

横浜市立大学附属病院と
看護協会立洋光台訪問看護ステーションとの

訪問看護出向事業報告会資料

令和3(2021)年 3 月

公益社団法人神奈川県看護協会



横浜市立大学附属病院と看護協会立洋光台訪問看護ステーションとの 訪問看護出向事業報告会



切れ目のない地域包括ケアシステムの構築のために、病院と訪問看護ステーションとの連携は必須となります。そこで、看護師間の連携を深め、在宅療養者への支援能力を高められるよう、当協会の独自事業として、急性期病院の看護師を訪問看護ステーションに受け入れる訪問看護出向事業を昨年度に引き続き、実施いたしました。

日時： 令和3(2021)年
3月17日(水)14:00～16:00

本日のプログラム

司会：事業概要説明	神奈川県看護協会常務理事	長場 直子
報告1：出向者	横浜市立大学附属病院看護師	今井 実
報告2：出向者	〃	八ッ橋 こずえ
報告3：出向者	〃	袴田 彩渚
報告4：病院担当者	〃 看護部教育担当副看護部長	田中 淳子
報告5：ST 管理者	洋光台訪問看護ステーション管理者	豊田 まゆ美
報告6：ST 指導担当者	洋光台訪問看護ステーション主幹	國吉 麻子
報告7：地域看護課	県看護協会地域看護課統括課長	草場 美千子
質疑応答		

訪問看護ステーションとの 出向事業を終えて

～そこから見えてきた自身のキャリアの方向性～

公立大学法人

横浜市立大学附属病院

今井 実

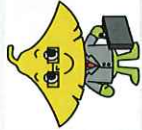
訪問看護での学び

出向時期・動機

- 出向時期：2019年10月1日～12月31日
- 出向事業への参加動機
 - ・癌末期の患者を看護してきた中で、在宅での癌末期など
終末医療の患者さんへの支援や看取りなどの実際を見学したい

本日のおはなし

1. ケース1 想定外の家庭環境
2. ケース2 訪問看護師に対するイメージの転換
3. 出向事業のその後 ～自身のキャリア支援について～



ケース① ～想定外の自宅環境～

- 在宅酸素導入している利用者への退院指導時について

今までの退院指導は・・・

- 1) 自宅の構造や生活の場が1階なのか2階なのかなどを確認
- 2) 在宅酸素を導入する患者に対しては、料理をする際火を使わずIHクッキングヒーターに変更した方がよいなど指導していた。

訪問しての気づき

- 今までの退院指導は、私自身の家(環境)を想定して指導をしていたことに気づくことができた。
- どのような情報を確認し、どのように指導を行い、どのように地域へつないでいくことがよいのかを考える良い機会であったと感じる。

ケース①からの学び

- 利用者さんの生活に合わせた医療支援を入れていくことが重要
- 退院指導はその人の生活スタイルや価値観・希望に沿った生活を送れるように工夫し指導をしていく

ケース② ～訪問看護師に対するイメージの転換～

- 訪問看護に同行する前は、訪問看護というと、ケアマネから依頼を受け、医師から指示書をもらい、訪問するという“受け身で働く”イメージが強かった。

訪問しての気づき①

- 利用者・家族の思いや、予後なども考慮しながら看護の視点で利用者の状態を把握し、多職種・他機関と連絡調整を行う中心的な存在。
- 看護師の判断で被覆材の変更や固定方法を変更したり、緊急受診が必要か判断し、訪問医やケアマネージャーなど他機関と連携を図っていた。

訪問しての気づき②

- 病院で看護師として勤務してきていたが、病院では患者の変化があったときは医師へ報告し診察依頼することで、患者の状態悪化を予防してきていたが、訪問看護の現場では、看護師自身が患者の診察を行い状態を判断するはいかないことを改めて気づいた。

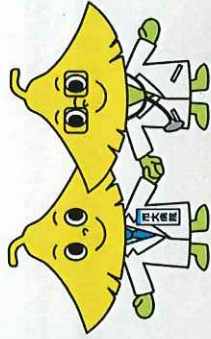
ケース②からの学び

利用者の状況を、基礎疾患のみならず全身状態の観察・身体診察を行い医学的視点でアセスメント状況を医師が分かるように情報共有する難しさを学んだ。

研修のその後

- ケース①で気づかされた患者さんの家をイメージできるような支援の在り方について後輩への指導
- 退院サマリーや退院支援についての勉強会の開催
- 医学的視点で患者を診て、医師と情報共有できるよう特定行為研修への参加

ご清聴ありがとうございました。



訪問看護出向事業報告会

公立大学法人 横浜国立大学附属病院

患者サポートセンター ハッ橋こずえ

訪問看護出向事業への参加動機

患者サポートセンターで退院支援・調整の業務を行っている。
がん終末期・慢性疾患・神経難病・医療依存度の高い患者の
退院調整をしている。

地域連携後、実際の自宅での生活状況が見えない。



訪問看護ステーションに出向し、自分が訪問看護を実践する
事で地域の現状、患者・家族の生活や想いを知る事が出来る。

患者サポートセンター外観



多職種・専門領域の看護師
も在籍し、入院前から退院、
外来通院中の支援も行っ
ている。

出向内容

出向先 : 洋光台訪問看護ステーション

出向期間 : 2020年9月1日～11月30日

1ヶ月目

研修期間として同行訪問を実施。

地域包括支援センター、介護事業所の見学、
地域連絡会議に参加。



移動手段は車、徒歩、自転車
私は自転車で行けるエリアを
メインに訪問を行った

2ヶ月目：単独訪問開始

3ヶ月目：1日最大4件訪問

利用者の特徴として、後期高齢者の割合が多い。

独居や認知症を抱える利用者、

医療行為がある利用者の訪問も行った。



出向での学び

- 病院は治療をする場であり、在宅は生活をする場である。
- 医療行為があっても自宅環境に合わせて生活が来ている。
- 地域では多職種連携により1人1人の利用者の生活を支えている。
- 介護者が誰であるかを明確にする。

出向の学びから院内での活かし方

認知症 独居の利用者宅へ訪問
血糖測定・週3回インスリン注射を訪問看護で実施。



同居する家族がいる場合でも、仕事で日中不在であったり、高齢でサポートが出来ないケース。
訪問看護の導入を主治医から提案してもらおう。
家族が出勤前や帰宅後にインスリンを打ってもらう指示の変更を検討してもらおう。

■病院と同じ様に再現は難しい。患者・家族の理解度を確認しながら医療・介護指導内容を検討する必要がある。

■訪問は家族看護が常にある。家族との関わりも重要であり、ケアに巻き込む。

■持ち帰り物品は忘れずに、またどこで購入が出来るのかについても指導をする。

■看護サマリーには正しい情報の記載、本人・家族の想いについても記載を行う。

ドレージン管理・人工肛門管理のある療養者への同行訪問。
本人・家族が主体で管理を行える様に、訪問看護が介入し
サポートを行っていた。



様々な医療処置を抱えながら自宅退院する患者への指導
(患者の状況により複数の医療処置を行う場合もある)
本人・家族の理解度を確認し、相手に合わせた指導の内容、
処置方法の検討を病棟看護師・主治医とも情報共有を行う。
退院前に家族にケアの見学と実施をしてもらう様に病棟へ働きかける。

患者の退院調整以外でも・・・

院内看護師へ出向での学びについて発表を行い、地域に求められる
病院看護師の視点を伝達。
がん拠点病院として、毎年地域連携カンファレンスを行っている。
洋光台訪問看護ステーション様を演者に迎え、ケースカンファレンス
を実施。
院内・院外の関係者に日頃の取り組みを発表を行い、学びを深めた。

現在の課題と活かし方

課題

新型コロナウイルス感染症の影響で、病院は原則面会禁止。
家族が入院中の患者の状況を確認できず、
退院後の転帰先の決定や調整に影響。

⇒ADLの低下が予測される場合は、早期よりリハビリを行う様に医師と相談。
家族と電話や病棟外で面談を行い、こまめに患者の状態を伝える。

**ケースに応じて、退院前カンファレンスを検討、ZOOMなどの
ツールも活用。**

患者・家族が出来る限り安心して退院ができる様に調整をする。

病院の在院日数短縮化に伴い、医療行為の持ち帰りが増える。
⇒ **患者自身が管理が出来るかどうか、難しい場合は他の家族が
対応可能か、誰が管理をするのかを早期よりアセスメント。**

基本的には患者・家族で対応できる様な指導が望ましい。
困難な場合は、訪問看護の導入を早期より検討する。
医療サービスの利用をする場合は、病棟看護師・主治医から説明を
行い、理解を得る事が望ましい。

まとめ

地域へと繋いで終わりでない。

⇒退院後は外来通院があり、時々、入院することもある。

病棟⇄外来との連携も更に重要となる。

地域連携を担う部署として、地域が困っている時は相談役となり、医師や多職種と連携を図り、患者さんの療養をサポートする。

私たちが日々「だれ」のために看護をしているかを忘れない。

⇒病院全体が繁忙な状況ではあるが、患者サポートセンターのスタッフとして、良い看護が提供できる様に尽力をしたい。

出向事業での学び

意思決定支援を継続する重要性

公立大学法人横浜国立大学附属病院
梶田 彰浩

参加動機

- 。病棟で退院支援リンクナースになったこと
- 。退院した患者さんの在宅での生活はどうなっているのか？在宅医療への関心が高まった
- 。病院ではなく在宅での看護、訪問看護の在り方を学びたい
- 。出向事業で学んだことを病棟に戻った時に還元できるようにしたい

退院支援リンクナースとは

- 。月に一回リンクナース会を実施
 - 退院調整に関する教育や研修を受ける
 - 退院支援に関する事項の評価や検討をする
 - 退院調整に関する実施状況の確認
- 。リンクナース会での学び、新しい情報を病棟ス
- 。退院カンファレンスの推進
 - 医師、病棟ナース、退院支援ナース、MSWが週一回集まる。

＜カンファレンス内容＞
治療の現状、患者の状況、
退院後の希望
退院先の検討

訪問看護の学び

- ＜実際に行なわせていただいたこと＞
- 。認知症の方の血糖コントロールや内服管理
 - 。心疾患のある方のシャワー浴介助
 - 。在宅酸素を使用している方のシャワー浴介助の同行
 - 。寝たきりの方の排便コントロールや褥瘡処置
 - 。脳梗塞後の方のリハビリを兼ねた歩行練習や体操
 - 。末期がんの方への訪問の同行
 - 。ストマ管理



訪問看護の学び

病院では・・・

- ・「治療の場」であるため入院した患者さんは病院のルールを守って生活してもらうことになる
- ・物品など設備が整っている
- ・毎日患者さんに接する
- ・医師や薬剤師などにタイムリーに相談できる



訪問看護の学び

訪問看護は・・・

- ・その人の生活に入ってその人の自宅で見護を行うため、その家のルールに沿う
- ・生活様式や居住環境を考えて工夫しながらケアを行う
- ・生活のサポート、福祉関係の提案、精神的ケアなども行う



利用者やその家族が求める生活により近付ける支援が重要な役割

訪問看護の学び

意思決定支援について・・・

入院中の患者さんは、

- 入院中の治療やイベントで頭がいっぱい
- 退院後のことまで考えられないことも多い
- そのような状態で医師から病状説明を聞く
- 短時間で今後自分がどうしたいか、どこで過ごしたいか決定を迫られている



その人の意思決定を地域に帰ってからも継続して支援できるように
地域と繋がる事が重要

今後に活かしたいこと

- ・実際に訪問して学んだケア方法や社会資源の利用方法などを入院中の患者さんへ伝える
→患者さん自身が入院中から、家で過ごすために何が必要か、何に困るかということを意識できるように紹介したい
- ・患者さんやご家族の思いを十分に知るために、今までより一歩踏み込んで話をできるようにする。
- ・地域との繋がりの重要性など今回の学びを病棟で共有し、病棟全体が患者さんの意思決定支援に積極的に取り組めるようにしたい

看護協会立 洋光台訪問看護ステーションとの 訪問看護出向事業報告

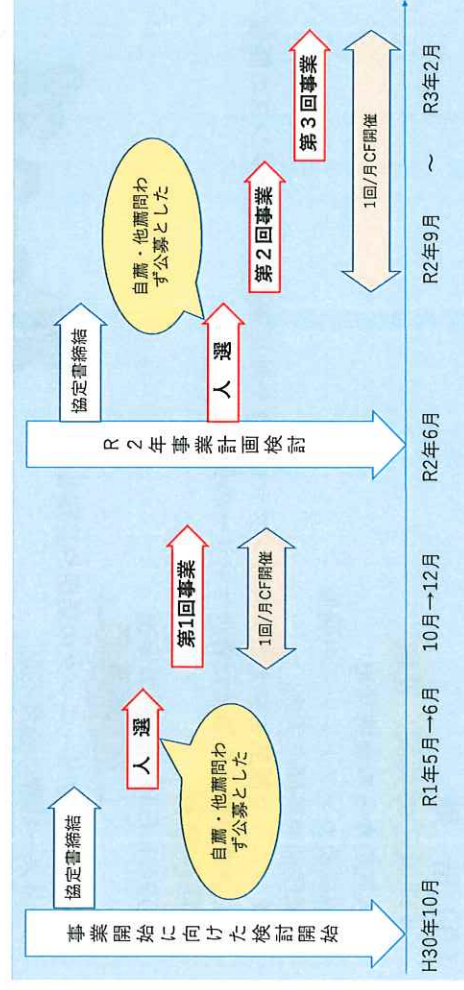
公立大学法人横浜市立大学附属病院
看護部教育担当 田中淳子

1. 出向事業の目的と目標

病院看護師が看護協会訪問看護ステーションに出向することにより、切れ目のない地域包括ケアシステムを構築する。

- 1) 病院側：訪問看護の実践をとおして、在宅療養者への支援能力を高め、退院支援に活かす。
- 2) ステーション側：がんの終末期や医療依存の高い利用者への対応力が向上し、病院との連携強化に役立てる。

2. 出向事業開始までのスケジュール



3. 地域包括ケア充実に向けた看護部の取り組み

- 1) 2018年～2020年
 - (1) 看護部目標を「生活者としての患者・家族を支援するため、看護の役割機能を発揮する」とし、療養支援体制の整備と、看護ケアプロセスの充実に取り組んだ。
 - (2) 入退院支援リンクナース会が主体となり、入院決定から退院後の療養生活を見据えて途切れない支援・調整、地域を含めたチーム医療を推進した。

(3) 結果

⇒ 地域との共同、連携

入院前からの連携開始

退院前カンファレンスの開催

退院前後訪問の実施、

クリニック医師を交えたデスカンファレンスや地域連携カンファレンスの開催

生活者の視点を加えた看護サマリーの見直し

⇒ 病院経営

DPC II 日以内退院の促進

課題

⇒ 入院時スクリーニングの活用や見落とし

⇒ 外来一病棟の連携不足

⇒ 社会保障制度の学習不足

⇒ 在宅医療へのイメージ不足



2) 2021年～2022年看護部目標

「私たちの健康と生活を守り、ケアの受け手を支援し、看護の機能充実を図る」を2年間の大目標とし、

2021年度は・・・

○ 地域包括ケアを実現するための切れ間ないケアプロセスを実践する

○ ケアの受け手の意思決定を支援することに取り組む。



4. 出向事業への期待

目標：訪問看護の実践をとおして、在宅療養者への支援能力を高め、退院支援に活かす。

1. ケアの受け手の個別性とケアプロセスの実践

1) 実際に在宅での療養場面を見て、ケアを実施したことで、患者さんの**個別性**を重視した情報収集ができる。

2) 退院後を見据えたケア計画、退院指導計画を立てることができる。

3) 訪問看護師の仕事を見て、体験したことで、病院一地域との連携、協同に必要な情報を**意図的**に得ることができる。

2. 看護師としてのキャリア開発

1) 単独訪問を経験したことで、効率的に適切で安全な看護ケア提供のための**アセスメント力や実践力向上**を図ることができる。

2) 他者との関係性構築のために必要な**態度、姿勢の見直しと、コミュニケーション力向上**を図ることができる。



5. 令和3年度事業に向けて

当院の入退院支援力向上だけでなく、ステーション側の目標である「がんの終末期や医療依存度の高い利用者への対応力が向上し、病院との連携強化に役立てる」ために

- ⇒ 目標達成に向けた人選
- ⇒ 訪問エリアを拡大できる人選
- ⇒ ステーションや利用者さんの負担にならない期間設定



横浜市立大学附属病院と 洋光台訪問看護ステーションとの 出向事業報告

公益社団法人神奈川県看護協会 洋光台訪問看護ステーション
豊田 まゆ美

磯子区・洋光台の地域特性

区の人口	166,166人
高齢化率	27.2%

洋光台地域の特徴と訪問看護の依頼状況

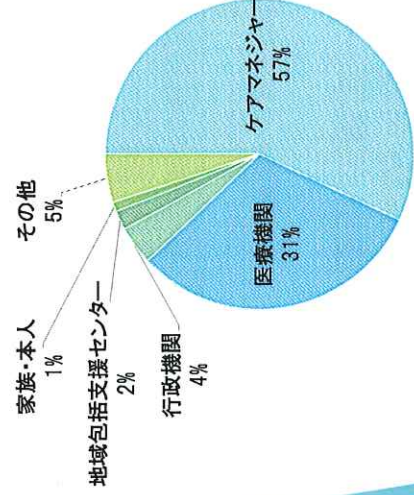
- 1 洋光台地域の高齢化率 31.2%
- 2 駅前大規模団地（築25年以上）と戸建住宅の2極化
- 3 高齢者夫婦世帯と独居高齢者が多い
- 4 NPO法人活動や町内会活動が活発
- 5 金沢区・港南区・栄区に隣接
400床以上の急性期病院病院から
医療的ケアが必要な訪問看護の依頼
（特にがん末期）が急増



洋光台訪問看護ステーションの特徴

開設年度	1999年
職員数（看護職・事務職）	看護職11名（常6,非5）事務職3名（非3）
看護職員常勤換算数	10.1人（R3.3月現在）
看護職員平均年齢	48.4歳
職員の世代的特徴	子育て・介護世代が混在
利用者数（平均）	162人/月
訪問件数（月平均）	754件/月
保険割合（医療・介護）	3:7
24時間緊急時加算数	106人
在宅看取り数（月平均）	(2018) 1.91 → (2019) 2.6 → (2020) → 2.7

訪問看護の依頼元の変化

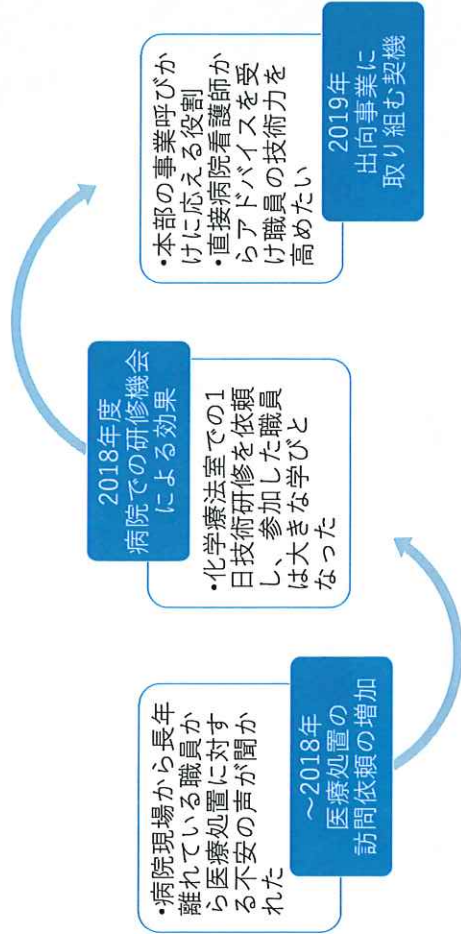


訪問看護の依頼は 2013年頃まで
ケアマネジャーが約8割を占めて
いたが、地域包括ケア施策以降
医療機関からの依頼が増加

【医療機関31%の内訳】
連携室の看護師20%
MSW6%
医師5%

医療機関からの依頼は
今後も増加する予測

出向事業に取り組むまでの経過



病院と看護協会訪問看護ステーションとの訪問看護出向事業～実施要項から抜粋～

目的	病院看護師が看護協会訪問看護ステーションに出向することにより、切れ目のない地域包括ケアシステムを構築する
目標 (病院)	訪問看護の実践を通して在宅療養者への支援能力を高め、退院支援に活かす
目標 (ステーション)	がんの終末期や医療依存度の高い利用者への対応力が向上し、病院との連携強化に役立てる
期間	3ヵ月 (2019年10月～12月) (2020年9月～11月・2021年12月～1月) ・1ヵ月目：研修期間 ・2～3ヵ月目：関東厚生局へステーションの職員として届出

受入訪問看護ステーションとしての事前準備



出向事業の実際 研修期間：出向1ヵ月目

①洋光台ステーションでの実施内容

病院看護師の個人目標達成を意識して地域活動を紹介

訪問看護業務の一連の流れを理解するための同行訪問

- ①初回訪問に同行（管理者に同行して契約の実際を見学）
- ②医療機関への退院前カンファレンスへの同行
- ③困難事例に対して、包括を交えたサービス担当者会議への参加
- ④通常のサービス担当者会議への同行
- ⑤スタッフと共に利用者への訪問看護に同行

出向事業の実際：研修期間

②他の協会立ステーションでの実施内容

- ▶ 当ステーションに現在利用者がなく経験できない
「人工呼吸器装着療養者」への訪問看護の実際については
かがやき訪問看護ステーション（藤沢市）で1日間研修した



2020年度の問題

コロナ渦で医療機関・訪問看護ステーション共に混乱の中
通常の活動が困難な環境に！

- 1 退院前カンファレンス・担当者会議等の開催ができない。
 - 2 利用者・家族が担当看護師以外の訪問に強い不安。
 - 3 小児・がん末期等の利用者は特に担当者以外訪問困難
- デイサービス・療養通所等のサービス事業所訪問も
困難

通常の地域活動を見てもらうことができない！！

訪問看護連携機関との連携活動参加状況

	2019年度 ①	2020年度 ①	2020年度 ②
地域ケア会議参加	○	○	○
退院前カンファレンス参加	○		
介護保険担当者会議参加	○	○	
定期巡回型訪問看護事業所見学		○	○
大規模デイサービス事業所見学		○	
小規模デイサービス事業所見学		○	
療養通所見学		○	
地域包括センター見学	○	○	○
困難事例サービス担当者会議参加	○		
磯子区訪問看護ステーション連絡会参加		○	○
総合評価	一連の訪問看護活動に参加	連携機関見学多	コロナ影響大

出向先ステーションとしての成果

目標：がんの終末期や医療依存度の高い利用者への対応力が向上し
病院との連携強化に役立てる

【2019年度】

- ◎がん終末期や医療依存度の高い利用者への対応力向上
- ・ドレーン挿入して退院する利用者の受け入れ準備について必要物品も含めて事前に検討し在宅主治医・家族へ提案しながら実施できた
- ・個々の利用者の状態変化についてアセスメントを共有し、学びを深めた

【2020年度】

- ◎病院との連携強化
- 現在の医療機関の入院から退院までの患者支援の仕組みがわかった。
仕組みがわかり連携の方法を改めて考えることができた。（在院期間が短く入・退院支援は患者サポートセンターの役割大、リンクナースの存在）

ステーション職員が刺激を受け組織が活性化することにつながった

定期的な振り返り会についての評価



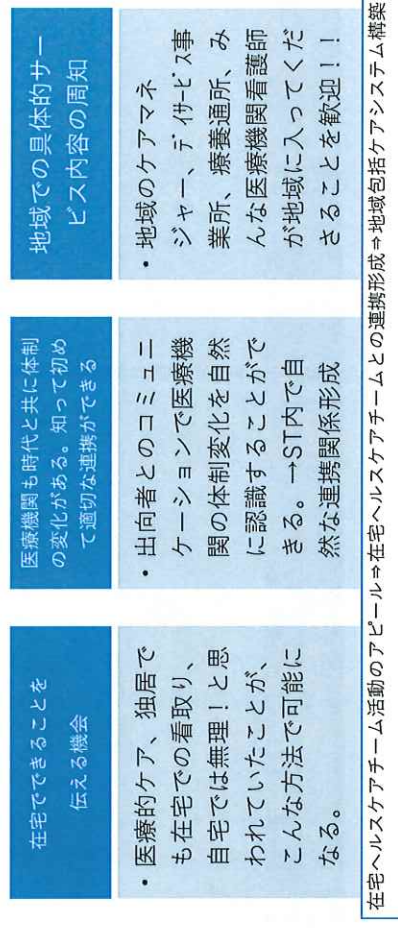
開催頻度：毎月末

参加者：市大附属病院教育担当副看護部長・出向者
看護協会担当理事・地域看護課長
訪問看護ステーション管理者・指導看護師



- 1 目標達成に戻りながら学びを整理できた
- 2 出向者の学びや参加者の意見を聞くことで
病院から在宅へつなぐ時の連携の内容を意識化できた

実施の意義



出向事業をさらに充実させるために

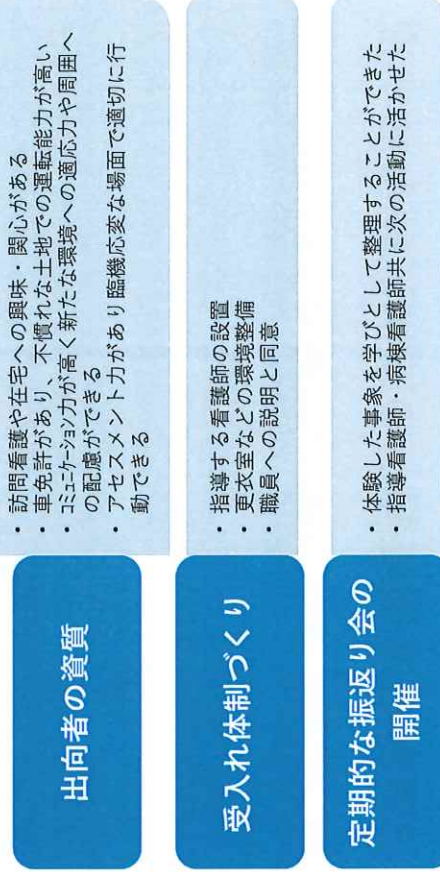
他機関報酬制度での予算立ての困難さ

首都圏医療機関勤務者は運転ができない方が多い
→出向期間に事故を起こすのは怖い！→訪問先が限定

個の事業所だけでなく地域で出向事業を活かすために。
地域包括ケアシステムをさらに充実させる方法の検討

課題

出向事業の成功要因



横浜市立大学附属病院と 洋光台訪問看護ステーションとの 出向事業報告

公益社団法人神奈川県看護協会 洋光台訪問看護ステーション
國吉 麻子

訪問看護の具体的な依頼内容

医療機関

- ・在宅での看取り看護
- ・医療的ケア
ポート管理
IVH管理
ドレーン管理
HOT管理
ストマ管理等
- ・本人と家族の精神的支援
- ・多機関との調整役割

ケアマネジャー

- ・服薬管理
- ・症状変化と状況対応が予測される人への入浴やシャワー浴介助
- ・体調管理
- ・医療的アドバイス
- ・医療機関との看護の継続

スケジュール調整をする上での工夫1

- ▶ 出向者が単独訪問することを利用者に受け入れてもらえるような利用者・家族の選択 → 出向者も入りやすくなる
- ▶ 連続して出向スタッフだけが訪問しないようなスケジュール調整 → 出向者だけが担当すると利用者家族も不安になる
- ▶ 出向者が訪問した利用者について担当で情報共有。さらに、出向者へ担当者から訪問時の注意など細かな助言を心掛ける。 → 利用者・家族の安心感

スケジュール調整をする上での工夫2

- ▶ ケア内容が固定化されている処置中心の利用者とした → 新たな相談への対応やサービスの調整は双方に不安が強くなる
- ▶ がん末期、自宅看取りの利用者は日々変化し医師やケアマネ等の調整が多くなる。また不安も強くなることから安定したST職員とし、短期間の出向者が単独訪問の調整は難しいと判断した → 出向者の目標に少しでも沿えるように同行訪問で対応した

出向者に学んで欲しいこと

医療機関の医療者や患者・家族に 訪問看護を具体的に周知

- 退院後の患者に必要な看護内容を提案可能に
- 「自宅でもこんなふうに看護してもらえる」ことを周知

入院期間短縮傾向の中で 医療機関との継続看護の充実

- 入院期間内に完結しない治療処置、体調や病気の不安が強い患者について訪問看護に相談して欲しい



横浜市立大学附属病院と
洋光台訪問看護ステーションとの



訪問看護出向事業の取り組み

神奈川県看護協会
地域看護課 草場美千子
m-kusaba@kana-kango.or.jp

事業の背景

少子高齢多死社会、複数疾患を持つ高齢者の増加
入院期間の短縮化、世帯構造の変化



病院

退院困難事例への
より強力な支援の
必要性

訪問看護ST

看護職員の人材の
確保課題

限りある看護職のマンパワーを地域で活用する必要性

試行の成果～ガイドライン策定（日看協）

2015、2016年（平成27・28年）のモデル事業の成果

病院	訪問看護ST
・ 出向者の在宅支援能力向上 ・ 病棟の看護ケアや退院支援 機能の質向上 ・ 訪問看護ステーションとの連 携強化	・ マンパワーの確保 ・ 職場の活性化 ・ 多様な人材育成 ・ スキル向上 ・ 病院との連携強化

- 1 出向者が訪問看護業務を習得するには3か月程度必要
- 2 コーディネーターによるマッチング支援
- 3 雇用条件等の違いから労働法規をふまえた出向協定書が必要

出向ガイドラインの策定

当協会の出向事業取り組み理由

(2019)	かがやき (藤沢)	あかしあ (茅ヶ崎)	おおそ (大磯)	洋光台 (横浜磯子)
利用者	225	125	105	165
月延件数	1,110	590	520	745
居宅併設	○	×	○	×
常勤換算	18.4	7.8	7.1	9.4
ST規模	大規模	中規模	中規模	中～大規模
協会立STの特徴	独立型、看護職のみ、多機能を有さない、職能団体が所有 公益性のある質の高い訪問看護の提供を目指す			

【洋光台STの課題】

がん末期等の医療依存度の高い方への対応能力の向上

【方策】

がん末期で訪問依頼の多い大学病院と出向事業を実施する

訪問看護出向事業のスキーム

神奈川県看護協会

出向契約

横浜市立大学
附属病院

洋光台
訪問看護ST



病院に在籍したまま、3か月間契約を締結して訪問看護ステーションに出向し、ST職員として、訪問看護を提供する

施設間の協定書

出向協定書

公立大や個人医療法人等が、本協定書（以下「甲」という。）と公称は法人神奈川県看護協会（以下「乙」という。）は、次のとおり甲の職員の出向について協定を締結する。

（目 的）
第1条 甲は、乙が行う事業に協定することを目的として、出向に同意した甲の職員（以下「出向者」という。）を乙に出向させるものとする。

（出向者）
第2条 出向者は次のとおりとする。
出向者 氏名

（仕事内容）
第3条 出向者は、第1条の目的を達成するため、乙が定める次の範囲で事業に従事するものとする。

（出向期間）
第4条 出向期間は、令和元（2019）年11月1日から令和元（2019）年12月30日までとする。ただし甲及び乙が合意した場合は、双方協議の上、その期間を変更することができるものとする。

（出向者の負担）
第5条 出向者は、甲の協定を遵守し、出向期間中に、乙が定める業務に従事するものとする。

（出向者の負担）
第6条 出向者は、甲の協定を遵守し、出向期間中に、乙が定める業務に従事するものとする。

（出向者の負担）
第7条 出向者は、甲の協定を遵守し、出向期間中に、乙が定める業務に従事するものとする。

（出向者の負担）
第8条 出向者は、甲の協定を遵守し、出向期間中に、乙が定める業務に従事するものとする。

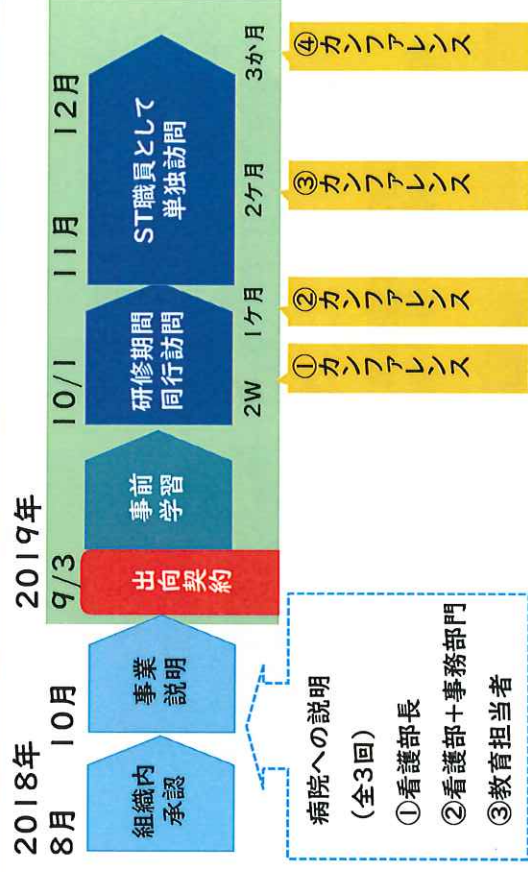
（出向者の負担）
第9条 出向者は、甲の協定を遵守し、出向期間中に、乙が定める業務に従事するものとする。

施設間の協定書の給与負担の細目

費用区分	根拠規定	甲（市大病院）	乙（S協会ST）
①給料	甲の規定による	○	●
②通勤手当	甲の規定による	○	●
③時間外・休日勤務手当	甲の規定による	○	●
④その他基本手当	甲の規定による	○	●
⑤賞与	甲の規定による	○	●
⑥雇用保険事業主負担金	関係法令の規定による	○	●
⑦健康保険 //	関係法令の規定による	○	●
⑧厚生年金保険 //	関係法令の規定による	○	●
⑨労働者災害補償保険料	関係法令の規定による	○	○
⑩甲が命じた出張旅費	甲の規定による	○	○
⑪乙が命じた出張旅費	乙の規定による	○	○

＊乙欄の●は、出向協定書第9条第1項及び第2項の規定により出向期間終了後、甲の請求に基づいて乙が負担金として甲に支払う費用区分

訪問看護出向事業のプロセス 2019



訪問看護出向事業のプロセス 2020

6月 8月 9月 10・11月 12月 1・2月



出向事業のメリットとデメリット①

【メリット】

【デメリット】

- 病院での最新情報や急変時の対応、判断等、新たな知識・技術の習得の機会となる
- 実質2か月の単独訪問であるため、軽症者や短期の介入者、複数看護師の介入者等利用者の制限が生じる
- 出向者男性NS受け入れの対応の確証ができた。男性の強みは、ケア時の移動動作等での安定・安心感がある
- 男性の訪問看護を嫌がる利用者（男女問わず）が多く、了解を得るための説明の困難やケア内容での制限がある

出向事業のメリットとデメリット②

【メリット】

【デメリット】

- 出向事業について、地域包括支援センター等他施設の関心が高く、訪問看護STの取り組みのPRとなる
- 看護士としての視点で、STの管理体制や看護体制を見られるプレッシャーがあり、スタッフへの刺激となる
- ST側の教育体制等の準備が必要
- 出向施設との連携が深まり、経験の少ない医療技術等の研修依頼がしやすい
- STの特徴によるが、多様な患者への訪問看護ができないので、得られる訪問看護の知識技術には限界がある

事前学習の内容

- 1 制度や訪問看護のしくみについての自己学習
介護保険制度についての自己学習
(各市町村のHP、パンフレット)
「訪問看護サービス」冊子による基本知識の習得
 - 2 事前記入用紙の配布
 - 1) 目標確認シート
参加動機、3か月後の目標
 - 2) 訪問看護技術到達度・疾患経験チェック表
経験している技術の確認、得意分野の把握
- 利用者の事前選定、マッチングに役立てる

単独訪問件数と収支状況

	出向者の合計	ひとり1月あたり
単独訪問件数	374件	62件
収入	387万	65万
給与支出	268万	45万
収支差益	+119万	+19万

単独訪問2ヶ月間×3人分=6ヶ月間で計算

事業を成功させるポイント

出向者の経験知や希望をふまえ、目的とゴール設定を明確に

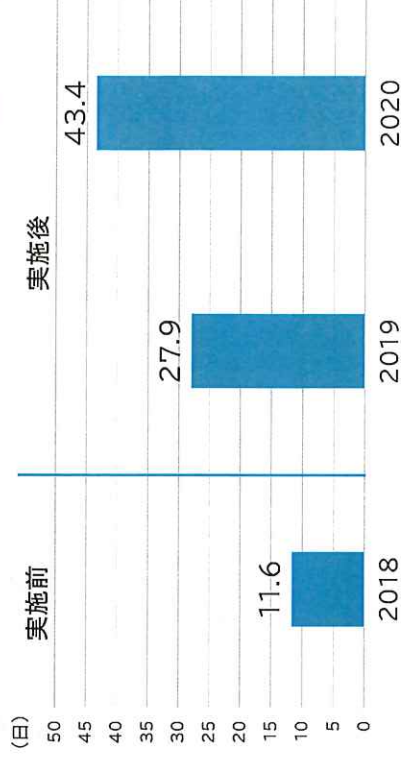
定期的に話し合う機会を設定し、目標のふりかえりを行う

ST経営上の採算性を考慮（1日2件以上、40件以上／月）単独訪問できるようにプランニング

利用者の選定・調整のポイント

- ・ 複数の看護師が介入している事例
- ・ 出向者の勤務病院からの退院や指示書の事例
- ・ 初回訪問に同行できる事例

3カ月間の職員休暇等取得日数合計



事業開始前と比較し、2019年度 年休取得率上昇。2020年度は前年比低下(21.4)だが、管理者がセカンドレベル参加(22日間)でき、合計では上昇した

出向事業の効果

訪問看護ST
経営への
貢献

地域包括ケア
における小規
模STの看護人
材貢献

単独訪問2ヶ
月中はプラス
1名増員で職
員が年休取得
しやすい

ST職員の
知識・技術
の向上

病院での最新
情報や急変時
判断など新た
な知識・技術
の修得

出向者に自身
の訪問看護を
言語化して伝
えることで実
践力が向上

出向者の
知識・技術
の向上

生活者として
長期視点で看
護展開するた
め責任感やや
りがいを持つ

自身の看護観
への影響、今
後の看護（入
退院支援）に
活かす

利用者・関
係機関から
の信頼度が
アップ

地域ケア会議
等の参加で出
向施設との連
携がより深ま
る

信頼する病院
看護師が地域
に出向くこと
での信頼度up

出向事業の課題

勤務形態等の調整

- ・ 給料・勤務規定の事前協議が必要
- ・ 訪問看護STは夜勤手当がないため、給与が低くなることへの対応

STの受け入れ体制の構築

- ・ 受け入れ教育体制の整備が必要
- ・ 単独訪問を開始した出向者への精神的支援や看護実践内容の確認やフォロー

事業の継続・普及体制の構築

- ・ 1回で終了でなく、継続的な実施に向けた検討が必要
- ・ 事業参加を希望する施設のコーディネート役割

