

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5(2023)年 3 月

公益社団法人神奈川県看護協会

病院在席したまま、2 か月間
訪問看護へ

ハイブリッド開催
無料

出向事業報告会

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2 か月間出向し、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5年 **3月20日** (月)

15:00~16:30 (受付開始: 14:30~)

開催方法

会場 (神奈川県看護協会 5 階ナースセンター研修室) と
Zoom のハイブリッド開催

※申込時に参加方法を選択してください



内容

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

対象

本事業に関心のある方は、どなたでもご参加できます。参加費は無料です。

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。
ご参加にあたってのご案内を全員にメールで通知いたします。



問合せ

(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)

訪問看護出向事業報告

茅ヶ崎市立病院

猪狩 円

2023年3月20日

1

参加動機

- 退院後の生活や療養の場の実際を見て、その人らしく暮らすための支援を学びたい
- 限られた時間内での的を絞った介入について知りたい
- 病院から地域への切れ目のない看護のために何ができるか考える機会にしたい

2

目標

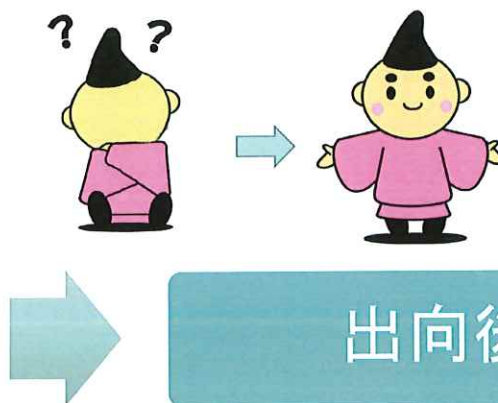
- 病院と訪問看護、外来と病棟の看護職連携強化のために取り組める具体策を1つ以上見だし提案する

3

出向事業の学び

顔の見える看看連携

出向前



出向後

主に書類(看護サマリー)を介して情報交換する関係から
同行訪問や日常的会話(コミュニケーション)を通して、
信頼できる看護師関係への変化

4

出向事業の学び

多職種連携の実際

自宅難しいかも...
(思い込み)

出向前



自宅でも大丈夫！

出向後

- ケアマネージャー、往診医、かかりつけ薬剤師、訪問介護等の多職種とサービス担当者会議や日々の訪問後の報告・連絡・相談を通して、互いの役割認識・遂行を体験
- 利用者の多様な療養環境や背景への対応・配慮

5

出向事業の学び

信頼関係構築

(利用者 ↔ 訪問看護師)

任せて安心訪問看護

訪問は基本一人だけど、看護はチームで対応

- タイムリーな関わり(訪問回数・訪問時間の柔軟な対応)
- 意図的コミュニケーション(意思決定支援)
- 長期的サポート(長い方は10年超)、人生に寄り添う
- 受け持ち制(モジュール型)、訪問後の情報共有・ミニカンファレンス
- 夜間オンコールナースへの申し送り

6

統合した看護実践事例

90代女性 老衰

- ・ 週3回デイサービス利用
- ・ 長男夫婦との3人暮らし
- ・ 食事・水分あまり入らない状況
- ・ 自宅での看取りを視野に往診医導入

本人の意思表示は衰弱によりはっきりしない

長男さん

「できるだけデイサービスに行ってもらいたい」
「できるだけトイレに行って排泄してもらいたい」
「食事はベッドではなく食卓で食べてもらいたい」
→やや強引にも見える家族介護の提供

本人の体調と家族の
想いとの乖離が大きい

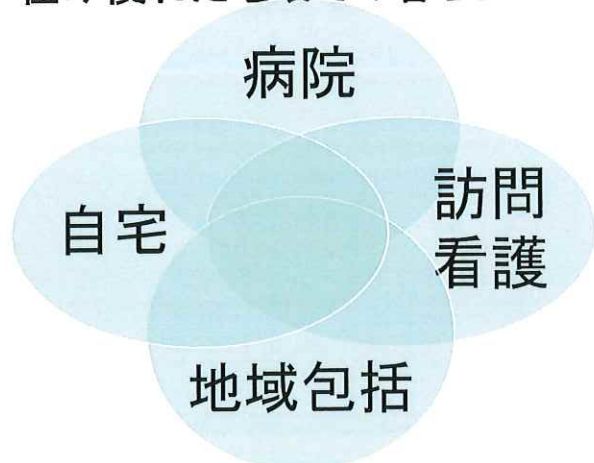
看護介入

- ・ 家族の想いの確認と意思決定支援
- ・ 本人にとって負担の少ないケア方法の提案
- ・ 体調変化に即応した訪問回数変更
- ・ 介護し、見守る家族へのねぎらい
- ・ 今後の体調変化に関する予測を伝える
- ・ ケアマネ・往診医との情報共有

落ち着いて様子を見守ることができるようになった

目指すは切れ目のない地域包括ケアシステム

住み慣れた地域での暮らし



- ・ 困った時の駆け込み寺になれるように、地域に根ざした病院作りを目指す
- ・ 病院の中でも切れ目のない看護が提供できるように連携していく

研修後に活かしていること

- 外来通院患者・家族への積極的な声かけ
(必要時、患者支援センターやがん相談への紹介←多職種連携)
- 外来と病棟の連携強化
(前年度出向事業参加者との連携)
- 外来スタッフが病棟カンファレンスに参加する
(外来の情報を病棟へ、病棟の情報を外来へ)
将来的には訪問看護ステーションとの定期的カンファレンスを行いたい

退院支援にまつわる院外研修受講状況 / 訪問実績

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	合計
多職種連携 推進課程		1	1		1		<u>3</u>
地域連携のための 相互研修	2	4	2	1	2	1	<u>12</u>
地域包括ケアシステムにつ なげる入退院支援						1	<u>1</u>
退院前後訪問		13	4		6	9	<u>32</u>
転院先施設訪問			7		1		<u>8</u>
訪問型産後ケア事業					1 1	1 2	<u>23</u>
訪問看護出向事業					1	1	<u>2</u>

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

R4年4月

- *4月：幹部会議で参加表明
- *4月：看護部運営会議で参加者の公募
- *5月：人選
- *7月：看護協会に出向者決定の報告

R4年4～9月協会・ステーションとの調整

- *メールで協会・ステーションとの打ち合わせ（7・8・9月）

協定書締結（9月1日）

（書類作成等は病院総務課担当）

R4年9月 準備～実施

- *9月：出向者事前準備
- *10月1日～10月31日は研修扱い
- *11月1日～11月30日は派遣扱い
- *毎月月末に、看護協会・訪問看護ステーションとカンファレンス実施（ZOOM）

出向者の人選

人選

- R4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
- 前年度が病棟勤務者であったため、今年度はあえて外来勤務者
- 次年度は・・・

月末のカンファレンスに参加した師長の感想

所属師長の立場

- ・ 出向者が大切にしたい看護観や方向性を知ることができ、今後のキャリア支援へつなげていきたい。

退院支援チーム担当師長の立場

- ・ 退院支援チームの担当師長として、連携への意識が変化した。
- ・ 在宅療養の実際について聞くことで、病院での退院支援に何が必要か再認識できた。

成果と課題

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

- ・ 看護情報提供書・ADL表の書式を変更
- ・ 外来と病棟合同の退院支援カンファレンスの実施

課題：事業継続の可能性の模索

- ・ さらなる看-看連携の強化
- ・ 出向期間の調整（単独訪問実施に向けた事前準備）

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



R5年3月20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
河田美幸

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5名非8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)
- ・ 153名(9歳～103歳)
- ・ 51か所ケアマネ、54か所医師と連携

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

出向事業の実際

職場環境に慣れメインで訪問看護の提供ができる

- 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地域包括ケアセンターへの挨拶
- ⑤個人面談と声かけ（睡眠や疲労度など健康面も含む）
- ⑥定例カンファや医師とのzoomカンファへの参加
- ⑦訪問看護の実施及び多職種連携（医師やケアマネ）

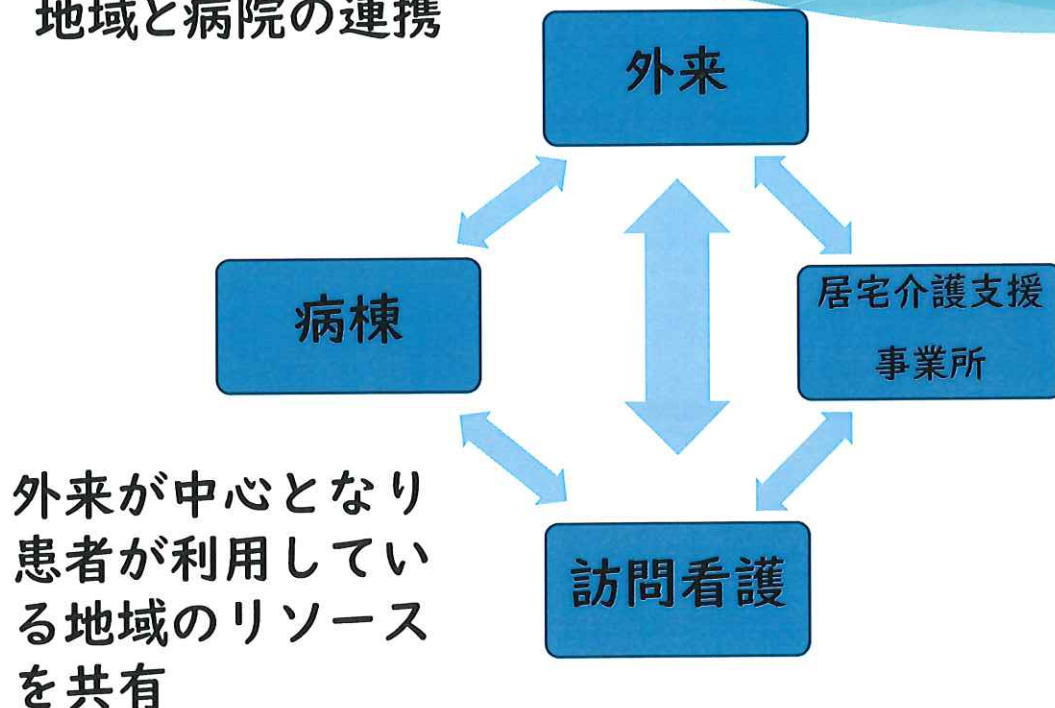
出向者訪問件数

10月	同行訪問	74件
	包括ケアセンター見学	1件
11月	同行訪問	34件
	メイン記録	33件
	新規記録、計画立案	1件
	報告書	5件
	担当者会議	1件

出向者の単独訪問について

- *訪問看護は看護を提供する以前に、患家の位置を知り到着することが前提。
- *普通免許取得していても土地勘のない地域の運転に不安が大きい。
自転車移動も土地勘がなく地図を見ながらの移動は時間を要する。
ケア以外の部分で緊張、不安が大きく、安全面への配慮も必要。

地域と病院の連携



出向事業のメリット

- *在宅療養状況を可能な患者象が広がる
- *出向者や定期的なカンファレンスでの意見交換により連携強化に必要な課題が見いだされる。
- *事業を通して看護師間の意見交換により、お互いが新たな気づきや視点を見出しモチベーションアップに繋がる。

意思決定を支える力

【レベル】の目標 “利用者および家族” や周囲の人々の意向を知る

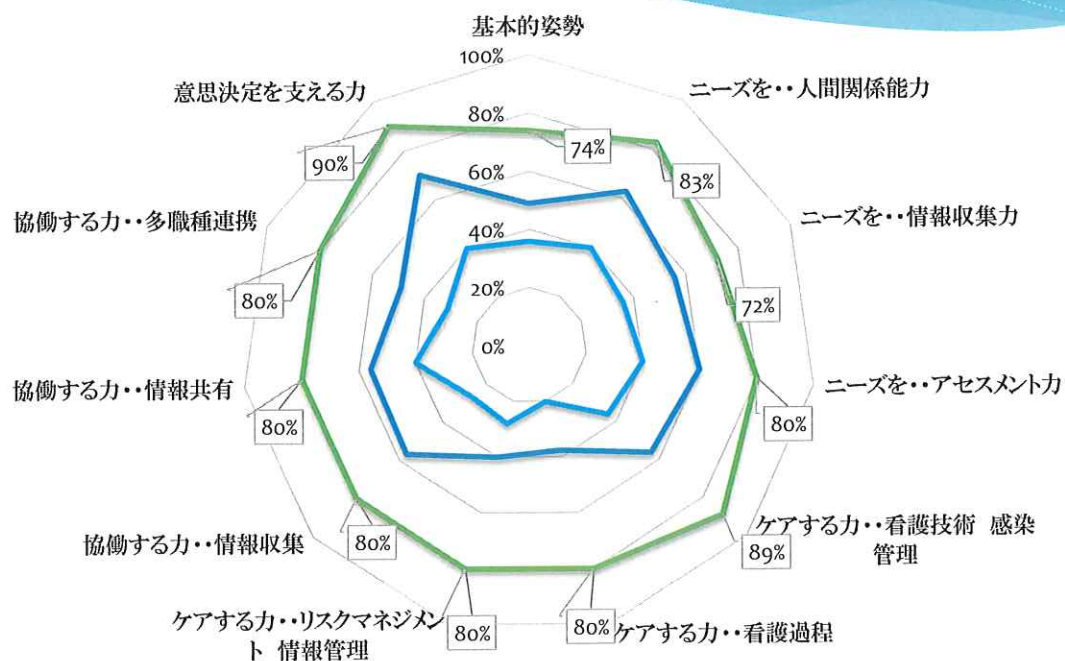
行動目標 ① 助言を受けながら“利用者および家族”や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる



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 10月7日	2回目 11月20日	3回目 11月28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		2	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		2	4	5
項目数	2	修得率	40%	70%	90%

	10月7日	10月28日	11月29日
基本的姿勢	36%	49%	74%
ニーズを・・・人間関係能力	40%	63%	83%
ニーズを・・・情報収集力	36%	56%	72%
ニーズを・・・アセスメント力	40%	60%	80%
ケアする力・・・看護技術 感染管理	36%	56%	89%
ケアする力・・・看護過程	20%	38%	80%
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理	28%	40%	80%
協働する力・・・情報収集	27%	57%	80%
協働する力・・・情報共有	40%	56%	80%
協働する力・・・多職種連携	31%	49%	80%
意思決定を支える力	40%	70%	90%

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



定期的な振り返りの実際と評価

開催頻度：10月末11月末

参加者：茅ヶ崎市立病院副看護部長・外来師長・

退院支援チーム担当師長

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急性期病院外来の現状を知る
- ②外来受診時における情報共有
- ③入院期間の更なる短縮での外来看護の重要性を知る
- ④意思決定支援の難しさや情報共有の必要性の再認識
- ⑤地域包括ケアシステムにおける看護師の役割
- ⑥自部署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



顔の見える関係から腕や腹の見える関係の構築により地域の方々が安心して暮らせる

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

3年目にむけて

出向病院（者）
との今後の連携

訪問看護出向事業報告



横浜市立大学附属病院
9-1(結核・感染)
9-4(個室)
宮崎 孝宏

出向事業の目的・目標



目的

病院看護師が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

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

出向事業への参加動機



- ①退院後の継続看護として訪問看護師は
どのような関わりを持ち患者は生活の場で
どのような看護を受けているのか興味を持った
- ②訪問看護を経験することで
病棟でのよりよい退院支援に活かしたいと考えた

目標(2ヶ月後のゴール)
病院の看護と訪問看護の違いを経験し
新たな視点を持つことができる

出向事業の期間



期間：2023年1月4日(水)
～2023年2月28日(火)

同行訪問：2023年1月4日(水)～1月31日(火)

単独訪問：2023年2月1日(水)～2月28日(火)

同行訪問



訪問看護師に同行させていただき
利用者に提供している看護実践を学ぶ

- 所長に同行し磯子区連絡会、勉強会に参加
- 退院支援カンファレンスに参加
- 大規模デイサービスの見学
- 小規模デイサービスの見学

単独訪問



同行訪問をさせていただいた利用者を中心
に実際に訪問し看護実践を行った

例) ADL全介助の排便ケア、認知症利用者、
独居、服薬管理、入浴介助、
シャワー浴介助、褥瘡処置、
陰部洗浄、全身清拭など

病院看護と訪問看護の違い



病院看護師は勤務毎で引継ぎができるため
24時間いつでも患者の観察ができる

身体機能や急変の予測など
疾患や身体症状などで起こりうることを
予測することが多い
例)合併症(疼痛、嘔気等)、誤嚥、
転倒、せん妄など

病院看護と訪問看護の違い



訪問看護は1回の訪問でケアを完結し
次回の訪問までの様々なリスクを
考えなければならない

医療的な面だけでなく
日常生活もアセスメントすることが大切
例)このADLでトイレに行くにはどうする？
食事の準備はどうやればできる？
介護者の協力はどれくらい得られる？など

病院看護と訪問看護の違い



多職種との連携方法

病院は**院内で連携**できる ➡ 顔合わせが容易
訪問看護は**地域で連携**となる ➡ 電話連絡が多い
医師やケアマネ、ヘルパーが事業所によって異なる

自分の存在をアピールすることの必要性
例)勉強会や地域の会議などでの名刺交換

出向事業での学び①



在宅で生活することは
無限の可能性が隠れている

退院支援カンファレンスに参加させていただいた
利用者さまは、病院での治療の施しようがなく
食欲低下、ADL低下により終末期の看取り目的で
訪問看護導入となった。

しかし自宅に退院した後は徐々に活気を取り戻し、
自分でトイレに行き、自分でご飯を準備し
生活ができるまで回復した

出向事業での学び②



老々介護、認認介護、認知症独居でも
サービスを導入しながら在宅で生活ができる

生活の中のリスクアセスメントは必要であるが
サービスを整えれば自宅での生活も
不可能ではないことを感じた
長期的な目線で見れば服薬もインスリンも
習慣化できる

訪問看護で感じたこと



病院では治療に焦点が行きやすいが
在宅では**生活が中心**となる
治療が押しつけや重荷になってはいけない
その人らしい生き方の中で
医療者はどのように介入するかが
大切であると感じた

病院で生活することの療養上の世話と
自宅で生活することの療養上の世話の違い

今後に活かしたいこと



- ①退院指導は本人だけでなく家族にも積極的に行う
コロナ下で希薄となっていたが家族と関わりを得ることで
家族のマンパワー、本人との関係性、家族の認知機能の把握
- ②指導は【100%のできる】を求めない
病院では【できる】【できない】で判断してしまう傾向にある
- ③患者の帰りたい気持ちを尊重する
医師や退院支援看護師との連携強化
患者への目標設定
家族の不安要素の把握



謝辞



出向を受け入れていただいた
洋光台訪問看護ステーションの皆様

出向する機会を与えていただいた
神奈川県看護協会の皆様
市大病院の皆様に感謝を申し上げます

神奈川県看護協会 洋光台訪問看護ステーションへの 出向事業報告会

令和5年3月20日（月）15：00～

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



横浜市立大学附属病院概要



【施設概要】

- ・横浜市南部医療圏にある大学附属病院
- ・市内唯一の特定機能病院
- ・病床数 674床 ・診療科37科
- ・職員数 1,495名（R4年5月1日実績）
- ・1日平均入院患者数512人、外来患者数1,818人
- ・病床稼働率89.6%、平均在院日数11.7日
- ・重症度、医療・看護必要度38.3%
- ・入院診療単価92,997円
- ・外来診療単価23,866円
- ・手術件数6,576件 （R3年度実績）

施設機能：災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院（高度型）
横浜市小児がん連携病院、赤ちゃんにやさしい病院（BFH）、
基幹型臨床研修病院、エイズ医療の中核拠点病院 等



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



看護部概要

看護職員数 791名（看護管理者含む・令和4年12月1日）

看護管理者41名

看護単位 病棟、外来、手術室

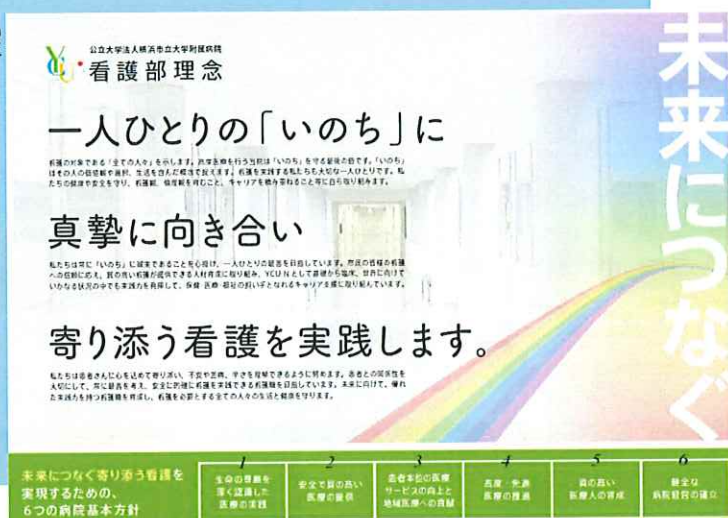
専門看護師 5領域8名

認定看護師 17分野26名

特定行為研修修了看護師 14名

【看護部理念】

一人ひとりの
「いのち」に
真摯に向き合い
寄り添う看護を実践します。
未来につなぐ



公立大学法人横浜市立大学附属病院
看護部理念

一人ひとりの「いのち」に

看護の対象である「全ての人の」を助けます。災害医療を行う当院は「いのち」を守る使命があります。「いのち」はその人の健康や命、生活を脅かすことで支えられます。看護を実践する私たちは一人ひとりの「いのち」に寄り添い、健康や命、生活を脅かすことで支えられます。看護を実践する私たちは一人ひとりの「いのち」に寄り添い、健康や命、生活を脅かすことで支えられます。

真摯に向き合い

私たちは常に「いのち」に寄り添うことを心掛け、一人ひとりの健康を目指しています。患者の健康や命、生活を脅かすことで支えられます。看護を実践する私たちは一人ひとりの「いのち」に寄り添い、健康や命、生活を脅かすことで支えられます。

寄り添う看護を実践します。

私たちは常に「いのち」に寄り添うことを心掛け、一人ひとりの健康を目指しています。患者の健康や命、生活を脅かすことで支えられます。看護を実践する私たちは一人ひとりの「いのち」に寄り添い、健康や命、生活を脅かすことで支えられます。

未来につなぐ寄り添う看護を
実現するための、
6つの病院基本方針

- 1. 生命の尊厳を
守る看護の実践
- 2. 安全で質の高い
医療の提供
- 3. 患者中心の医療
提供とチーム医療の推進
- 4. 高度・先進
医療の推進
- 5. 質の高い
医療の提供
- 6. 健全な
病院経営の確立

【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。



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・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



過去3年間の出向事業 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」
ために下記3点が課題であった。

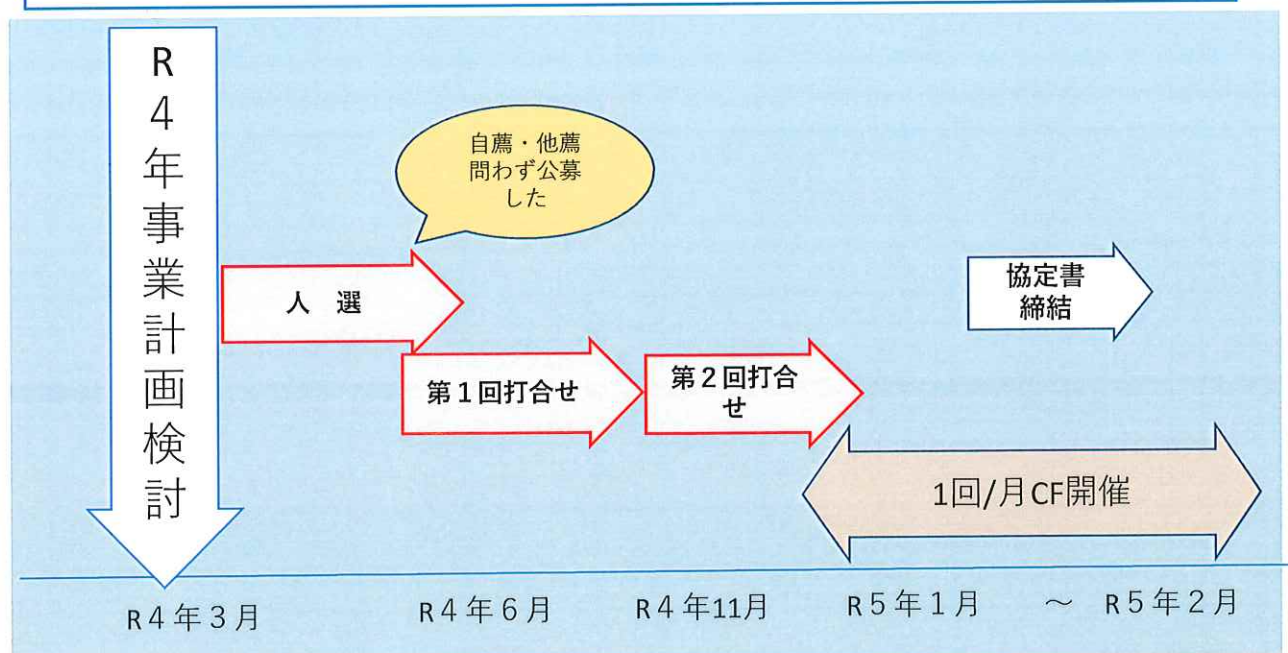
- ⇒①目標達成できる人材の選出
- ⇒②短期間で単独訪問できる
- ⇒③出向先ステーションに
負担にならない期間設定



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



2. 出向事業までの 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. 看護部の出向者への支援

- 1) 出向者の選出に向けて
 - ・過去の出向者による研修報告会開催
 - ・看護管理者の理解と職員への周知
 - ・出向者の内部選考
- 2) 出向者への出向前準備
 - ・出向期間の流れをオリエンテーション
 - ・出向期間の目標設定
 - ・事前学習（神奈川県看護協会地域看護課の研修等へ参加）
- 3) 出向後の支援
 - ・出向後1週間目の訪問、1ヶ月ごとのカンファレンス参加



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



4. 出向事業に参加して

- 1) 出向者のキャリア開発・成長の機会
これまでの出向者の出向後の状況
 - ・研修後に入退院リンクナースを担い地域と連携
 - ・教育委員等部署での育成支援担当となり出向事業を部署で広報している
 - ・患者サポートセンター配置により地域と連携
 - ・地域での経験をもとに特定行為研修受講のきっかけ
- 2) 院内職員の視野の拡大
- 3) 地域との連携強化、在宅療養支援



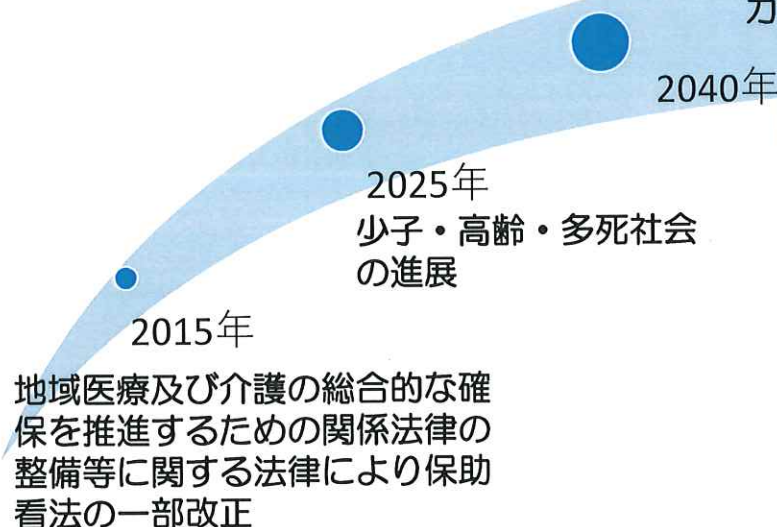
公立大学法人
横浜市立大学附属病院
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



5. 出向事業への今後の期待

「治す医療」から「治し支える医療」

「団塊ジュニア世代」が高齢化し、労働人口が激減し労働力不足⇒医療崩壊の危機



公立大学法人

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



看護の将来ビジョン

いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護（2015年）

■24時間を通じ、患者の最も身近にいる医療専門職として第一線で、**状態の変化を即座に察知し、必要な医療・看護をタイムリーに提供する**

■常に**予防的視点**に立ち、尊厳を持ってその人らしく生活できるように**その人の生きる力を引き出しながら支援する**

■チーム医療のキーパーソンとして、「医療」と「生活」の両方の視点を持って全体を見通し、状態の変化に合わせて、必要な時に必要なサービスが提供されるよう

医療・介護などのサービス全体を統合的にマネジメントして暮らしをまもる

■**穏やかに死を迎えられるように支援する**



公立大学法人

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

5. 出向事業への今後の期待

出向事業を通じ、当院看護職員の在宅療養者への支援能力を高め退院支援に活かす。社会の期待に応える看護職を育成する。

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につなげる
 - 1) 在宅での療養場面を見て、訪問看護師としてケアを実践したことで、大学病院に入院する患者さんの**個別性**を重視した情報収集ができるようになる。
 - 2) 退院後を見据えたケア計画、退院指導計画が立案できる。
 - 3) 大学病院ー地域との連携強化のため、協働に必要な情報を**意図的**に集め、情報交換できる。



公立大学法人

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



洋光台訪問看護ステーションの皆様、
神奈川県看護協会の関係者の皆様方に
心より感謝申し上げます。

ご清聴ありがとうございました



公立大学法人

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



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

2023年 3月20日（月）

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

医療機関から

- ・がん末期利用者の在宅療養サポート・看取り
- ・医療的ケア
CVポート・IVH管理
ドレーン管理
HOT管理
ストーマ管理等
- ・本人と家族の精神的支援
- ・多機関との調整役割

ケアマネジャーから

- ・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

- ▶ 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者と情報共有。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

病棟看護師が訪問看護師になる

- ▶ 訪問看護と言えば、ターミナルケア？
↓
- ▶ 患者も地域では生活者であり、病院で見る姿だけではない。
↓
- ▶ 疾患を抱えながら、出来るだけ安全に自宅で生活を続けていくためには、地域で医療を提供する役割が必要
↓
- ▶ 訪問看護師にできること、求められていることを知る

継続看護の充実につなげるために

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

- 地域で生活する生活者に必要な医療を届ける役割を知ってもらう
- 「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4年目の新たな取り組み

2023年3月20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11名（常6,非5）事務職3名（非3）
看護職員常勤換算数	9.8人（R5.3月現在）
看護職員平均年齢	49.4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）	170人／月
訪問件数（月平均）	770件／月
保険割合（医療・介護）	3：7
24時間緊急時加算数	134人
在宅看取り数（月平均）	（2018）1.91→（2019）2.6→（2022）→2.9

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） ・10月：研修期間 ・11～12月：関東厚生局へステーションの職員として届出

出向事業に取り組むまでの経過

•訪問看護師年数の長い職員から医療処置に対する不安の声

～2018年
医療処置の
訪問依頼の増加

2018年度
病院での研修機会
による効果

•化学療法室での
技術研修を依頼し、
参加職員の大きな
学び

•本部からの事業
提案に応える役割
•直接病院看護師
からアドバイスを
受け職員の技術力
を高めたい

2019年
出向事業に
取り組む契機

出向事業が3年経過し4年目の新たな取組 出向期間を3か月→2か月に短縮！

1ヶ月目

• 研修期間（給与は出向者所属機関）

2カ月目

• 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）

• ステーション雇用契約期間が2か月→1か月に短縮

出向事業の実際 1月：研修期間

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

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	2022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	10ヶ月で地域活動減少	10ヶ月で地域活動減少	訪問看護活動中心

出向事業の実際① 2か月目：実践期間

	同行訪問 件数	単独訪問 件数
1か月目	78件	
2か月目	13件	73.5件（内4件は サポ-ト同行あり）

※単独訪問57件のうち4件はサポ-ト同行あるが出向者がメインでケアと記録を行っている。

当事業所職員別訪問件数（2023.2月）～出向者2か月目

	1か月の目標件 数（件）	実績（訪問+同 行）（件）	目標実績
所長	65	33.5	51.5%
常勤A	80	78	97.5%
常勤B（長期研修 受講中）	80	39.5	49.4%
常勤C	80	79.5	99.4%
常勤D	80	77.5	96.9%
常勤E	80	76.5	95.6%
非常勤F	64	58	87.5%
非常勤G	64	57.5	89.8%
非常勤H	64	57.5	89.8%
非常勤I	70	77.5	110.7%
非常勤J	64	63	98.4%
出向者	80	73.5	91.9%



訪問看護師ステップアップシートでの自己評価 出向者の高評価項目

①ニーズを捉える力

1) 人間関係能力

2) 情報収集力

3) アセスメント力

②ケアする力

1) 看護技術・感染管理

2) 看護過程

3) リスクマネジメント・情報管理

訪問看護師ステップアップシートでの自己評価 出向者が比較的低いと感じている項目

①協同する
力

1) 情報共
有

2) 多職種
連携

②意思決定
を支える力

ステップアップシート評価と実績から 見えること

- ①「ニーズを捉える力」「看護ケアを提供する力」があれば
出向2か月目から単独訪問することが可能
- ②訪問看護ステーション職員が看護ケアチームの一員と
して主体的に協同しながら出向者をサポートすることが必要
- ③1人の利用者を出向者を交えた1看護チームとして関わり、
多職種連携をサポートし出向者の不安を補うことが必要

出向者の希望事例と訪問対応状況



- 「どんな事例でもいいです。」
- 在宅での訪問看護を経験したいです。」
- 車の運転は問題ありません

- 安定している慢性期
- 週に複数回訪問

- 困難事例の緊急に職員と一緒に訪問しサポート
- 慢性期事例が多いが臨時訪問にも対応可能に
- 車の運転ができるので訪問事例の幅が広がる

①職員への休暇取得、研修参加に貢献

欠員職員分の訪問看護を担い無理ないスケジュールで訪問看護を運用することができた。
就労職員への負担増を回避することができた

②人員減の状況を回避でき新規利用者依頼を断らずに受けることができた。

長期の研修参加職員や重なる職員の休み取得を叶えるために新規依頼を断らざるを得ないことがる。それを回避できた。

③新たな知識の習得

病棟看護での技術・知識を現場で直接学ぶことができた
所内勉強会：「排便ケアと下剤」について講師として講演
在宅では排便ケアと下剤管理が多く新たな学びで看護実践に活かすことができた。

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！！と思うきっかけに

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、デｲｯﾁｰｽ事業所、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（医療機関側のニーズに応える）

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（出向期間2か月の妥当性の検証）

看護協会立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



2023/3/20

茅ヶ崎市立病院 看護部 副看護部長 西村智子



2022年度の看護部の取り組み

「地域で暮らす」を支えるための、移行期ケアの推進・充実を図る

- 患者さんにとって様々な移行期に合わせた「つなげる看護」を実践する

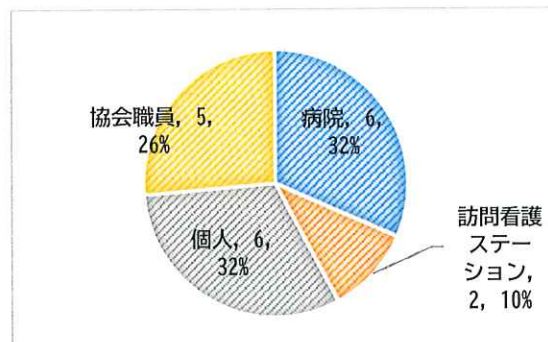
病院と訪問看護ステーション 出向事業報告会アンケート結果

■開催日 2022.3.20(月)

■応募者 22名、参加者16名+協会職員5名、アンケート回答数19

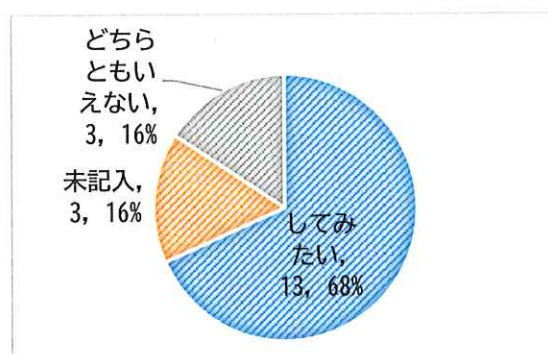
1. 所属

病院	6
訪問看護ステーション	2
個人	6
協会職員	5



2. 出向事業報告会に参加してよかったか

よかった	19
よくなかった	0



3. 自施設で実施してみたいか

してみたい	13
未記入	3
どちらともいえない	3

4. 感想やご意見

- ① 実際の活動が聴け、貴重な事業だと感じました
- ② 事業は大変な面が多いと思うが、得るものも大きいと感じました。
- ③ 今後の参考に致します。今回、機会を頂きありがとうございました
- ④ 他施設の状況がわかってよかった。
- ⑤ 出向事業を経験した看護師の実際の苦労や悩みについても共有できると、今後の出向について前向きに検討できると思いました。ありがとうございました。
- ⑥ どの報告もユニフォーメーションの成果がでていると感じた。もっとたくさんの施設が参加してくれること、学びを共有することを期待します。
- ⑦ 出向の形で訪問領域に行くことが、スタッフの視野や価値観を広げ、結果として利用者の選択肢を広げて生活を豊かにすることを改めて感じました。
- ⑧ 受け入れ側の体制と、参加者の熱意が素晴らしかったです。院内の連携も難しいと思っていたのですが、思い切って外に出るのもありかもしれないと思えました。自施設にどのように活かしていくか、材料の一つになりました。ありがとうございました。
- ⑨ 前年度、出向に参加させて頂き、今年度も報告会を聞かせて頂きありがとうございました。報告会に参加することで、今後で頑張ろうという気持ちが強くなりました。ありがとうございました。
- ⑩ 病棟と訪問看護からみる患者様の視点が異なること、それをお互いが知る機会を作り、患者様の意向に添って何ができるのかを一緒に考えられると良いと思いました。まずは、院内での他部署や他職種連携を強化し、在宅療養支援の必要性を理解する仲間を増やしていくことが課題だと思います。自身も出向事業に参加してみたいと思いました。楽しい報告会ありがとうございました。
- ⑪ 各々が各々の視点で発表されたので、出向先と出向者のつながりが捉えにくくなりました。出向事業の目標に対しての視点で話されるとよいのではないのでしょうか。事業のプロセスをふまえて、発表する順番を、①病院(出向側管理者)→②ステーション所長→③ステーション担当者→④出向者(本人)はいかがでしょうか
- ⑫ いずれ自施設での実施も検討したいが、人員や人選、給与面など様々な課題の把握と解決先を検討をしなければ上層部へ理解してもらうのは困難だと感じております。