

令和4年度第3回神奈川県在宅医療推進協議会訪問看護部会 議事録

- 日 時：令和5年3月22日（水）10時00分～12時00分
- 会 場：Zoomによるオンライン開催
- 出席者：草場委員、横山委員、岡部委員、河村委員、関藤委員
（事務局）西海保健医療人材担当課長、藤内課長代理、日澤副主幹、
天下井副技幹、川本主査、安部非常勤職員

○ 議事録

【事務局】より会議運営のお願い等について説明

【藤内課長代理】より開会の挨拶、資料と確認事項について説明

【草場委員長】

委員長を務めます草場です。よろしくお願いいたします。

次第には2の議題からとありますが、議事の検討に多くの時間を用いたいため、3の報告から先に進めます。事務局から報告をお願いします。

【事務局】より報告1～3について資料に沿って説明

【藤内課長代理】より報告4について資料に沿って説明

【草場委員長】

報告内容（報告1～4、資料4～7）について検討、意見交換を進めたいと思います。ご意見等があればお願いします。

【河村委員】

報告4のプログラムは、訪問看護ステーションに就職したスタッフの育成計画ですか、それとも病院に就職したスタッフの計画ですか。

【藤内課長代理】

こちらは病院に就職した新人看護師と、訪問看護ステーションに就職した新人看護師の両方を同時に育成していくプログラムです。

【河村委員】

プログラムは実施されていますか。

【藤内課長代理】

令和5年度から開始予定です。

【草場委員長】

横山委員、補足説明をお願いできますか。

【横山委員】

私のステーションに新卒入職する看護師1名、聖マリアンナ医科大学病院に新卒入職する看護師2名が双方を行き来するという形です。訪問看護の課題として、基礎的な教育を受けさせることができないことがあり、それを大学病院で行う。病院としては、最初から在宅のシェアを持った看護師を育てたい。基礎的な教育を3年間かけてやるのですが、1年目は最初の半年は病院が主、半年以降は週に2回、訪問看護ステーションに研修に出る。2年目からは、両方に非常勤として入職し、勤務をしている方から給与を得る。訪問看護ステーションは研修生では算定が取れないので入職してもらおう。3年目以降どちらに入職するかは、本人の結果・希望次第というプログラムです。

【草場委員長】

1年目についてはステーションから1年分の給料は出すことになるのですね。

【横山委員】

そこに助成が欲しいところですが、今は「新人看護職員研修補助事業」があるので額は少ないがこちらは活用しながら実施していく予定。

【岡部委員】

とても良いプログラムなので、こういう看護師が双方に育てて欲しいと願うところですが、プログラムの達成度・評価はどのような方法でしますか。

【藤内課長代理】

プログラムの評価は県立保健福祉大学で実施をしていく予定。

資料8に目標と何年目でその力をつけていくか、評価をしていくかの記載があるが、こちらは概要で実際はもう少し詳細なプログラムで評価指標、評価表等があります。

【岡部委員】

こういうシステムは神奈川県、全国に普及して欲しい先駆的な試みだと思うので、内々で終わらせず、評価方法も最初から妥当なものを決め、客観的な評価結果を学会等へ発信していくことが重要だと思う。

【関藤委員】

小さいステーションでは新卒者を受け入れるような事業は難しいので、そういうステーションでも活用できるようになって欲しい。

病院側の新卒 2 名はどのような場での活躍を期待しているのか、メディカルサポートセンターのような退院支援なのか、どのように育てたいというのがありますか。

【藤内課長代理】

3 年目に「大学病院で達成する目標と達成期間」として「最終の 3 年目については大学病院の配属場所をメディカルサポートセンターとした」（資料 7-p. 2）としており、そこで助言指導を受けながら在宅との連携について学び、その後の進路は本人と相談して決めていくこととなります。

【関藤委員】

では参加する看護師はそれを希望して入職してくるのですね。

【藤内課長代理】

それが前提です。

【草場委員長】

大学病院に就職する多くの看護師の中の 2 名がどういう選択をされるのか、また新卒採用の課題として退職者が出ることもあり、3 年間何をもってアウトカムとするのかは難しいところもあると思う。そしてステーションが 1 年目の人件費、400 万くらいを捻出するのは結構大変ではないだろうかと思う。

【河村委員】

新卒者がこのように行ったり来たりではかなり負担が大きいのではないかと思う。どちらで働くかを決められるのは選択肢が広がりよいと思うが、いきなりこのプログラムに新人が入るのは少々きついのではないか。訪問看護ステーションで新卒者を採用しても辞めてしまうという話を私も数多く聞いているので、そのあたりはどうですか。

【横山委員】

実際に参加する人の負担も、議題には上がっていたので、最初は病院の仲間がいる環境の時間を多く作ろうということで、半年は最初の 1 ヶ月はすべて病院、その後も週 1 回しか訪問看護には来ない。病院での仲間づくりやサポート体制をしっかりとすることについては一応考えられてはいます。今回の 3 名の選択は、このプログラムで在宅のシェアを持てる看護

師を育てたい病院と、基礎教育もしっかり受けた上の在宅看護師になって欲しいステーションの目標を持って募集をし、このプログラムで本当にやりたい人ということで看護学校側とこのプログラムを立ち上げたメンバーとで選んだ3名ということです。

【事務局】より「令和4年度訪問看護ステーション実態調査結果とまとめ」について資料3に沿って説明

【草場委員長】

調査の結果とまとめについて皆様からご意見を伺いたいと思います。

【岡部委員】

逐語録から大分類に至るまでのところで、意味の取り出し方として（要素が）もう一つあるのではないかと思う。ヒアリングガイドの設問④「5人以上になって困難だったこと」において、ケース2では「多職種連携でよりニーズに対応できるようになった」という意味のことが語られていて、5人未満の時に比べて同行訪問をするなど、よりきめ細かな連携が管理者だけではなくスタッフナースのレベルであっても、意識し行動していることを管理者が語っている部分に注目した。検討して可能ならば分類に加えてもらいたい。

最後のまとめは「適正な規模と考えられる」というのは、今回の調査対象が5人というのもあり、またヒアリング自体も「5人以上が適正な規模かどうか、どう考えますか」という質問でもなく測定していない。ただし経営の安定と看護の質の向上に、遠からず繋がっていることは浮かび上がったと思うので、「経営の安定化と質の向上に繋がる可能性が示唆されると考える」くらいに抑えた表現にした方がいいのではないだろうか。全国規模であれば適正な規模について調査することは可能だと思うが、今回は「5人未満から5人以上に拡大した」ステーションの方に何が変わったかを聞いている調査なので、「適正さ」に関しては、5人以上が入口ではあるのは間違いないが、何をもって適正とするのは非常に難しい問題なので、ここまでは言わなくてもいいのではないかと思う。

【草場委員長】

岡部委員のいう多職種連携は、資料3 p.6 の大項目「Ⅱ. マネジメント力の発揮」としてまとめられているところ、その前の中項目に「多職種連携のマネジメント」と言葉は出ているので、大項目にも多職種連携を入れればよいということですか。

【岡部委員】

この文脈で使っている「マネジメント」の意味が、言外に「管理者」が「この組織」をマネジメント・管理をすると読めるのでその部分は残し、それとは別に、一人一人の看護師に余裕ができたことで、個別の利用者のニーズに対して他職種と協働して対応できるようにな

った、個々のスタッフナースに関しての多職種連携を言っている。なので文脈的には違うと思う。

【草場委員長】

分かりました。管理者のマネジメント力とは別に、職員個々の多職種連携ということですね。

【関藤委員】

調査前に設置主体がいろいろあった方がいいという話だったが、実際にいろいろな設置主体となりよかった。管理者の訪問看護経験年数は平均 19 年で長い方が多い印象。実際ヒアリングをしたケースでは、調査対象のステーションでの勤務経験は短いですがそれ以前の訪問看護経験が長い方で、訪問看護の経験年数が長いと、視野が広くいろいろな物事がよく見えて、事業所を大きくするにあたり計画性を持つというところに繋がっている印象。短期的、長期的なところをよく見て、考えているのだということ、大きくして収益を得るだけでなく看護の質をどうするか、それからスタッフへの配慮（ワークライフバランス、夜勤緊急対応の数等）も、大きくできる一つの要因ではないかと思う。どのような訪問をしても料金は変わらないが、利用者や家族からみれば同じ料金で質の高い看護が受けられることはいいことだと思うし、そういうところへの配慮が収益に繋がっていくのだということ強く感じた。

【河村委員】

ケース 2 と 5 に関しては訪問看護でも居宅やヘルパー事業所、24 時間介護がありスタッフ同士の多職種連携がかなりできているのではないかと。これは「看護職員 5 人以上」の話とはまた少し違う枠で、看護以外の他職種がいる訪問看護ステーションでは、ヘルパーやケアマネジャーと協働すると看護師だけで頑張るよりも尚よい、ということかなと思う。看護師がいることでヘルパーの底上げもできるし、ヘルパーと看護師、ケアマネジャーとの間で共通の理解ができ互いに効率の良い仕事ができるのかなと。ケース 5 の管理者と所長 2 人体制であったり、いろいろ役割分担ができ、訪問看護だけでがんばるよりも多職種が協働した方が、効率がいいことが現れていると思う。

【横山委員】

この結果からは「一生懸命看護の質を考えていたら自然と大きくなった」というような自然発生的な規模の拡大が見えたと思う。意図的に大規模化したステーションがあったかどうかは分からないが回答から見ると、恐らく自然発生的ではないかと思う。意図的に大きくしていくためにはどうすればよいか、方向性を見つけれないか、というのが一つ。経営の変化としては黒字化していくことが結果に出ているが、その分岐点やどのくらい黒字化なのか、と大規模化するにあたりどの段階で事務職員を確保するとより効率的に黒字

化できるのかについて事前のヒアリング内容検討のところで考えておけば尚よかったと思う。また職員の人数が多いほど管理者はマネジメント能力が必要になるが、マネジメント教育を管理者が受けられているかについても伺えればよかった。

【草場委員長】

私もヒアリングをして、訪問看護経験が長い方が多かった印象です。その特徴としてスタッフ一人ひとりの個性や得意分野をよく見ている。だから自然発生的ではあるけれども経験に裏付けられた、自分の経験値を元にして思っているのではと思う。どのくらいの規模になるとどうなるかが分かる。また組織的に相談できる人がいる、相談できる体制があるととても広がるのではないかと思う。

【岡部委員】

ヒアリングしていると、ニュアンスや文脈からこういう意味で言ったのでは、というのは大体分かるのでそういう補足もいただけてありがたい。

訪問看護経験年数が平均 19 年とあり皆ベテランの方たちだと思うが、結果の見せ方として、調査人数がわずか 5 人なので可能ならばレンジでデータも出すとより意味が伝わると思う。対象者 5 人それぞれの設置主体や経験年数の表があればそれでよいし、出さずにまとめるのであればレンジを表記するというのも一つの手法。

ここでのまとめの他にも語られていることはいろいろあるが、今回の「5 人以上になってどうだったか」という問いに対する語りにはフォーカスした質的まとめとすればこのくらいが限度ではないか。この得られた情報は視点をさえればいくらかでも様々な分析が可能だろうと思うし、貴重なデータには間違いはない。皆さん本当に率直に語っており、他ではこのようなことはなかなかできないと思う。

直接的看護としての利用者への看護にプラスし、チームアプローチとしてそこに関わる在宅看護の場においては、看護師だけでなく、多職種のチームでやることにすごく効果があるという 2 本柱だと思うので、そういう意味で、最低限、スタッフのレベルが、規模が大きくなることによって利用者一人ひとりのニーズをきめ細かにとらえて、他の人と協働してやっていけるところは目指したい。4 人未満だとやはり非常に忙しすぎて目の前の人の対応に追われてしまうなど感じていたので、規模が大きくなりチームの一員としてのパフォーマンスができるという点で、この規模の適正化を最終的に目指しているの、この視点は大きいのではないか。

大学教育でもそこに力を入れている。東海大学でも医学科、他大学の薬学科、健康マネジメント学科と看護学科、4 学科合同でプログラムを作成するなど、とにかく学生時代から多職種連携について意識を植えつけようと必死にやっていて、間違いなく方向性としてこれからの人材育成に欠かせない視点なので、それと呼応するような形でこの結果も出してほしいと思う。

【関藤委員】

看護については自分たちが提供していいと思うものと、受け取る利用者・家族がいいと思うもの、ケアマネジャー・ヘルパーがいいと思うものが皆違うので、何をもっていいというのか一つ難しいところだと感じる。ヒアリングの感想としてはとてもいい話が聞けて、いろいろ気づかされて初心に帰った思い。計画性のところでは、法人や設置主体とのコミュニケーション力や具体的な数字を出してのプレゼン力が非常に必要なのだと感じました。

【草場委員長】

ヒアリングさせていただいた管理者の方も、このように話をする機会を得たことで自分の軌跡を振り返る機会となったと話されていたので、折に触れて見つめ直す機会のようなもの、研修等であるのかもしれないが、大事なのではと思う。

【河村委員】

多職種連携をした方が質も高まるし、割と人数が多い事業所はいろいろなものを取り入れていて多職種がいることが多いのではないかと。一方、小さい規模のステーションは看護師単独が多い印象もある。5人以上も一つの指標だと思うけれど、多職種との連携、どれくらい他の職種がいるか、そういうこともまた指標の一つなのでは。訪問看護の質向上や、規模の適正化を考える上でも、今の訪問看護について互いに語らないといけないのではという印象を受けて、そういう座談会的なものをしてほしいという今後の参考になりました。

【草場委員長】

確かに、看護師の数が増えれば利用者の数が増えて、利用者の数が増えれば関わる医師やケアマネジャー・ヘルパーの数が増えるので、多職種連携をしなければいけないし、多様なケースに合うのは当たり前ではないだろうか。そういう意味でも規模が大きくなればなるほど多職種連携が大事になるといえるだろう。

【横山委員】

相談できる体制についての言及がどのケースもあったのは、この先大規模化を進めていくためのヒントになるのではないかと。相談を受ける側も管理者として新たに学べ、それを話す側も自分の思考のまとめにできる。経験をその人だけの経験、価値で終わらせないで表出していく場が必要なのではないかと。長く経験しないと大規模ができないのか、といえばそうではなく、今まで経験してきた人たちから得られたキーポイントをいかに伝えていくのが大事な要素になるのではないかと。やはり人数が増えると利用者のクレームも多くなるし、他職種との連携も多くなるし、事業所のマネジメント、お金の部分も含めてどうマネジメントしていくのか、やらなければいけない、教えていかなければならないことがたくさんある。次の話になるかもしれないが、大規模化を推進する次の方向性には、大規模化を意図的に目

指したい人にプレゼン力等いろいろな要素を全部パッケージした研修、育成プログラムと
いったものが必要ではないか。

【草場委員長】

県の方から意見等がありましたらお願いします。

【事務局】

多くの意見をありがとうございます。

調査参加者の承諾を受けることが想像以上に難しく時間がかかり、当初12月中に終える予定のヒアリングが結果として2月までかかり、予定通りにはいかず無理に調整いただいたことにお詫びと感謝を申し上げます。引き受けていただいた管理者の方々より「このようなインタビューを受けてよかった」「自分がどのようなことを考えてきたのかがよく分かった」などの言葉をいただき、ヒアリングされた委員のお力も大きかったことにも重ねて感謝を申し上げます。

逐語を分類整理していく中では、多職種連携のこと、管理者が相談できる場のこと、人が増え収益が上がることに伴う様々なことについて、意見がありましたが、看護経験のない人でも分かる表現とし、人数が5人以上に増えたことにより起こったことなのか、そうではなくても起こり得ることなのかというところで、検討を重ねてきました。特に多職種連携については、今回いただいたご助言に沿い見直したいと思います。

設置主体については当初は偏るのではないかと考えていましたが、結果として複数になりました。その中でバックボーンに相談できる場所があることを、プラスに捉えている管理者が複数いました。5人に移行してできたことについてどのように整理したらよいのか、どのように表現ができるのかについても見直しをしたいと考えています。

職員が増えることで特に夜間緊急の負担が減るというのは、多くのステーションで共通して言われており、これは病院看護師にも共通していることでもあります。看護職員自身の身体的負担以外に、その家族への影響も大きく、看護職員の夜間緊急の負担を改善できると、離職防止や勤務を継続していくことに繋がり、それが更に収益増加に繋がり、経営の安定化をもたらすというサイクルが見えたように思います。

頂戴した意見を元にまた調整させていただきたい。

【草場委員長】

それでは、もう一度分類から見直し修正するというにし、その場合は委員長に一任をしていただくことでよいでしょうか。メール等で皆様に相談しながらまとめていただくということとします。

次に、参考資料についての説明をお願いします。

【事務局】より「参考資料」に沿って説明

【草場委員長】

説明いただいた資料と、先ほどの調査結果を元に、今後の支援の方向性についての意見交換に入ります。

【岡部委員】

訪問看護における看護職員必要数の推計がはっきり 6000 と出ていて、あと 1000 人を数年で確保しなければならない。先ほど紹介いただいたような新卒の育成もあるがまだこのプログラムは一般化しておらずモデル的にこれから進めていくところなので、支援の方向性というところでは新任訪問看護師をいかに質の高い看護ができる人材に育てつつ、勤務面の条件を支えながら定着を図るか、というところに尽きると思う。今まで県でも訪問看護ステーション協議会でも調査をやってきてはいるが、病院を辞めて訪問看護に行きたい意思がある人がどのくらいいる、というようなデータは、なかなか把握は難しいでしょうか。病棟である程度経験したけれど、そろそろ次をやりたいというような希望を持つ看護師をいかにキャッチしてマッチング、やりたい看護ができる場に持っていくかというのが一つ。給与よりも、やりたい看護を、志をもって働きたいという思いを受けとめて育てていける訪問看護側の体制づくりが必要なのではないかとも思う。現場の声はなかなか聞けないが、近年は実習内容も充実してきて、学生からは、数年病院勤務後に訪問看護に行きたい、実習で非常によい看護を体験できて面白い看護はこういうものだと分かったのでもいつかは訪問看護に行きたい、というような声は聞く。こういう思いを育てて、1000 人規模で人数をふやして、定着させる。目標は結構大変で、どうしたらいいのか。PRなのか、何なのか。

【草場委員長】

今後どうしていくか、岡部委員の意見も踏まえていかがですか。

【関藤委員】

今後については私もどうしたらいいのか聞きたいところ。看護師求人募集をかけてもなかなか採用どころか面接にまで結びつかない。給料面が駄目なのか、そもそも希望者がいないのかよくわからないが、岡部委員の発言にもあったように、訪問看護を希望している学生はいると聞くし、訪問先ご家族の看護師をしている方から訪問看護はいずれやりたいという声も実際聞くがそういう方が本当に訪問看護に回ってきているのか、そのあたりは知りたいところ。潜在看護師がコロナ禍でワクチン接種等に流れているという話もありコロナ禍が落ち着いたら訪問看護に来てくれるのか期待もしている。また体感として川崎市にステーション数が少ないと感じていた。24 時間を取っていないステーションもいくつかあり、24 時間を取っているところがその分ターミナルや医療依存度の高い方を受けており、管理

者間でも結構負担感が多いといった話も出ていたので、この参考資料から実際のデータとして上がっており納得しました。

【草場委員長】

県の委託で看護協会が行っている訪問看護導入研修や入門研修にも、最近は病院看護師の参加が多いので、確かに病院から訪問看護に行く流れは一定数あると思う。もう転職は当たり前で、3~5年くらい在籍して転職してくだらうという見方でいいと思う。ただ訪問看護で働くとなると、子育て中であれば自宅近くで、できるだけ一つのステーションで安定して働きたいという希望もあるようなので、どのように辞めない職場を作るか。

それから岡部委員の発言にあるような訪問看護の質の部分はどう表すか。川崎のイメージはPTのリハビリ中心のステーションが多く、そうすると24時間はせず軽度な利用者への訪問しかやらないところもあると聞いているが、ターミナルや認知症、看取りというようなところをどうするか。自分たちは「困難ケース」を受けている、と看護協会の訪問看護ステーションの所長などは言うけれども、では困難ケースとは何かというと、認知症、独居、老々介護、認認介護だと。しかしそれは本当に困難なのか、それは今の社会の特徴だからそれを得意とする訪問看護ステーションが増えることはいいことなのではないか。困難と捉えると先に進まないの、協会ではどうやって増やそうか、どうやって受けていけばいいかということを経営として考えているところ。

【河村委員】

学生の実習受入を続けていると結構学生は訪問看護に興味があるように見える。後々でいいから訪問看護分野に来てね、と言いつけているが実際には来ないというのがここ10年くらいの話。若い看護師はどこに行くのだろうと思っていたが、最近は若い看護師を集めたステーションが結構できている。そういう若いステーションと、経験の長い看護師がいるような既存のステーションとでは、考え方が全然違うと印象で、これからどうなっていくかと協議会（横浜在宅看護協議会）として思っている。訪問看護に従事したての人は一生懸命なので利用者受けがいいけれど、しばらくすると行き詰まって、その一生懸命さが折れた時にメンタルに影響して辞めていく方も多いのではという印象がある。より自分に合うところに転職していくのだとも思うが、もういやだと考える人も、病院よりも訪問看護の方が多いのかもしれない。訪問看護で長く続けられる看護師の考え方、素質とかも考えないと。病院でも心折れて若い看護師が離職するという話は聞くので、訪問看護はなおのことだろう、とすると若い看護師が多いステーションではどういう方法で、大規模化しているのか、それが数年経過してどういう状況になるのか、それを協議会等で語って情報共有して何がいいのか考えていくことが必要なのではないか。個々のステーションが考えるのではなくみんな考えていこう、というのが必要ではないか。

【横山委員】

今後の方向性としては、先ほども申し上げた通り大規模化の推進は必要だと考えていて、大規模化を目指したい、それがいいと言われているけれどもどうすればいいか、採用等含めて困った時にはどうすればいいのか分からない方がいるだろうと思う。その大規模化の方法を講義であったり、相談場所として個別のコンサルや指導であったり、金銭的なバックアップ、推進には金銭的なバックアップも必要だろうと思うが、他県でも行われているような大規模化を推進する事業として県が後押しをしてくれる、推進力を持った活動にして欲しい。規模拡大の推進事業として事務職員雇用を補助するとか、そういったことも起爆剤になると思う。大規模化を推進していくと管理者にとってはやることも多くなる、さらにレセプトの量も多くなる、返戻の量も多くなる。本当に管理者が管理としてやらなければならないことに集中するという視点で考えると、レセプトなり事務なりはサポートがあればいいので、そのサポート体制をどう支援していくかについては県として考えていける方向性ではないかと思う。

また教育については、訪問看護ステーション協議会が県の委託で行っている教育支援ステーション事業の見直しを図り、何をもちょう教育ステーションとするのか、どのような活動すればよいかもう少し明確にしてもいいのではないかと。

【草場委員長】

先日、関東厚生局の方から医療保険の訪問看護に関する話で話を伺った。訪問看護は医科歯科に比べてこれまであまり指導対象としてこなかったが、今年度から指導を入れる。正しくレセプトができないところが非常に多い。管理加算などの算定が適正にできないステーションが割とある。今度そういったことについては集団指導で細かく伝えるようにするということがあったが、やはり管理者の育成は非常に重要で、そのためには最初の研修を半分努力義務化していくというのも県の方向性としてはありなのではないか。

【横山委員】

訪問看護ステーション協議会が担っている管理者研修についても見直しをした方がいいと思う。制度活用研修はしているが、単純に制度だけではなく現場に必要なレセプトのノウハウも教えないと、この返戻は何の意味があるのかというようなことも教えないと分からないと思う。たった2日間の授業では新任管理者が何をすべきかをサポートしきれないのが現状だろう。新任管理者育成を半年間かけて実施している都道府県もある。もう少し期間を長く、内容を多くする必要があるのではないかと。もしくは今ある研修を連携して紐付けて、そこを受講しなければならないような仕組みを作ってもいいのではないかと。

【草場委員長】

県看護協会の電話相談でも、医療保険と介護保険の訪問看護の違いが分からない管理者・事

務の方や、夜間の緊急対応体制も1人ではダメなことを知らないとか、そういうことがあるとは聞いています。

来年度の支援の、これからの事業の方向性というところは出た意見で大丈夫ですか。

【事務局】

大丈夫です。

【草場委員長】

それでは次に、医療的ケア児の看護が可能なステーション、或いは看取りやターミナルケアが可能なステーションをどのように増やしたらいいかについて、ご意見をお願いします。

【河村委員】

医療的ケア児については、横浜在宅看護協議会でも小児訪問看護の部会を立ち上げ考えている。やりたくない訳ではなくて、手が出しにくい、方法論がわからないというのと、キャンセルが多いことがある。各ステーションでたくさん人数を持つ必要はなく、1人2人、を分担してもらえばいいし、2ステーションで一緒に入る方法もある。そういうノウハウを情報共有しないと個々のステーションでそこに踏み込むのは難しい。今障害児の親御さんが希望しているのは肌感覚でいうと看護よりもリハビリ。看護はできるけれどリハビリができないのでして欲しいといわれることが多く、そのノウハウを持たなければいけないと感じた。数自体は少ないので、1人でも2人でも広がってほしいと思っています。

看取りについては、できると思うがリハビリ中心のステーションがどう出てくるか。リハビリ中心のステーションは増えているが、看取りに関してはやはり難しいと思うので。そのあたりの役割分担をどうするか考えていきたい。

【岡部委員】

医療的ケア児については、この数年、地域の秦野や平塚の保健福祉事務所の母子保健委員会等の関係機関で話し合う場に参加していて、災害時のことや、就学時のことに関して医療的ケア児支援法ができたことも受けて、関係機関でどう支援体制を組むかという話し合いが続いている。ケアそのものよりも家族を支える役割と、関係機関の調整において訪問看護はかなり期待されている。ニーズを代弁して学校の先生や教育委員会に伝え、一緒に会議をしながら、医療的ケアがあってもお子さんと親御さんが望む生活になるようにというところが、今課題としては挙がっていて、訪問看護がそのチーム・ネットワークの中である程度の役割を果たしていて、例えば、市の助成、税金の補助を受けて、自費の料金で学校に訪問看護するというのを既に幾つかの市が始めている。また障害が絡むので障害の方のケアマネジャーとも話し合ったり、放課後デイというような事業所の看護師とも連携をしたり。医

療的ケア児の支援コーディネーターができたので、そのコーディネーターとの連携・橋渡しも訪問看護に求められてきている。ケア児の数は少ないけれども丁寧な関わりをして、ご両親が子育てをしてケアをして、そして家族で成長していくのを、どう地域で支えていくかについて訪問看護の役割はとても大きい。県域ではそのような感じで進んでいる。横浜川崎の方はあまり詳しくはないが、先駆的にやっているところが相当あるとは聞いている。

看護師だけでご家庭を支えようとするとなかなか重い。いろいろな親御さんがいて、先ほどのリハだけやって欲しい等の様々な要望があると聞いている。けれどもやはりチームで関わることでお互いに支え合いやっていく必要があるのではと考えている。

ターミナルについては、課題は独居の方ではと思う。独居で自分の家で死にたいとか、子供も親戚もいないという人が増えていく中でどのように支えていくかを考えないといけないのと、高齢者施設やサ高住という自宅ではないが居宅と捉えられる場所での訪問看護の役割、そのスタッフとの連携等も、まだまだこれからやらなければならない。一人暮らしの方が爆発的に増えて、その方たちがすべて自宅か病院に収まるとは思えないので、ご家族のいない方、そういう施設等で生きてく方たちの最期についても考えなければいけない課題になっている。今、市町村ではACPとかの啓蒙活動を、国が旗振りをして講演会を開いたり、市民にもインフォーマルサポートに参加してもらえないか的な方向性は出ているが、多分まだまだ。なので訪問看護をはじめとして在宅医療が中心にということと、結局最後は在宅ではなく入院するという人もまだいるので病院との連携も密にやらなければいけない。いずれにしても看護が中心になって看取りに関わり、医師は死亡診断なりで関わってもらう感じになるのでは。

【関藤委員】

医療的ケア児については、自分のステーションは小児を取っていない。理由としては小児経験のある看護師がおらずノウハウがわからないこと、また小児は家族との関わりが密でそのあたりが特殊で難しい。小児を受けているステーションで見学や同行訪問などをさせてもらえると一歩踏み出せるのではとは思っているが、一つのステーションでは解決できないと、多くの管理者も考えていると思う。

ターミナル、看取りについては、24時間を取っていないステーションやリハビリがメインのステーションから、看取りになったので引き受けて欲しいという依頼が既に来ている。シビアな状況になってから関わるというのはやはり難しいが、それでも多くの経験を重ねてきて、誠意を持って関わる姿勢で何とか理解をしてもらっている。また独居の看取りについてはよく困難ケースと言われるがそれは本当に困難ケースなのかということ。実際に独居の看取りもしているし、サ高住での看取りもしている。独居の看取りは周りのスタッフの、それこそ多職種連携をしているヘルパーやケアマネジャーの不安を、訪問看護師が主体となって、もし第1発見者になった場合はこうすればいい、というような共通認識をしていくとかが大事だと思う。多職種連携が多くなり、連絡事項も非常に多くなるけれども。独居の

看取りはお金の問題もあって、お金の管理を誰かがしてくれているケースはともかく、そうでないと生活に関わるお金を誰もおろしに行けないというようなことが起きている。そういうこともあり、看護だけではなく生活面でもいろいろな支援しないといけないという問題が大きい。サ高住等施設も、それぞれで考え方が違うので、中には看取りの段階になって（施設での看取りは）ダメとなって結局入院されたケースもあった。私たちはこのまま看取れたのではと思っている、施設側がダメという看取りにならないケースもある。コロナ禍以降、施設や病院では面会ができないので在宅看取りが増えていて、自分のステーションでは年間1.7～1.8倍くらい増えている。在宅での看取りが増えると、先ほどの離職に繋がるといわれる夜間緊急電話対応や夜間訪問の回数がどうしても増えるので、看護師の負担は多くなる。連絡事項も多くなり記録も多く、電話に係る時間も多くなる。ただ今後も（在宅看取りは）増えていくのではと思っている。

【横山委員】

小児については前出の意見に同感で追加は特になし。

看取りについて重複しない点では、働く看護師が辞めたい、看取りケースを取るのを止めたいと思うのは、バッドニュースを伝えなければならないこと。そのハードルは高く、若い人が多いステーションだから話を聞いてもらえない、というようなことをケアマネジャーから聞くことが多い。自分のステーションのように経験が長い看護師が多くてもバッドニュースを伝えていくのは非常にハードルが高いとスタッフも言っており、そのあたりの教育体制・訓練がされていないのではと思う。

また生活支援をしていくためのケアマネジャーは人数が減りヘルパー事業所も増えていない、そういう中で看取りの数が多くなると、支援にケアマネジャー・ヘルパーの力を今まで以上には求められない状況で、訪問看護ステーションがどれだけ柔軟に動けるか。独居の看取りについても、どこで生活をしていきたいかであったり、遺言であったり、このあたりはケアマネジャー業務の範疇かもしれないが、訪問看護師がこれらの知識を持ち専門家につなげる役割も持たなければならなくなっているところがハードルなのではと思う。

【草場委員長】

追加するとすれば、医療的ケア児については、生活が安定すればリハビリが中心になるかもしれないが、退院してから自宅での生活を構築するまでの期間は、特に訪問看護師が病院の看護師と協力して支援することが必要なのではと思う。

看取りについては、絶対数は増えていくので、看護協会のステーションのように看護職のみの事業所は、看取りに強いステーションを強みにしていこうと考えているところ。

以上で予定していた議事は終了し、進行を事務局に返します。

【事務局】

委員長一任の議案については、後日メールにて報告します。次回、令和5年度第1回訪問看護部会は5月ごろ開催の予定。議題は、今回の検討内容を踏まえ整理し、詳細は改めてご連絡させていただきます。

【藤内課長代理】 より閉会の挨拶