

訪問看護出向事業報告会資料

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

茅ヶ崎市立病院と看護協会立あかしあ訪問看護ステーション

令和4(2022)年 3 月

公益社団法人神奈川県看護協会

病院在籍したまま、3 カ月間 訪問看護へ 出向事業報告会(Zoom)の開催について

地域包括ケアシステムの中で、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、急性期病院の看護師が訪問看護ステーションに 3 カ月間出向し、訪問看護師として勤務するという「訪問看護出向事業」を実施いたしました。

このたび、下記のとおり事業報告会を開催させていただきます。関心のある方のご参加をお待ちしております。

日時：令和4(2022)年

3月11日(金) 15:00~16:45

内容：

挨拶	神奈川県看護協会	常務理事	杉浦 由美子
Case 1	横浜市立大学附属病院	出向者	渋谷 明代
		看護部教育担当副看護部長	加藤 弘美
	洋光台訪問看護ステーション	主幹	國吉 麻子
		管理者	豊田 まゆ美
Case 2	茅ヶ崎市立病院	出向者	浅川 裕美
		看護部副看護部長	西村 智子
	あかしあ訪問看護ステーション	主任	河田 美幸
		管理者	神田 真理恵
質疑応答			

対 象：本事業にご関心のある方は、どなたでもご参加できます

申込方法：右の QR コードを読み取り、申込フォームに入力してください
ご参加の方に Zoom ミーティング情報をお知らせいたします



問い合わせ：(公社) 神奈川県看護協会地域看護課

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1 TEL：045-263-2933 (直通)

神奈川県看護協会 洋光台訪問看護ステーションへの 出向事業報告

公立大学法人横浜市立大学附属病院
看護部教育担当副看護部長
兼看護キャリア開発支援センター副センター長 加藤弘美



公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



1. 出向事業の目的と目標

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：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。



公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



令和2年度実施における課題

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

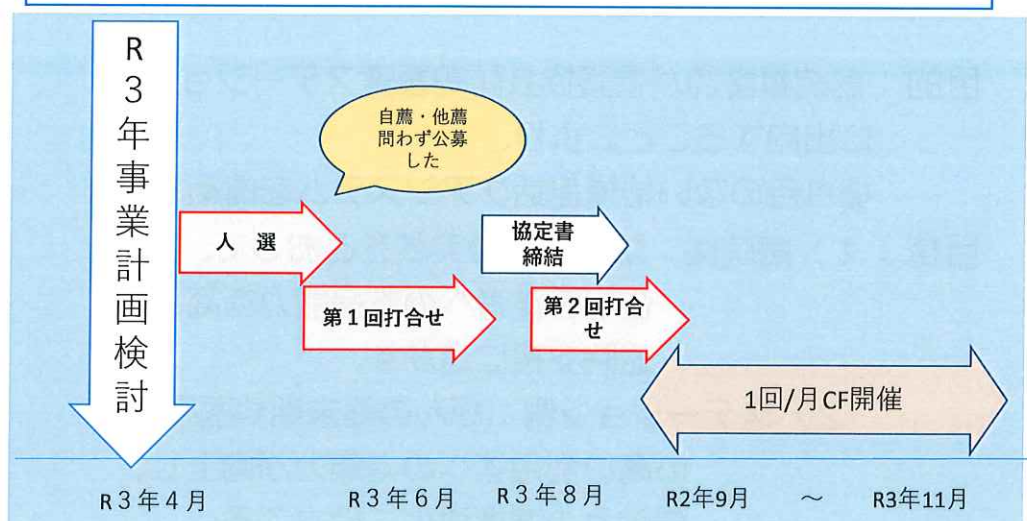
- ⇒目標達成に向けた人選
- ⇒訪問エリアを拡大できる人選
- ⇒ステーションや利用者さんの負担にならない期間設定ができる



公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



2. 出向までのスケジュール



公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



3. 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に、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を図ることに取り組んだ。
- (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。

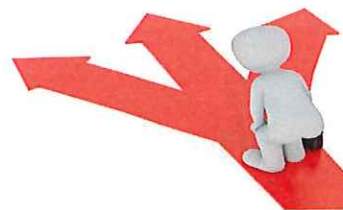


公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



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。



公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



4. 出向事業への期待

目標：訪問看護の実践をととして、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を重視した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、病院ー地域との連携、協同に必要な情報を**意図的**に得ることができる。



公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



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が向上する。**
- 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する。**



公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



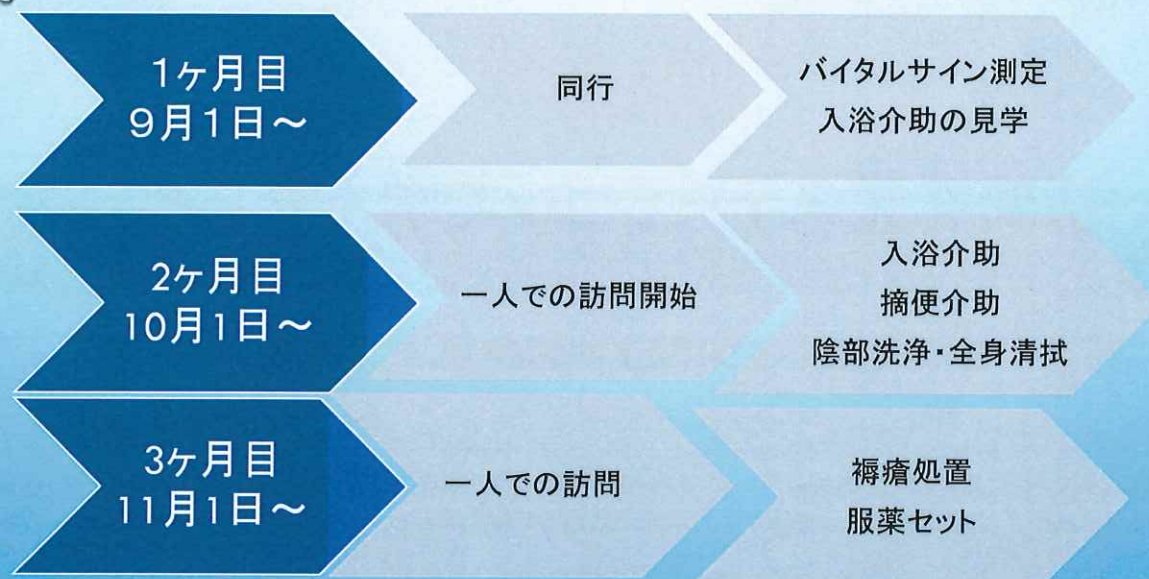
訪問看護ステーションで学んだこと

公立大学法人 横浜市立大学附属病院 渋谷 明代

出向事業に参加した動機

- 父親の介護を自宅で行い、訪問看護を利用していたことから訪問看護師と関わることがあった。
- 現在の高齢化社会や新型コロナウイルス感染症の流行もあり自宅で療養や最後を迎えたいと考えてる人は多いのではないかな。
- 病院での病棟経験しかないため、病棟と在宅での看護はどのように異なるかを学びたい。

研修期間中の流れ



訪問看護で実践したこと

- バイタルサイン測定
- 排便
- 褥瘡処置
- 陰部洗浄、全身清拭
- 血糖測定、インスリン皮下注射の見守り
- シャワー浴介助
- 服薬セット

訪問看護を実践、同行しての学び

- 患者一人一人の家庭環境や家族背景、生活スタイルなど異なり、その人に応じた方法や病院とは異なり限られた物品の中で看護を行うことの難しさ。
- 在宅で療養を行う時には介護者の負担は大きいため、家族が負担にならないようなケアや処置方法を家族へ説明していき、家族の負担を軽減していくこと、家族で対応が困難である場合24時間体制を行っているため、夜間でも連絡をして良いことを説明して、家族が訪問がない日でも安心して過ごすことができる関わりが必要である。
- ターミナル期にある独居の人では24時間体制での看護師や介護士の巡回が行われており、安心して療養ができる環境である。

病棟業務に戻り実践していること

- ・退院する際には早めに地域への情報提供を行っていく。
- ・患者情報の家族背景や患者の楽しみを書面に記載する。
- ・学んだ処置やケアをこれから在宅で療養する患者、在宅へ移行する患者にも活用できるかチームで検討し、可能であれば実践、在宅や地域に向けて情報提供し、繋げていく。

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

2022年 3月11日（金）

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は担当で情報共有。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

出向者にお伝えしたいこと

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

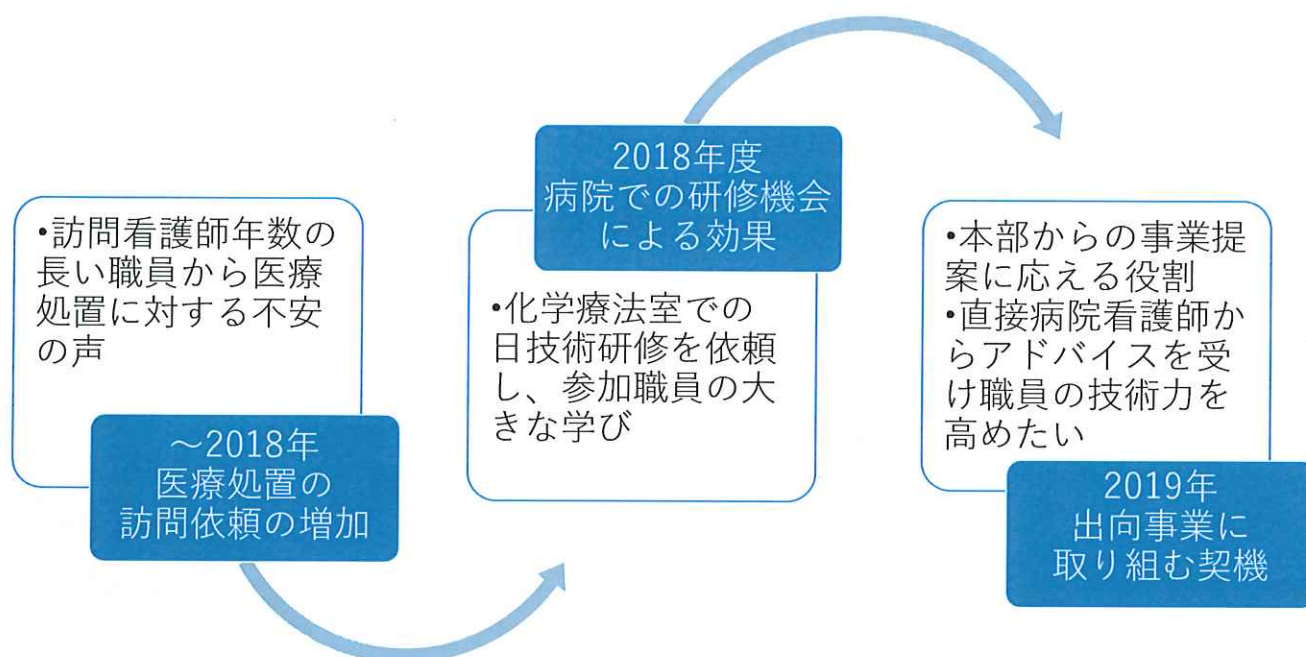
横浜市立大学附属病院と 洋光台訪問看護ステーションとの 出向事業3年間を終えて

2022年3月11日(金)
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

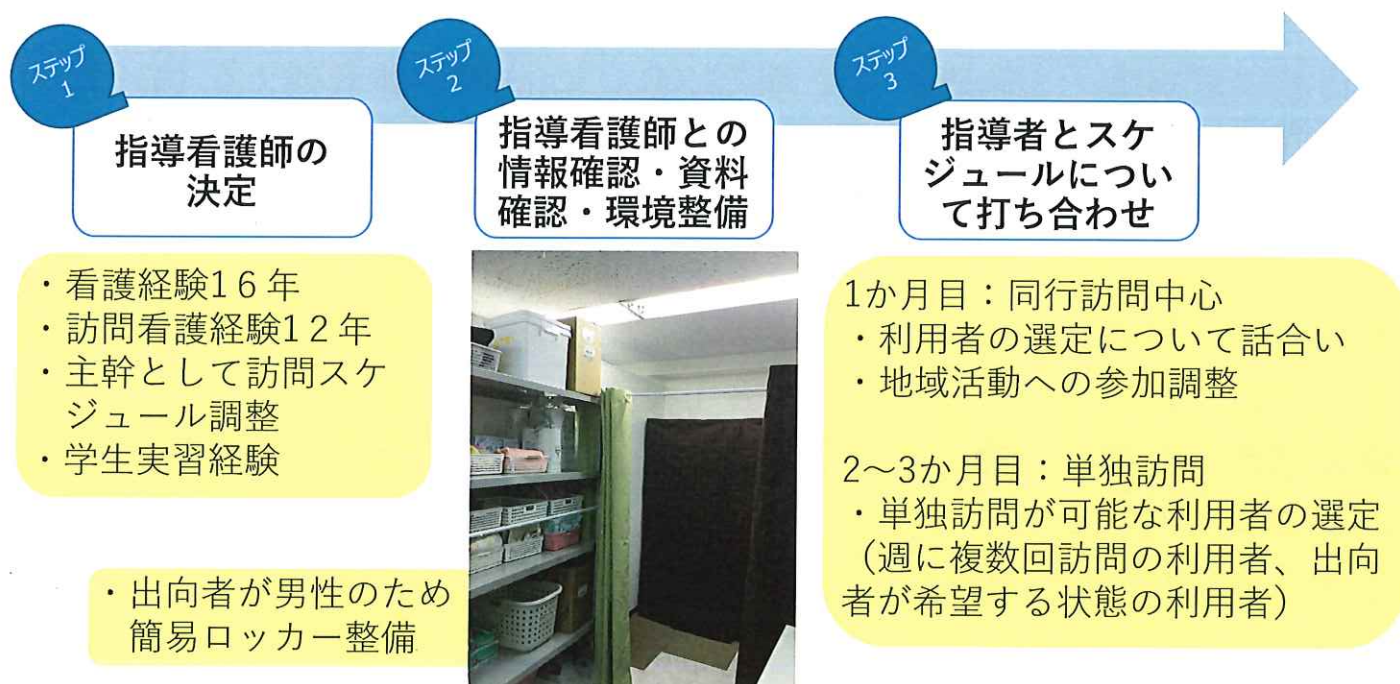
洋光台訪問看護ステーションの特徴

開設年度	1999年
職員数（看護職・事務職）	看護職12名（常6,非6）事務職3名（非3）
看護職員常勤換算数	10.2人（R4.3月現在）
看護職員平均年齢	47.9歳
職員の世代の特徴	子育て・介護世代が混在
利用者数（平均）	168.7人／月
訪問件数（月平均）	810.3件／月
保険割合（医療・介護）	3.5：6.5
24時間緊急時加算数	120人
在宅看取り数（年間看取り数）	2018年：33人 2019年：61人 2020年：39人 2021年：44人

出向事業に取り組むまでの経過



受入訪問看護ステーションとしての事前準備



出向事業 3 か月間の運用

1ヶ月目

- ・ 研修期間（給与は出向者所属機関）

2－3ヵ月目

- ・ ステーションの職員としての雇用契約
- ・ （給与は訪問看護ステーションで負担）

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

ステーションとしての目標評価

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

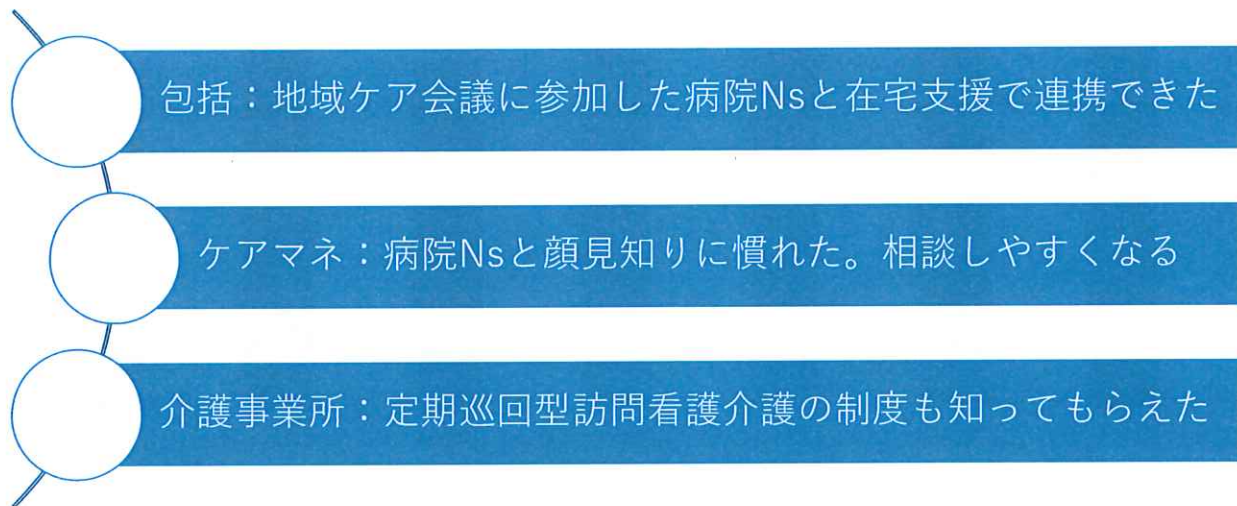
2019	2020	2021
・ドレーン挿入して退院する方の受入準備（必要物品も含め）在宅医や家族への事前検討ができた ・利用者の状態変化についてアセスメント共有、学び深めた ・勉強会講師役割 ①「暴力と身の守り方」職員＋外部ケアマネジャー ②「救急隊・医師への状態悪化時報告の仕方」	・医療機関の入院～退院までの患者支援の仕組みがわかった ・改めて連携の方法を考えることができた（入退院支援は患者サポートセンターの役割大、リンクナースの存在） ・勉強会講師役割 ①患者サポートセンターの機能と役割 ②病院の退院支援・退院調整	・病院との連携強化 ・訪問看護活動を伝えた ・事例検討会の開催 AYA世代の終末期事例について事例検討会を通じ病院でのACPを共有できた

- ★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
★入院中の患者事例の共有ができ対応力向上につながった。

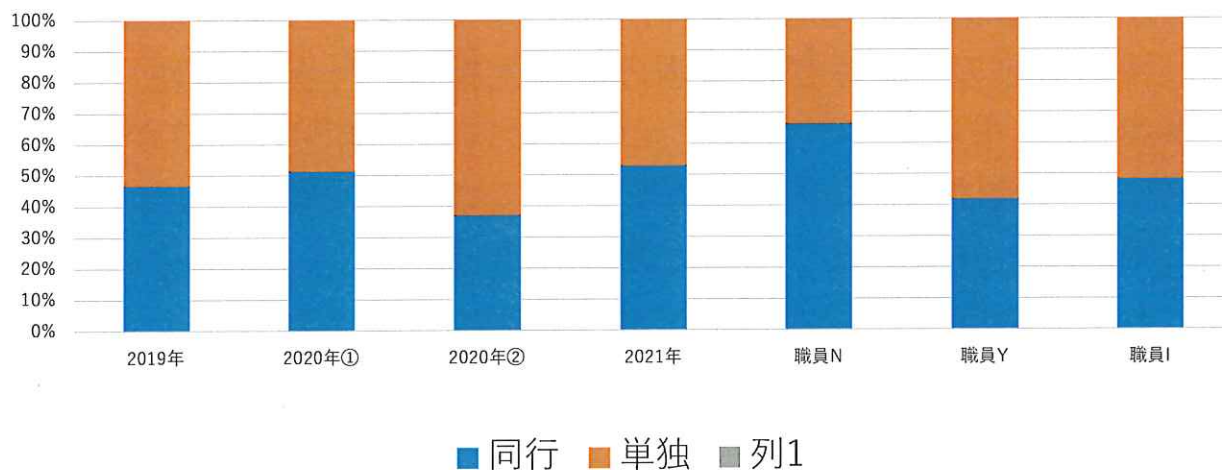
訪問看護連携機関との連携活動参加状況

	2019年度	2020年度 ①	2020年度②	2021年度
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介護事業所見学		○	○	○
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	○			
区内訪問看護ステーション連絡会参加		○	○	○
総合評価	地域活動中心に参加	連携機関見学多	コロナ渦で地域活動減少	コロナ渦で地域活動減少

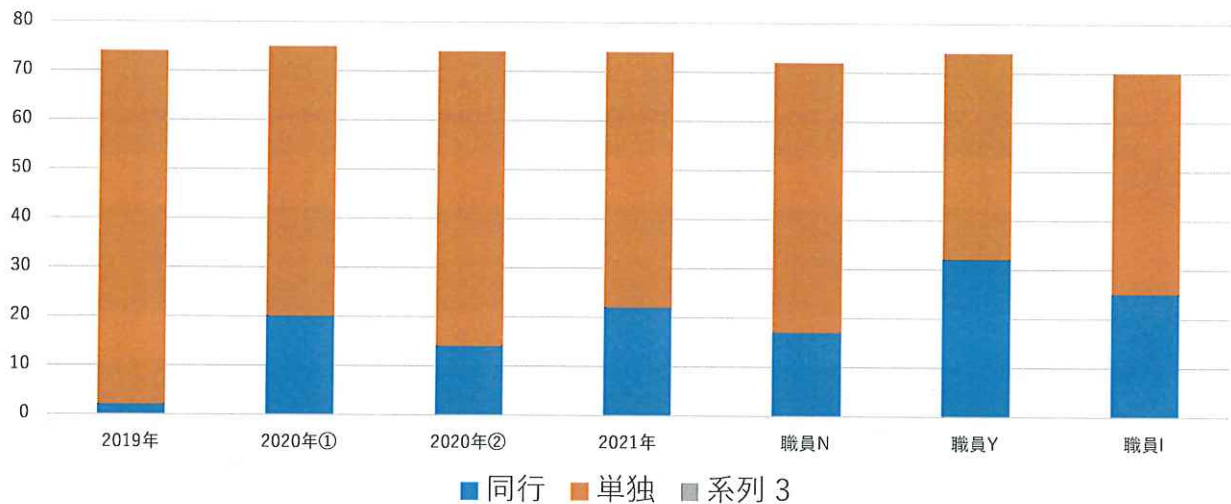
出向事業に対する関係機関からの“声”



勤務2か月目の同行訪問・単独訪問の割合 ～出向者・新任者～



勤務3か月目の同行訪問・単独訪問の割合 ～出向者・新任者～



出向事業の目的を再考する



- 目標対象事例は在宅療養者の同行訪問で留まっている現状。
(移動手段の限定や訪問看護の対応把握が不十分な時期)
- 事業2か月目以降の人件費捻出のために単独訪問の件数が必要
- 現在の目標は単独訪問が少ない状況では達成可能だが、
出向者の人件費をどうするか課題がある
- そもそも訪問看護の人材不足解消目的に始まった事業
事業により赤字になったのでは意味がない。

出向者の希望事例と単独訪問可能事例の乖離



入院中の患者が在宅療養に向き合うために！ ～出向事業を通じ病院NSに伝えたこと～

関心

- ・ がん末期と診断された方が痛みもある中、自宅で過ごせるの？
- ・ 介護者の不安も強い中、安全に過ごせるの？

方策

- ・ 訪問看護があるのはわかる！でも何をしてくれるの？
- ・ 訪問看護以外にどんな制度があるの？

実践

- ・ 出向事業で訪問看護の実際を体験
- ・ 在宅療養サービスを実感できるための事業所訪問

実施の意義

医療機関への訪問看護活動 の具体的周知

- ・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ますよ！！」

入院期間短縮傾向の中にあ って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みよう！！

地域での具体的サー ビス内容の周知

- ・地域のケアマネジャー、デイサービス事業所、療養通所、みんな医療機関看護師が地域に入ってくださることを歓迎！！

出向事業をさらに充実させるために

課 題

出向者が関心を持って訪問看護活動が意欲的に行えるための事業計画

訪問看護師が新しい知識を習得できるための事業計画

医療機関・訪問看護ステーション双方の経営に影響しない運営方法

出向事業をさらに充実させるために

新たな提案

2か月目～単独訪問のしばりをなくし同行訪問での学びを充実

緩和ケア、がん看護、家族看護等専門・認定看護師が出向することへの期待

医療機関・訪問看護ステーション双方の経営に影響しないよう人件費の等分負担

公益社団法人神奈川県看護協会 あかしあ訪問看護ステーションとの 訪問看護出向事業参加報告



茅ヶ崎市立病院 看護部 副看護部長 西村智子



許可病床数 401床

一般急性期

地域医療支援/災害拠点/がん診療連携指定病院

地域周産期母子医療センター

地域の中核を担う基幹病院

診療科目 27科

平均在院日数 10.9日

退院支援への取り組み変遷

2005	継続看護検討委員会
2008	地域医療連携室
2015	退院調整チーム
2016	入院センター設置
2018	退院支援チームへ移行
2019	患者支援センター新設移行

退院支援にまつわる院外研修受講状況 / 訪問実績

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計
多職種連携 推進課程	1			1	1		1	<u>4</u>
地域連携のための 相互研修			2	4	2	1	2	<u>11</u>
退院前後訪問				13	4	0	6	<u>23</u>
転院先施設訪問					7		1	<u>8</u>
訪問型産後ケア事業							1 1	<u>11</u>

2018年度からの看護部の取り組み

「地域で暮らす」を支えるために、

急性期病院の看護師としての役割を明確にして実践する

- 移行期ケアについての理解を深め、退院前・退院後訪問等を行いながら、その経験を振り返り、仕組みを整え、看護実践能力を高める

出向事業への参加目的

地域包括ケアシステムの中で求められる急性期病院の看護職員としての役割を、地域の視点で再考する

- 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
- 患者・家族（利用者）が安心して在宅療養を選択し過ごせるよう看-看連携を強化・推進する

事業参加の調整

R2年2月～総務課との調整

企画意図の理解を得る

- * 4～5月で人選

両副市長協議会での承認（8月）

- * 出勤簿の記載方法
- * 年休の申請と承認方法
- * 給与の支払いについて

R3年4～8月協会・ステーションとの調整

- * オンラインで協会・ステーションとの打ち合わせ（4・5・7月）

協定書締結（8月末）

（書類作成等は病院総務課担当）

R3年9月 実施許可～実施

- * 9月：出向者事前準備
- * 10月1日～31日は研修扱い
- * 11月1日～12月31日は派遣扱い
- * 毎月月末にステーションにてカンファレンス実施

出向者の人選

人選

- 2021年4月幹部会議で事業への参加承認
- 看護部運営会議で説明・公募
- 自薦・他薦で各部署より1名選出
（何より参加を希望する意思を重視）

Win-Winを意識して決定へ

- 経験年数・院内での役割などを加味
- 外部研修である多職種連携推進課程の修了者

出向元部署での工夫

病棟師長の立場	同僚主査の立場
1. 応募の前に出向事業のガイドラインの内容確認を伝え、自身や家族の状況も踏まえての判断を促した 2. 部署で長期の不在となるため、部署内活動にも支障が出ないように調整 3. 部署の状況など情報提供の工夫 4. 病院に出勤した時に、出向先での学びを共有 5. 一方で、部署のスタッフへも事業への参加の意義や不在時は他主査もフォローすることを伝えた	1. 情報共有（病棟の現状 チーム活動の進捗） 2. 意向を確認し、取り組みに反映できるようにした

成果と期待

この事業通じて得た訪問看護実践の機会が、移行期ケアにおける新たな視点の獲得につながった

- 活きた学びは何より現場へ説得力のある看護実践談として語られ、変革の原動力となる
- 在宅療養支援の実際を知る仲間を増やししながら取り組みを進めることで、退院支援の向上につながる
- 看-看連携の強化は、地域で暮らすを支えるための安全・安心へつながる

訪問看護出向事業を通して

茅ヶ崎市立病院 浅川裕美

出向時期・目標

出向時期：2021年10月1日～2021年12月31日

目標：

1. 患者・家族の退院後の地域での生活を知ること、急性期病院の看護師として、移行期ケアを行う中で何を具体的ににつないでいく必要があるかを考えることができる
2. 病院・地域での情報を共有、意見交換する中で顔の見える関係性を持ち、今後の連携強化へつなぐことができる

在宅看取りでの関わりを通して

肺癌のターミナル期の80代女性、一人暮らし。
訪問看護は入っていたが、急激にADLが低下し寝たきりになった。
もともとは在宅で過ごしたいと話していたが・・・

寝たきりの本人に対し、率直に今後どうしたいか尋ねる

本人「家にいたい」
息子「本人がしたいようにしてほしい」

意思決定

在宅看取りでの関わりを通して

息子は隣に住んでいるが、仕事もしている
訪問看護時は高齢の妹さんはいらしているが、ケアは無理そう・・・
一人暮らしなのに、このまま最期まで家で過ごせるの？

家族負担の軽減

訪問看護 毎日 訪問介護 2回（朝・夕）毎日

訪問診療 週1回

清潔ケア・更衣・体位変換は看護・介護で全てを行った

一日をチームで見守る

朝：妹～午前：ヘルパー～日中：看護師

～夕方：ヘルパー～夜：息子



在宅看取りでの関わりを通して

状態が悪化し、点滴により水分量が増えることでの悪影響がある
点滴を外すかどうかを尋ねると・・・

息子：やめてもいいと思うが、本人がどう思うかわからず悩んでいる

本人：CVポート部分を触ろうとする

意思決定



点滴を終了した

在宅看取りでの関わりを通して

家族の生活を支える

介護が長くなり看取りの時期が近づいた時・・・

息子さんから、「こんな状況でも、仕事をしてもいいものか」という相談

介護をしながらも、**そこに家族自身の生活**がある



家族の思いに寄り添う・労う
家族自身が肯定的になれるように関わる

化学療法を継続するかを悩んで

胃がん、化学療法を実施中の60代の患者。妻、次女と同居。長女も近くにいる。
本人は化学療法の副作用が辛く、続けるか悩んでいる
食思低下があり、在宅でのサポートのため訪問看護が開始となった

今後についてどう思っているか

- ▶ 本人：毎回先生と次どうするか決めている。吐いて辛いのは嫌だ。
動けないのは嫌だ。最低限トイレには自分で歩いて行きたい
- ▶ 長女・妻：治療を続け少しでも長生きしてほしい

本人・家族の思いのずれ

化学療法を継続するかを悩んで

前回化学療法時の副作用が落ち着いていたことから化学療法を行うことを選択。
初日は病院で2日目以降は自宅での化学療法を経験

自宅での化学療法後のそれぞれの思い

- ▶ 本人：すっきりした。家で化学療法を行う方が全然がよかった
- ▶ 妻：こんなつらい思いをするなら、もうやめてもいいのではないかと
- ▶ 長女：妻に対し、なんでそんなことをいうのか、と治療を続けてほしい

家族の中にも思いのずれが生じている

化学療法を継続するかを悩んで

次回外来が近づいた日の訪問では・・・

- ▶ 本人：口がまずい。正月くらいは食べたい。次の治療をすると正月も辛くなるかもしれないから外来で話を聞いてみようと思う
- ▶ 妻：本人は辛いからやめたいというときもあれば、やってみようというときもある。
生きたいという意思はあるようだが、これからもゆれていくのですね
- ▶ 長女：休薬することでがんの進行が進むのではないかと心配。
他に治療がないか（本人も聞いてみようかという気持ちになっている）



思いのずれはあるが、少し家族で話せるようになっていく
外来受診の機会に思いを伝え合う

化学療法を継続するかを悩んで

外来後・・・

本人：治療はやめた。正月は少しでいいから美味しく食べたい

妻：外来で化学療法をしないということになった日に

（本人が）家族にごめんね、とあやまった。

もともとはそんなことをいう人ではないんですけどね。

長女：（その言葉を聞いて、本人の）思いを受け止めようと思う



話し合えたことで

正月を迎えたい→本人・家族の目標

合意形成

訪問看護を通して自身の変化

1か月目：訪問同行、地域包括支援センター、小規模多機能施設見学など

様々な家庭を訪問し、独居で介護が必要な状況などサービスが整えば自宅で過ごせることを知り、患者・家族より先に医療者が自宅には帰れないというゴールを抱いてはいけないと実感した。

2か月目：訪問同行、単独訪問、多職種でのICの見学など

実際に自分が主で看護を行うと、こうあるべきと思いが募り、ジレンマを感じる。何回か同じ方の訪問をすることで、介護を継続する家族の大変さを実感し、家族の健康を維持していくことも在宅で過ごすためには重要な要素になることを学んだ。

3か月目：単独訪問、受け持ち看護師、訪問同行など

メインでの訪問、一人での訪問が増え、患者・家族、両方を捉えて支援していくためにどうしたらよいかと考えるようになった。初回訪問を経験し、退院時の情報の少なさを実感し、退院前カンファレンスなど事前に情報や課題を共有し合う必要性を実感した。

生活者としての視点

学び

- ▶ 本人の状況を受け入れる
- ▶ 本人の生活の中でできることを考える
- ▶ 家族もその人の生活があり、家族自身の生活が維持できるように考えていく
- ▶ 家族が健康に過ごせることが大切である

今後に生かしたいこと

- ▶ 生活者としての本人を知ろうとする
- ▶ 本人がどうしたいかを本人・家族と一緒に考える
- ▶ 家族単位の視野を持って支援する
 - ：家族にどう影響するのか、家族として破綻しないか、本人・家族の思いは合意できているのか等、広い視野で検討する

意思決定支援

学び

- ▶ 普段から、今後について考える機会を持つ
- ▶ 率直に一步踏み込んで尋ねる勇気を持つ
- ▶ 意思決定支援では、本人・家族の中でも伝えられないことがあり、その際は介入する
- ▶ 合意形成されても、揺らぐことが考えられ、その都度寄り添っていく必要がある
- ▶ 家族からだけでなく、本人の思いを一緒に支えていく

今後に活かしたいこと

- ▶ 患者さんが話しやすい環境を整える
：プライマリーが窓口になる
率直に尋ねる勇気を持つ
- ▶ 本人の意思を最期まで確認する
：思いはゆらぐため、その都度確認する
家族だけでなく、最期の時まで、本人が意思決定できるよう説明していく

連携

学び

- ▶ お互いを知る
- ▶ 生活の中での困りごとをタイムリーに相談できることで重症化の予防につながる
- ▶ 病院と地域がつながることで、本人・家族の意思決定を継続して関わるができる

今後に活かしたいこと

- ▶ 顔の見える関係作り
：地域での研修の参加
- ▶ 連絡を取り合う際には躊躇せず行う
：院内の仕組みを理解し、スタッフへ周知する
- ▶ 意識的に本人の思いを聴取し、地域につなぐ
：看護情報提供書の本人の説明・受け止め方の記載の充実、退院前カンファレンスの実現

▶看護情報提供書のポスター作製

看護情報提供書(在宅・転院・施設)			
氏名	テスト 患者①	性別	女性
生年	0009000012	入院 退院	～
住所		診療科	担当医
家族 構成	1941年01月01日 年齢 60歳	住居型	
家族 構成	☐ 独居 ☐ 同居 ☐ 同居 ()		
介護 情報	主介護者 ☐ 専 ☐ 兼 氏名 () 姓 続柄 () 連絡先 TEL		
退院後の帰結方			
☐ 在宅 (退院先:)			
☐ 在宅 (訪問看護ステーション:)			
☐ 施設 (退院先:)			
本人・家族への受け渡し枚数			
感染症	☐ 専 ☐ 兼	アレルギー	☐ 専 ☐ 兼
MRSA		食料	()
HB		薬品	()
HCV		その他	()

入院して**プライマリーが決定した時点**で看護情報提供書に着手、指導内容などはプライマリー以外のスタッフも随時追記して**多職種連携**と**早期の在宅支援**を目指しましょう！

- 医師から受けた説明内容を本人より聴取し入力する。
- 本人の理解や意思が把握できない場合は、家族から聴取し入力する。
- 告知または家族への説明や家族の受け止め方についても入力する。

【本人・家族への説明／受け止め方の記入例】

- ①本人S:副作用が辛いから化学療法は嫌だ。
家族S:点滴治療をやってほしい。
- ②家族の希望:本人は心配性なので、癌のことをポリプと伝えている。
- ③化学療法の副作用が強く、本人の意向を確認できていない。

▶ ロールモデルとなれるように・・・

茅ヶ崎市立病院と
あかしあ訪問看護ステーションとの
出向事業報告

2022年3月11日
公益社団法人神奈川県看護協会
あかしあ訪問看護ステーション
河田美幸

担当する
利用者の
決定・
支援方法

1. 1週間に2回以上の訪問看護を実施している利用者
2. 1) 10月の研修中から関りのある終末期の利用者、
2) 新規の利用者
3) 継続した意思決定支援が必要な利用者
4) モヤモヤを感じた利用者（出向者の希望を確認）

<支援方法>

1. 指導者が窓口になりスケジュール調整を行う。
2. 週2回出向者と指導者間でミニカンファレンスを実施し
タイムリーな振り返り、意見交換を行う。

同行訪問の件数（11月～12月）

同行のみ 39件	メイン 34件	単 独 20件
担当者会議 2件	新 規 2件	

Aさんのケース
がん終末期 8月～訪問看護1回/週開始

10月悪化期

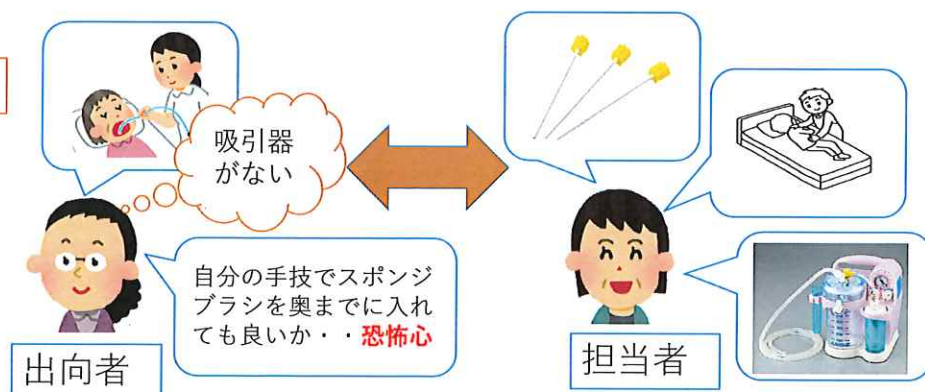
ADL低下しベッド上の生活
訪問毎日 点滴開始

同行訪問13回
メイン3回

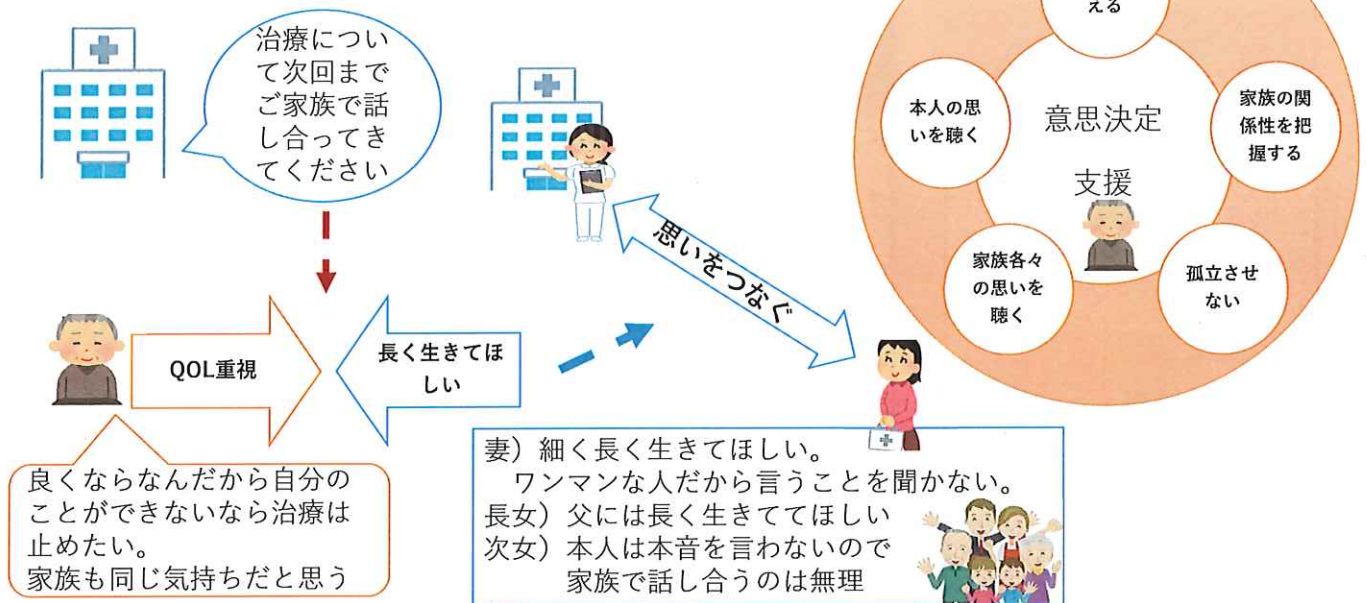
11月臨終期

Aさん喉に痰の貯留

看取り



Bさんのケース 胃がん 外来通院し抗がん剤治療中



キーワード

つ な ぐ



誰が いつ 何を どこに つなぐのか

今後の課題

情報共有

- ・ あかしあ担当NS⇄スタッフ
(担当NSの思い、利用者の思い)
- ・ あかしあ⇄多職種
- ・ 外来⇄病棟
- ・ 外来⇄在宅
- ・ 病棟⇄在宅
- ・ 連携室⇄病棟
- ・ 連携室⇄在宅

看護サマリー

- ・ 本人の思い (ACP)
- ・ 家族の思い
- ・ 療養環境
- ・ キーパーソンと介護者
- ・ 治療方針、病名告知の内容に加え本人の退院後の思い (目標、希望)
- ・ 受診が必要な症状など

退院指導

- ・ 生活に合わせた指導方法
(生活・家族・経済事情) をアセスメントする
 - ・ 治療を継続できる方法
(bestでなくbetterを許容)
- 
- ・ 在宅と協働 つなぐ

出向事業を終えて

出向事業の期間中、出向者は利用者との相互行為の中から学びを深め、価値観の揺らぎを経験し、自己の価値観と向き合い、新たな捉え直しをするという一連の経験をしたように思います。熟練看護師である出向者が非日常の環境に身を置くことによって体得できたことだと思います。また、私自身、出向者との同行訪問やケースを通しての振り返りをし、意見交換をする過程で刺激を受け、自己の価値観、看護観を再認識する機会を得ることができました。



今回の出向事業において、病院と在宅それぞれの課題、協働して取り組む課題を見出す事ができたことは出向事業の大きな成果と考えます。

そして、出向事業によって得られた看護師の内的変化、看護観の発展は地域を支えるリソースとしての看護師の強みになると考えます。

茅ヶ崎市立病院とあかしあ訪問看護ステーションとの出向事業報告



R4年3月11日

公益社団法人神奈川県看護協会

あかしあ訪問看護ステーション 神田真理恵

あかしあ訪問看護ステーション 神奈川県茅ヶ崎市

開設

- ・ H10年11月開設
- ・ 24時間緊急対応実施

職員体制

- ・ 看護師13名(常4、非9名 換算9.3人)
- ・ 事務職員2名
- ・ 30～50歳代が活躍中

利用者

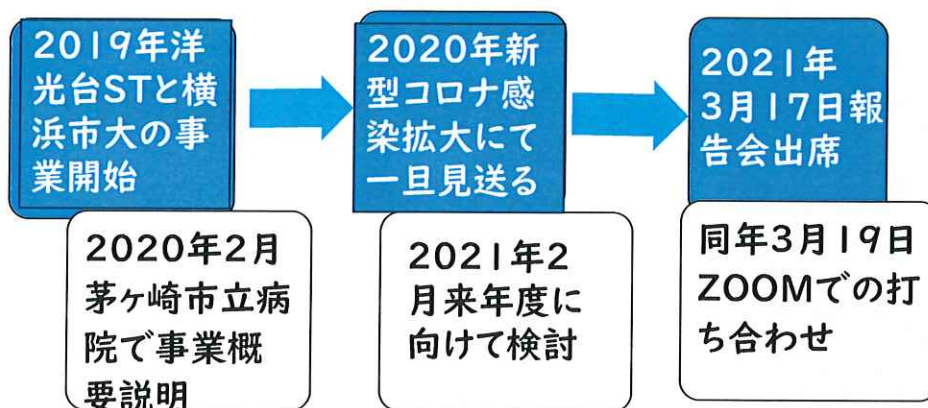
- ・ 小児から成人まで対象(精神、障害含む)
- ・ 135名(7歳～98歳)

特徴

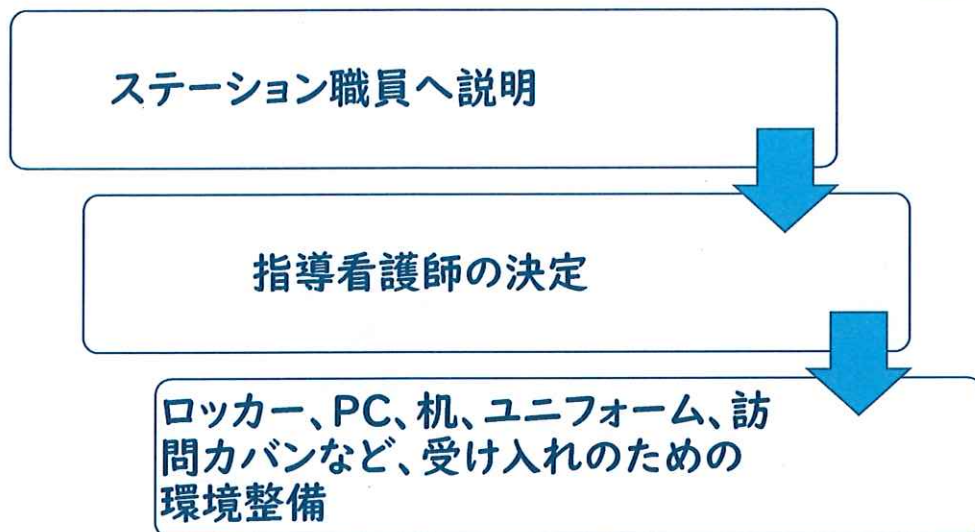
- ・ 緩和ケア認定看護師2名
- ・ 悪性新生物が1位 ・ 医師依頼が多い
- ・ 介護保険:医療保険7対3

	出向事業の目的と目標
目的	病院看護師が神奈川県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)	がん終末期の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	2021年10月1日~12月31日 3か月間 1か月目：研修期間 2,3ヶ月目：訪問看護ステーション職員

事業開始までの流れ



事前準備



出向事業の実際：1か月目（研修期間）

職場環境に慣れてもらおう！

- ①入職者と同様のオリエンテーション実施
- ②全スタッフと同行訪問
- ③同行訪問の合間にICT、勤怠、などオリエンテーションの追加
- ④退院前カンファレンスの参加
- ⑤地域包括ケアセンター、小規模多機能への挨拶と見学
- ⑥初回訪問への同行（契約からケア）
- ⑦個人面談と声かけ（睡眠や疲労度など健康面も含む）



出向事業の実際:2か月目（職員として）

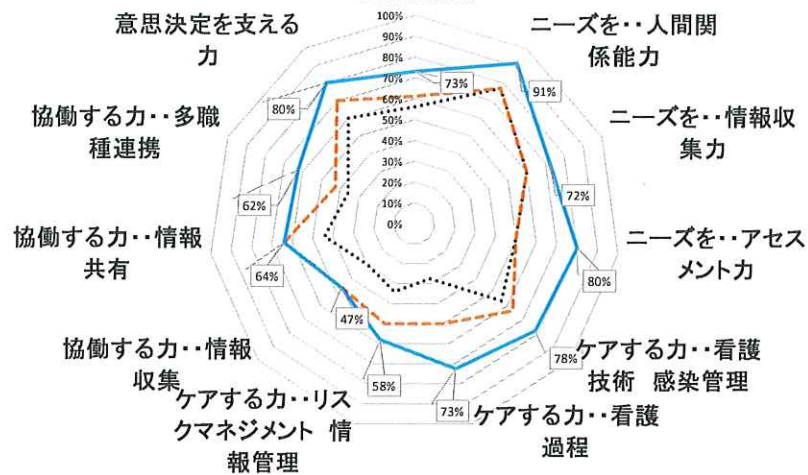
助言をもらいながら訪問看護が提供できる

- ①辞令交付
- ②主任とのミニカンファ
- ③日々の記録から見えてくるもの
- ④目的や意図のある同行訪問計画
- ⑤出向者の意向を尊重しながらの計画
- ⑥2か月目経過の全体カンファレンス開催

意思決定を支える力			
【レベル1】の目標 “利用者および家族” や周囲の人々の意向を知る			
行動目標 ① 助言を受けながら“利用者および家族”や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる			
			
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価
			初回 2回目 3回目 10月22日 10月22日 12月20日
意思決定を支える力 “利用者および家族”や周囲の人々の意向を知る		助言を受けながら、利用者や家族、周囲の人々との会話や言動から、療養生活への思いや考え、希望を確認することができる	3 3 4
		利用者・家族の思いや考え・希望（意向）を知り、その思いを大切に支援する姿勢で配慮ができる	3 4 4
項目数	2	修得率	60% 70% 80%

	10月22日	11月24日	12月20日
基本的姿勢	56%	61%	73%
ニーズを・・・人間関係能力	77%	77%	91%
ニーズを・・・情報収集力	60%	60%	72%
ニーズを・・・アセスメント力	50%	50%	80%
ケアする力・・・看護技術 感染管理	56%	64%	78%
ケアする力・・・看護過程	28%	50%	73%
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理	34%	50%	58%
協働する力・・・情報収集	30%	47%	47%
協働する力・・・情報共有	44%	64%	64%
協働する力・・・多職種連携	36%	42%	62%
意思決定を支える力	60%	70%	80%

レベルⅠ 3回目・・・8割を達成しましたか？
8割程度を目安に、レベルⅡに
基本的姿勢



定期的な振り返りの実際と評価

開催頻度：毎月末

参加者：茅ヶ崎市立病院副看護部長・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. 目標達成の評価と方向性の確認
2. 出向者の発表を聴くことでそれぞれの立場での振り返りができ事業の意義が明確化
3. 今後の具体的活動内容を意識化

事業を通して見えてきたもの

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

- ①急性期病棟現状を知る
- ②退院時指導における情報共有
- ③看護サマリー現状と課題
- ④意思決定支援の難しさと重要性の再認識
- ⑤地域包括ケアシステムにおける看護師の役割
- ⑥入職者への人材育成について
- ⑦出向者を通しての自部署の看護の質



顔が見える関係から腕や腹の見える関係の構築により連携強化に繋がる

実施して良かった点

訪問看護の活用の
多様性を伝える
ことができる

急性期病院の現状
を知ることができる

看看連携の強化に
より切れ目のない
看護

訪問看護ステー
ションの
質向上

課題

他機関報酬制度での
予算立ての困難さ

出向者を受け入れるた
めのマンパワーの問題

2年目において

ステーション職
員の意見反映

コロナ禍での
活動検討

出向者との
今後の連携

令和4(2022)年度訪問看護出向事業報告会アンケート結果

1 開催概要

1)日時:3月11日(金)15:00~16:45 Zoom オンライン

2)プログラム

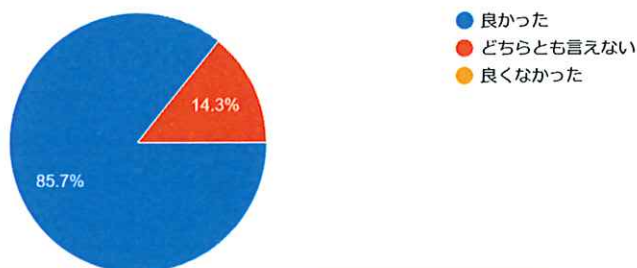
挨拶	神奈川県看護協会	常務理事	杉浦 由美子
Case 1	横浜市立大学附属病院	出向者	渋谷 明代
		看護部教育担当副看護部長	加藤 弘美
	洋光台訪問看護ステーション	主幹	國吉 麻子
		管理者	豊田 まゆ美
Case 2	茅ヶ崎市立病院	出向者	浅川 裕美
		看護部副看護部長	西村 智子
	あかしあ訪問看護ステーション	主任	河田 美幸
		管理者	神田 真理恵
質疑応答			

3)内部参加者 11 名 外部参加者 10 名 合計 21 名

外部内訳:訪問看護ステーション 4名 行政(横浜市医療局) 1 名 病院 3名 大学・看護学校 2 名

2 アンケート結果 (n=7)

質問 1 報告会に参加してよかったですか
7 件の回答



質問2 出向事業についての感想やご意見を教えてください

- 病院の中では、経験出来ないことを経験できたので、双方の立場になれたと思います。
- 業務都合で途中抜け等、申し訳ありませんでした。出向事業の実際に関して、情報をいただき参考にさせていただきます。さらにこの出向事業の目的達成に関して個人ベースだけでなく組織ベースとしての評価(例えば研修修了者が病棟に戻って病棟にどのような変化をもたらしたか、訪問 ST にはどのような変化があったのか)、他施設での実現可能性について等を検討できると良いと思いました。
- 病院 訪問看護 地域の連携が強化できるとよいかと
- 双方に得られた学びを知ることができてこの事業の魅力を改めて感じました。機会があれば経験したいと思います。この事業が継続されることを願います。
- それぞれ病院 在宅の立場を理解するのに良い事業と思います。
- 実際に意見などを聞くことができて参加して良かったです。
- 病院と地域の医療連携のためにとても有意義な事業だと思いますが、希望者があまり多くない事や双方の準備が大変である事、その割には期間が短い事、コストの問題など検討する事も多いと感じました。訪問看護ステーションで数か月研修するのではなく、スタッフの一人として働く事の大きなメリットはなにか考えさせられました。

