

2024年度 訪問看護出向事業報告会

2025.3.11 (火) 15:30 - 16:45

| | | | | |
|-------------|-----------------|-------|--------|-------|
| 15:30~15:40 | ・茅ヶ崎市立病院 | 出向者 | 中村 美由紀 | (10分) |
| 15:40~15:45 | ・ 同上 | 副看護部長 | 飯島 貴子 | (5分) |
| 15:45~15:50 | ・あかしあ訪問看護ステーション | 所長 | 神田 真理恵 | (5分) |
| 15:50~16:00 | ・横浜市立大学附属病院 | 出向者 | 岡本 恵 | (10分) |
| 16:00~16:05 | ・ 同上 | 副看護部長 | 立石 由佳 | (5分) |
| 16:05~16:10 | ・洋光台訪問看護ステーション | 所長 | 國吉 麻子 | (5分) |
| 16:10~16:20 | ・藤沢市民病院 | 出向者 | 宇田川 信幸 | (10分) |
| 16:20~16:25 | ・ 同上 | 看護師長 | 立山 りえこ | (5分) |
| 16:25~16:30 | ・かがやき訪問看護ステーション | 所長 | 原田 伸子 | (5分) |
| 16:30~16:45 | ・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

2025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 中村 美由紀
2025年3月11日（火）

1

1. 出向事業への参加動機
2. 出向時期・場所・目標
3. 訪問看護の学び
4. 病棟看護師と訪問看護師の役割
5. 訪問看護の魅力
6. 地域包括ケアシステム
7. 今後の課題
8. 出向後の取り組みの実際

2

1. 出向事業への参加動機

- 退院後の生活や療養を実際の現場で学び、利用者一人一人のニーズに合わせた訪問看護師の支援を学びたい
- 地域・在宅でのACP看護に関わり、院内でACP支援に積極的に取り組みたい
- 病院から地域、訪問看護へ繋ぐ看護をするために何が必要なのかを知り、実践していきたい



3

2. 出向時期・場所・目標

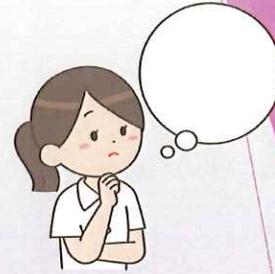
- 出向場所：あかしあ訪問看護ステーション
- 出向時期：2024年10月1日～2024年11月30日
- 目標：地域包括ケアシステム、訪問看護師の役割を理解し、急性期病院の看護師として繋ぐ看護の課題を明確にできる



：訪問看護件数 158件
：単独訪問 10件

4

3. 訪問看護の学び①



3-1. 現場で感じた倫理的ジレンマ

■ 事例①

- ・ 高齢女性 卵巣癌
- ・ 独居
- ・ Hb 5.0翌日輸血目的にて当院入院予定
- ・ 訪問時ベットより床に転落しているところを発見
(6~7時間床に転落状態)
- ・ レベルクリア

5

3. 訪問看護の学び①

■ 訪問看護師

迅速判断・バイタルサイン
一緒にトイレ歩行
利用者のニーズを理解

■ 自分の看護観

迅速判断・バイタルサイン
転落・貧血・出血→歩行は危険
安全→尿管・パット失禁
トイレに行くのがいいのか？

利用者のニーズ

トイレに歩いて行きたい
トイレでできて良かった



訪問看護師の役割を理解すること！
利用者のニーズに応えること！

6

3. 訪問看護の学び②



3-2. ACP意思決定支援で感じたこと

■事例②

- ・ 高齢男性 膵臓癌
- ・ 妻と二人暮らし
- ・ 麻薬、中心静脈栄養、PTBDチューブ、尿管挿入中、褥瘡（殿部）
- ・ 在宅療養生活一か月半が過ぎ、家族の精神的、身体的ストレスが増大している時期のACP支援

7

3. 訪問看護の学び②



やっぱり家がいいね、最期は家でむかえたい

色々なサービスが入ることで安心はあるけれど、人が頻回に入ることので疲れてきた。機器も覚えることが多くて混乱しちゃう



■ACP支援

本人、家族、往診医、ケアマネージャー、訪問看護師

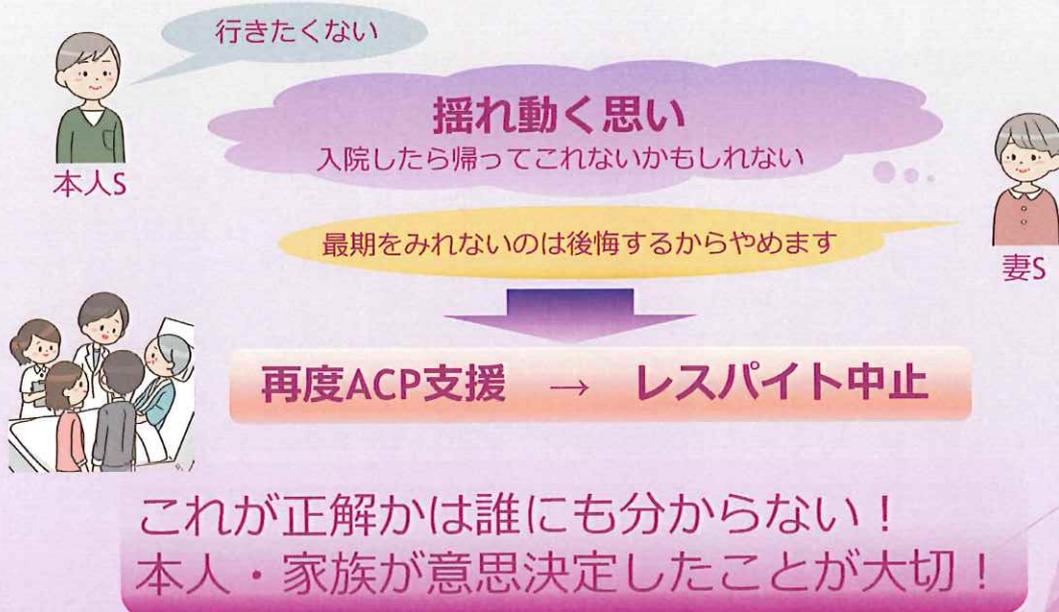


レスパイトの提案

1週間お願いします

8

3. 訪問看護の学び②



4. 病棟看護師と訪問看護師の役割

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を受けられるように援助する



訪問看護師

- ・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



つなぐ看護
看護・ケアは共通！！

5. 訪問看護の魅力

- 「その人らしさ」を尊重し、丁寧な声かけ、ニーズに応えるなど、ひとりひとりに寄り添った看護ができる
- 利用者やその家族とじっくり関わることのできる利用者ファースト
- ステーション内だけでなく、リアルタイムで地域多職種と連携を密にとり、安全安心の生活支援を行う



11

6. 地域包括ケアシステム

- 住み慣れた地域での自分らしい暮らし



多職種の連携
が不可欠

病院で行っている医療・看護を、退院後に自宅へ帰っても安心、安定した状態で継続できるように連携していく必要がある！！

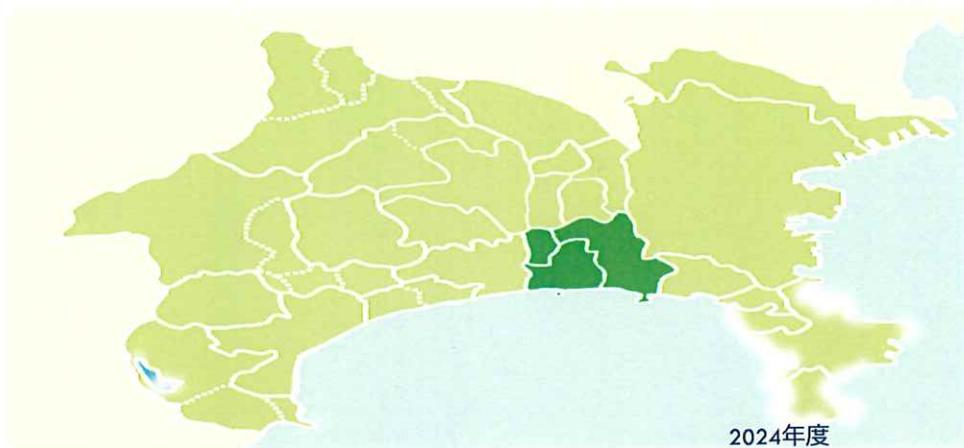


7. 出向後の取り組みの実際

- 病棟スタッフへ訪問看護出向活動と記録を発表報告
- 退院支援チームと共同し、退院前カンファレンス、退院後訪問の実践（後輩スタッフ中心の活動ができフォロー支援する）
- 個別性のある具体的な情報共有（ACP支援内容）を看護情報提供書に記載する
- 以前出向者看護師と外来・病棟カンファレンスで連携強化

13

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



茅ヶ崎市立病院 看護部 副看護部長 飯島貴子



2024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

2023年度：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

2024年度：多職種との協働を更に推進し、生活者としてのセルフケア能力の維持・向上につなげる看護を実践する

退院支援にまつわる訪問・通所（デイサービス）実績

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 合計 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|--------------|----|
| 退院前後訪問 | 13 | 4 | | 6 | 11 | 7 | 11 | 52 |
| 転院先施設訪問 | | 7 | | 1 | | | | 8 |
| 訪問型産後ケア事業（訪問・通所） | | | | 11 | 13 | 14 | 訪問13 通所14 | 65 |
| 認定看護師 同行訪問 | | | | | | 2 | | 2 |
| 訪問看護出向事業 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |

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

R6年4月

- *4月：幹部会議で参加表明
- *5月：看護部運営会議で参加者の公募
- *6月：人選
- *7月：看護協会に出向者決定の報告

R6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）

R6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

- R6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）
 - 4年目：病棟勤務（スタッフ）
- 退院支援チームメンバー以外から選出

出向事業者に対する師長の感想

所属師長の立場

- ・所属部署で訪問看護師の役割を伝え、つなぐ看護をするために病院看護師は何をする必要があるのか、まず伝えることから初めてほしいしそこを期待している。

退院支援チーム担当師長の立場

- ・昨年度の出向者が課題とした「訪問看護師の役割を理解する」ことに対し、退院支援チームが実施している研修で、訪問看護師の役割を説明している。
- ・看看連携の推進にあたり、引き続き院内の外来と病棟の連携強化をする。

成果と課題

成果：この事業を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

- ・退院支援チームを中心に行っていた移行期ケアが、病棟・外来全体で、対象者のニーズに応じていくにはどうしたらよいか、考えられるようになってきた。
- ・出向事業経験者：「思いをつなぐ」を合言葉に、カンファレンス対象者がいた場合の連携フローを作成し院内連携活動を継続している

課題：地域との融合を模索

<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

<2024年度の課題>

- ・訪問看護師との顔が見える関係づくりの継続→病院の看護師が訪問看護を知る理解すると共につなぐ看護をするため、対象にとって何が必要な情報かを明確にし、伝えていく

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



リックくん



あいちちゃん

R7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

高木まゆこ

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14名(常7名非7名 換算11.2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)
- 170名(11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 | 84件 |
| | 所内カンファ | 2件 |
| 11月 | 同行訪問 | 41件 |
| | メイン訪問 | 17件 |
| | 単独訪問 | 15件 |
| | 所内カンファ | 1件 |

出向事業のメリット

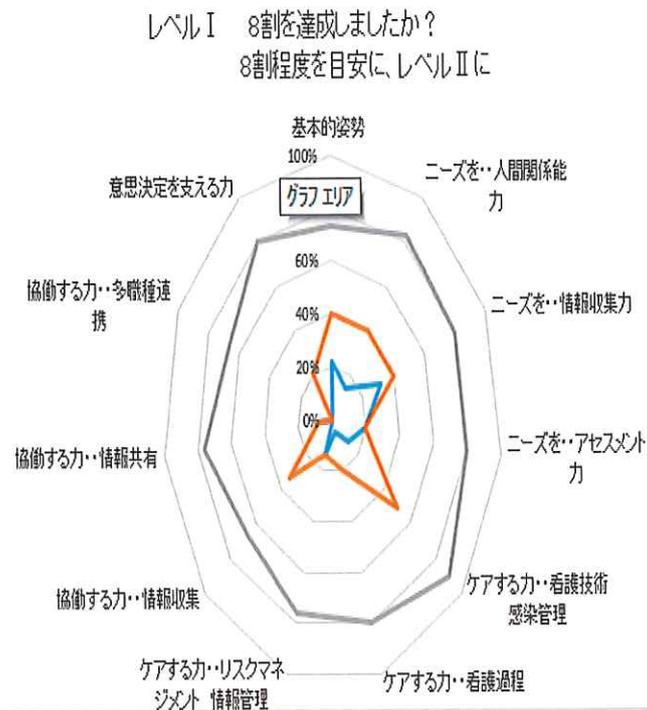
- *在宅療養可能な患者象が広がる
- *出向者や病院側との意見交換により
連携強化に必要な課題の明確化
- *看護師間の意見交換により、
互いに新たな気づきや視点を見出され
モチベーションアップに繋がる。

| | | 訪問看護師ステップアップシート | | | | | | | | | |
|-------|-------|---|--|-------|-----|-----|--|--|--|--|--|
| | | レベルI | | | | | | | | | |
| | | レベルの定義 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 | | | | | | | | | |
| | | “目指す訪問看護師の姿” | | | | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族等から得た情報をアセスメントして療養上の課題が抽出できる ・看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて助言を受けながら応用し、実践できる | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| 採用時基本 | 基本的姿勢 | 法人および事業所の理念を理解できる | | 2 | 3 | 3 | | | | | |
| | | 事業所の運営方針を知る | | 0 | 2 | 3 | | | | | |
| | | 事業所の組織体制が理解できる | | 2 | 2 | 3 | | | | | |
| | | 服務規程・就業規則等について理解できる | | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| | | 電話やパソコン等の操作方法がわかり使用できる | | 3 | 3 | 4 | | | | | |
| | | 各種届出書類・必要な手続きを理解できる | | 0 | 2 | 4 | | | | | |
| | | 緊急時連絡網を理解できる | | 0 | 0 | 3 | | | | | |

レベルの定義

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

| 146 | | 10月28日 | 11月20日 |
|-----|----------------------|--------|--------|
| 148 | 基本的姿勢 | 22% | 73% |
| 149 | ニーズを・・人間関係能力 | 14% | 83% |
| 150 | ニーズを・・情報収集力 | 32% | 80% |
| 151 | ニーズを・・アセスメント力 | 20% | 80% |
| 152 | ケアする力・看護技術 感染管理 | 13% | 91% |
| 153 | ケアする力・看護過程 | 5% | 80% |
| 154 | ケアする力・リスクマネジメント 情報管理 | 14% | 76% |
| 155 | 協働する力・情報収集 | 0% | 67% |
| 156 | 協働する力・情報共有 | 8% | 76% |
| | 協働する力・多職種連携 | 0% | 67% |



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・担当看護師



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と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を知る



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

神奈川県看護協会 洋光台訪問看護ステーション
公立大学法人 横浜市立大学附属病院
訪問看護出向事業 2025年1月1日~2月28日

公立大学法人 横浜市立大学附属病院
看護部 7-1病棟 岡本 恵

本日の発表内容

- ▶ 訪問看護出向事業への参加動機
- ▶ 自己紹介
- ▶ 訪問看護出向事業参加時の目標
- ▶ 2か月間の活動内容
- ▶ 目標達成状況
- ▶ 今後の課題
- ▶ まとめ

訪問看護出向事業への参加動機

- ▶ 病棟・外来で看護を行う上で在宅療養支援を必要とする患者の支援につなげられるよう学びを深めたい
- ▶ 2か月間の学びを通して、私自身の看護師としての成長の機会にしたい

3

訪問看護出向事業参加時の目標

1. 訪問看護の実践を通して、在宅での清潔ケア・褥瘡処置・医療的ケアの管理について見学・実践を通して学び2か月目に主体的に行動できる
2. 地域包括ケアシステム、訪問看護師の役割、在宅療養支援の実際について学んできたことを部署スタッフ、看護部と共有できる

4

2か月間の活動内容

1か月目：同行訪問し、訪問看護師の看護の実際を見学

2か月目：単独訪問開始

重度褥瘡処置に2名で訪問し処置を実践

慢性心不全に対し服薬管理・スキンケア

コロストミー・ウロストミーの装具交換介助や手技確認

腹膜透析の注入・排液・入浴時の手技確認 など

<2か月間で実施した主な看護技術>

バイタルサイン測定・浣腸・摘便・シャワー浴、入浴介助・

全身清拭・洗髪・陰部洗浄・爪切り・更衣・シーツ交換・

血糖測定・インスリン投与・酸素投与・ストマケア

5

目標達成状況(1)

▶ 訪問看護の実践を通して、在宅で2か月目に主体的
に行動できたため達成と評価

▶ 印象に残っている看護場面

・寝たきりで独居で生活をしている方

往診医・訪問看護・訪問介護・ケアマネージャーが

サポートすることで独居での生活が成り立っていること

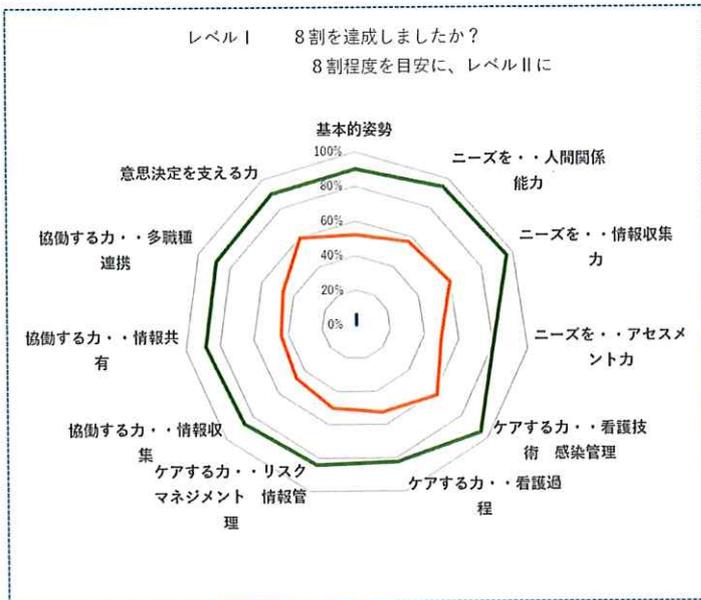
・週1回訪問の服薬管理で内服を継続でき

受診行動が継続できていること

6

訪問看護師ステップアップシートレベル I

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



- 出向時
- 1か月
- 2か月

7

目標達成状況(2)

- ▶ 地域包括ケアシステム、訪問看護師の役割、在宅療養支援の実際について学んできたことを部署スタッフ、看護部と共有できる
 - 同行記録をスタッフに読んでもらう
 - 訪問看護師の1日を知ってもらう機会とする
 - 病棟・外来で退院支援が必要な患者の情報を退院支援看護師と共有しながら支援を行う

8

今後の課題

- ▶ 訪問看護ステーションとのつながりをどのように維持していくか
- ▶ 訪問看護ステーション・市大 附属病院ともに、相談しやすい関係性作りをしていきたい
- ▶ 今回の訪問看護の経験をどのように活かせるか
- ▶ 次年度、訪問看護ステーションへの出向事業参加者との交流など、情報共有の場の検討

9

まとめ

- ▶ 人生の最終段階を地域で過ごすことを可能にする訪問看護
- ▶ 通院・入院治療を受けながら自宅療養を継続する患者をサポートする訪問看護師と情報共有することで元の生活に向けた支援ができる
- ▶ 高齢化社会に合わせ、早期に地域包括ケアシステムとつながることは、地域で生活し続けることを可能にする
- ▶ 利用者、その家族にとって相談しやすい相手であることで、利用者の状況に応じて社会資源導入のタイミングを見逃さずに介入することができる

10

最後に

- ▶ 洋光台訪問看護ステーションのスタッフの皆様
 - ▶ 洋光台訪問看護ステーションを利用者さま
 - ▶ 企画運営していただいている神奈川県看護協会の皆様
 - ▶ 出向に送り出してくれた病棟スタッフ・看護部の皆様
- 貴重な体験をさせていただき
心から感謝しています。
ありがとうございました。**



ひらく×つなぐ=かがやくYCU
横浜市立大学



令和6年度 訪問看護出向事業報告会

令和7年3月11日(火)

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
立石 由佳

横浜市立大学附属病院 概要



ひらく×つなぐ=かがやくYCU
横浜市立大学

【病院理念】

「市民が心から頼れる大学病院」を目指し、医療、教育、研究、人材育成、イノベーションを通じて、私たちと私たちが関わる全ての人々の幸せに貢献すること

【病床数】671床(一般病床 632床、精神病床 23床、結核病床 16床)

【診療科】39診療科

【特 徴】特定機能病院、地域がん診療連携拠点病院
災害拠点病院、神奈川DMAT指定病院
神奈川県エイズ治療中核拠点病院

【職 員】約1,800人(看護職員754名:令和7年1月時点)



看護部の概要

【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-」

【看護師数】754名（看護師712名、助産師42名）

【看護単位】22看護単位（18病棟、手術室、外来、救急外来、患者サポートセンター）

【夜勤体制】3交替制（救急外来含む）、手術室（2交替制）

【看護提供方針】PNS（パートナーシップ ナーシングシステム）

【専門認定看護師数】専門看護師4分野8名、認定看護師16分野24名

【特定・認定看護師】5分野9名、特定港研修修了看護師10名

【実習受入れ】基礎教育、卒後教育：年間延べ約5,000人（令和6年度実績）

訪問看護出向事業への期待

【令和5年～令和7年度 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

令和元年より、出向事業に参加し、
出向事業の目的である

「切れ目のない地域包括ケアシステムを構築する」

この役割を推進する職員の育成、
出向事業後の院内での活動、役割を期待しています

- ① 将来を見通し、自ら考え行動しよう
- ② 信頼を得られるよう行動しよう
- ③ 仲間意識を持って行動しよう
- ④ 人材育成と自己研鑽を進めよう
- ⑤ 出来ることは、既成の考えにとらわれず、すぐに行動しよう

出向事業職員の姿勢・行動



訪問看護出向事業後の役割

病棟と外来の連携強化

目指す姿
あるべき姿

実施した看護実践の評価

看護ケアの向上
PDCAサイクルをまわす

病院と地域の強化

身体・精神・社会的側面の正確な把握、情報共有

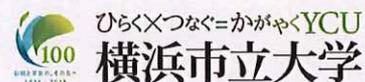
PFMの強化

Patient Flow Management

入院前から、入院中、退院後までのケアプロセスをつなぐ

訪問看護出向事業

継続に向けた今後の課題



準備性 出向事業参加者の選出、参加前の学習準備

**役割
発揮** 出向事業終了後の役割発揮、活動について

**事業参加
者の連携** 出向事業参加者間の連携、再学習の機会について

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

2025年 3月11日 (火)

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

出向期間の訪問状況

| | 出勤/稼働日 | 同行 | 単独 |
|-------------------|---------|-----|-----|
| 2025.1月 (1ヶ月目) | 19日/19日 | 74件 | |
| 2025.2月 (2ヶ月目) | 18日/18日 | 21件 | 50件 |

訪問ケース

ストーマ管理の利用者
週複数回訪問している利用者
重度褥瘡の特別訪問看護指示書利用者

これまでの出向者との比較

| 出向者 | 1ヶ月目同行 | 2ヶ月目同行 | 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 | | |
| 2023年度 | 80 | 22 | 57 | | |
| 2024年度 岡本さん | 74 | 21 | 50 | | |

出向事業の意義

訪問看護の実際を体感してもらえる

患者が地域で生活している姿を知り、退院してから
困ることが想像できる

生活者としての患者に具体的な退院支援ができる

切れ目のない継続看護

地域包括ケアシステムの充実

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報告会

藤沢市民病院 救命救急センター救急ICU
慢性心不全看護認定看護師
宇田川 信幸

概要

- ✓実施期間:令和6年12月9日(月)～令和6年12月20日(金)
(同行訪問)
- ✓参加動機:患者、利用者を生活者としての視点を持ち、当院と地域をつなぐ医療者の存在が必要である。急性期病院の看護師が在宅医療を知り、今後連携していくことで必要とされる地域包括ケアシステムの構築を推進することが出来るのではないかと考えた

目標

1. 生活を支えるための在宅医療・看護の必要性を理解する
2. 病院から在宅におけるシームレスな心不全医療体制構築には何が必要か考える

Case①

- ・Y氏 : 高齢男性 独居
- ・病名 : 慢性心不全
- ・既往歴: 慢性心不全、高血圧症、心筋梗塞(PCI)、前立腺肥大

| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
|------|------|------|------|------|
| ヘルパー | 訪問看護 | ヘルパー | ヘルパー | ヘルパー |

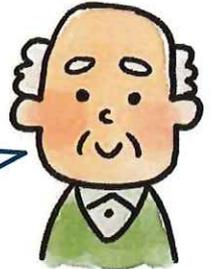
訪問看護目標として 体調が安定して在宅生活が送れるようにしたい



住居環境、室内の気温、衣生活、
食事状況、内服状況はどうだろう？

↓
体調変化なく、独居生活を継続
多職種と連携し週1回の状態観察を
継続しよう。

まあ、調子いいことはないけど、
なんかね。もうたばこ(薬)がな
いんだよ！
猫の餌もないし。ローソンに
売ってるから行きたいんだけど
ケアマネと連絡がつかなくて。



BT36.4℃ P78回/分
R17回/分
BP110/68mmhg SPO₂
99%
体重47.9kg
(前回比較-1.1kg)

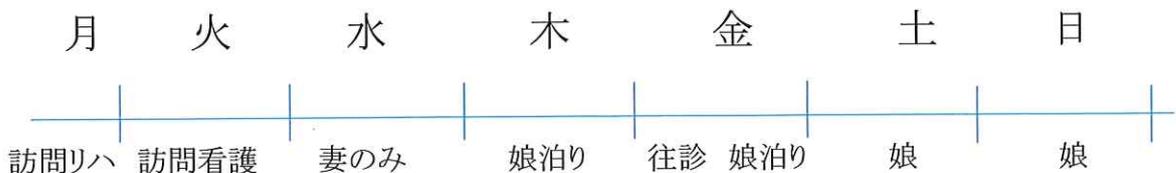
✓バイタル測定
✓全体的印象の把握と観察
✓ADLのアセスメント
✓認知機能アセスメント
✓循環機能アセスメント

<今後の方針>

施設入所も視野に多職種で連携しながら
独居生活を支援することとなる。

Case②

- N氏 高齢男性、要介護4、妻との二人暮らし、娘のサポートあり
病名:慢性心不全(心不全入院歴3回あり)
- 既往歴:認知症、発作性心房細動、ペースメーカー留置、
薬剤性間質性肺炎、大動脈弁閉鎖不全症



サービス担当者会議



| 本人 | 家族 | ケアマネ | 訪問看護師 | 訪問リハビリ | 往診医 |
|--|---|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 家で暮らしたい トイレには自分で行きたい。 | <ul style="list-style-type: none"> 長女、次女はリフォームが終了したら今後のことを考えたい。母親も心配です。 妻は店を続けたいとのこと。 | <ul style="list-style-type: none"> 家での生活を継続できるようにチームで支援していきます。 トイレまでの手すりはあった方がいいですか？(リハに質問) | <ul style="list-style-type: none"> 退院後、全身状態安定。引き続きチームで連携していく。 | <ul style="list-style-type: none"> 退院後ADLは戻ってきている。家で安全に生活できるようリハビリを継続していく。 トイレまでの手すりはあったほうがいい。 | <ul style="list-style-type: none"> ワーファリンは採血で調整を引き続き行う。 |



調子はいいよ、やっぱり家はいいよね
(笑顔)

初回訪問



調子はよさそうです
母と二人の時間が心配で
母はお店を続けたいから

バイタルサイン異常なし。全身清拭、足浴、体重測定実施(体重増加なし)、下肢浮腫なし、労作時の息切れなし。排便ケアに関しては、2日間排便なければ下剤使用するよう共有ノートに記載



いつもありがとうございます
(ソワソワしている様子)



生活調整で大切なこと

- ✓はじめに、患者さんの生活史を知ることが必要
- ✓目標は患者さんが、実際に在宅で実践できること
- ✓達成するためには、理想的な内容ではなく、必要な療養行動を継続して実践できることが重要
具体的かつ実践的な支援の提供が必要
- ✓患者さん、家族だけでなく社会資源をいかに利用していくかも必要であり、入院中から地域の医療・介護スタッフとの連携が必要

心不全看護外来での会話



毎日動いています。自転車で買い物にね。
30分くらいかな。ハアハアしちゃうよ。



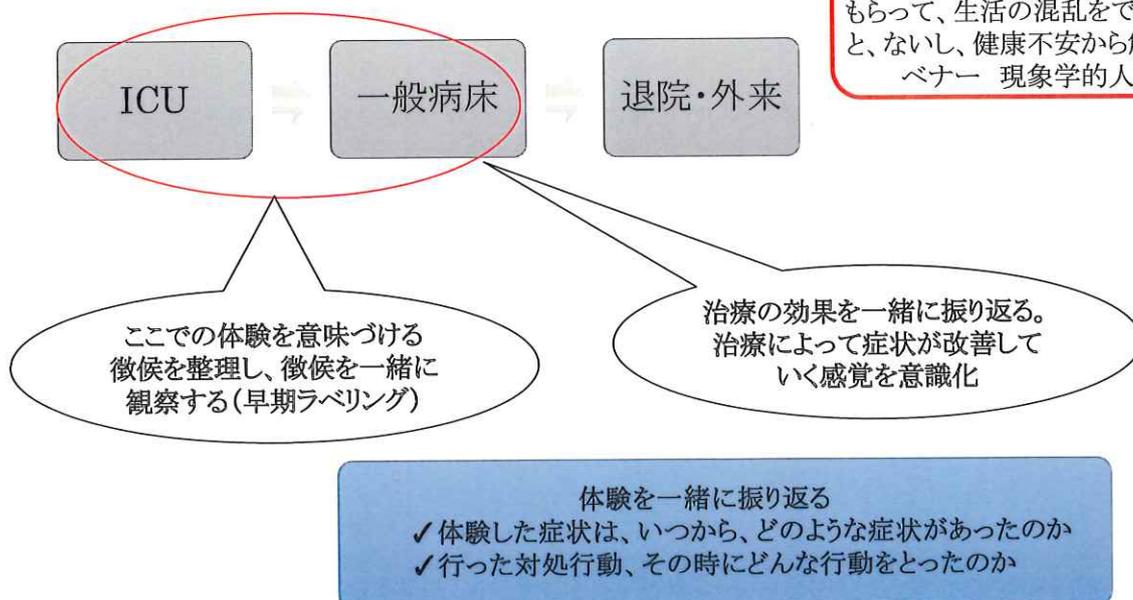
運動が負担になっている可能性があるかも。
具体的には疲れたら休む、無理しないように伝えよう。しかし・・・

もともとの生活は？具体的に何が負担になるのか。運動耐容能は？
患者さんにとっての動きすぎとは？疲れたら休む？具体的なエンドポイントは？
この患者さんにとっての無理とは？活動に対する認識は？
疾患についての理解は？使用している社会資源、家族サポートはどこまであるのか

1日の流れ、1週間の流れを知る



患者の体験を意味づける



患者が求めている事は、通常、症状のそうした困った面を取り除いてもらい、あるいは説明してもらって、生活の混乱をできるだけ小さくすること、ないし、健康不安から解放されることである。
ベナー 現象学的人間論と看護

自身の目標評価

✓生活を支えるための在宅医療・看護の必要性を理解することが出来るについて

➡利用者の身体状態、または、心不全などの慢性疾患は病院ではなく生活の場で増悪する。さらに、利用者一人ひとり求めるものQOLはそれぞれ異なること、在院日数の短縮化からも在宅医療・看護はより重要なものになってくると学んだ

✓病院から在宅におけるシームレスな心不全医療体制構築について何が必要か考えることができる

➡当院と地域の医療従事者との連携が必要

令和6年度 訪問看護出向事業報告会

藤沢市民病院

救急救命センターICU病棟
看護師長 立山 りえこ



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

当院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) 小児救急医療中核病院
- 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

看護部のキャッチフレーズ
「観察力」「対話力」「つなぐ看護」

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. 急性期病院の職員として、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

救急救命センターICU(EICU)病棟紹介

- 病床数:6床
- EICUは湘南東部二次医療圏や近隣の市町村から、急性・重症度の高い患者さんを受け入れる体制を整えている。様々な疾患や個別性に対応できるように6床全て個室で「すべては患者さんのために」をスローガンに救命から社会復帰を目指している。

EICUでは、様々な認定看護師が活躍している中・・・

- 2023年 慢性心不全看護認定看護師 資格取得者が誕生
- 2024年度から、心不全多職種カンファレンス1回/週 参加
心不全外来(予防外来・退院後初回)1回/週 参加
心不全療養指導士 10名と連携

訪問看護出向事業参加への期待

地域包括ケアシステム中で求められる急性期病院の看護師としての役割を再構築する。

訪問看護ステーションで訪問看護師の視点や在宅療養する患者さんの実際を知る。そして、入院・外来患者の在宅療養やケアの継続を目指す。

事業参加の調整

参加日程：2024年12月9日（月）～12月20日（月）
（平日：週5日）

| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 研修 | 研修 | 研修 | 研修 | 研修 | 休み | 休み |

☆訪問看護ステーション出向事業への参加に集中できる。

今後の課題と展望

1. 地域医療連携の推進

2. 看看連携の推進

そのためには、
地域とつながる、協働、情報交換が大切！
地域医療機関のことを知り、顔の見える関係を構築し、
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 (2週間の出向)



2025年3月11日 (火)
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／17人・ケアマネジャー／専任2人・兼任5人・事務／3人・看護師常勤換算数／13.2人・看護師年齢／34～57歳 |
| 利用者 (2024年度月平均) | <ul style="list-style-type: none">・利用者数 183人 (0歳から今までの最高107歳)・訪問件数 931回・24時間対応者契約者 136人・保険割合 (医療：介護) 約 4.5：5.5・特別訪問看護指示書者数 (実施数) 2024年度18人 (37回分)・在宅看取り数 24人・特別管理加算 29.4% |
| 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 |

2 週間の出向事業



| | |
|----------------------|--|
| 期間 | 令和6年12月9日～12月13日（研修期間） 令和6年12月16日～12月20日（職員期間） |
| 出向者目標 | ・生活を支えるための在宅医療・看護の必要性を理解することが出来る。また、今後、病院から在宅におけるシームレスな心不全医療体制構築には何が必要か考えることが出来る。 |
| ステーション目標 （前年度と同じ） | ・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 | 23名（内3名が慢性心不全対象利用者・うち一人は藤沢市民病院入院歴あり） 他、発作性心房細動の方の退院後担当者会議と初回訪問、ケアマネジャー同行1件 最終日は、メインでケアの実施1名 |
| 開始～終了の流れ | <p>12/9) 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 訪問看護や連携への質問応答</p> <p>12/9) 初日午後から、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→メインでケア</p> <p>12/17) ステーション内カンファレンス 宇田川さんからの質問への返答をもとに</p> <p>12/19) 最終カンファレンス</p> |

①救急医療と在宅医療の課題について
 : ACPについて話すタイミング・サマリーの情報等

②訪問看護における心不全を抱える利用者、
 また、看護師の課題について
 : 今まで、心不全手帳が活用できていなかったこと・退院指導の実際の方法の確認・継続できる指導内容の確認など

③かがやき訪問看護ステーションの強み・弱み
 : ケアが丁寧、チームワーク、情報共有が出来ている、事務の対応が良い、様々な部門との関係性の持ち方等

| | |
|-------|--|
| メリット | <ul style="list-style-type: none"> ・昨年は心不全療法指導士、今年は心不全認定看護師だったことで、学びの振り返り効果があった。 ・専門性があることで、利用者選択が行ないやすい。 ・同じ疾患・療養者に対するお互いの看護を知ることで、シームレスな看護に付いて検討しあえる。 ・地域の主たる病院に訪問看護の実際を経験して頂き、実際に患者支援室や外来の活用など、リアルに相談できた。連携に役立てる機会となる。 ・短かくまとまった期間であることで、出向者は訪問看護に集中できるのではないかと？ ・同行訪問看護師の人数は8名/18名で、曜日固定のときよりも、多くの看護師と同行訪問が出来た。 |
| デメリット | <ul style="list-style-type: none"> ・毎日、同じ利用者訪問があるわけではないので、自立しての単独訪問には到達が困難である。 ・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。 |

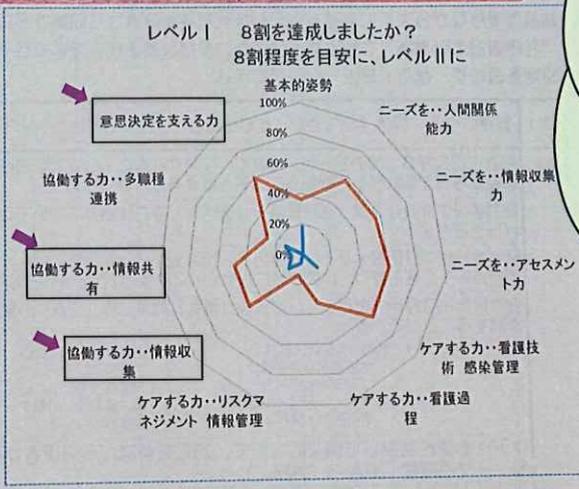
訪問看護ラダーの変化



レベルI

レベルの定義 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

| | 月日 | 月日 | 月日 |
|----------------------|-----|-----|----|
| 基本的姿勢 | 18% | 36% | 0% |
| ニーズを・人間関係能力 | 0% | 57% | 0% |
| ニーズを・情報収集力 | 0% | 56% | 0% |
| ニーズを・アセスメント力 | 0% | 60% | 0% |
| ケアする力・看護技術 感染管理 | 13% | 62% | 0% |
| ケアする力・看護過程 | 0% | 33% | 0% |
| ケアする力・リスクマネジメント 情報管理 | 6% | 14% | 0% |
| 協働する力・情報収集 | 13% | 50% | 0% |
| 協働する力・情報共有 | 8% | 48% | 0% |
| 協働する力・多職種連携 | 13% | 27% | 0% |
| 意思決定を支える力 | 0% | 60% | 0% |



目標に「病院から在宅におけるシームレスな心不全医療体制構築には何が必要か考えることが出来る。」とありました。院内だけでなく、ステーション内だけでなく、**ご利用者及びご家族を看護していくために必要な情報を考え、連携を図ることへの学びが得られていることが受け取れます。**



今後に活かしたい事として ～宇田川INSの記録より～



- ①急性期の心不全看護の学習会や症例検討を訪問看護師と実施を検討したい
- ②退院前カンファレンス、退院前同行訪問の実施をしたい
- ③心不全多職種カンファレンスの情報共有を訪問看護師とどのように共有していくか検討したい

心不全は、生活の場である在宅・地域で増悪するため、病院のみならず地域と協力して再入院率低下のための取組が必要。再入院率や在院日数低下のみならず、患者・利用者のQOLにも視点を置いて院内での取り組み評価を行いたい
患者・利用者のみならず、家族や地域を単位として疾病を予防し、病気や障害を抱える、暮らしを支えることが出来る看護師が今後は必要であり、看護師として高い専門性で患者一人ひとりの希望に対応していきたい

気付き・学び・その後の取組等

～かがやき訪問看護ステーションより～



・在宅は、利用者宅でも職場でも記録物が多いが、次のサービスへの申し送りや家族へのケア内容、状態の報告などが多い。状態や治療にかかわる数値的な推移や専門職同士の共通のツールは、特に、外来通院の方とは構築が難しい。

今回、心不全手帳の活用について、再度認識できた。

- ①心不全手帳の有無を確認できるようになっている。
- ②訪問時の状態や課題を、記載するようになっている。
- ③他の、糖尿病や高血圧、透析、ライフログ手帳などの有無も確認するようになった。

宇田川さんの記録の中で、「ゴミ箱の中」からも生活状況のヒントを得ていることをピックアップしてくれていた。在宅にしかできない身体だけではない観察点が沢山ある。

これらの情報を、療養者の生活の現実としてお伝え出来、そして、望む生活に向けた目標を皆で共有し、活きた指導につなげられ、継続できるようになるとよい。

- ①手帳を含め、療養者と一緒に、視覚で確認できるものの共有を大事にする。（手順書や指示書などに記載の数値）
- ②サマリーへの生活が見える記載。

今後へつなげるために・・・

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) 病院出向者：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) 訪問看護ステーション：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。

お互いに、負担にならない体制での実施は大事。

2週間の事業では、在宅療養者への支援について学び、退院支援に活かすことはできると思うが、一人の自立した訪問看護師として看護展開することは難しと感じた。前回と受け入れ期間・受け入れ方が異なるため、それぞれのメリット・デメリットを考慮し、次回に活かしたい。



2024年度 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 2025年3月11日(水)

■参加者 14名、参加者(発表者9名+協会職員4名+申込者1名) アンケート回答数9

1.出向事業報告会に参加してよかったか

| | |
|------|---|
| よかった | 9 |
|------|---|

2.感想やご意見

| | |
|---|--|
| ① | 互いの理解や学びが深い。 |
| ② | 他県から転居し、これまでも出向事業について報告会に参加していました。今回、神奈川県の実業報告会に初めて参加して、相互に無理のない範囲での受入に配慮して継続されていることを知ることができ、良い機会となりました。 |
| ③ | 2ヶ月間の出向事業に参加させていただき、ありがとうございました。本当に貴重な体験をさせていただくことができました。私個人としては、もう数ヶ月訪問看護師として働きたいという思いにもなりました。ですが、2ヶ月が病棟での働き方を忘れないちょうど良い期間だったようにも感じます。また、1月2月の出向は受け入れ |
| ④ | 継続するのはそれなりに大変だけど報告会などで改めて振り返ってみるとやはり今後も継続していけたらと思いました。 |
| ⑤ | 継続的に実施したいと思います |
| ⑥ | とても良いと思うが、出向事業に出せるスタッフの余裕がない現状がある。できれば、月単位での参加が良いのかもしれないが現実的に難しい。 |
| ⑦ | 運転が可能、という条件は継続でお願いします。 |
| ⑧ | 出向の経験が、私自身は勿論ですが、看護の原点も見直せました。病院で、学んだ事を活かして活動します。 |
| ⑨ | 元々訪問看護に興味があり実際に訪問できて多くの学びが得られた。同時に課題が明確になり今後の活動に役立てたいと思う。 |