

令和5年度第1回神奈川県在宅医療推進協議会訪問看護部会 議事録

開催日時	令和5年6月13日(火) 18時00分～20時00分
会場	Zoomによるオンライン開催
出席者	草場委員、鈴木委員、西田委員、関藤委員 (事務局) 松谷保健医療人材担当課長、藤内課長代理、天下井副技幹、萩原主事、安部相談員

1. 事務局より会場運営のお願い等について説明

2. 松谷担当課長より開会のあいさつ

3. 藤内課長代理より資料や確認事項について説明、委員の紹介

4. 事務局より自己紹介

5. 事務局より報告1～4について資料に沿って説明

報告事項

- (1) 令和4年度訪問看護推進支援事業
- (2) 令和5年度訪問看護推進支援事業
- (3) 令和3年度看護職員就業実態調査(訪問看護ステーション)結果概要
- (4) 令和4年度訪問看護ステーション実態調査結果

6. 報告1～4に関する意見交換等

(草場委員)

報告事項について委員の方にお一人ずつ御意見を伺いたいと思います。まず関藤さんいかがでしょうか。

(関藤委員)

訪問看護ステーションなかはら正吉苑長の関藤です。今年度もどうぞよろしく願いいたします。私は前年度から委員を務めさせていただいており、報告事項は概ね理解しているつもりですので、特に意見はございません。

(草場委員)

ありがとうございます。鈴木委員いかがでしょうか。

(鈴木委員)

神奈川県訪問看護ステーション協議会の鈴木でございます。今年からどうぞよろしく願いいたします。私も特に質問はございません。実態調査については、5つのステーションに調査をしていただいております、よくまとまっているという印象です。

(草場委員)

ありがとうございます。西田委員いかがでしょうか。

(西田委員)

神奈川県看護師等養成機関連絡協議会を代表いたします西田です。よろしく願いいたします。報告の最後のところで触れられた件についてですが、県内において、看護職員数5人以上と5人未満の訪問看護ステーションはそれぞれいくつあるのでしょうか。大まかな数字が分かれば実態が見えると思いますので、お分かりになれば教えていただきたいです。

(事務局)

時点で若干数値は変わりますが、令和3年度の就業実態調査からですと、常勤換算看護職員数5人以上の施設が244、常勤看護職員数5人以上の施設が227です。いずれも200を上回っており、常勤換算看護職員数5人以上の施設の方が幾らか多い状況です。また、昨年度の訪問看護部会の資料によると、令和3年においては看護職員数5人未満の事業所は268でした。

(西田委員)

承知しました。ありがとうございます。

(草場委員)

他に御質問がないようですので次の議題に移りたいと思います。事務局からお願いいたします。

7. 事務局から議題1について資料に沿って説明

議題1.第8次保健医療計画に向けた施策の方向性について

8. 議題1に関する意見交換等

(草場委員)

第8次保健医療計画に向けた施策の方向性について、委員の皆様から御意見を伺ってまいりたいと思います。まずは鈴木委員いかがでしょうか。

(鈴木委員)

基本的には説明していただいた内容で良いのではないかと思います。

少子高齢化が進んでいることで、令和7年には訪問看護ステーションの看護職員が約6000人必要とされています。令和3年時点では約5000人ですので、令和7年度までに約1000人増やすことを目標に、県でも様々な施策を行っていただいていると理解しています。

管理者研修につきましては、当協議会において県から委託を受けて実施しております。管理者経験年数3年以上の管理者研修、3年未満の管理者研修、年数の関係ない制度活用管理者研修について、計5回行っています。コロナ禍で良かったのは、オンライン研修になったため研修参加者数が増加したことです。当協議会では2024年に向け、今後も県から受託する管理者研修の見直しを進めて参ります。

次に看護師の養成についてお話しさせていただきます。私は神奈川県立平塚看護大学の在宅看護のコマを受け持たせていただいています。新カリキュラムとなってから、在宅に関する時間数が大幅に増えました。授業の中で繰り返し少子高齢化問題が刷り込まれていることもあってか、学生には在宅に非常に興味を持っていただけていると感じています。先日今学期の訪問看護の実習を終えましたが、学生からは勉強になったという声をいただいております。肌感覚ではありますが、将来的には訪問看護への従事を希望する生徒が年々増えていくのではないかと感じています。実際一昨年と今年の卒業生が1名ずつ、臨床に進まず訪問看護ステーションに就職しております。このような部分にこれまで行ってきた努力の成果が表われているのではないかと思います。

また、看護師は訪問看護ステーションだけでなく至るところで必要とされますが、少子高齢

化の中で、今後看護師の奪い合いのようなことが起きるのではないかという危惧を持っています。理学療法士、レントゲン技師などでも同様だと思いますが、看護師業界でも看護師の奪い合いになるようなことは避けたいと思っております。

最後に管理者の問題についてお話しさせていただきます。当協議会では昨年度から、所属している訪問看護ステーションの問題について参加者が匿名で発言できる「訪問看護を語ろう会」という場を設けております。そこで私が感じるのは管理者の問題が多く出ることです。一つ例を挙げますと、大きな病院が持っている訪問看護ステーションでは、師長クラスの方が数年毎にローテーションで管理者になります。しかしローテーション方式であるために、全員が訪問看護に熱心な管理者というわけではなく、訪問看護を希望してステーションに就職した若い看護師を上手に教育できないという問題が発生するようです。管理者が「訪問看護師はただ現場に出向けばいい」という考えで接すると、高い離職率に繋がってしまうと思います。このような話を伺っている経験から、やはり管理者の問題の改善とそれに対する行政のバックアップが必要だと感じております。以上です。

(草場委員)

ありがとうございます。関藤委員いかがでしょうか。

(関藤委員)

鈴木委員と同様、計画の内容については、概ね問題ないと思います。

管理者研修のことについてですが、私自身も過去に協議会や看護協会の管理者研修を受講させていただいております。協議会の3年未満の管理者向けの研修は、管理者候補の方々と一緒に受ける内容となっておりますが、私は以前からこの管理者候補の方向けの研修があっても良いのではないかと考えております。自分が管理者になった際、前から知っておきたかったと感じることが多々あったためです。加算の取り方などの管理者が行う仕事について事前に把握することで、管理者になる心構えにもなるはずです。

また、潜在看護師のマッチングの件についてお話しさせていただきます。一昔前は看護師の求人はハローワークやチラシが多く、それらを確認すれば近隣のステーションの待遇を把握できたため、自社の参考にすることもありました。しかし近頃は採用のほとんどが人材紹介会社を通して行われ、他所の実態が見えなくなっていることに加え、管理者の集まりもウェブで行われることが多く、管理者同士の意見交換や雑談ができない状況です。このようなことから、地域の実情について情報収集が困難となり、応募者が来ない理由を把握することが難しくなっています。まだ具体的な改善案は見えていませんが、マッチングに関してのこのような問題点を改善できたら良いと思っています。

(草場委員)

ありがとうございます。西田委員いかがでしょうか。

(西田委員)

第8次保健医療計画については大筋で異論はございません。

説明の中でありました認定看護管理者研修についてお話いたします。私も認定看護管理者研修のファースト、セカンド、サードの講師を長年行っておりますが、在宅医療から参加される方は各年度に1人いるかいないかという状況です。やはり在宅の方は参加が難しいようですが、ではなぜ参加し難いのかという問題について考えるべきだと思います。訪問看護ステーションの管理者の方々からこの問題に関する意見を聞き、それを看護協会などに伝達して改善を求めていくなどの対応をしていただくと良いと思います。推測にはなりますが、普段の訪問看護業務や管理者業務が忙しく、研修のために時間を取れないことが理由だと考えられます。コロナ前までは大抵の研修を対面式で行っていましたが、コロナ禍では演習などの一部を除いて、ほとんどをオンラインで実施していました。このように対面中心の研修だけではなく、オンライン研修も豊富に取り入れていくことで参加の機会を創出できれば、管理者の皆様も参加しやすくなるのではないかと感じております。私が講師を務めている中での印象を簡単に述べさせていただきました。以上です。

(草場委員)

ありがとうございます。

看護協会の立場で申しますと、認定看護管理者のファースト、セカンド、サードの研修が病院の方を中心としたカリキュラムであることも受講数が伸びない一つの要因だと思います。また、少人数で回している訪問看護ステーションが多いため、プレイングマネージャーである管理者が研修に参加することは非常に厳しいと考えられます。

私どもの看護ステーションの管理者にもファースト、セカンドの講習を受けていただいておりますが、やはり受講後は以前に比べてマネジメント面などで格段に変化があることが分かります。しかし効果があると分かっているにもかかわらず、研修に出しにくいという実情がございます。そのため西田先生が仰るように、オンラインでの実施などの工夫を検討する必要があると感じました。

また、県の協議会や看護協会で行っている管理者研修について私が気になっておりますのは、参加してくださる事業所が毎回同じところが多い一方で、全く参加しないステーションが存在するということです。近年民間の訪問看護ステーションの数が増加しておりますが、民間のステーションの中には、自社で研修を行うため対外的な研修には全く参加しないという独自のルールを設けている事業所があるようです。そのため、例えば東京都のように、3年に1度は管理者研修を受講することを勧めるなど、県から何かしら周知をしていただきたいと思います。公的なお金を使って研修を行うからには、上手く活用させたいと感じております。

それぞれの委員の方の御発言を受けて何か御意見があれば伺っていきたく思います。鈴

木委員から何かありますでしょうか。

(鈴木委員)

例えば県西部などでは、研修のために1日ばかりで横浜に通うことが難しいステーションがほとんどだと思います。看護職員数5~10人のステーションも多いですが、それでも人を出すには苦勞するはずです。

やはり皆様がおっしゃるように、ファースト、セカンド、サード全ての管理者研修をオンデマンドで好きな時に受講できるようにすると良いと思います。受講したかどうかは試験で確認できますし、試験の日と論文の日だけ看護協会へ行き合格認定を受けるという形でも良いのではないのでしょうか。とても力のある管理者の中にも、管理者研修を受けてない方もいらっしゃいますし、研修をレベルアップの方法として考えたら、そのような感覚でも問題はないと思います。

話は変わりますが、プラチナナースの件について触れたいと思います。プラチナナースについては看護師数増加の一案として以前の看護協会の総会でも話に出ておりました。私もプラチナナースですが、訪問に行くことに問題は感じておりませんし、私のステーションでは最高で75歳の職員がおりますが、その方も自分で運転ができ、精神やチックの患者さんの訪問を得意とされています。このようにプラチナナースを活用することが看護師の増加につながると感じていますので、学生や潜在看護師に加え、プラチナナースの方たちにどのように上手く働いてもらうかという問題も考えていくべきだと思います。以上です。

(関藤委員)

当ステーションでも少し前に75歳の方がいらっしゃいましたが、身体が大きい利用者やお風呂の介助が続く訪問は体力的に厳しいと訴えていました。そのため、他の看護師との不平等が生じてしまうことがあったのですが、そのような問題にはどう対処されているのでしょうか。

(鈴木委員)

特に不協和音のようなものは聞こえて来ていません。若い看護師でも真夏にお風呂介助が続くと不満を言う者がいる一方で、今のところ私は何人続いても気にならないというように、結局は個人のパーソナリティ次第かと思います。また、その点に関してもやはり管理者のマッチング能力が重要だと考えます。当所でも、非常勤職員の目標件数、常勤職員への負担の偏り、訪問場所の距離などの要素を考慮しながら、所長が工夫してうまくシフトを組んでいると感じる時があります。確かに負担の偏りを感じる時もありますが、次の週のシフトでは負担の少ない患者さんの訪問を入れてもらうなどの配慮をいただくと不公平感は解消されます。

そして在宅医療で大切なキーワードは“丁寧に”だと思います。患者さん、患者さんの家族、

スタッフすべてに対して丁寧に対応をすることが大切です。スタッフの問題に関しては、不安を感じたらすぐに申し出られる体制や、全員を一通りの患者さんのところへ行かせる体制を整えるなど、個人を丁寧に養成することが肝だと思っております。同行訪問がとても増えるため確かに多少非効率にはなりますけれども、このように丁寧に対応することが離職率改善に繋がるのではないかと考えています。そしてそのためにも管理者のマネジメントが重要となります。

(草場委員)

西田先生も訪問看護のご経験がお有りですが、このことに関して御意見を伺ってもよろしいでしょうか。

(西田委員)

今話題としては管理者に焦点が当たっている気がしますが、スタッフ側にも目を向ける必要があると思います。先ほど看護職員数が5人未満から5人以上になったことで離職率が改善されたというお話がありました。この理由を考えると、やはり夜間携帯を持つ回数が減ったということが挙げられると思います。夜間携帯は管理者だけでなく全員で持ち回りをしているでしょうし、おそらくどのスタッフも負担になっているはずで、その中で、若い世代の人たちが夜間携帯を持っていても安心できる体制を構築しようという話になると、1ヶ月の担当日が減ることは非常に大切だと思います。このような、事業規模を変えていくための取り組みがより一層推進されると、ステーションの永続性が増していくのではないかと考えます。

別件にはなりますが、看護師の養成という点についてお話します。一部の訪問看護ステーションの中には、新卒の看護師を歓迎している事業所もありますが、まだまだそのようなステーションは数が少ない状況です。鈴木先生の学校では新卒で就職された学生が数名いらっしゃるとのことでしたが、私が学生の意見を聞いている中では、新卒ですぐにステーションに行きたいという声はあまり聞こえて来ないです。多くの学生は、まずは一旦病院へ進みたいようです。しかしながら、「一度病院に進みはするが、将来的にはステーションへ行くことも考えている。」という学生も一定数はいるようですので、一度病院に行った後にステーションに転職しやすい流れを構築できたら良いと感じています。そのような流れをどこで作ればいいのかという点が悩みどころではありますが。

ただ、おおむね50歳以上の方とは異なり、おおむね50歳以下の方々は、基礎教育で在宅看護学を受けており、学生時代に一度は在宅サービスについて学習しています。その基礎教育の段階で、病院以外でも働く場として在宅という場所があることをしっかりと教えることで、一度は病院へ従事したとしても、過去に実習で見た記憶から、訪問看護ステーションに移ることを選択肢に入れてくれるようになるのではないかと考えています。潜在看護師も大事ですが、新卒看護師の育成のあり方についても、今後検討する必要があると改めて思

いました。

(関藤委員)

鈴木委員が仰っていたことについてですが、当所でもとにかく経験が大切だと思い、同行訪問を多く実施しています。たとえば「看取り」と言っても同じ看取りはありませんので、とにかく勉強して経験が積むことができれば良いと思います、できる限り同行訪問を多く実施しようと努めています。看取りの時などは本当に様々なことが起き、人の手が必要な大変な場面が多いですが、そういった状況へのフォローにもつながっています。貴重なご意見ありがとうございました。

(草場委員)

私も意見を少しお伝えしますと、プラチナナースに関する意識はここ数年で大きく変わっていると思います。当所でも以前は60歳を超える方を戦力として考えない管理者達が多かった印象があります。ところが、管理者自身も年を取り考えが変化したことや、在籍するナースの平均年齢が上がる一方で新しい職員が入らない状況の中で、彼らの意識も段々と変わって来ていると感じます。プラチナナースに伝えるのは管理者やステーションのチームのメンバーですので、誰にどの訪問に行ってもらおうかという戦略を職員全員で話すことが大切だと感じます。やはり当所でも小児、医療依存度が高い方やターミナルの方の訪問は常勤職員に偏り、非常勤職員は比較的状态が安定している患者さんの訪問が多くなるという傾向がありますが、そのままでは常勤職員の負担が大きくなってしまいます。いかに非常勤職員にもターミナル等のケースに行っていただくかということを課題として考えています。新卒ナースに関して私の意見を申し上げますと、新卒ナースが訪問看護ステーションに入っていただくことは良いと思いますが、ステーションでマッチングが上手くいかなかった場合に、すぐに病院に就職できるような仕組みが必要だと思っています。訪問看護ステーションに新卒で入り、そこが合わないから辞めるとなった際に、病院に、特に大きい病院にすぐ就職するのはハードルが高いと思います。そのような中でステーションと病院の横断がスムーズにできる世の中になれば、学生が最初にステーションを選択することも増えるのではないかと考えています。

(鈴木委員)

病院と訪問看護ステーションを横断する新人看護師育成ということについては、協議会でも注視しているところです。新卒で訪問看護をしたいという学生から話を聞きますが、看護学生には親御さんが看護師さんの方が非常に多く、学生が訪問看護ステーションを希望しても、親御さんに最初の数年間は臨床に行くように言われる学生が多くいます。先ほど草場さんがおっしゃったように、訪問看護が合わなかった時の選択肢が狭まるという懸念があるようです。そこで以前聖マリアンナ医科大学病院の部長さんと県訪問看護ステーション

協議会前会長の横山さんらが考え出した案が、「病院とステーションの両方を横断して、3年が経過したら最後にどちらに進むか選べる」というシステムです。今年の方は訪問看護ステーションの就職を辞退なさり、聖マリアンナ医科大学病院で働かれる決断をされたそうですが、今後もこの取り組みの動向を注視していきたいと思います。

教育カリキュラムが新しくなり、在宅看護を志す希望者は増えているところですので、病院と訪問看護ステーションを横断する看護師については、今後も継続的に考える必要があると感じています。

(草場委員)

そうですね。注視していきたいと思います。

では、この大まかな第8次医療計画に関して、修正がないということであれば、今付いている「案」という部分を取らせていただく形にしたいと思いますが、いかがでしょうか。

→ 異論なしで了承

(草場委員)

それでは議題2に移りたいと思います。「在宅・慢性期領域による特定行為研修修了者の就業者数の目標値について」ということで、事務局からご説明をお願いいたします。

9. 議題2について事務局から資料に沿って説明

議題2.在宅・慢性期領域による特定行為研修修了者の就業者数の目標値について

10. 議題2についての意見交換等

(草場委員)

ご説明ありがとうございました。それではこの目標値等に関しまして、皆様からご意見を頂戴したいと思います。西田委員から伺ってもよろしいでしょうか。

(西田委員)

「在宅・慢性期領域における」ということですが、ここでは在宅のステーションのこのみを指すのでしょうか。「慢性期領域」には介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの施設も関係すると思いますが、あくまでも、当部会が訪問看護部会であるため、訪問看護ステーションに特定行為研修修了者を配置する目標を考えていらっしゃるということなのでしょうか。まずは考え方自体を確認させてください。

(草場委員)

天下井さんもう一度お願いしてもよろしいでしょうか。

(事務局)

現在の本県の訪問看護ステーションの特定行為研修修了者数が18という実態を考慮しますと、まずは在宅の療養者の方々に最も近いところで看護を実施してくださる訪問看護ステーションに優先的に配置をし、前述の施設等への配置は将来的な長期目標として検討することが必要と考えています。なお、どこに重点をおき、どのような数値を算出するかという算出に係る考え方については各都道府県で自由に解釈、検討して良いことを厚生労働省に確認済みであります。

(草場委員)

西田先生いかがでしょうか。

(西田委員)

はい。ありがとうございます。まずは常勤換算看護職員数5人以上の244施設に対して、1人ずつ配置することを優先させたいという考えが改めて確認できました。

するとここで問題となるのは、神奈川県内では事業規模で特定行為が求められているのかどうかだと思います。県西部などでは、在宅医療に携わる医師の数が少なく、医師の移動に時間がかかる状況が多いと考えられますが、そうした場合、特定行為で対応できるのは胃ろうの交換のような行為だと思います。しかし、そのような行為が横浜市などの都市部のステーションで需要があるのかどうかという点が気になります。そのため、県内のどのあたりに特定行為の需要があるかという観点も、配置目標を考える際の基準とした方が良いと思います。また、憶測に過ぎませんが、県西部などの医療が十分に足りていない地域では、特定行為の需要はあったとしても、事業規模5人以上の施設は少ないと考えられます。事業規模だけでなく、各地域における5人以上と5人未満のステーション数もお示しいただけると、より根拠に基づいた数値目標が考えられると思います。

しかしながら差し当たって何人をどこに配置するかという目標を考える際に、決して今の目標が誤りではないと思いますので、まずはこの目標から始めることについて異論はありません。ただし、それだけで満足をするべきでもないというのが私の意見でございます。

(草場委員)

このことについて、鈴木さんいかがでしょうか。

(鈴木委員)

私自身も、管理者の頃は、訪問看護ステーションに特定行為ができる看護師を配置する必要性を感じていませんでした。丁寧な指示書をいただければ何とか対応できていたためです。特定行為の中には心嚢ドレーンの抜去などがありますが、個人的な考えとして、これらは医師の行う医療行為であり、看護師が行う看護行為ではないと思います。診療の補助ができる看護師がいることは素晴らしいですが、先ほども申したように、包括的な指示をいただければ済むことが多いため、自分が管理者の頃はその必要性をあまり感じていませんでした。今回部会があるということで、当所の所長にも話を聞きましたが、所長も同様の意見でした。ただ、医師がすぐに駆け付けられない過疎などの地域において、必要に迫られて特定行為を取られるステーションもあると聞いております。そのため、38の特定行為のどこにスポットを当てるのか等の観点について、もう少し丁寧に考えていただけるとありがたいと思います。

(草場委員)

ありがとうございます。関藤委員いかがでしょうか。

(関藤委員)。

まずは質問になりますが、県内の訪問看護ステーションに従事している特定行為研修修了者18名のうち、機能強化型や常勤換算看護職員5人以上のステーションに従事されている方はどれだけいるのでしょうか。その数字が分かればぜひ教えていただきたいです。

(事務局)

その点に関しては現在調査中です。

(関藤委員)

ありがとうございます。おそらく特定行為が必要となるステーションには、大きいステーションが多く含まれると思いますので、機能強化型訪問看護ステーションの数である70という数字は腑に落ちます。一方で特定行為の必要性がどの程度あるのかという部分も気になります。私のステーションは川崎にあり、先生が近くにいらっしゃいますし、鈴木委員がおっしゃるように、指示書に丁寧な記載があれば研修未受講でも対応できてしまうことも多いためです。当ステーションでも、受講しない理由としては、職員の手上げがないということも一つにありますが、やはり平日に職員を出すために日程を組むことが難しいという実情が挙げられます。特定行為の必要に迫られていれば、頑張っても職員を出そうという気になります。あまり必要に迫られないと、職員を出す意味があるのかと思ってしまう。勉強になることは分かっていますが、管理者として職員を出す後押しができないと感じているところです。以上です。

(草場委員)

はい、ありがとうございました。先生方がおっしゃるように、神奈川県のような都会では、今の段階では医師が対応してくださるため、特定行為の「行為」の部分だけに着目すると、不必要なのではないかと私も長らく考えていました。

しかしながら、当協会のステーションの中で1名が特定行為研修を修了いたしまして、この方の修了後の能力を見たところ、褥瘡の処置能力がかなり向上しておりました。また、それを見て周りの看護師も影響を受けていました。そのため、臨床推論力という観点では、特定行為研修にはとても効果があるのではないかと考えています。

そして、おそらく病院では特定行為を持つ看護師がとて増えているため、大きな病院で特定行為を取得し、その後ステーションに就職してくる看護師が多くなるだろうと推測しています。ただ、その際には小さなステーションに就職するのではないかという印象もあります。関東厚生局のデータの中で、専門管理加算を取っているところをピックアップしてみますと、やはり小さなステーションに就職している人が多いことが分かりました。そのため機能強化型のステーションと病院での取得者の増加という現象が、今の段階では紐づいていないのではないかと感じました。しかしながら、今後訪問看護ステーションで臨床推論力のある特定行為修了者が増えると、医師との対話がスムーズになると思います。そうなれば特定行為研修修了者がいる施設が選ばれるステーションとなる時代が来るかもしれないと考えております。

また、特定行為研修に関して私が課題だと感じるのは費用補助についてです。特定行為研修に職員を出した際に、県がその費用を補助してくれるというのですが、申請のためには一度事業所を通す必要があり、申請方法が複雑に感じられました。申請方法をより簡潔にすることが必要だと考えています。

皆さんの中で追加の御発言等がございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

はい、鈴木さんお願いします。

(鈴木委員)

特定行為研修受講促進事業費についてです。令和3年度からは、出資した経費、入学金及び受講費のうち、事業者が受講者に支払った経費を補助することになっておりますが、もう少し補助を出していただきたいと思います。また、私も一度確認しましたが、草場先生がおっしゃるように申請方法が複雑で分かりにくいです。せめて書式をExcelにしていれば自動計算ができるためありがたいです。このようなことを含め、補助事業に関してはもう少し丁寧かつ簡素にしていけると幸いです。

そして、70人という数値を出して目標を達成させることが行政のお仕事だと思いますので、そのためにお金と丁寧なバックアップをお願いしたいと思います。これらが充実すれば私自身も受講を検討する気になります。以上です。

(草場委員)

鈴木さんがおっしゃるように、事業所が本人に払ったお金を補助するというやり方では複雑です。当協会内でも、申請に手間がかかるため、結局は自分で支払うことにした事例がありました。

西田先生いかがでしょうか。

(西田委員)

はい。費用の負担に関しては、県からの補助金もありますが、受講するその個人が負担している場合が多いのではないかと思います。受講費用を事業所が負担している事例は看護業界ではあまりないと認識しています。先ほど草場さんと鈴木先生がおっしゃったように、事業所を介する方法を用いると申請に手間がかかってしまうため、申請方法の簡素化を図って欲しいと思います。

もう一つ、国に対して要望していただきたいことがあります。雇用保険に「教育訓練給付」というシステムがあり、この教育訓練給付の中の専門実践教育訓練給付に特定行為研修を該当させることができるはずですが、教育訓練給付が利用できれば、受講料が安く抑えられ、受講者の増加に繋がると思われます。そして、給付金を利用するためには施設が申請をする必要があるため、施設による申請を後押しするシステムを検討していただきたいと考えています。全国規模でやる場合には日本看護協会が行うのか、厚生労働省が行うのかは不明ですが、どちらにせよ、施設を後押しするシステムを検討していただきたいという要望を、神奈川県側から国に発信していただければありがたいと思います。

(草場委員)

ありがとうございます。

では天下井さんに様々なデータを拾って算出していただきました 70 という数字について、私個人としては問題ないと感じていますが、皆さんいかがでしょうか。

(関藤委員)

今 18 名でそこから 70 名に増やすとなると、少し目標値が高いと思いますが、いかがでしょうか。

(草場委員)

西田先生はいかがですか。

(西田委員)

天下井さんの説明の中で 70 という数値の算定根拠を示していただきました。そのように何

らかの根拠を持って示しているのであれば、70 でも良いと思いました。

(草場委員)

鈴木委員はいかがでしょう。

(鈴木委員)

根拠はありますので良いのではないのでしょうか。これも結局お金の問題だと思います。あまり必要性を感じていなくても、県や国、看護協会が補助を多く出してくれるのであれば受けようと思う可能性が高まるはずで。皆さんがおっしゃるように、補助金については個人で処理できるようにすることが望ましいです。事業者が間に入ると本当に手間がかかります。70 という目標に向かっていく中で、このような課題に関して努力する姿勢をお示しいただければありがたいです。

(草場委員)

はい。244 という数値は高すぎるため、実現可能性の高い機能強化型ステーション 70 ヶ所を対象にしようということで、根拠を持って数値を設定していただいています、第8次保健医療計画では何年間で70 にする計画でしょうか。

(事務局)

第8次保健医療計画は6年でございます。

(草場委員)

6年でしたら70まで達するのではないかと思います、関藤さんいかがでしょうか。

(関藤委員)

そうですね。6年で70まで持っていけると、望ましいと思います。ありがとうございます。

(草場委員)

妥当な数字だと思われるため、修正なしということで「案」を取る形にさせていただきたいと思います。

以上で予定しておりました議事が終了になります。皆様から他に追加で、何かご意見やご報告はございますか。もしあれば教えていただければと思います。

→異論なしで了承

(草場委員)

特に意見がないようでしたら事務局の方にお戻ししたいと思います。皆さんありがとうございます

ございました。

11. 藤内課長代理より閉会のあいさつ