

神奈川県看護部長会 県央支部 かながわ地域看護師 普及啓発 録音記録

開催日時： 2022年12月1日(木)午後3時～午後3時40分

会 場： あつぎ市民交流プラザ

出席人数： 20名程度

説 明 者： (県) 日澤 (実習病院) 竹村

同 行 者： (県) 天下井 (実習病院) 目黒

(自己紹介あり)

(県 日澤) 神奈川県で設置した、地域看護師養成事業検討会ですが、実習病院連絡協議会と県とで、共同で事務局をやっています。竹村先生には、その検討会の委員を務めていただいているということです。

神奈川地域看護師の説明で本日はお時間をいただけるということで参りました。

本日は30分ですけれども、まず私のほうから、この取り組みの経緯を説明いたしまして、神奈川地域看護師の取り組みの実際のところを竹村先生にお話しいただく、その後、お時間があれば、皆さんにもぜひ感想、ご意見、ご質問等をいただきたいと思っております。

お渡ししているアンケートを書いて、回収させていただいて終了と予定しておりますのでよろしく願いいたします。

お渡しした資料は、まづご参考というところで、本日、本来であれば、医療課の課長代理の藤内が検討会の委員の1人でもございますので、こちらにお伺いしたかったところなんです調整がつかせんで、代わりにメッセージを配布するという形にさせていただきました。そこで検討会の経緯なども書いてございますので、後ほどご覧ください。

それでは資料のカラーの『神奈川地域看護師の養成を推進します』という資料は、実習病院連絡協議会で作成してくださった資料です。簡単に目を通していただきながら、神奈川地域看護師の取り組みの背景について説明いたします。

資料2ページをご覧ください。2ページの後段、実施の背景という所で、2025年問題に触れております。皆さん、よくご承知というところで、医療介護需要の最大化が見込まれているというところです。

多くの都道府県で、2030年頃にピークを迎えて減少に転じるといわれており、既に減少している都道府県もありますが、神奈川県は2035年以降も、75歳以上人口がまだ増加すると見込まれております。

神奈川県の看護師、看護職員なんですけれども、皆さんご存知のように不足しております。人口10万人対で見たときに、看護職員でいうと、全国で47位、最下位という大変厳しい状況にございます。全ての2次医療圏で全国平均を下回っているという状況で、神奈川県の中で見ると、県央地域については、最下位という厳しい状況にもございます。とにかく足りな

いというところで、看護師確保に我々、力を入れてやっていかなければいけないというところ取り組んでいる状況でございます。

一方、地域医療構想、それから地域包括ケアシステム、こちらを実現しなければならないという大きな課題があります。県央地区の病床の状況を少し申し上げますと、1年前の令和3年の病床機能報告になりますけれども、高度急性期は微増、ただ、2025年の必要病床数と比べると、400床以上、不足している。県全体と比べても少ないという状況でございます。

一方、急性期、こちらは横ばいの状況で、2025年は必要病床数と比べると、1200床ほど過剰という状況になっていて、県全体で比べてみても、割合が高い、急性期が過剰な状況が続いているというところです。

回復期は増加傾向ですけれども、やはり2025年と比べると、必要病床と比べると、600床ほど足りない、不足している状況。ただ、県全体よりは回復期病床は、県央地区はやや多いというところでございます。

慢性期は微増の傾向ですけれども、2025年の必要病床数と比べると、200床ほど不足というところでございます。病床の転換を、これから皆さんもしていかなければいけないと、神奈川県は、全国に比べると、まだそういったところが本格化していないかもしれませんが、今後そこが本格化していくことが見込まれている状況です。

ただ、看護師ということであると、病床を転換すれば人も簡単に動くということではないというところは、皆さんが身に染みてよく感じていらっしゃると思うところでございます。

我々としてもそこが大きな課題、新卒の看護師は、やはり傾向としては、病床規模の大きな、急性期の病院に就職したがる傾向がありますけれども、リアリティショックということもいわれていますし、そこで退職ということになってしまうこともあります。だからといってすぐに、病床規模の小さなところに異動できるかということ、そうでもない。在宅の分野についても、生活の視点など必要なことは、スキルや必要な視点というのは全く異なるものである、そういった偏在がある中で、病床転換の再配置と併せて、人材の配置、これをいかに円滑に移行していくか、あるいは、最初からバランスよく確保していくか、そういったところが大きな課題となっていると我々は認識しております。

その解決策の一つとして、突破口となるのではないかと期待している取り組みが、実習病院連絡協議会からご提案があって、我々県の方で検討会を設置して、今、この普及・啓発に取り組んでいるというところで、神奈川地域看護師の取り組みの紹介をさせていただきたい。パンフレットでいうと、4ページの下の段です。実施の目的という所で赤い字で書いてございます。二つ、地域医療構想と地域包括ケア時代にふさわしい看護師の確保と養成を地域全体で取り組む。単体では難しいので、地域全体で取り組むこと。もう一つ、看護師の離職、地域からの流出を防ぐ。この二つを解決するために、この神奈川地域看護師の取り組みが有効なのではないかと考えてございますので、皆さんに知っていただき、忌たんのないご意見をいただければと思っております。それでは、竹村先生に、神奈川地域看護師の取り組みについて紹介していただきたいと思います。

(竹村委員) このパンフレット、非常によくできた資料かなと、手前みそですが思っております。日澤と同じくパンフレットに沿いながら、また、皆さんの手元に、『小児看護』の2022年8月に、実際に地域看護師の養成・育成を行っている、横浜市鶴見区にあります済生会東部横浜病院の渡邊部長が、詳しく原稿を、経過を書いていただいておりますので、こちらを少し引用しながらご説明申し上げたいと思います。

パンフレット5ページをご参照いただきますが、先ほど日澤からも、県央寄りで話をしますと、回復期、慢性期、少しずつ病床転換が進んでいて、急性期よりは増えてはおりますが、これから地域医療構想、あるいは地域医療構想のワーキングを通して、病床転換がどんどん進んでくると想定をしております。

その急性期にいる看護師をどうやって、慢性期で再度活躍していただくように支援をしていくか、我々看護部長職、やはりキャリア支援といった意味もありますので、神奈川地域看護師のような仕組みがキャリア支援としても使えるのではないかと考えております。

このパンフレットには、まだそこまでは書いていないですが、今年から看護師の育成プログラム、養成校ですね、専門学校、大学、基礎教育が新カリキュラムに変わっています。

要点の大きなものは全部、やはり在宅にカリキュラムが重くなってきている、それを聞いて、我々臨床側のナースの育成の仕方、あるいは地域と一緒に、ローテーションしながら育成をする方法論にも選択肢を持っていかなくてはいけないのではないかと強く思っています。

人生100年、竹村も100歳までできるか分かりませんが、長く看護師を続けていくこと、豊かなキャリアを、今の場所ではなくて、違う場所でどう生かしていくかといったような、セカンドキャリアの視点もありますし、ナースが、病院だけの看護キャリアにとどまらず、地域に貢献していくといったようなキャリア支援、長く働いていくことも含めて、ナースの選択を図っていく方法論の一つになるのではないかと考えております。

5ページに、実習病院連絡協議会と県とで併せて考えている、神奈川地域看護師の二つの形をご紹介します。赤字で中央に書いてありますが人材交流の循環型、もう一つが同じく人材交流ですが養成型、二つのパターンを考えています。

上段、循環型のほうは、A病院、B病院のところで人事交流を行う、そんなイメージです。病床の偏在がこれから起きてくるであろうということですので、イメージとしては、急性期病院と慢性期病院の中で、どちらからスタートかは分かりません。相互交換になるのか、どちらかが送るだけなのか、病院さん同士の連携の仕方によると思いますが、病院間でナースの連携をしていく形と、神奈川地域看護師で動いていく方法。

もう一つは養成型で、イメージとするのは、ドクターの地域枠、何となくイメージはつくでしょうか。色々な自治体で医療過疎が起きるので、奨学金等も付与をしながら6年間、学生として育て、県等の指定した医療機関に、いわゆる過疎化が進んでいるようなところに行きながら研修を進めていくという内容のスタイルかと思えます。

養成型に関しては、学生の採用の時点から、例えば、A病院とB病院でローテーションの

仕組みを、そもそも乗る育成のパターンとして採用をする。あるいは、病院間だけではなく連携が進んでいくと、施設からスタートをする新卒も出てくるかと思いますが、教育の方法論で、やはり基礎的な看護技術が施設では、なかなか学びにくい現況もあるので、施設からスタートしても、どこかのタイミングで、病院あるいは別のところに籍を移しながら、ジェネラリストとしての力を満遍なく育てていくといったようなイメージです。

循環型も養成型も両方とも、私のところもそうなんですけど、多くの病院が、単体の施設でナースを育成していくことから、施設間で協力をしながら、2施設以上の複数の医療機関や施設、あるいは訪問ステーションもあっていいと思います、そうしたところでナースを育てていって、ジェネラル性を高めていくこと。今、必要なジェネラルは、地域で看護ができる力です。急性期や高度急性期でできる力も、もちろんそこは必要な部分ではありますが、今後の病床の転換、病床の偏在、人の偏在を思うと、違う方法論も持っているのではないかなというふうに考えています。

再度、5ページです、これをするとなんか効果があるか。先ほどから何回もジェネラルという言葉をお伝えしていますが、幅広い領域に対応できる力が付くのではないかな。

これから紹介をしますが、実際に取り組んでいる横浜の済生会横浜市東部病院と、汐田総合病院のところで実施している、急性期のナースが慢性期のところで、働き方を見直して、お仕事を続けられるといったナースも出てきています。我々の、女性特有かもしれませんが、出産とか子育て、あるいはちょっとお年がいくと介護問題が出てくるなど、最初に勤めた病院に、あるいは施設に、ずっと勤め続けられないスタッフもこれから出てくるのではないのでしょうか。そういうところに連携をして、また施設、集まった病院の中で、ナースを違う形で育成していくというような人材の育成もできるかと思って取り組んでおります。

また、6ページを見ますと、実際に取り組んでいる循環型のところ、まだ養成型の取組みは、はっきり進んでおりませんので、循環型だけのご紹介になりますけれども、事例を紹介してまいりたいと思います。

B病院、中核病院の人材を、A病院、中小規模の病院に出向した事例です。

B病院のYさんは、地域の状況を知り、連携を図るため、A病院へ出向しました。他院の実際を見て、入退院調整の大切さを知るとともに、自院の急性期病院としての役割を改めて認識することとなりました。

その後、A病院で体制に不足の事態が生じた際、B病院に協力要請が入りました。その際、以前出向を経験したYさんが手を挙げて、A病院、中規模の慢性期病院に向かうことができました。院内の状況など、出向時に勉強していたため、即戦力として勤務することができ、慢性期のA病院も看護配置が足りなかった、様式9、足りなかったが、難局を乗り切ることができました。日頃の連携や人材交流の大切さを実感した参考事例です。

実際的には、A病院、B病院と伏せておりますが、その取り組み事例の下に書いている、二つの病院の事例です。B病院、中核病院は、事例2に書いてある済生会横浜市東部病院、高度急性期の病院です。A病院、中小規模の病院は、汐田総合病院、300床超のケアミック

スの病院です。交流を始めて、様式9等も含めてです。困ったところをお互いに助け合うといったような実行例になりました。

この済生会横浜市東部病院と汐田総合病院のところは、実際には2008年からこういった取り組みをスタートしておりまして、少し正確な数字は忘れてしまいましたが、多くの人事交流、循環型は体制ができております。

実際の部長さんたちにも伺うと、辞めなくて済むナースが増えたというところが一番良かったと思っていると、離職率の低下でしょうか、お互いにサポートできた結果だったというように思っておられました。

今、循環型を始めて10年強、15年はいきませんよね、2008年からですので10年強たっておりますか、今年から、前のページにある養成型のところを、本格的に取り組み始めましたということで報告をいただいております。

私の説明もかなり言葉が足りなかったという点もあって大変申し訳なく思うんですが、先ほどご紹介した『小児看護学』の中に、汐田総合病院と済生会横浜市東部病院の実際の取り組み、プロセスも含めてしっかり原稿として残っております。

取り組まなければいけなかった両病院の背景が、どういうプログラムで取り組んだかといったところまで詳細に記してござっております。私も読ませていただいて、一番ありがたかったと思うのは、実際、どんなプログラムで動くんだというようなところを、詳細に知らせてござっております。本日は時間がないので、今すぐお読みいただくことは難しいかと思いますが、お帰りになった際に、ぜひお目通しいただければと思います。

取り組みのところは簡単にしかご紹介できませんでしたが、先ほど日澤から申しましたように、2025年、さらに2040年に向けて、色々な医療の形、看護の形が変わっている、常に過去の状態でござっております。病床の転換と変換ができて、やはりケアを提供するのは私たち看護師ですので、そういう看護師を、どういう方法で輩出するか。

また、座学の講義を思い出しますと、人事の適正配置、それを単病院だけではなしに、地域全体でどう適正配置をかけていくのかというのは、単体の看護部署だけではできないです。地区、地域の看護部長同士が手を取り合って、この問題にどう前向きに取り組んでいくかというところを始めないと、2040年には、なかなか解決方法がないままではないか感じております。

この神奈川地域看護師に関しては、ガイドラインの作成や、実際に取り組んでござっている病院から出てきている労務をどうしたら良いのだろうかといった課題を伺っておりますので、そこを克服するように検討会で進めていきたいと思っております。私からの説明は以上です。

(県 日澤) この取り組み、走りながら、今、色々と検討を深めているという状況でございます。皆さまへの紹介を通じて、どういった仕組みにすれば、より使い勝手が良いものになるのか、あるいは、どういった労働環境を整えれば、看護師さんが使いやすい、このプログ

ラムに乗ってもいい、と思ってもらえるのか、あるいは、どういう教育プログラムを作成すれば、養成機関の学校の先生が送り出してくれるのか、あるいは県民の視点でいうと、どういったルールに基づいてやって、どのような成果が上がっていれば、県税、税金を投入してもよいと思ってもらえるのか、そういった課題を解決していきながら、この取り組みを広めていきたいと思っておりますので、皆さん、まだ概要のところの説明をただけだけでは、質問や感想といっても難しいかもしれないですけども、今、何かふと、素朴な疑問や感想で結構です。何かご意見、ご質問等がございましたら、おっしゃっていただけますでしょうか。

(仁厚会病院 與良看護部長) 県に私、ずっといたので、県に居た時期に始めたのが、元は、unification ということで、多分、始めたと思うんです。

それを基にして、みんなで遣り取りしましょとつくったはずなんです。で、これだけの時間がたって、どうしてまだ、ここに止まっているのかなと思います。

やり始めた方とすると、非常に課題が大きかった。片側は出すばかりで、人なんて出せるどころの騒ぎじゃないと、これがずっと続いて止まってしまったんです。コンセプトは全然反対じゃないです。やりたくてやっていたんだけど、なかなか、うまくいかなかった。

同じグループでも、学校を持っていますので、学校の中との遣り取りというものなかなか難しい。

次に、民間の受け入れ病院と機構の病院とやりとりもしたんですが、片側は出すことはできるんだけど、交流まではなかなか難しいという課題がすごくあった。

その頃、コンセプトはいいけど進められないし、民間にもいかなかったというので、今に至って、全体のコンセプトとしては広がってはいるけども、本当のところの課題って、なんでできなかったのかということ、ずっと押さえていただくといいと思う、みんなでやりたいのは、それはみんなそうなんだけど、10年たっても、やっぱり同じ。

厳しい言い方をすると、10年経っても同じということは、何が問題なのかということ。

出すところではないという所もあって、これ少し余裕があるかぐらいの時期であったら、こういうことも OK なんだけど、今は、瀕死の状況で火だるまになってて、どこまでできるかなと思うと、やはり、行政の力で、そういう形を仕組まねばならぬとか、何人枠で何床以上のものは、何人枠でこうせねばならない、至急、方針で義務付けます、ぐらいの勢いで、何とかしていただくと、動かしようもあるし、説得のしようも、部長としてはあるのかもしれないです。けど、それを、我々の自主性みたいなことでやっている、ぎりぎりな感じだなというのが本音。

本当に10年どころではですね。私が本部にいた頃だから、始めてうん十年になりますけど、今日、マジか、みたいな気持ちで聞いていました、申し訳ないですけど、まだここで止まっているのかと。その頃も、実習のシステムも、看護学校も病院も民間も、みんな声掛けて考えたけど、なかなか難しいものがあったなど、このままにしていくと進まないという気持ちはしています。厳しいですけど、実際そうだったの。

(県 日澤) ありがとうございます。県として何ができるかというところも併せて、検討をしているところです。アンケートにも、それに近い項目を設けております。こういったところがネックになりそうなので、ここに何か、県として支援があれば、より広まっていくのではないかと、突破口になるのではないかと、など、もしございましたら、ぜひアンケートにご記入をお願いしたいと思います。

(愛川北部病院 三崎看護部長) 私も以前の職場が割とグループ、要するに機構があったので、その機構と同じことを取り組んでいたんです。実際に、看護師長の多い、国立病院機構というところにいたんですけど、高度急性期もあれば、慢性期もあれば、さまざまな病院があります。新人で入ってきたときに、最初に急性期で採用します。

だけど急性期が向かない人たちがいて、この人たちを他の慢性期のところに異動させたいと部長は思うわけです、辞めさせたくないから。機構から出さないために、ここでいえば地域から出さないためですけども、辞めさせないために、部長同士でやりとりをして、院内で出向という形ですすんですけど、やっぱりその子の思いは変わらないです。

だから、教育の時点でやっていかないと、その子の急性期をやりたいという気持ちがなかなか固くて、結局3日で辞めてしまった。急性期に残していたとしても、きっと続いていないと思うんです、その子は向かない、けれどもやはり、地域から出したくないと思って、やったとしても、なかなか難しいところがあるんですね。その子がどう受け止めるかということもあるので。急性期だけじゃないよ、こういうところもあるよ、看護としては地域の看護、すごく面白いよというのを伝えながらも、すごい丁寧に教えていったとしても、1年たったときに、いろんな面接を繰り返しながら、結局は、「やはり私は、本当は高度急性期でやりたかったので、もう辞めます」って言う子もいたんですね。

一番難しいなと思うのが、私が前にいたところは、同じ機構の仲間の部長たちのつながりがあったんですが、ここは今、一つずつの病院ですね、東部と汐田と違うので。対象は違うけれども、なかなか難しいと思います。

あと、賃金の形態が一つ、問題になりました。出向させたら、その出向側が、出張というお金を出してるので、全然仕事はできないのに、お金を払わなければいけなかった、そういう決まり事を作ったので、非常に大変です。

人は欲しいので、人を雇うためだったら、そのくらいお金を払おうということでやりましたが、結構お金をかけた分、その子に教育のお金と時間が手間だったんです。

いろんな取り組みをしているところがあると思うんですが、私のいたところは、私が辞めて定年退職してかなりたつので、同じぐらいかもしれないです、県と同じような。15年から20年ぐらいたってます、私のいた機構も。だから、そういうところの発表や、マネジメントなんかやらせていると思うので、色々な文献を見てみると、結構同じような取り組みをされているんですけど、なかなか進んでいない。なぜかという、賃金の問題、連携の問題、あとは人の問題。

実際、自分が向いてるか向いてないかというのは、なかなか若いときに分からないです。ライフスタイルに合わせて、自分の職場を変える人たちは、うまくいくかもしれないですけど、なかなか難しかったというのがあります。

逆にいうと、できている事例はもちろん、コンセプトは昔から練っていて、すごくいい。ここに来るのはいいけど、できれば、きちんと出来たタイミングで来て欲しい。出来なかった今、ここまで止まってるわけですよ。

止まっているって言うてはいけないですけど、実現できていないものの事例をしっかり分析したほうがいいのかと思います。

お金の問題もあれば、本人のやる気の問題もあれば、出す側と出される側、行ってばかりの病院、受け入れるだけの病院、色々あると思います。

カリキュラムの不出来さとか、色々なことがあると思うんですが、そこを何点かに絞るといえるのはあると思います。最終的にはお金も絡むので、行政の力で少し枠組みを作っていただと一番早い。

コンセプトは、大昔から練りに練って、だんだんきれいになってきたなと思います。ただ、そういうことではなく、順番としては、できなかった理由を示したほうがよい。

結局できなかった理由のところ、行政の方たちが入っていただくと、例えば、キーをどのようにつくるのか。どこがキーになってこの連携をさせるのか。

でないと、うちと、どこかと看護師実習やりましようとなったときに、この部長会だけでは、出せないし、個人に任せても、そこだけではうまくいかない、だとすれば、県がどう中心になるかというところ。

要するに、なかなか進まない理由を整理して、それで県として、どのように、どこの部分に関わったらいいかを考えていただくと、意外と進んでいくと思います。このままいくと、結局20年ぐらい進んでも、進んでいかないのかなと思います。

この取組み、やっていただくと、私たち、小さいところはすごく助かるんですけど、なかなか難しいんですよ、本当に。小さいところからは出せないですよ。

大きな病院にいたとき、研修補助だったので、大きなところもありましたし、小さいところも色々経験もして見て、いっぱい集まる場所には、人は集まりますけど、そこからなかなか行けない。説得して出したりしてはいたけど、そういう色々なことがあるので、問題を整理していただけたらと思います。

できたところは、それも成功例でいいと思いますけど、できなかったのはなぜか、からやっついていかないと、難しいかなと思っています。

(東名厚木病院 伊藤看護部長)今の説明だけだと行政がどう関わるのかというのが、分からなくて。うちの病院は、厚木市の中の標準として、急性期病院から回復までしている病院です。

新卒でまずは急性期の病院に就職をして、その後、訪問看護ステーションに行く、老健施

設とか、あとは、急性期に付いていけないので緩和ケアのほうに、とか、色々な形の受け入れでも良いので、実際、そうやって動いて、その場で頑張っている人もたくさんいます。

だけどそれは、同法人の話なので、先ほどから出ている労働条件に関しては、全くクリアできているので大丈夫なんです。

コロナのことで言うと、海老名総合病院が、コロナの患者さんを受け入れる病棟をつくりましたと。ただ、人が足りない、コロナが爆発的に多くなってしまったというときに、県央地区として、うちの病院は急性期の患者をどんどん受ける代わりに、海老名のほうは、何とか回ってるので、職員に確認して、3名ほど、勉強ということで、海老名総合病院に2カ月間ぐらいずつ、出したことがあるんです。

そうすると、全く法人が別なんで、結局、看護部長同士、あと事務方も含めて、給料や休みをどういうふうにしていこうかというところを全部詰めた上で、こういう形で実行させていただきます。業務の件だとか、色々なことをクリアして、そこで働いてもらって、すごく勉強になります、色々勉強になっていいですけど。

やはり、生活の場とか、給料も病院によって時間数が全然違ったり、給料格差があったりというところを、対病院間だけだったらそれで決まるんでしょうけど、これを神奈川全域でやっていきたいと思いますとなったときに、どこがどういうコントロールをして、このことをやっていくのかっていうのが見えないと思いました。

皆さん、やってみてくださいで、隣同士の病院でやってくださいとか、訪問看護ステーションと、それぞれやってみてくださいと投げられている話なのか、それとも、どこかが中心になって、こういう病院で、こういうふうに行っていますよ、みたいなプログラムがあるのか。あとは、先ほど言われてた、何がネックで、十何年間止まっていたのか。ここが分からないと、病院としてはどうやってここに参画すればいいんだろうな、というのは、いつも私はどうしようと思うんです。

(県 日澤) ぜひ、私どものほうでも、そのできなかった過去の事例を分析したいと思います。アンケートにその類似の事例について、今、取り組んでいるかどうか、そのことについて、後ほど、後日ヒアリングのような形で話を伺ってよいか、などアンケートの質問、設けてます。そちらについても併せて、回答していただけるとありがたいです。

今のご質問については、まだ神奈川県として、こういう支援のメニューがありますというところには至ってないんですけども、どういう課題があって、どこに神奈川県が支援をすればそれがうまく回るのかというところを検討している状況でございます。

例えば一定のルール作りですね。労働条件、労務管理のところ、これは皆さん、やってはいけませんよということであるとか、看護師さん本人が辞めたい、このプログラムから降りると言ったら、そこはちゃんと本人の意向を尊重しましょうとか、なかなかその一定のルールを整理して、それに基づいて、安心して皆さんがそこに乗ってきてもらえるというふうな環境をつくるということと、あと財政的な支援、これにどのようなコストがかかって、

そこがネックになっているのであれば、それに要した経費にどれぐらいの補助があればこの事業が広まっていくのかというところを検討したいと思っております。

ここからアンケートの回収方法の説明（1週間以内にPDFでメールまたはFAXで回収）

・・・・・・・・以上で終了