

R5 (2023) 年度 訪問看護出向事業報告会

2024.3.13 (水) 13:45 - 15:00

13:45~13:55	・茅ヶ崎市立病院	出向者	大塚 理恵	(10分)
13:55~14:00	・ 同上	副看護部長	我妻 雪子	(5分)
14:00~14:05	・あかしあ訪問看護ステーション	所長	神田 真理恵	(5分)
14:05~14:15	・横浜市立大学附属病院	出向者	作阿弥 有希	(10分)
14:15~14:20	・ 同上	副看護部長	加藤 弘美	(5分)
14:20~14:25	・洋光台訪問看護ステーション	所長	國吉麻子	(5分)
14:25~14:35	・藤沢市民病院	出向者	内田 真織	(10分)
14:35~14:40	・ 同上	病棟師長	井上 とし子	(5分)
14:40~14:45	・かがやき訪問看護ステーション	所長	原田 伸子	(5分)
14:45~15:00	・質疑応答/終了			(15分)

訪問看護出向事業報告会資料

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

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

藤沢市民病院と看護協会立かがやき訪問看護ステーション

令和 6(2024)年 3 月

公益社団法人神奈川県看護協会

訪問看護出向事業報告

茅ヶ崎市立病院 大塚理恵

出向事業への参加動機

退院後の患者と家族がどのような不安を抱えているのか、訪問看護師はどのように支援しているのか学びたい

食事制限や安静度など、病棟では治療優先のために起こる患者への制限を在宅ではどのように支援しているか知りたい

緩和ケアを必要とする患者への関わり方や、家族への受容支援、生活の場などの意思決定支援について学びを深めたい

訪問看護師の多職種連携やチーム看護を学び、患者家族に退院指導を行う際、退院前合同カンファレンス、看護情報提供書の記載などに生かしていきたい

出向時期・場所・目標

出向時期：2023年10月2日～2023年11月30日

出向場所：あかしあ訪問看護ステーション

目標：地域包括ケアシステムにおける病棟看護師が行う切れ目のない看護とは何かを見出すことができる

訪問看護の学び

・利用者の不安

80歳代 女性 間質性肺炎 頭位めまい症
HOT 1 L使用（労作時 3 L）団地の3階に住んでいる

S:今朝、起き上がる際に転倒し尻もちをついたの

腰が痛いけど眩暈もひどいです。整形外科に行くべきですか？

転んだんだけど
このまま様子見
ても大丈夫？



全身状態のアセスメント実施

骨折はなさそう、めまいが酷く転倒転落のリスクが高い、呼吸困難感も強い

受診行動の方がリスクが高いため自宅で様子を見ることを提案した

訪問看護の学び

・生活指導

80歳代女性 両足に浮腫性の水泡があり訪問看護師が週に2回処置している。
また、週3回はデイサービスの入浴後に施設スタッフに足処置を依頼している。
この1ヶ月で浮腫、水泡が悪化。体重1.5キロ増加している。

塩分量、施設入浴方法の確認を行い、利用者と施設での過ごし方について相談
⇒**デイサービスの入浴後の飲水を清涼飲料水から麦茶に変更。**
感染防止のため浴槽は使用せず、シャワー浴を利用することにした。



利用者の生活に無理なく取り込めるように環境調整を行う。
実現可能な内容を**一緒に考え決定**していく
治療のための制限ではなく、在宅継続のための生活様式の変更

訪問看護の学び

・意思決定支援

80歳代男性 慢性腎臓病 シヤントはあるが透析は拒否
喫煙している。認知症の妻と二人暮らし。腎臓のデータが悪く急変のリスクが高い
S:自分に何かあれば妻の行き先が困る、そろそろ考える時期に来ている



多くを語らない利用者だが今後のことを少しずつ決定していく必要がある。
訪問看護師は時期を考えながら必要に応じて話を進めた。

自宅で過ごしたいと思う本人家族の思いを大切にしている。
信頼関係を結び、日々の看護、様々な場面を想定し
少しずつ意思決定の支援を行っている。

訪問看護の学び

・多職種連携

病院では院内でチーム看護はほぼ完結できるが在宅では病院を含めた地域を一つの機関と考え様々な方法を用いて連携している。

例えば…

日々の看護を在宅連携ノートを用いて家族・他施設のヘルパーや看護師と情報共有を行う。

体調の変化をケアマネージャへ連絡する。

急変時の報告を主治医へ行う。

確実に連携できる手法を利用して報告や情報共有を行っている

病棟看護師と訪問看護師

病棟看護師



- ・急性期の治療、療養が安全安楽に受けられるように援助する
- ・患者の状態を観察し、緊急時にはタイムリーな医師への報告を行い、すぐに適切な処置や検査が受けられるように援助する

訪問看護



- ・利用者の生活支援が中心
- ・本人家族が継続可能な方法でセルフケア能力を高めている。
- ・本人家族の意向やその家の方針や決まりごとが看護計画に反映されている
- ・多職種連携がより細かく密に連携している。

共通点

ケアする
看護する

地域包括ケアシステム



- 地域包括ケアシステムでは高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後の時まで続けられるように地域の包括的な支援・サービス提供体制で病院での治療を終えた患者が病気や障害を持ちながらもできるだけ普段通りに生活をしていくことが可能となる。

このシステムには多職種連携が不可欠！

- 病院で行っている医療・看護を退院後に自宅（地域）へ帰っても安心安定した状態で継続できるように看護師が訪問看護師へ連携していく必要がある。

看看連携のための今後の課題

訪問看護の理解を深める

病棟看護師が患者家族に訪問看護師の役割を説明できる

お互いの役割を知ることで退院時指導などがより個別性があるものとなり訪問看護師につなげることが可能となる

退院後の生活を患者と家族がイメージすることができる

個別性のある看看連携の強化

その結果どうなる

期待できる効果は

看看連携のための今後の課題

訪問看護師が在宅移行時に必要とする情報を共有する (看護情報提供書に記載する)



- 在宅での食事・内服管理（誰がどのように管理するのか）
- 退院時指導内容（患者家族の理解度・指導時に使用したパンフレット・訪問看護師が引き継ぐ指導内容）
- 在宅への思い・患者家族の意向・在宅での心配事・病状説明時の患者の理解度・受け止め・患者家族の発言など
- 緊急時の処置方法・具体的な介助方法（3日に1回は摘便実施・食後は30分ギャジアップなど）
- 受診の目安



患者の思いをつなげる

出向事業後の取り組みの実際

看護提供情報用紙の修正・活用（患者の思いをつなぐ）

外来看護師と病棟看護師の連携強化

個別性のある具体的な情報共有（患者の看護をつなぐ）

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年度

茅ヶ崎市立病院 看護部 副看護部長 我妻雪子



2023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

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	2023	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	2	<u>13</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	11	7	<u>41</u>
転院先施設訪問			7		1			<u>8</u>
訪問型産後ケア事業					11	13	14	<u>38</u>
認定看護師 同行訪問							2	<u>2</u>
訪問看護出向事業					1	1	1	<u>3</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

R5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

R5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）

R5年9月 準備～実施

- *8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

- R5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
- 初年度：病棟勤務者（主査）
- 2年目：外来勤務者（副主査）
- 3年目：病棟勤務（スタッフ）
- いずれも退院支援チームのメンバー

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

- ・ 出向者一人ひとりに当院での移行期ケアに対する強い願いや考えを持って取り組み始めており、出向者が連携していけるようにチーム活動を支援する。

退院支援チーム担当師長の立場

- ・ 退院支援チームが実施している研修に、訪問看護師の役割を加え、理解を深める。
- ・ 看看連携の推進にあたり、さらに院内の外来と病棟の連携強化をする。
- ・ 退院時共同指導カンファレンスの件数を増やし、訪問看護師と連携していけるように退院支援チームメンバーに働きかける。

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

- ・ 3名の出向事業経験者：退院支援チームを中心に、「思いをつなぐ」を合言葉に活動の方向性を見出した。

課題：地域との融合を模索

<2022年度の課題>

- ・ 看護情報提供書と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：取り組んでいる

<2023年度の課題>

- ・ 患者・家族の「思い」をつなぐ看護記録→看護情報提供書の充実・sデータの記録・看護計画への反映
- ・ 外来・病棟合同退院支援カンファレンスの継続→まだまだ思うようにはいかない、まずは院内連携！
- ・ 訪問看護師との顔が見える関係づくり→病院の看護師が訪問看護を知る、理解する、説明できる

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



R6年3月13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6名非7名 換算10.2人)
- ・ 事務職員2名
- ・ 30～60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)
- ・ 160名(10歳～104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出向事業が始まる前に面談実施
- ②入職者と同様のオリエンテーション
- ③話しやすい雰囲気作りと声かけ（睡眠や疲労度など）
- ④研修会やカンファなど情報提供
- ⑤訪問看護の実施及び多職種連携（医師やケアマネ）
- ⑥日々の振り返り

出向者訪問件数

月	項目	件数
10月	同行訪問	78件
	所内カンファ	2件
11月	同行訪問	33件
	メイン訪問	36件
	単独訪問	3件
	所内カンファ	2件

在宅医療と療養支援カンファレンス

「集合視聴」「WEB配信」によるハイブリッド開催

日時 令和5年10月18日(水) 19:00~20:30

場所 茅ヶ崎医師会館 3階大会議室
〒253-0041 茅ヶ崎市茅ヶ崎3-4-23
TEL: 0467-87-2731

WEB配信 下記URLまたは右の登録用コードより事前登録をお願いします(メールにて視聴パスをご送付します)

<https://kowa-web.com/s/XAMAX>

視聴/パスコード: 1



開会の辞 19:00~19:05

茅ヶ崎医師会 緩和ケアチーム長 水沼信之 氏
茅ヶ崎病院 院長 水沼信之 氏

講演 19:05~20:30(各20分)

座長: ひきのクリニック 院長 引野雅子 氏

病院から退院したがん患者の 自宅での看取りについて

茅ヶ崎市立病院 消化器内科副部長 緩和ケアチーム長 村田依子 氏

茅ヶ崎市立病院 患者支援センター 小西小百合 氏

医療法人社団茅ヶ青会 内山クリニック 院長 内山直樹 氏

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 進戸亜希子 氏

共催: 茅ヶ崎医師会 緩和ケアチーム *Kiwa* 奥和保式書社

茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会
2023年度在宅医療部会講演会

共催: 茅ヶ崎歯科医師会在宅歯科医療地域連携室

葬儀社さんに教えてもらおう! 「最期のお見送り」について

ご家族やご遺族から、葬儀について質問されたことはありませんか?
在宅や施設、病院で最期のお見送りをする際に、我々が知っておくべき知識や最新情報についてレクチャーしていただきます。



司会: さくろ歯科 院長 内間恭洋
座長: ひきのクリニック 院長 引野雅子

◎講演1 「葬儀について知っておきたいこと」
1級葬祭ディレクター (株)岡村 代表取締役 岡村 実氏

◎講演2 「エンゼルケアからエンバミングまで、知っておきたいこと」
IFSA認定エンバマー (株)吉澤企画 山田 尚輝 氏

◎質疑応答・ディスカッション
引野雅子先生、岡村実氏、山田尚輝氏

日時 令和5年11月7日(火) 19:00~20:30

場所 zoomウェビナー

申込 右のQRコードを読み取り、専用サイトからお申込みください。近くなりましたら招待URLをお送りします。

不具合等により申込出来ない場合は、茅ヶ崎歯科医師会在宅歯科医療地域連携室 ☎0467-62-0983まで



締切 令和5年10月31日(火) 16:00

令和5(2023)年度 訪問看護ステーション教育支援事業 研修会

貴協会がやがて訪問看護ステーションでは海南部地域(横浜市、茅ヶ崎市、厚木市)の訪問看護ステーション等で働く訪問看護師等を対象に研修事業を行っています。今回は、当協会訪問看護ステーション職員研修会と同開催の記録研修をご用意します。皆さまのご応募をお待ちしています。

受講料
無料

一段上の 緊急対応

講師

佐藤 文俊 氏
ケアプロ訪問看護ステーション東京
中野ステーション
診療看護師(NP)

Point

- 1 緊急コールを受けた時
- 2 緊急訪問と訪問後
- 3 緊急対応の事例について

日程 ① 9/15(金) ② 10/20(金)

時間 18時30分~20時00分(受付開始: 18時~)

会場 藤沢商工会館ミナパーク5階 501・502会議室
(〒251-0071) JR藤沢駅から徒歩約5分

対象 海南部地域(横浜市、茅ヶ崎市、厚木市)の新任または経験の浅い訪問看護師等 10名程度

締切 令和5年9月4日(月) 必着

申込 裏面申込用紙に必要事項をご記入の上、FAX又は郵送してください。定員になり次第締め切らせていただき、参加できない場合のみご連絡いたします。

問合せ (公社)神奈川県看護協会 訪問看護課 草場・石谷
〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1 TEL 045-263-2909 (直通)

神奈川県看護協会の「教育交流ステーション」として、地域の訪問看護ステーションや医療機関と連携し、新任の訪問看護師が即任に専らに知識・経験等に乏しい状態での研修・指導等を行い、研修で知識・技能の補強を図ることを目的としています。

主催 (公社)神奈川県看護協会



茅ヶ崎市・寒川町 在宅医療・介護連携推進事業

第29回多職種連携研修会

~多職種が顔の見える関係性を再構築する~

日時 10月19日(木) 19時15分~21時

場所 茅ヶ崎市役所 本庁舎4階会議室

●第1部 事例発表

座長	茅ヶ崎医師会	菅原 一朝氏
総括	茅ヶ崎医師会	大木 教久氏
事例提供者	茅ヶ崎寒川薬剤師会より	
	フレイズ薬局	真壁 聡氏
	茅ヶ崎地区訪問看護ステーションより	
	訪問看護ステーションにじいろ	袴田みどり氏

●第2部 グループワーク

申込期間: 10月5日(木)まで

申込はこちら



~申し込みにあたってのお願い~

*右上の二次元コードを読み取り、個別にお申し込みをお願いします。
(読み取りが難しい場合は、添付の申込用紙を在宅ケア相談窓口までにご送付ください)
*定員(80名)を超えた場合には抽選となります。お越しいただけない方には10/13(金)までにご連絡をいたします。連絡が来なかった方はご参加ください。

【お問合せ】茅ヶ崎市高齢福祉課 在宅ケア相談窓口

電話:0467-38-3319(直通) MAIL:kourei@city.chigasaki.kanagawa.jp

【主 催】茅ヶ崎市・寒川町
【協力団体】一般社団法人茅ヶ崎医師会、一般社団法人茅ヶ崎歯科医師会、一般社団法人茅ヶ崎寒川薬剤師会、一般社団法人茅ヶ崎介護サービス事業者連絡協議会、寒川町介護サービス事業者連絡協議会

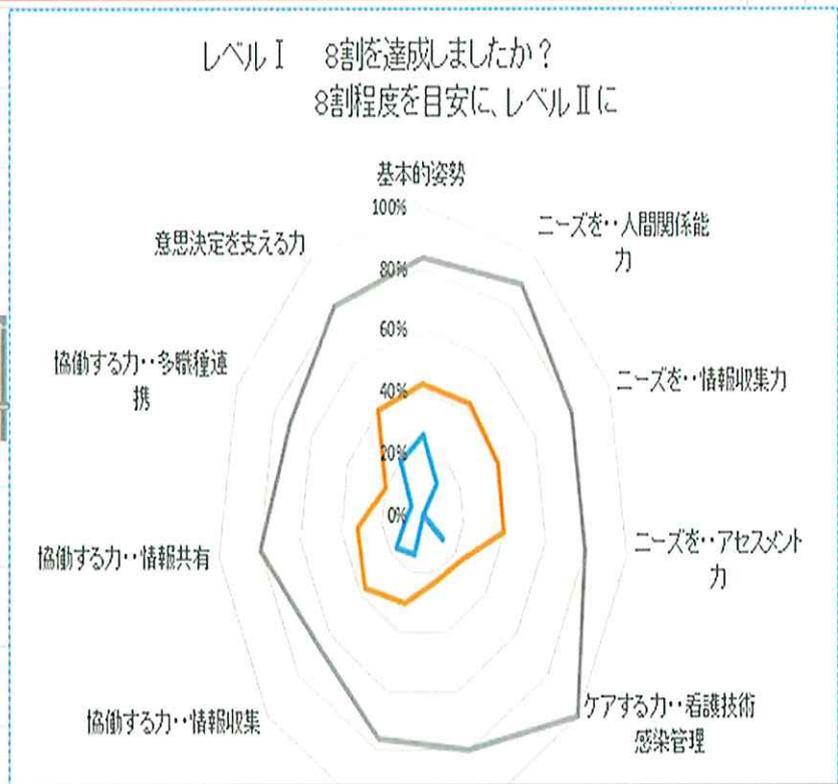
出向事業のメリット

- *在宅療養可能な患者象が広がる
- *出向者や病院側との意見交換により
連携強化に必要な課題の明確化
- *看護師間の意見交換により、
互いに新たな気づきや視点を見出され
モチベーションアップに繋がる。

レベル1

定義 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する

	10月6日	10月22日	11月25日
基礎的姿勢	26%	42%	83%
ニーズを系能力	11%	43%	89%
ニーズを集力	0%	40%	80%
ニーズをント力	0%	40%	80%
ケアする力 感染管理	13%	24%	100%
ケアする過程	0%	23%	80%
ケアする力 情報管理	14%	30%	76%
協働する収集	17%	37%	67%
協働する共有	8%	32%	80%



協働する力

【レベル】の目標 関係者と情報共有ができる

- 行動目標
- ① 助言を受けながら“利用者および家族”を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる
 - ② 助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる
 - ③ 助言を受けながらケアに必要なと判断した情報を関係者から収集することができる
 - ④ “利用者および家族”を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる
 - ⑤ 時期を選せず、連絡・報告・相談ができる



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5日	2回目 11月20日	3回目 11月20日
協働する力	情報収集 助言を得ながら、他のサービス提供者の記録から看護に必要な情報を読み取り、行った看護ケアや観察結果等を記録に残し、関係者に情報を伝えることができる	0	0	3
	訪問看護に必要な制度（医療保険・介護保険）等の仕組みについて理解して、利用者の保険や費用の状況を把握する	1	2	3
	居宅サービス計画書・サービス利用表・提供票から、利用者に対しサービスを提供している事業所や週間月間予定を把握し、訪問看護に求められる役割と援助内容を理解する	1	3	4
関係者と情報共有ができる	受け持ち利用者を中心として、家族や介護者、関係職種（※A）の実践するケア内容や果たす役割を理解することができる			
	※A 1 病院 医師・看護師 3 介護保険サービス関係 4 行政、地域包括、生活支援			

定期的な振り返りと評価

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・病棟師長

出向者・看護協会担当理事・訪問看護課長・
訪問看護ステーション管理者・主幹看護師



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急性期病院の現状を知る
- ②医療処置や最新の治療について知る
- ③意思決定支援の難しさや情報共有の必要性の再認識
- ④地域包括ケアシステムにおける看護師の役割
- ⑤自部署の人材の質について
- ⑥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

今後において

出向病院との
さらなる連携

訪問看護ステーション 出向事業に参加して

公立大学法人横浜市立大学附属病院
看護部 作阿彌 有希

出向事業への参加動機

- 自部署では皮膚処置やストーマケアの手技獲得に向け指導を行ってきたので、患者が自宅で退院後の処置をどのように行なっているのか把握したいと思った。
- 退院後病状変化に関わらずストーマケアが上手くいかない為、急遽予定外に外来受診をするケースや、訪問看護の導入に至ったケースがあり原因を知りたかった。
- 利用者宅での限られた資源や環境の中で、どのように工夫し処置を行なっているのか訪問看護師の独自の技術を習得したいと思った。
- 病院の職員として患者の自宅での生活を知ること、患者を多面的にサポートするためのニーズについて考えられるようになりたいと思った。

出向期間

2023年11月1日～2023年12月28日

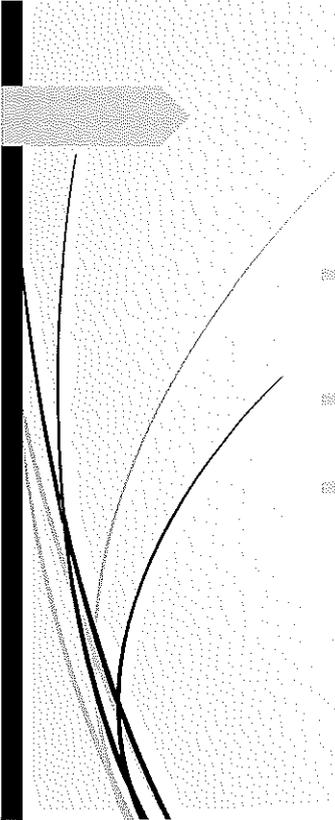
出向先で経験したこと

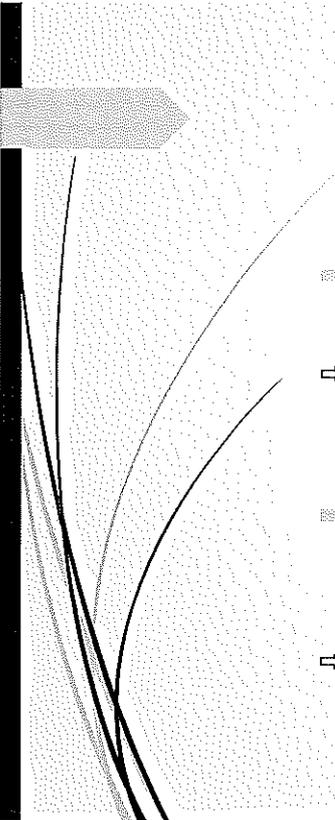
- 部署で入院歴のある患者のストーマケア・排泄ケアの訪問を通して自宅療養環境を知ることが出来た
- ストーマケアが自立している利用者の手技確認
- 膀胱瘻保有者の管理、膀胱洗浄の実施
- 褥瘡保有者の皮膚処置
- HOT導入している高齢者の体調管理と入浴介助
- ターミナル期に当たる利用者のオピオイド導入にあたり、本人と家族へ内服方法についての指導見学

- ⇒ 認知症利用者の内服薬セットや血糖測定・インシュリン投与
- ⇒ 高齢者のインシュリン投与手技獲得指導
- ⇒ 利用者の状態変化や介護保険の更新の際に行われる担当者会議への同席
- ⇒ 訪問薬剤師と訪問看護ステーション所長との交流会で利用者ニーズに合わせた意見交換会への出席
- ⇒ デイサービスへ訪問し、利用者とゲームや昼食を一緒に行い、デイサービスで関わるスタッフの仕事内容についても見学した

出向を通しての学び

- ⇒ 介護保険・訪問看護の利用を通して認知症独居の生活をも支える事が出来、地域に根付いた医療提供が可能となっていることが分かった。
- ⇒ 家族同居の利用者では家族の意向も尊重した看護介入をしていた。
- ⇒ 訪問先での自分が感じた違和感や利用者の反応、共有事項を事業所に戻ってから他のスタッフと的確に共有する事の重要性を強く感じた。
- ⇒ スタッフ間での綿密な情報共有が利用者との信頼関係の構築・安全な自宅療養が可能となる事を知れた。
- ⇒ 看護実践において丁寧に対応されており、利用者を囲む全ての事に注意を払いながら対応されていたため、自身の病棟での対応について振り返る機会となった。

- 
- 利用者との長期的な関わりを持つ中で、共依存となり得るリスクがある。そのため、利用者のニーズを把握するためには訪問看護師としての立ち位置を都度振り返る事が必要。
 - 利用者にとって介護保険と医療保健でどちらが有益となるかを考える機会となった。
 - 訪問看護を利用しながら自宅での看取りを希望されている家族の思いは尊く、利用者やその家族にとっての人生の一端を担っていると強く感じた。



臨床で活かしていきたい事

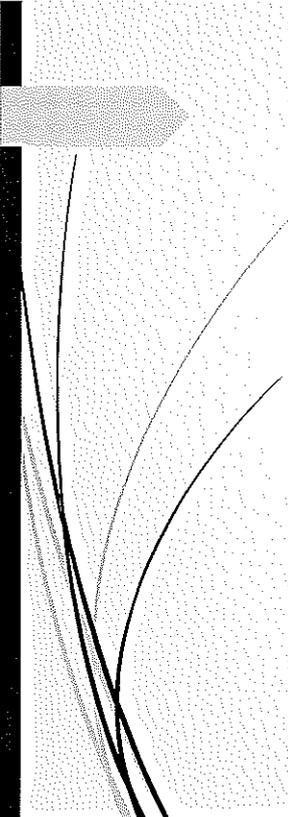
- もともと訪問看護利用者の患者で、入院中に内服薬変更があった場合退院前と後で処方内容の変更理由が分からず困るケースがあった。
 - ⇒⇒⇒薬剤師とのカンファレンスで事前に訪問看護利用者をピックアップし変更内容について「お薬手帳」を利用し変更事項を明確にする。「看護サマリー」でも変更理由について追記出来ると良い。
- 訪問看護とは「看護サマリー」で情報共有を行っている。しかし、訪問診療所と併設していない事業所の場合、病状変化についてサマリーだけでは把握しきれないと意見があった。
 - ⇒⇒⇒訪問看護初回利用者だけでも全身状態の把握ができるよう、検査データに基づいた病状変化について記載していきたい。

- 
- 実際は認知症の独居者数は予想以上に多いことに驚いた。退院支援看護師とカンファレンスを行っていても患者の生活背景がリアルに想像出来にくい現状があり、本当に患者にとって必要なニーズを把握出来ているのか疑問に思った。

⇒⇒⇒退院後訪問を積極的に活用し、訪問先での生活状況を共有できると良いと感じた。

- 家族関係の多様化で退院後生活の意思決定において、患者本人と家族の意向に相違がある場合がある。

⇒⇒⇒実際に訪問先で見てきた家族の姿や、それを取り巻く環境・資源の活用方法について伝えることが出来る。
患者と家族が何を必要としているのかをアセスメントし、カンファレンスで活かしていきたい。

- 
- 処置を行う際、自宅での資源を最大限活用しコスト面を考えながら対応していた。また、チューブ固定テープの貼付方法も日常生活の中で簡単に剥がれない様工夫されていたため、臨床で必要に応じて活用していきたい。

- 体動困難な利用者や褥瘡保有者でも、皮膚の状態が清潔に保持されていたことが印象的だった。

⇒⇒⇒病棟での清潔ケア・環境整備について振り返りが必要。
看護師だけでなく、看護助手とももっと保清について見直し、皮膚観察まで出来るようにしていきたい。

- ウロストミー造設後の自宅環境はベッドの使用が望ましいが、状況によりベッドの搬入が困難な場合がある。

⇒⇒⇒状況に合わせ、布団の高さとパウチ装着位置を工夫することでドレナージが可能となっている症例があり部署で共有していきたい。

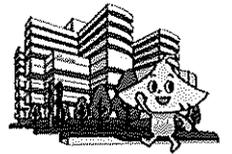
令和5年度 訪問看護ステーション 出向事業報告会

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
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

- 病床数 674床
- 診療科数 39診療科
- 職員数 約2,000名（看護職780名：令和6年2月末現在）
- 病院機能：特定機能病院, がん診療連携拠点病院, 災害拠点病院, 臨床研修病院, 赤ちゃんにやさしい病院（BFH）など
- 病院理念：市民が心から頼れる病院として高度でかつ安全な医療を市民に提供するとともに、質の高い医療人を育成します。
- 病院実績：入院診療単価（97,626円） 病床稼働率（85.4%） 平均在院日数（11.5日）
新入院患者数（16,874名） 手術件数（7,307件） 令和5年度実績



公立大学法人

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



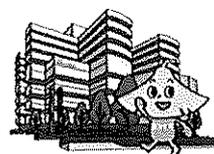
看護部概要

- ・看護単位 病棟18単位,
手術室, 外来 (救急外来含む)
- ・看護体制 7:1
- ・看護方式 パートナーシップ・ナーシング・システム®
- ・夜勤体制 3交替制 (救急外来含む), 手術室 (2交替)
- ・専門看護師数 5領域9名
- ・認定看護師数 18分野38名
- ・特定行為研修修了者 17名 (特定認定看護師含む)
- ・看護部理念: ひとり一人の「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
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL



訪問看護ステーション出向事業への期待

当院は、5年前より出向事業に参加し、年間1~2名を実施している。



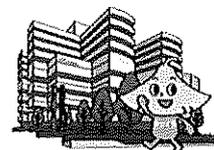
地域包括ケアシステムの中で、大学病院看護職として役割を發揮するために、訪問看護ステーションで訪問看護師の視点や在宅療養におけるケアの実際を学ぶ。

それらを通して、入院・外来患者の在宅療養・ケアの継続を目指しています。



公立大学法人

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



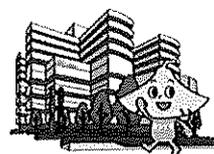
今後の課題

- 出向事業参加者の選出
- 出向事業終了後の役割発揮について
- 出向時の勤務体制について



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

2024年 3月13日 (水)

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 丹野 恵美

出向期間の訪問状況

	出勤/稼働日	同行	単独
2023.11月 (1ヶ月目)	19日/20日	80件	
2023.12月 (2ヶ月目)	20日/20日	22件	57件

訪問ケース

尿路ストーマ管理の利用者
週複数回訪問している利用者
ケアの内容が固定できている利用者

これまでの出向者との比較

出向者	1ヶ月目 同行	2か月目 同行	2ヶ月目 単独	3ヶ月目 同行	3ヶ月目 単独
2019年度	64	15	61	2	78
2020年度 ①	65	23	60	15	58
2020年度 ②	53	18	64	9	63
2021年度	78	23	60	16	57
2022年度	75	15	57		
Aさん	80	22	57		

出向事業の意義

訪問看護の実際を体感

患者が地域で生活している姿を知る

退院してから困ることに介入できる退院支援

切れ目のない継続看護

地域包括ケアシステムの充実

訪問看護出向事業報告

藤沢市民病院
内田 真織



はじめに

2025年 2040年問題

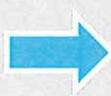
超高齢化社会・・・3人に一人が65歳以上

5人に一人が75歳以上の社会へ

同時に心不全パンデミックの襲来

2040年には高齢者人口は最大！！

病院に集中特化した医療・延命中心の医療



地域で支えあう医療
看取りを含めたQOL重視の医療へ

参加動機

1. 2年前に心不全療養指導士資格を取得
2. 再入院を繰り返す患者・自宅退院を希望されても、慣れ親しんだわが家へ帰れない患者にどう関わっていけるか
3. サービス導入や地域でどのような生活をされているのかの実際を知りたい

目標

【2ヶ月後のイメージ】

再入院を繰り返す、独居や高齢者の心不全患者に病棟看護師、心不全療養士としてどのような働きかけをしたら良いのか、ヒントを得る。

出向事業の学び 訪問看護の実際

医療者が生活に介入することへの思い

- ・ 他者が生活に入ることへの抵抗
- ・ 医療が介入することに対する遠慮 → 拒否

状況アセスメント・予測を立てたケアの提供

- ・ 訪問時は看護師1人
→ 家族・訪問医・ステーションスタッフ・ケアマネージャーと関係構築が必要

出向事業の学び

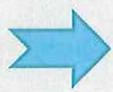
- ①患者や家族本人の気持ちに焦点を当てる
「指導的」な関わりではなく
→ 患者の「生活を共に考える」姿勢

病院：高齢者の患者さん

在宅：ご自身の役割や家族の中での役割

出向事業の学び

②病院と地域を線でつなぐ



病院は治療の場であり、
自宅は生活の場

自宅に入るまで、トイレに行くまで、
食事が出てくるまで等の細かな流れを把握
→「自宅に帰るためには」の視点で
リハビリの目標やサービスの導入の検討

出向事業の学び

出向事業後の関わり 実際の事例①

A氏 80歳代 女性 重症下肢虚血

- 施設入所中
- 拘縮が強くカテーテル治療は困難、アンプタ希望は無し。
- 定期的な輸血が必要な状況もあり、ご家族の希望で自宅退院の方針となる。
- 息子は父親を自宅で看取った経験がある。

→ • ご家族を含め、病院スタッフ、地域スタッフでの多職種カンファレンスの実施
• ご家族と陰部洗浄や創部処置、輸液交換や排尿バック管理等について自宅の環境をイメージしながら、共に確認

出向事業の学び

出向事業後の関わり 実際の事例②

B氏 80歳代 男性 うっ血性心不全

- 老々介護 妻と2人暮らし 自宅近くに住む息子がいる。
- 認知機能低下あり
- 度重なる怠薬、喫煙、飲酒にて入退院を繰り返している。

-
- ご本人、妻、息子を含め、元々介入していた訪問診療、看護、ケアマネージャー、病院スタッフとの多職種カンファレンスを実施
 - 息子が仕事帰りに内服の援助ができる。
最低限の内服薬で調整、薬剤継続が最優先、飲酒や喫煙はご本人の生活の楽しみと捉え、ある程度許容する。
という方針を共有

これからできること

退院前 カンファレンス 開催

- 多職種カンファレンス
- 患者家族の意思確認の場

看護サマリー の活用

- 思いや反応を患者の言葉として残す
- 今後の病状や医師の説明に対する受けとめ

住み慣れた地域でその人らしく暮らしていくためのつなぐ看護とは

「こんな人生を送りたい」

その方の思いや意思の確認

「その人らしさ」について共に考える姿勢

「病気の管理」と「生活すること」

病院と地域との情報共有と連携

元の生活に患者が戻るという視点の中での看看連携

謝辞

今回、このような機会を頂き
様々な調整をして頂いた
神奈川県看護協会の皆様、
病院スタッフの皆様、
かがやき訪問看護ステーション
の皆様にご感謝を申し上げます

藤沢市民病院

7B病棟 看護師長 井上 としこ



藤沢市民病院概要

湘南東部医療圏（藤沢・茅ヶ崎・寒川）で急性期医療を担う
536床の病院です。

地域の基幹病院としての役割

- 1) 地域医療支援病院
- 2) 地域がん診療拠点病院
- 3) 救命救急センター（3次救急）
- 4) 小児救急医療拠点病院
- 5) 周産期救急医療中核病院
- 6) 災害医療拠点病院
- 7) 感染症指定医療機関
- 8) 臨床研修指定病院
- 9) 各学会教育認定機関



看護部紹介



看護部の理念

1. 患者さん一人ひとりを尊重した看護を実践します
2. 高い倫理観を持ち、信頼される看護の提供に努めます
3. 地域医療に貢献します

看護部の基本方針

1. 急性病院の職員として、看護実践能力を向上していきます
2. つなぐ看護で支え合う、認め合う職場風土をつくります
3. 病院の役割を理解し、常に有事に対応する心構えを持ちます



7B病棟紹介

循環器内科36床 心臓血管外科6床 口腔外科6床

2019年より心不全患者に対する取り組み開始

- ①心不全多職種カンファレンス1回/週
- ②心不全外来（退院後初回）
- ③心不全療養指導士によるセルフケア指導
- ④看護サマリーの活用と内容検討
- ⑤他施設との情報交換・交流

2021年度より心不全療養指導士 10名誕生！！

現在病棟勤務：看護師7名 薬剤師1名

7B病棟目標

つなぐ看護で「その人らしさ」を反映した看護実践ができる

出向事業参加の経緯

独居や老老世帯の患者の増加
繰り返す再入院



退院直後から再発防止が必要
患者の意志に合わせた療養環境



生活指導や服薬管理目的での
訪問看護（医療）につなげたい



看看連携が大切



事業参加の調整

参加方法：2024年10月11月 週2回（木・金曜日）
研修扱い

その他は所属部署で夜勤を含めての勤務

<例>

曜日	木	金	土	日	月	火	水
勤務	外研	外研	日勤	準夜	深夜	休	休

* 選択肢はいろいろ提示があった

* 訪問看護事業参加に集中できることで経験も学びも深まる



職場の人員確保が困難で上記参加方法を選択

今後の課題と展望

1. 人材育成

在宅療養者への支援能力を高め、退院支援に活かす

2. 看看連携の推進

その人らしさを大切に支援したい

地域と・・・

つながる！協働！情報交換！

3. 地域医療連携の推進

地域医療機関を知り、連携をはかる





藤沢市民病院と かがやき訪問看護ステーションとの出向事業報告 (週2日の部分型出向)



2024年3月13日(水)
公益社団法人 神奈川県看護協会
かがやき訪問看護ステーション
原田 伸子

かがやき訪問看護ステーションの紹介



開設年数	1998年7月7日
体制	<ul style="list-style-type: none">・看護職/19人・ケアマネジャー/専任2人・兼任6人・事務/3人・看護師常勤換算数/13.8人→14.3人・看護師年齢/33~65歳
利用者 (2024年度月平均)	<ul style="list-style-type: none">・利用者数 210人/月 (0歳から今までの最高107歳)・訪問件数 1073回・24時間対応者契約者 158人・保険割合(医療:介護) 約 4:6・特別訪問看護指示書者数(実施数) 2023年度30人/2024年度15人・在宅看取り数 44人・特別管理加算 34%
特徴	<ul style="list-style-type: none">・機能強化型I・看護体制強化加算I・緩和認定看護師/フットケア専門(指導士)/リンパ浮腫セラピスト等

部分型出向事業



期間	令和6年10月1日～10月31日（研修期間） 令和6年11月1日～11月30日（職員期間） * 毎週木曜日と金曜日の週2日
出向者目標	・入退院を繰り返す独居や高齢患者さんに対しての看護として、心不全療法指導士として退院ヒントを得られる
ステーション目標	・地域で過ごす一人一人の利用者様を支援するために、必要なツール（入退院支援・情報提供のあり方）について検討出来る
同行訪問利用者数	19名（内8名が慢性心不全対象利用者で2～4回の同行訪問実施）
単独訪問者数	2名（4～5回の同行訪問）
開始～終了の流れ	10/5）ステーションについてのオリエンテーション（目標シート・ラダー実施） かがやき訪問看護ステーションについて紹介 職場内／非常口等の施設案内 訪問グッズ・持ち物準備 出退勤の方法 カナミックシステム（特に、コミュニティーの紹介） 訪問看護指示書／居宅サービス計画書／訪問看護計画／訪問看護報告書 訪問看護受け入れからの流れ スケジュール確認 ケース紹介（各担当者から、病院からの引継ぎ状況や訪問看護で大切にしている関りなど）

開始～終了の流れ

10/6）同行訪問開始

午前2件・午後2件
見学同行→バイタル測定→ケアへの参加・記録・運転→メインでケア→一人訪問

10/26）中間カンファ（ラダー含め、中間評価）

カンファレンス後の課題

終末期の方を含めて、自宅に帰したい

→利用者・患者さんへの関りを線として捉えて、退院時のサマリーの記入や関わるポイントの明確化を図る
→疾患の管理とその人らしさを支える、生活の折り合いについて考える

11/20～23）ステーションスタッフからの意見聴取

- ①退院に当たり必要だと思って伝えている事が、一方的になっている事が多かった
- ②点で捉えていた患者様を、生活に戻る事を意識して線で捉えたアセスメントが大切
- ③生活したい場所で生きる気持ちを後押しできる環境づくりに繋げられる支援をしたい
- ④病院と在宅で目的や場は異なるが、看護師の病気と生活を見る視点は同じ・その方をイメージできるサマリーを作成し、環境が変わっても治療をする目的を果たしながら生活に戻る準備が出来る橋渡しをしたい

↑

〈内田さん〉

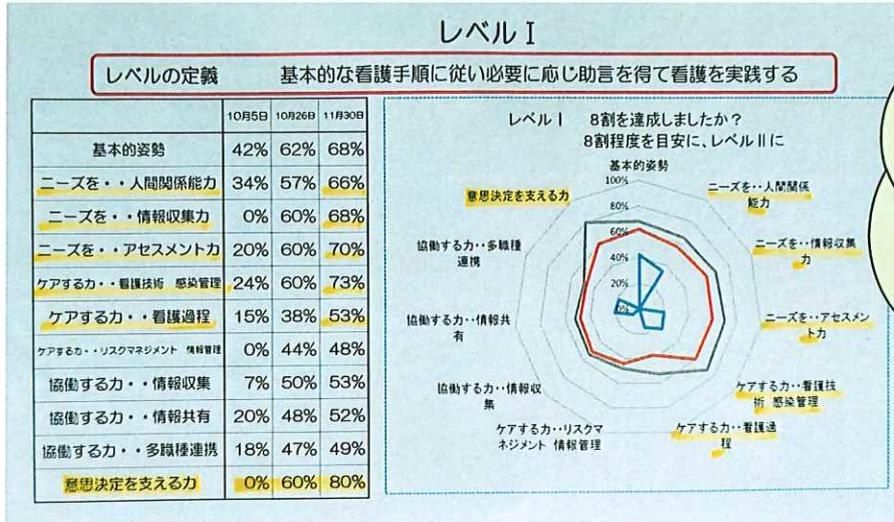
〈ステーション〉

- ①必要な事を在宅と共有できたら、統一した継続が図られる・必要と思い伝えている内容が、患者様の生活に結び付けたものだ、受け入れが良いと思う。
- ②入院中は、「生活・暮らし」の想像は難しいと思う。
その人の人生に着目して選択肢を提示し、取捨選択は本人・ご家族が行なうことが大切。在宅側とのすり合わせも大切なので、こちらもサマリーの記入方法を考える。
- ③病院の様な管理は、在宅では難しい。本人・家族・全てのスタッフで「生きたい場所」で「これなら出来る」を一緒に考えましょう。
- ④例えば、入院中は病気の高齢者、でも在宅では家族や地域の中での役割があり、悪化を繰り返す原因と共に過ごしている事を共有し、本人・家族・病院・在宅スタッフで同じ目標を立てられればいいのに…。それには、在宅側も、生活の様子が分かりやすいようにサマリーや外来受診への対応を行いたい。 などなど・・・

11/30）最終カンファレンス（ラダー含め、最終評価実施）



訪問看護ラダーの変化



入社1年目や、非常勤スタッフも、同じように変化をしていました。協働する力・多職種連携についての育成は、(日頃も地域のご協力で成り立っていますが)事業所内だけでは
出来ることではなく、そして、今回のような機会を持つことや日ごろの業務でリアル展開することが大切だと気がしました。



意思決定を支える力が、大きく伸びています(^^)♪

今後に生かしたい事として



内田Nsより
「家に帰りたい」「どんな人生を送りたい」という意思を支援できるような関りを意識していきたい・・・患者さんと一緒に考える場を大切にしたい・・・

かがやきより
訪問看護で大切にしている事です。社会資源を利用すれば、退院は難しい事がほとんどです。先ず、発信してください。

内田Nsより
サマリーでは、患者さんがどのように理解されているか、その時の感情をイメージできるような記載で在宅療養を支えるスタッフと共有していく事を大切にしたい。

かがやきより
お家ではどのように過ごしていたか、ADL/IADLともに、イメージできるサマリーを心がけます

同じ患者様・利用者様に関わらせて頂き、一番通じ合えるはずの存在なのに、実際は、ほとんど直接に連携をとることはありません。そんな、病棟の看護師さんと、先ずは互いの立場を理解し、そして、それぞれの看護の実際に触れることが出来た、貴重な機会となりました。

<p>かがやき訪問看護 ステーションから お願い</p>	<p>入退院や外来受診の際に、必要な情報や連携の取り方として～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師からの説明や指導の内容、その時の表情や受け止め方を、出来たらその人の言葉で教えてほしい ・継続して欲しい事・してはいけない事を、教えてください ・必要時は、退院前カンファレンスに誘ってください等・・・
<p>私達の心掛け</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・その人の生活が見えるように、入院前の状態が退院目標のお役に立てるように、ADL/IADLと共に、日常が見えるサマリーを作成します 在宅で心不全の方を見るにあたり、必要な管理を考えました～ ・バイタルサイン他、食事・水分・塩分・排泄・浮腫・服薬・体重・動作に伴う症状など、その方に必要なことを、行える方法で継続確認していきます→慢性心不全の方の看護計画の見直し、作成、日常管理に取り入れます そして、病院（急性期）外来やクリニックへの通院（回復期・維持期）へ、唯一、自宅での生活を見守っている立場での情報を、しっかりと連携に活かせるようにしていきます
<p>メリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・心不全療法指導士という立場の目標設定であったため、利用者選択が行ないやすい ・慢性心不全療養者の疾患管理の共有と、其々の立場・役割を確認しやすい ・互いの看護を知り、認め合い、良き刺激となる ・地域の主たる病院に訪問看護の実際を経験して頂き、連携に役立てる機会となる ・（看護学生や研修生の受け入れもあるため）曜日・日数が限られたことで、同行体制・利用者側の受け入れ状況の調整が付けやすい
<p>デメリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・同行訪問看護師の人数は5名／19名で、全ての看護師との関わりを持つことは困難 職場全体としての、受け入れ意識が充実できるか心配がある ・自立しての単独訪問には到達が困難（今回は、移動経路については、問題なく出来た） ・しっかりと目的や計画作成を行わないと、あっという間に期間が終了してしまう また、感染症や急なやむを得ない理由にて、同行訪問が叶わない状況が発生しやすい ・出向者側の勤務状況などへの、負担が生じる可能性もある



気付き・学び等



- ・「退院できない状態」の相違
- ・リアルに看護展開している者同士が、タイムリーにリアルな情報共有が出来ていない
- ・多職種連携は、自分たちの役割をきちんと伝え、相手の仕事内容・立場を理解する事から始まる。そして、その情報を職場内で活かしていくシステムが必要
- ・訪問看護のサマリーでは、ADL・IADLが、退院時の目標設定に繋がる。**在宅で生活や、日常の生き様が見えるサマリーを！**
- ・いつもは経験の浅い立場のスタッフも、生き活きと同行訪問を行い、**訪問看護師の仕事ぶりを見せ、振り返りをする…**など、連携はもちろん、**人材育成**にも役立つ

今後への希望

・週2日程度
・訪問看護に多い、循環器や脳血管障害、呼吸器疾患、整形外科、又は癌などの疾患に関わる病棟と優先的に実施したい

・共通の疾患から、互いの立場・看護をとらえ、継続看護に必要な要素を深めることが出来る
・互いの体制や経営に、負担のかからない方法に繋がる
・外来含めた連携の強化へ活かすことが出来る
・スタッフの看護の教育の一環となる



大勢の中の、一人での出向であり、職場としてこの学びを浸透・持続させることは難しい・・・なので、何らかのシステムとして形に残し進展させたいと・・・管理者として感じます・・・🍀

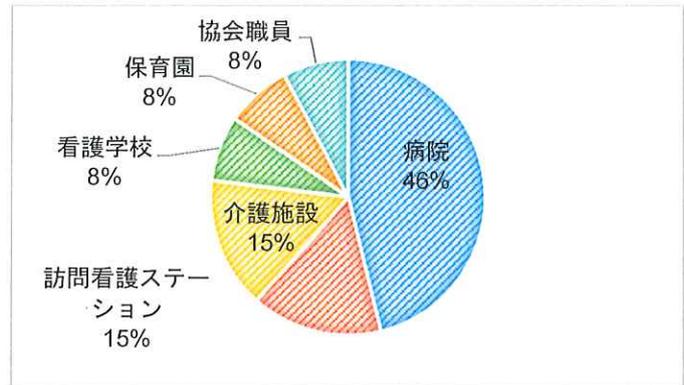
病院と訪問看護ステーション 出向事業報告会アンケート結果

■開催日 2024年3月13日(水)

■応募者 13名、参加者(発表者9名+協会職員10名+申込者8名) アンケート回答数7

1. 応募者所属

病院	6
訪問看護ステーション	2
介護施設	2
看護学校	1
保育園	1
協会職員	1



2. 出向事業報告会に参加してよかったか

よかった	6
どちらともいえない	1

3. 感想やご意見

- ① 訪問看護ステーションでの勤務経験があり、当時病院ナースも訪問看護の事を知る機会があれば、入院～退院がスムーズに連携出来るのにと常々感じておりました。現在は医療的ケア児関係にて保育園勤務ですが、興味のある内容でしたので報告会参加させていただきました。ありがとうございました。
- ② 週2日での出向でも目的が絞られていると成果につながる事がわかりました。絞られていると成果につながる事がわかった。
- ③ 病棟看護師が訪問看護を経験し、連携に必要なことを実感できることがわかった。実際に経験できる人は限られるため、このような報告会や、連携に関する研修を受け、多くの看護師に知識を得てもらいたい。病院や地域全体としての退院調整力アップにつなげたいと感じます。
- ④ とくになし。
- ⑤ 病院における看護と地域における看護における情報(視点)の違いを感じた。入院日数が短くなる中、地域につなげる情報の取り方やその視点を教育していく事について、考えなければいけないと考えた。
- ⑥ とても良い取り組みだと思います。三例目のように、病院の自宅に帰れるという判断との違いを感じています。急性期病院の看護師が、病棟で活かせる研修結果は、病院と訪問看護ステーション双方に得ることが大きいと感じました。その成果が徐々に現れているので楽しみです。
- ⑦ 私自身、3ヶ月間出向させて頂き本当に貴重な時間を過ごさせていただきました。訪問看護ステーション様の予算立てや病院側の人員確保等、課題となっており、なかなか難しいと感じますが、可能であれば一定の期間出向に専念できた方が出向者の学びは大きいように感じます。ただ、今回の発表を聞き、対象を絞って学ぶのであれば(例えばCNSが在宅の様子を学ぶ等)週2回も良いのかと感じました。今回の発表を聞き、改めて貴重な体験をさせて頂いたことに感謝し、病院へ還元できるよう、また地域と連携につながるよう努力していきたいと思いました。ありがとうございました。