフォームのようなものを共通化することはすごく重要だと思います。技術的な課題はありそうでしたが、内容面を共有して紙でやり取りするところもあるようですので、そういった取組も、行政が関わるところがあればおっしゃっていただければと思います。
- 事務局            それから、特定看護師の同行訪問をされている取組で、患者さんはどのように選択されているのでしょうか。費用面も少し気になるのですが、患者さんから同意を取って

希望された方に行かれていますのでしょうか。同じ法人なのでプッシュ型というか、どの患者さんに行くかという調整がしやすいのかと思ったのですがいかがでしょう。

委員 基本は保険点数が取れる方がベースですが、点数のとれる方だけではなくて、気になる患者さんのところにも行かせていただいているので、実は病院の持ち出しもあります。また皮膚・排泄ケアの特定看護師が訪問したら点数は取れるのですが、そこに緩和ケアの看護師も必要であっても、そこは点数が取れません。今は先を見据えた取組だと思っておりますので、そこは病院に大目に見てもらっています。

委員 どういう患者さんに行くかということについては、直接メールを出して状態を説明してコンサルをかけて判断いただいています。一緒に行っていただけるときには、病院の皮膚科を一度受診してからというルールがあるので、それをクリアした方に行っています。それ以外の方についても、御無理を言ってお願いをして対応いただくこともあります。今、保険点数が取れるのは、ストマと褥創と緩和ですが、全く関係のない足病変についてもものすごく多いので、そういった方についてもコンサルさせていただいて御対応いただいています。

事務局 最後に1点、同行訪問や出向の取組は、院内や他の施設にどのようにフィードバックされているのでしょうか。実際に行かれた方の感想などを共有すると広まっていくのではと思うのですが。

委員 まずは、師長会で発表してもらっています。師長さんたちはやはり人を出すとなると自分の部署のケアを一番に考えますので、当然なのですが、そこを少し頑張ってお出したら、その人自身の視野が広がるということを伝える必要があります。出向した人数も増えてきたので、そういう人たちが集まって、看護研究まではいかなくても、何かそういったことをしてもらいたいと思っています。

事務局 それでは、最後の案件に移りたいと思います。案件5対策の方向性とその具体策ということで、先ほどまで課題ということで御意見をいただいたり、またすでにされている取組についても御報告いただいて共有させていただきましたが、これらの課題を解決していくために、対策の柱というものを設定して整理をしていきたいと思っております。具体策について、委員の皆様からどんなことをしていったらいいかという具体的な御意見をいただきたいと思っています。

これまでの議論を踏まえまして、事務局が考える対策の方向性を資料5にまとめておりますので、御説明したいと思います。

—資料5 在宅療養者を支える看護職等の連携促進と訪問看護の活性化等に関する対策の方向性と具体策（事務局イメージ）

事務局

それでは、今、柱立てについて御説明させていただいたのですが、一旦この柱立てに沿って対策の方向性と具体策を出していったらどうかと考えますが、いかがでしょうか。

では、御意見をいただいていく中で、またお気づきのことがありましたらよろしくをお願いします。

それでは、ホワイトボードにいただいた御意見を書いていきたいと思えます。柱ごとに、具体的にどういったことが必要か、また実現可能かなどの御意見をいただきたいと思えます。すでに皆さんがやっておられる取組で継続してやっていきたいとか、新たにこういったことをしたいとか、先ほど出た御意見と重複しても結構ですので、いろいろ御意見をいただきたいと思えます。その中で、実施主体が、行政である我々だけが行うのではなく、皆さんがやっておられることについて、もう少しこういったことがあったらやりやすいというようなことも含めて、広く具体策について御意見をいただきたいと思えます。

一旦全部書き出して、その中で一つ二つ次回以降の作業部会で深めていくものというのを最後に選んでいきたいと思っております。

それでは順番にいききたいと思えます。(1) 訪問看護の人材確保について、その具体策についての御意見をいただきたいと思えます。

委員

当院で行っているくわいナースバンク制度とって、超短時間の登録看護師というのがあります。有期雇用制度が制定されて以降、うちとしてもキャリアアップをしていただきたいということもあって、3年で卒業しましょうという仕組みにしました。その際に、うちのパートや嘱託に替わる人もいたのですが、よその訪問看護ステーションなどに声掛けをしてプレゼンをしていただいて、訪問看護のお勧めもさせていただきました。もともとその登録看護師は潜在看護師さんなので、いきなり訪問看護ステーションにというのはちょっとハードルが高いかなと思ったので、まずは病院に所属を置いたまま、少し病院での医療というものに触れたうえで、訪問看護師を体験してみませんかと勧めています。

訪問看護ステーションさんにとっては、やはり1日いてくれるのが理想だとは思いますが、例えば午前中や午後の何時間かなど、お互いにマッチすれば、そういう働き方もありではないかと思えます。実際、そういった方が訪問看護ステーションに行っている方も何人かいらっしゃいます。

事務局

それは、同じ法人の訪問看護ステーションですか。

委員

法人外の訪問看護ステーションです。

潜在看護師さんたちもいきなり訪問看護へ行くのは勇気がいるようです。また、訪問看護ステーションの方も、できれば長くきていただきたいと思っております。



と思いますが、そこを、何時間かだけでもきてくれたらいいよと考え方を少し変えていただくと行きやすいのかなと思います。

やはり、潜在看護師さんたちには潜在する理由があるをつくづく思います。中にはすごく興味を持っていただける方もいらっしゃると思いますので、法人内外関係なく広げていけたらと思っています。

事務局 訪問看護としては、そういった短時間というのはどうなのでしょう。

委員 他のステーションもかもしれませんが、うちは曜日も時間も指定していません。週1回だけ、午前中だけという勤務形態でも受け入れています。門戸を狭くすると来ないので、どんな人でも来てくださいと募集をしていますが、なかなか応募がありません。やはり一人で判断するというようなことが負担なのでしょう。体験も可能にしています。

委員 ステーション協会や看護協会でも、もちろん体験の受入れはしていますが、手挙げしている人たちというのが限られているので、それが人材確保につながりますよと言っているのですが、本当に10人受け入れて1人あるかないかという状況です。

うちのステーションでも、そういった短時間での登録の方も多くて10数名いるのですが、よく休まれるのです。うちはまだ常勤も多いので何とか対応できますが、小さいところだと大変だと思います。

24時間の緊急対応の当番の担える人材がほしいのですが、そこがなかなか難しいです。でも中には、登録として面接に来た人でも、一緒に体験に回ったら、常勤で頑張りますと言ってくれた人もいましたので、体験次第かもしれません。

事務局 病棟の看護師さんが行くというのも人材確保になるかと思うのですが、いかがでしょうか。これは双方にとってメリットになると思うのですが。

委員 今回当院で訪問看護ステーションに行ってもらった中堅層の看護師は、もともとフットケアを熱心にやってくれている看護師だったので、そういう意味では地域に貢献できたのではないかと思います。当院も、中堅層を出すというと、決して余裕があるわけではないのですが、在院日数が10日を切り出したので、そうすると本当に病床というのを考えないといけないわけで、本当に効果的にどう育成していくかということを考えないといけないと思っています。行かせる上ではかなり人選はしています。

中堅層の看護師が訪問看護に行くと、看護師としての基本的なことを思い出すのだと思います。病棟でゆっくり患者さんと話をしたいと思っても、その間にいろんなことをしなければならないので、それが訪問看護でたとえ30分でも、それはその人にとっての時間なので、そういった時間に向き合えたことが自分にとってはすごくよかったと話していました。

委員 一人で判断しなければならないということが、あまりに独り歩きしているようです。必ずしもそんなことはなくて、病院ではそこに医師がおられますが、たまたま主治医が遠くにいるというだけで、一人が全部を背負う必要はないのです。現場で判断に困るといっても当然出てきますが、その後ろには私たちのような管理職もいますし、誰かがいるので決して一人ではないのです。その場所では一人ですが、周りにはいっぱい人がいて、顔は見えなくても電話で指示はもらえるのですが、一人で判断しなければならないということがあまりに独り歩きしてしまっているようです。

事務局 そういったことを潜在看護師さんにもそうですが、新卒の看護師さんたちに対して、看護学校などでも訪問看護の実態というものがうまく伝わっていないのかなと思ったりしますが、いかがでしょうか。

委員 今年から新卒の看護師を雇用していますが、なかなか大変ではあります。確かに看護学校や看護大学の先生たちは、行かせたいとは思っているのですが、3年しないとだめだというような噂があったりして、ステーション協会でもそれはやめようということで、新卒からやっています。

私は、もう何年も新卒者を見たことがありませんでしたが、今病院から来てもらっている主任さんがいらっしゃるので、その人にプリセプターとしてしてもらっています。その人たちは1年目の人たちをこれまで病院で見ているので慣れていて、逆に、こんな風に接しなければいけないのだと教えてもらっています。

先ほど、看護を思い出したという話があったと思いますが、看護学校や大学では、看護とは、ということをお勉強してきたと思うのですが、それが在宅では、そのまま一からちゃんと診て自分で考えて看護計画を立てて実践して、またフィードバックをさせてということの繰り返しなのです。そういう意味からすると、私は新卒でも難しいとは思っていないのですが、時間はかかりますね。今、2年間で一人前になればいいかなという計画でいます。でもそうするには、結局は小さな事業所だと、その人を一人前にするだけの経営的な問題が出てくるのです。そのために、大阪府がいくらかの補助を出すという制度を設けてはいますが、これがまたハードルが高くて、条件がかなりあるので、そのあたりのところを市が何かしていただくことは出来ないものかと思います。

もう一つは、当然新卒の看護師は病院の経験がないので、それについては母体病院があるので、そこをお願いをするのですが、母体病院のないところは、大阪市の総合医療センターと国際がんセンターが受けてくださっていますが、結局遠いところのステーションは行きづらいというところもあるので、病院がそういった支援をしてくださるといいなと思います。それは、新卒に限らず、新人の看護師に対して、吹田市内の病院で支援していただければ、交流にもなるしいと思います。

委員 うちの法人の病院では、病院の離職を考えるタイミングで、辞めるくらいならとい

うことで、訪問看護ステーションへ異動で来てもらうということを何年か前からやっています。何がやりたいのかと聞くと、地域をもう少し知りたいとか、自分に何ができるかの可能性を知りたいとか、という意向がある人には、訪問看護はどうかと勧めています。また、緩和ケア病棟に勉強に行きたいという訪問看護師もいて、緩和ケア病棟の看護師と訪問看護の看護師の希望が合えば、相互研修という形で半年間、もしくは1年間のグローバル研修として行っています。

委員

病院でも人材確保は大変です。人材確保のために何をするかというと大学まわりです。大学の教育をどう変えてもらうかということが大切です。今年入ってくる人を狙うのではなくて、将来どんな人材を育成してほしいかということを大学側にアプローチしていかないといけないと思います。私は大学のカリキュラムまでお願いに行きます。大学教育でどれだけ訪問看護をしっかりと教えていくか、そんなに大変なことではないということも含めて、やりがいや魅力があるということを植え付けていただければ、何年かしたら訪問看護ステーションに絶対行くと思います。その教育をしっかりといただくように、在宅看護論や訪問看護という科目ができて、教える先生がなかなか育っていないと思いますし、また当然実習施設としても提供しないといけないし、今から準備しないといけないと思います。

それから、病院としてできるのは、新人教育にどんどん病院を使っていただければいいと思います。50人指導するのも、60人指導するのも一緒ですから。

事務局

では、次に連携の促進というところの具体策を考えていきたいと思います。まず、病院医師、看護師と訪問看護事業所との相互理解と連携促進について、具体的にどんなことをしたらいいか、御意見をいただければと思います。

医師は難しいとしても、病院看護師さんと訪問看護師さんが顔を合わすような機会があったらいいのではないかなと思うのですが、いかがでしょうか。

委員

認定看護師と訪問看護師との連携というところでは、同じ法人でなくても広く相談にのっていきたいと思っているので、相談を受けられる窓口や時間設定なりをしてシステムを作りたいと思っています。

委員

電話などでの連絡は、ステーション側もないことが多いので、メールでのやり取りが一番いいのではと思っています。そういう窓口をオープンにいただければありがたいです。

委員

そんなにたくさん特定看護師がいらっしゃるのですか。

委員

特定看護師は一人ですが、認定看護師がたくさんいます。皮膚・排泄ケアの認定看護師は二人います。他の分野でも、例えば認知症看護の認定看護師に対して、介護施設

から関わり方などのお問い合わせをいただくこともあります。

委員 感染管理などもすぐに連絡をして教えていただける関係にあるので、大変助かっています。

委員 病院の中では、病棟配置しないで横断的な動きができるようにされていますか。

委員 全員ではないですが、認知症看護と感染管理については、横断的に対応しています。

事務局 あと、訪問看護事業所間の顔の見える関係づくりについてはいかがでしょうか。  
任意でされているスターネットの会というのは、介護保険の事業所連絡会よりも多くの事業所が御参加されていると聞きますが、今後も継続してやっていかれる御予定でしょうか。

委員 顔の見える関係をつくりたいという危機感を持ってやってきていますので、継続する必要があると思っています。

委員 ステーション協会の教育ステーションの取組も、スターネットの会の取組も両方大変なので、一緒にした取組としてやっていきたいと思っています。  
介護保険事業者連絡会の部会は、訪問看護の事業所以外にも訪問入浴や訪問リハの事業所さんと一つの部会になっているので、集まる時間帯もなかなか訪問看護の事業所には集まりづらいこともあります。スターネットの会は、夜の6時くらいから1時間半程度、2か月に1回のペースで行っていて、もう3年目になります。

事務局 小さな事業所だとなかなか情報が入ってこないこともあるかと思いますが、こうして集まって情報が得られる機会があるということは大切だと思います。

委員 診療報酬改定というようなテーマで行うと皆さん関心が高くて参加率も上がります。ステーション協会でも経営に関する研修はしているのですが、ステーション協会に入っていない事業所が多いのです。小さな事業所は人が少ないので、なかなか出ていけないとか、会費に比べて自分たちへのメリットを考えたり、また役員の負担などから加入されないことが多いようです。そういったことから、スターネットの会は会費を設けていませんし、時間帯も集まりやすい時間帯で設定していますので、とりあえず集まろうということでやっています。

事務局 次に、必要な方に必要な訪問看護の提供というところですが、先ほどからも出ていましたが、訪問看護とケアマネジャーとの交流というのは、今後もスターネットの会としても進めていかれるのでしょうか。

委員

もちろん引き続き行う予定ですが、ケアプランに訪問看護をどう位置づけるかというところについて、例えば退院支援の看護師さんがみて、この問題は継続する問題だから、訪問看護が入った方がいいよとケアマネジャーさんたちに伝えていただけるといいなと思います。ケアマネさんの中には、どうプランに位置付けたらいいか分からないという人もいますので、それは、ステーションに言っていただければ、こういうプランでとか、指示書はこうしましょうとか、きちっとお伝えすることはどのステーションもできます。

もちろん私たちも、ケアマネジャーさんたちとの顔の見える関係づくりに努めていきますが、病院の看護師さんたちからも、そういう対応をお願いできたらと思います。

それから、訪問診療についてもですが、通院ができないような状態の方がそのまま退院されることもありまして、退院されてから我々が在宅医の調整をすることもあります。通院ができない状態の方については、病院で、今後の医療をどう継続するのかというところまで考えていただいて、在宅医につなぐのならしっかりとつなぐというところまでぜひお願いをしたいと思います。

病院も、地域の先生に返さないといけないというのがあるかと思いますが、その地域の先生がなかなか往診に行っておられない場合などもあるかと思いますが、そこをどうするかを考えていただくのが、病院の看護師さんではないかという我々は思っています。

委員

相互連携をして病棟に在宅の視点を持った看護師さんが増えていけば、病棟の看護師さんもそういったことに気づくことができるようになるのだと思います。地域連携室までつながっていないケースも多くあるかと思いますが、初めて膀胱留置カテーテルが入ったのにこのまま帰して大丈夫かなとか、病棟看護師さんがおやっと思ふ気づきをしていただけるといいなと思います。

委員

病棟看護師は知らないのです。訪問看護に体験に行くとか、個人の問題ではないと思います。うちが取組んでいる勉強会も、各病棟に一人リンクナースという地域連携の係を作って、連携しながら学習会を企画したりしています。

お話をきいていると、意識の高い人が手弁当でやっているような感じがします。

委員

その通りなのですが、やらないと仕方がないからやっているのです。そこをどうシステムとして作っていくかということがとても難しいのです。2000年に介護保険が始まって、ちょうどその頃に40歳だった私たちは今60歳で、この年代の人たちが引退してしまうと次が本当にいないのです。何か全体で市の力も借りて策を考えないといけないと思っています。

事務局

それでは、いただいた御意見をホワイトボードに書き出してみましたが、ざっと見ていただいて、これは改めて進めてほしいとか、この取組をもう少し深めていきたいと

というようなことはありますか。

委員 病院と訪問看護との連携促進については、何かできそうな気がします。研修会はもちろん必要なのですが、1回やってそこで終わってしまうので、訪問看護ってこういうものですよというような、もう少し基礎的な知識を相互に学習するような機会があればいいのではないのでしょうか。

それから、病院から5日間とか訪問看護の実習に来ていただくということも、それはそれで、母数を広げる意味ではとても大きな役割があると思います。

委員 訪問看護の研修に行った看護師が、自分が入院中に診ていた患者さんのおうちに訪問に行かせていただいたのですが、表情が全然違うということに感動していました。そこをダイレクトに感じられる場というのは必要なのだと思います。

委員 病院から看護師さんを出していただくというのはとても大変だということは重々承知していますが、受け皿は何かステーションで頑張っけて設けたいと思います。

事務局 ということは、出向というしくみも広がっていけばいいということですね。

それでは、時間もきておりますので、次回以降もう少し深く議論をしていく点について選択したいと思いますが、皆さんの御意見を踏まえまして、よろしければ、人材確保も含めての出向のしくみと顔の見える学習会のような場についてという二点をもう少し深めていきたいと思います。

事務局 それでは、本日の案件はこれで全て終了となりました。貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。今日いただいた御意見は、事務局でまとめまして、またお配りしたいと思います。

次回の日程ですが、10月4日（木）を予定しております。皆様大変お忙しいこととは存じますが、3回目の日程調整につきましても、改めて事務局から御連絡させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、これで本日の作業部会は終了とさせていただきます。本日は遅い時間まで誠にありがとうございました。