

訪問看護出向事業報告会資料

長岡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

2026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

医療法人社団 湘南健友会 長岡病院
〇病棟 古野 琴海

出向事業参加期間：2025年11月10日～22日

場所：あかしあ訪問看護ステーション

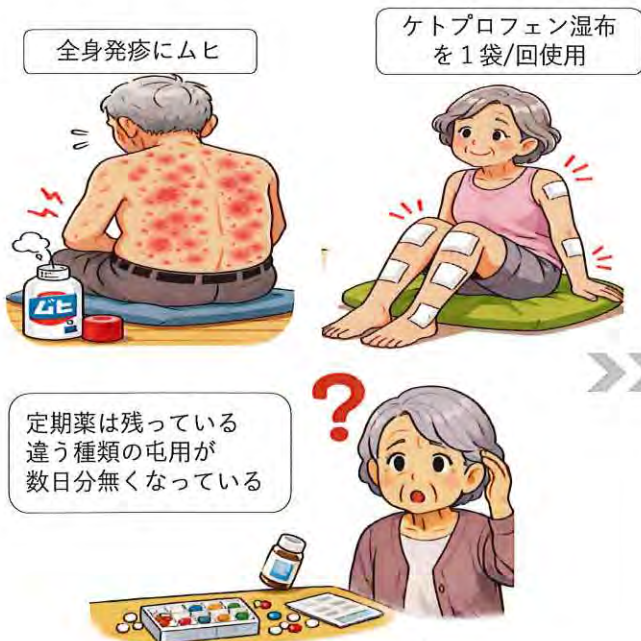
参加動機

- 当院は、80～100歳代でADL全介助、常時臥床患者が多い
- 自宅退院となる患者数が非常に少ない
- 在籍している中で、医療依存度が高い方や見取りを視野に入れた方の自宅退院事例は無い
- 今後その事例がある際には、現実的な生活を見据えた退院支援に活かすことができる

目標

- 1 病院看護と在宅看護の連携に必要な課題について考えることができる
- 2 病院スタッフへ共有し、サマリー内容検討や患者家族とのコミュニケーションに活かす方法を考えることができる
- 3 地域全体を包括的にみながら、患者のおかれている状況が把握できる

病院とのギャップ



病院
↓
医療優先

訪問看護
↓
利用者様の生活や意思
を優先

その分、所見に異常はないか
訪問時にフォローする

在宅ケアの重要性についての学び

～ACP・本人家族の想い・伴走者・グリーフケア～

事例1：認知症 要介護5 常時臥床



想いを叶えるには、在宅ケアが必要不可欠
在宅ケアがあるからこそ成り立っている生活

やっぱり、最後まで家で看たい
と思います。

母が亡くなれば家を出て、生
活保護をもらって1人で暮ら
そうと思います。

主介護者：娘
精神疾患にて
訪問看護利用中



最後の後には自立するという
目標と決意

在宅ケアの重要性についての学び

～ACP・本人家族の想い・伴走者・グリーフケア～

事例2：認知症 要介護3 日中独居

主介護者：息子
日中仕事で外出



想いを叶えるには、在宅ケアが必要不可欠
在宅ケアがあるからこそ成り立っている生活

移動できるのはトイレと部屋のみ
柵でゾーニングされている

しかし

毎回6種類程の食事が用意されている

▶ その日の好みに食べれる様に？

除湿冷房がかかっている

▶ 腐らないように？

分厚い布団

▶ その分寒くないように？

息子様の、母への精一杯の愛情

在宅ケアの重要性についての学び

～ACP・本人家族の想い・伴走者・グリーフケア～

想いを叶えるには、在宅ケアが必要不可欠
在宅ケアがあるからこそ成り立っている生活

事例3：癌終末期 臥床が多い 夜間せん妄あり

やらないとサボったみたいだし…
しんどい
1人時間が欲しい

でも

心配
家で看たい
家で過ごさせてあげたい



もう終末期だよ・・・

主介護者：夫
結婚し60年

毎日全身状態を
表に記録

毎日40分
下肢マッサージ

夜間せん妄時は
朝まで付き添い介護

在宅ケアの重要性についての学び

～ACP・本人家族の想い・伴走者・グリーフケア～

- すみ慣れた自宅、地域での生活が可能
- 全人的に生活の中に深く入り、自分事として家族やご本人の想いを聞くことができる
- 最後の受け入れ準備を、時間をかけて共に持つことが出来る
➤ 予期悲嘆に対するケア
- 最後の後「あれだけ頑張ったのだから」「あれだけ悩んだんだから」と思えるケア
➤ グリーフケア
- 人生の最後に、そっと少しでも、手を添えることが出来る看護



ご本人やご家族の伴走者となり、ACPに非常に大切な現場である

共感疲労について



目標に対する振り返り

① 病院看護と在宅看護の連携に必要な課題について考えることができる

退院にあたり大切な事

ご本人ご家族の想いや願いのバトン
を渡すことを意識

自宅退院となった後、ご本人ご家族と
在宅チームがお互い手探り状態から始
めることがない

病院から在宅へ切れ目のないケアが提
供できる

少しでも不安なく生活の場を移行でき
る

課題 ①

家族背景や自宅状況などの情報
を把握する，知ろうと努力する

知った上での退院指導

退院指導の習熟度の把握

それらを在宅チームへ確実に
情報提供を行う事

課題 ②

院内連携を深める

特に
普段関わりが非常に少ない
相談室の方と、情報共
有を行う



今後に活かしていく事

- コミュニケーションをとる中で、患者様の人生、価値観、家族背景、自宅環境を意識して関りをもつこと
 - 患者様だけでなく、ご家族にも全人的ケアを意識した関りをもつこと
 - 患者様・ご家族の伴走者となり、我慢せず想いや願いを言える関係性を築く努力をすること
 - 医療保険、介護保険、介護度、介護認定を受けているかを意識すること
 - 生活を具体的にイメージした退院指導の実施を行うこと
 - スタッフのメンタルケアも意識してコミュニケーションを取ることに
 - 特に相談室の方と普段から情報共有を行い、連携を深めていくこと
- 必要な情報を不足なく訪問看護の方へ提供すること**



看護協会の皆様
あかしあ訪問看護ステーションの皆様

この度は貴重な経験をさせていただき
誠にありがとうございました



訪問看護出向事業 報告会

医療法人社団 湘南健友会
長岡病院
〇病棟 看護課長 池本 明美

長岡病院の概要紹介



1982年4月開院

病床数 162床（3病棟）療養病床

- ・療養病棟入院基本料1
- ・夜間看護加算1
- ・療養病棟療養環境加算1
- ・平均入院患者数 126名
- ・平均在院日数 576日
- ・患者様の平均年齢 88歳
- ・病床稼働率 77.8%（2025/1）



同敷地内に湘南地域唯一の
介護医療院を併設
「湘南の丘」



看護部の特徴

療養型病院（3部署）と
介護医療院（1部署）を併せ持つ



病院所属看護職

看護師 37名（看護師常勤割合 79%）
准看護師 9名
介護職員 43名（介護福祉士割合 65%）

看護師キャリア背景

10年以上の層が最も厚い
キャリア途中での転職者が多い
知識、技術ともに経験値が高い

介護スタッフキャリア背景

経験値が高い
ベテラン層が厚い
スタッフの平均年齢が高くなっている

定年を65歳に設定し将来の人員不足に対応しようとする事業所の方針

- ◆ 強み：ベテラン職員が多く、経験値・適応力の広さが活用できる
- ◆ 弱み：長く勤務することで周囲との関りが薄くなる

今回の研修参加に至ったきっかけ…

開院以来療養病床として長く地域に貢献してきた。しかし、地域包括医療ケアシステムの推進が地域にも根付き始めている事例が発生している。

茅ヶ崎市内においても2020年を境に急激に高齢化率が上昇しその後も緩やかではあるが上昇傾向となっていくと予想される。

これに伴い高齢者の急な入院加療に加えフレイルの進行が進み、リハビリの需要も多くなってきている。

急性期病院から早期に転院し加療リハビリをしながら退院後の生活準備を整え、自宅退院する案件も増えてきている。

そういった事例をいくつか経験する毎にご家族を巻き込んだ退院支援の在り方や、ACPの実際、院内のMSWとの連携、何よりも実際の継続看護の視点で連携の経験不足と知識不足を感じたためスタッフの意向にチャレンジしようと思った。



出向に出すまでの準備プロセス（課長）



ステップ1

・ 出向研修の目的内容の理解

ステップ2

・ 人選

ステップ3

・ 出向の動機付け

ステップ1

係長と共に出向の目的と学習の内容を再度読み込み、当病棟に必要な学友機会であることを共有

ステップ2

係長と共に病棟スタッフ各個のレディネスの把握と学習内容のアウトプットが可能な人材を選出

ステップ3

係長と共に出向研修の必要性と病棟スタッフの課題を対象者と共有また、継続看護や福祉サービスも含め実際の体験を実践でアウトプットする役割の発揮を期待していることを面談で伝え承諾を得た

出向に出すまでの準備プロセス（病棟スタッフ）



ステップ1

・ 出向研修取り組みの説明

ステップ2

・ 出向者選出の経緯説明

ステップ3

・ 出向中の業務負担への理解

ステップ1

例年、院外研修の機会が乏しかったが、今年度看護部の取り組みとして出向研修にチャレンジする事になった旨を説明

ステップ2

病棟内で期待するリーダーシップの発揮や記録委員として継続看護の全体を知る機会にしていたきたいので今回は参加者1名とした

ステップ3

2週間の期間は業務負担（日勤、夜勤）が増えるが協力してほしい旨お願いした

出向に出るまでの準備プロセス（本人）

ステップ1

- ・ 出向研修の目的と目標の理解

ステップ2

- ・ 事前学習、事前課題用紙の作成

ステップ3

- ・ 訪問看護師ステップアップシート作成

ステップ1

研修資料の読み込みを
共に行い疑問があれば
確認し、出向者の不安
の軽減に努めた

ステップ2

学習資料の収集と読
み込みを行い、必要
な書類作成を行った

ステップ3

訪問看護のステップアップシー
トの事前評価病院看護師のラ
ダーと同じ要素ではあるが視点
が違い評価にやや戸惑ったが入
力し持参した

研修の成果

- 1) この事業に参加したことで地域包括ケア、ACP に対する理解がより深まった
- 2) 院内外問わず、継続看護の必要性、多職種連携の重要性を再認識した
- 3) リーダーとして共感疲労に対する新たな学びと自身の役割に気付くことができた
- 4) 自分自身の看護観を変化させることができた
- 5) 他分野の実践を経験することで病院内の新たな課題が見えた

行動レベル
実践

- ・ 研修の内容と学びの伝達講習会→看護課長会（拡大会議）
- ・ 看護サマリーの改訂着手（看護部記録委員会）
- ・ 多職種連携（合同カンファレンス）の再構築

済

着手中

まとめ

今回2週間と短い出向研修参加であったが悩みながらも出向環境の調整や出向者の動機付けを行い部署スタッフの協力を得て参加させることができた。
病院の外だから気付く看護の視点や家族の想いに触れ生き生きと出来事を話す参加者の様子に出向前とは違う自信と頼もしさを感じた。
今後、実践者として、またリーダーとしての成長に期待したい。
加えて、学習することの楽しさや成長していくことの喜びを継続していけるよう管理者として共に学び環境を整えていきたい。

今回、出向研修参加にあたり尽力くださった方々にお礼申し上げます。



長岡病院と あかしあ訪問看護ステーションとの 出向事業報告



令和8年3月12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
進戸亜希子 高木まゆ子

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10名(常4名非6名 換算7.6名)
- ・事務職員2名
- ・40~60歳代が活躍中

利用者

- ・小児から高齢者まで対象(精神障害など含む)
- ・約150名(12歳~104歳)
- ・46か所の居宅、51か所医師と連携

特徴

- ・緩和ケア認定看護師在籍
- ・悪性新生物が最も多い・医師依頼が多い
- ・介護保険:医療保険 8対2

出向事業に向けての準備・・・

「今年の出向事業は看護師を出すことができない」と連絡・・・



出向事業の実際

- 出向期間 2025年11月10日～21日 計10日間
- 事前に出向者と面談
- 同行訪問 21件 訪問件数2件
- 慢性期疾患、がん終末期、精神科疾患など幅広く同行訪問
- 実際の訪問看護は、認知症の利用者と糖尿病の利用者へ実施

管理者としての気持ち

あかしあそのものをみても
らって緊張しないようにして
もらいたい

5日連続勤務は慣れない
だろうから、体調には気
をつけてもらいたい

2週間でどのくらい訪問
看護を理解できるかなあ

2週間の間に、看護学生
も来る・・・
これはスタッフも大変・・・

～全人的にみる看護～

人としての尊厳および権利の尊重

本人や家族の本当の願いを知る
「家にいたい」でも「介護は大変」



それに伴走していくことが大切
揺らぎながら悩みながら道を歩む



今回の出向事業の成果・課題

<成果>

長岡病院ではなかなか退院支援が進んでいない現状

→どんな人でも家で過ごすことができる

大切なのは

本人や家族、介護者が、同じ方向を向いているか

それに伴走すること

<課題>

- ・もっと訪問看護を知ってもらう 理解してもらうこと
- ・病院の看護師人員不足で出向事業継続が困難・・・？

おわりに

- ・2週間という超短期間ではあったが、目的意識を常に持っていたことで、病院での課題・すべきことが見えてきた
- ・ステーションの看護師も古野さんの学びが自分たちの看護の振り返りになった

2026.3.12(木)

公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部 7-2病棟
春田 典久

目次

- 出向場所・期間
- 出向事業への参加動機・目標
- 訪問先・実際に行ったケア
- 学び① 訪問看護に対するイメージの変容
- 学び② 訪問看護介入意義に対する再認識
- 目標に対する評価
- 病棟看護師として活かしたいこと

出向場所・期間

場所 洋光台訪問看護ステーション

期間 2026.1.7～2.27
1ヶ月目－同行訪問
2ヶ月目－単独訪問

出向事業への参加動機・目標

動機 退院後に起こりうる課題がイメージできない
➡退院支援を主体的に行えるようになりたい

目標

- ①在宅療養者のニーズに対する支援・関わりを学ぶ
➡単独訪問で訪問看護を実践できる
- ②地域包括ケアシステムの実際を学ぶ
➡退院支援における病棟看護師の役割と課題の明確化

訪問先・実際に行ったケア

訪問した利用者

- 心不全
- 血糖/栄養 管理
- 頸椎損傷
- がん末期
- 重症褥瘡
- ストーマ
- パーキンソン病
- 腹膜透析
- 在宅酸素療法
- ◆高齢者夫婦
- ◆独居高齢者

実施したケア

- 血糖測定 インスリン投与
- 栄養指導
- 褥瘡処置
- 内服セット 配薬
- 入浴介助
- 浣腸
- ウロ/コロストーマ 装具交換
- 受診内容の確認
- 爪切り
- 腹膜透析 注入・排出見守り
- 筋力維持運動

★見学: デイサービス、担当者会議

訪問看護 学び①

訪問看護に対するイメージの変容

利用者の疾患・ADLの幅が広い！

出向前

がん末期、呼吸器管理、
重症褥瘡、寝たきり

ケア・介護度が高い

➡治療的介入がメイン
(導入の敷居が高い……)



出向後

栄養管理、血糖管理、受診確認
服薬管理、入浴介助、筋力維持など…

疾患
管理

生活
援助

➡治療的介入+予防的介入

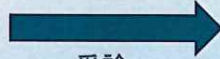
訪問看護 学び①

<事例>

- ・男性高齢者 独居
- ・糖尿病 視力低下
- ・訪問 週1回
- ・転倒⇒左小指の爪剥離

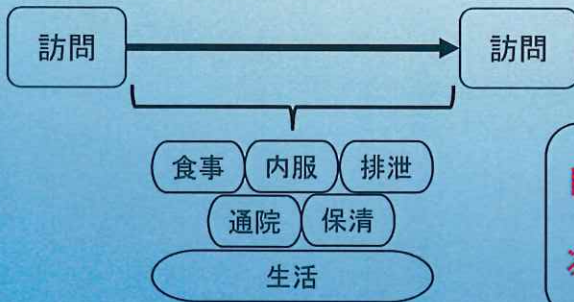


自己処置困難



受診

- ・連日の通院○
- ・食事、内服、着替え○
- ・防水指示のため保清×



目の前で起こっている問題への介入
+
次回訪問までの「生活」で起こりうる問題の予測と対策

訪問看護 学び②

訪問看護介入意義に対する再認識

1か月目の悩み

明確な処置・ケア(浣腸、ストーマケア、褥瘡処置など)は
生命維持、症状再燃予防、治療継続などと考えられるけど...



状態観察、会話がメイン
となる利用者に対する
訪問看護の目的は...?

訪問看護 学び②

<事例>

- ・男性高齢者 夫婦同居
- ・前立腺がん、間質性肺炎
- ・訪問 週1回
- ・状態観察、内服薬セット



サービス担当者会議にて

「できることが減った。
持病は完治しないから、
マイナスな事ばかり
考えてしまう。
出かける機会も少なく
なり、私のコミュニケー
ションは週1回の訪問
看護がメインです。」

- 在宅療養者(高齢者)
 - ・病気による精神的負担
 - ・社会的孤立



- 訪問看護
 - ・対話による精神的支援
 - ・社会との繋がりを保つ

目に見えないニーズへの介入

目標に対する評価

目標評価

- ①在宅療養者のニーズに対する支援・関わりを学ぶ

➡単独訪問で訪問看護を実践できる

電子カルテからの情報収集、スタッフの方の支援を受け
単独訪問で利用者へケアの実施ができた

- ②地域包括ケアシステムの実際を学ぶ

➡退院支援における病棟看護師の役割と課題の明確化

役割:継続が必要な看護の引継ぎ+在宅療養を想像した早期介入
課題:在宅療養の場および訪問看護の役割を知る

病棟看護師として活かしたいこと

- 入院中の患者に対し、退院後の生活において起こりうる課題をイメージして関わる
- 退院後の課題、支援の必要性について主体的に他職への情報共有を図る
- ニーズのある患者・家族に対して訪問看護の実際を伝える

謝辞

- 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皆様
- 当院看護部・病棟スタッフの皆様

2ヶ月間の貴重な経験の機会を下さり、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7年度 訪問看護出向事業報告会

令和8年3月12日(木)

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、私たちと私たちに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 など



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】769名(看護師728名、助産師41名) *令和8年1月時点

【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)

【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5分野 10名、認定看護師17分野 21名

【特定・認定看護師】8分野 13名

【特定行為研修修了看護師】15区分27行為 22名

【実習受入れ】基礎教育、卒後教育:年間延べ約3,000人 *令和8年1月時点

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

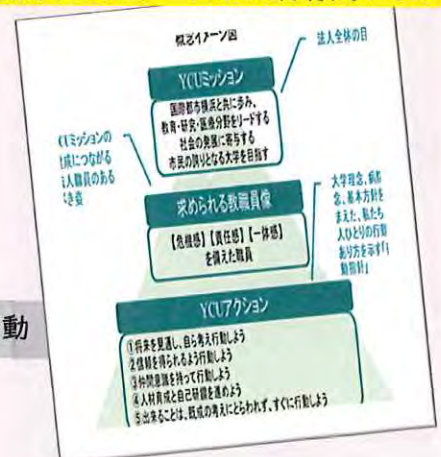
「切れ目のない地域包括ケアシステムを構築する」

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

横浜市立大学 YCU人材育成プラン



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
共通認識が必要

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

訪問看護出向事業の効果、価値

ひらく×つなぐ=かがやくYCU
横浜市立大学

👑 病棟と地域（訪問看護）の相互理解が深化

- ・入院中から、退院後の生活までを見据えた支援の必要性が明確となる
- ・退院支援の質向上につながる看護実践の実際を体験し、示唆が得られた

👑 看護職の実践能力の可視化

- ・生活視点を踏まえたアセスメント力の向上
- ・予測的思考の向上（次回訪問までに起こりうる生活リスクの予測など）

👑 病院の病棟看護の改善点を確認

- ・退院前指導の不足している内容や項目
- ・入院中からの環境調整やリスクに対する指導や対策の見直し

👑 地域包括ケアにおける病院の役割を再認識

- ・急性期から在宅への切れ目ない支援の重要性
- ・地域との連携強化に向けた土台づくり

訪問看護出向事業の継続と 質向上に向けた今後の取り組み

役割
発揮

出向事業終了後の院内還元・専門性発揮の場づくり

→看護部実践報告会で発表、学会等での報告機会と支援

評価の
仕組み

出向者の退院支援、実践力向上の成長指標の検討

→出向事業終了6カ月、または1年後

「訪問看護師ステップアップシート」とキャリアラダー評価の確認

連携
強化

出向事業参加者の交流・連携について

→機会の設定、入退院支援リンクナース会での事例共有 等

訪問看護出向事業の意義

「地域で暮らす人々の生活」を理解し、
看護の本質に立ち返る貴重な経験となります。
“本人がのぞむ生活” “その人らしい生活”を支えるために
その視点を実践できる人材の育成を、
今後も看護部教育担当として、支援していきます。

地域とともに、

患者さんの未来を支える看護に向けて。



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

2026年 3月12日（木）

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
2026.1月 (1ヶ月目)	17日/19日	73件	
2025.2月 (2ヶ月目)	17.5日/18日	11件	59件

訪問ケース

内服管理・食事管理・生活管理・認知症
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か月目同行	2か月目同行	2か月目単独	3か月目同行	3か月目単独
2025年度 春田さん	73	11	59		
2024年度	74	21	50		
2023年度	80	22	57		
2022年度	75	15	57		
2021年度	78	23	60	16	57
2020年度①	65	23	60	15	58
2020年度②	53	18	64	9	63
2019年度	64	15	61	2	78

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、
入院生活では見えないニーズに気付くことができる
- ・ 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

急性期から在宅へ 切れ目のない看護をめざして

～出向事業を通して見えた退院支援の課題と学び～

藤沢市民病院

6C病棟

上光 美佐緒

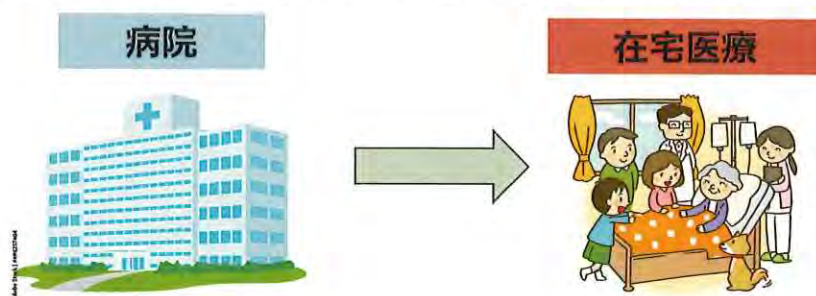
はじめに

高齢化の進行

治す医療から支える医療へ転換期

退院支援の難しさ

在宅療養の実際を体験した学びを報告



参加動機

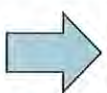
- ・退院支援を進める中で**独居患者、ADLの低下、認知症など病気を抱えたまま自宅退院する困難さ**を感じる
- ・退院支援サービスの**複雑化や多様化**により、**在宅看護のニーズ**が増えている
- ・**骨粗鬆症マネージャー**として退院支援に役立てたい

2

骨粗鬆症マネージャーとしての役割

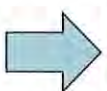
骨粗鬆症マネージャーは、骨折を予防し、健康寿命を延ばすための「**骨粗鬆症治療のコーディネーター**」です。

1. 多職種連携の架け橋（リエゾン）



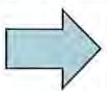
医師、看護師、薬剤師、理学療法士などの専門職を繋ぎ、チーム医療を円滑に進める調整役を担います。

2. 治療継続のサポート



自覚症状が乏しく中断しやすい骨粗鬆症治療において、患者への教育や服薬指導を行い、治療脱落を防ぎます。

3. 二次性骨折の予防（FLS）



一度骨折した患者に対し、迅速に治療介入とリハビリを促すことで、次の骨折（ドミノ骨折）を未然に防ぎます。

3

継続するポイント

<p>動かす</p> <p>体を動かすことは大事です。運動が苦手な人は、買い物や散歩など、生活の中で歩くことを心がけましょう。</p> 	<p>食べる</p> <p>カルシウムに加えて、ビタミンDやビタミンK、たんぱく質などを含む、栄養バランスのよい食事を心がけましょう。</p> 
<p>骨折を予防するためにできること</p>	
<p>転びにくくする工夫を生活に取り入れましょう。室内の段差で手すりを使う、家の中を片付けるなど、見直してみましょう。</p> <p>転ばない</p> 	<p>骨粗鬆症と診断されたらすぐに、医師の指示に従って薬による治療を始め、きちんと続けていくことが大切です。</p> <p>くすり</p> 

*ユーシーピージャパン株式会社資料より

6

出向事業の出向先、期間、内容

出向先：「かがやき訪問看護ステーション」

期間：2025年11月10日から11月28日までの3週間

内容：毎日およそ4件の同行訪問を行う。

前半は、バイタル測定やケアの様子を見学

後半は、同行訪問時に実際にバイタル測定や全身状態の観察

指示処置等を実施

訪問看護ステーションのスタッフとのカンファレンス、

病院スタッフ、看護協会スタッフ、訪問看護ステーション間でのカンファレンス

5

事例紹介 1

A氏

60代 男性 配偶者と子供二人の4人暮らし 妻が介護 要介護5

・ 右椎骨巨大動脈瘤 高位頸髄損傷

人工呼吸装着中、胃ろう、膀胱瘻あり、四肢麻痺

・ 妻の介護、訪問医、訪問看護、訪問入浴、訪問介護、訪問リハビリ等を利用し生活

・ 介護保険、医療保険、障害福祉サービス

・ 訪問リハビリ時に呼吸器を車いすにのせ、近くの公園まで散歩

また、障害福祉サービス等を利用しつつ自費でやりくりし、ディズニーランドを楽しまれたとの話を聞く



6

事例 1 からの学び

- ・ 医療依存度が高い状態であっても、在宅療養は**可能**
- ・ 「在宅は難しい」という先入観を持たない
- ・ 「何ならできるのか、何からできるか」という視点で関わる
- ・ **社会資源**をどのように組み合わせ、**多職種**で検討する

7

事例紹介 2

Y氏

80代 息子夫婦と二世帯住宅 夫が介護 要介護2

・ 大腿骨近位部骨折後当院で手術、リハビリ転院後に自宅退院

既往：慢性腎不全、自己免疫性肝炎、高血圧、骨粗鬆症

・ 訪問看護、訪問入浴、訪問医を利用

・ 現在 自宅内はバリアフリー、小型車いすで室内自走可能

・ 訪問看護は入浴介助と状態観察、内服管理で利用

内服は一包化。カレンダー式の薬シートで一か月分をセットし飲み忘れを防ぐ工夫をしていた

・ 入院中から開始した二次骨折予防の為の骨粗鬆症薬が退院後薬剤中断



8

事例 2 からの学び

- ・ 治療や予防の必要性を「説明すること」と「本人が理解し、納得して生活の中で継続できること」は異なる
- ・ 退院時の身体状況や治療内容だけではなく、患者がその状況をどう受け止めているのか確認し共有することが療養継続に影響する事

9

出向事業通しての学び

- 在宅移行し、生活支援への関わりを通して、利用者と家族は少しずつ病気を受け入れ、**生活を再構築**していた
- 訪問看護師は**利用者と家族との対話を丁寧に重ね、その時々時の受け止めや不安を確認し、生活状況を踏まえて支援**していた
- 「今、この人に最善か」**を利用者と共に**考え支援を組み立てて**いた

10

今後の課題

- 在宅療養は「難しい」と決めつけず、「何ならできるか」という**本人の持っている力を信じて関わる姿勢**が必要
- 多職種で社会資源の活用を検討する場を増やす
- 医療者全体で在宅支援の知識を深める必要性
- 「転院ありき」の思い込みで介入しない**
- 「治して帰す」から「人生を支える退院」への視点転換**
- 患者・家族の思いを記録し多職種で共有する体制づくり**

11

まとめ

- 利用者は、その時々のおいを叶えながら生活する場
- 治療支援に加え、患者の心情の橋渡し役を担う
- 患者の気持ちを丁寧に受け止め、共有しながら生活の場につなぐ
→「骨折」を契機に生活が変わった人を患者とともに認識していく

切れ目のない看護の実現に重要

12

ご清聴ありがとうございました



2025年11月28日
かがやき訪問看護ステーションにて

13

藤沢市民病院

藤沢市民病院 6 C病棟看護師長
小林直美



■ 藤沢市民病院概要

病床数536床（診療科：35科）
職員数：約1200人

- ・ 湘南東部二次保健医療圏における三次救急医療
- ・ 第二種感染症指定医療機関
- ・ 小児救急医療拠点病院
- ・ 周産期救急医療中核病院
- ・ 地域医療支援病院
- ・ 地域がん診療連携拠点病院

平均病床稼働率 82.6%
平均在院日数 9.6日



■ 看護部の紹介

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



<看護部キャッチフレーズ>






- 😊 観察力
- 😊 対話力
- 😊 つなぐ看護

<看護体制>

- 看護体制： 7 : 1
- 看護方式： 固定チームナーシングと受け持ち制
- 夜勤体制： 2または3交代制

■ 6C病棟（整形外科）の特徴

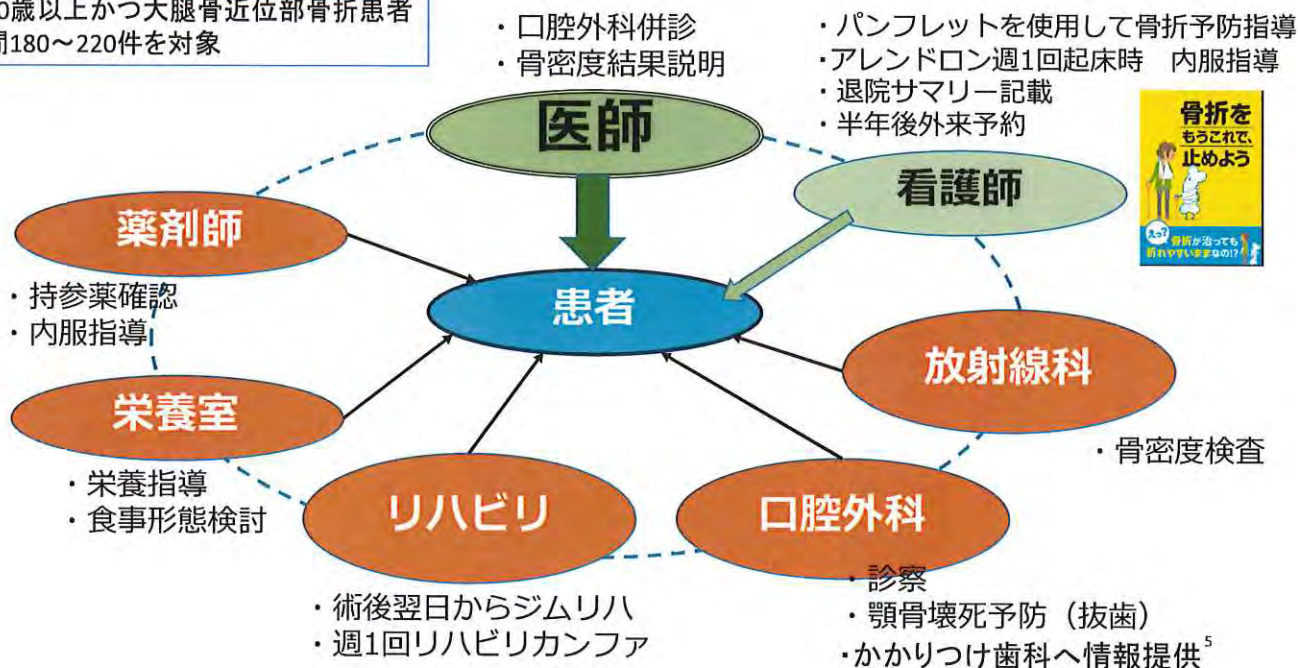
病棟目標：多職種で連携し安全で質の高い看護を提供する

-  手術年間771件・平均病床稼働率89.6%
-  入院患者の54%が75歳以上
-  40%が外傷・骨折患者・多疾患併存
-  在院日数13.1日
38%の患者がリハビリ転院
-  1～3年目看護師が42.4%占める
若手看護師が活躍中

術後翌日からリハビリを開始
入院した翌日から、退院支援カンファレンスを開催し退院調整をおこなっている

■ 2022年度よりF L Sチーム活動開始

※50歳以上かつ大腿骨近位部骨折患者
年間180～220件を対象



自部署の問題

■急性期では「手術」「疼痛管理」「リハビリ」「合併症管理」が優先され、記録が治療経過中心の記録が中心である

→ 患者や家族の生活背景や受け止め状況の確認が不足

■患者が生活をイメージする前に退院が決まることが多い

→ コロナ対応後から、面会人数や時間の制限によって、家族の生活支援状況、介護力の有無などの情報を得る対応が不足

事業参加への調整ごと

■参加期間の調整

3週間連続での事業参加

<メリット>

訪問看護業務に専念できる

<デメリット>

業務の人員確保が難しい

訪問看護事業に行くことの目的と必要性を十分に説明

月初め、月終わりに夜勤を入れる。指導業務はこの期間は避けるなどの工夫し業務を組み立てた。

私たち急性期病院の看護師ができること

■生活再建のスタートを作ること

■生活背景を知る

■二次骨折予防を生活と結びつける

■生活に戻ることを患者とともにつくる

■在宅につなぐ情報を残す

今、取り組み始めたこと

- 訪問看護での学びを看護部報告会で共有

病棟カンファレンスでも、部署スタッフと学びを共有

- 急性期治療を終えた患者や家族が、今どの段階にいるのかを次につなぐ

「患者の思いを、患者の言葉で記録に残す」

病棟の月目標に掲げ、看護記録や看護サマリーの充実に取り組んでいる。

今後の課題

- 一人ひとりの退院支援対応力の向上
- 地域につなぐ看看連携の情報共有の質向上



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

(3週間の出向)



2026年3月12日 (木)
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">・居宅介護支援事業所を併設・看護職/14人 ・ケアマネジャー/専任2人・兼任4人 ・事務/2人・看護師常勤換算数/9.5 (8.9) 人
利用者 (2025年度月平均)	<ul style="list-style-type: none">・利用者数 163人 (0歳から今までの最高107歳)・訪問件数 789回・24時間対応者契約者 118人 (全利用者の72%)・保険割合 (医療:介護) 約 35%:65%・特別訪問看護指示書者数 (実施数) 15人 (18回分)・在宅看取り数 21人・特別管理加算 21.93%
特徴	<ul style="list-style-type: none">・機能強化型 I・看護体制強化加算 I・訪問看護認定看護師/フットケア専門 (指導士) /リンパ浮腫セラピスト等

3週間の出向事業



期間	令和7年11月10日～11月16日（研修期間） 令和7年11月16日～11月28日（職員期間）			
出向者目標	①退院後の生活の実際をしり、退院支援をスムーズにするためのポイントが分かる ②患者が、退院後の生活イメージでき、不安なく退院を迎えることができる			
ステーション目標	①在宅環境や日常生活、ケア上の工夫点を共有でき、看護の質を確認・改善できる。 ②互いに必要な連携の在り方を、検討出来る。			
同行訪問利用者数 35名				
年齢	人数	独居数	主な疾患	ケア内容
10代	1名	0名	低酸素脳症	入浴介助
50代	3名	1名	脳性麻痺・変形性足関節症・てんかん	入浴介助・創処置
60代	2名	1名	頸髄損傷・腎不全	バルン管理
70代	5名	2名	パーキンソン病・2型糖尿病・右股関節置換術後・生体腎移植後 等	シャワー／入浴介助・服薬管理
80代	15名	5名	変形性股関節症・脊柱管狭窄症・大腿骨転子下骨折・アルツハイマー型認知症 等	シャワー介助・リハビリ・フットケア・服薬管理・排便ケア
90代	7名	2名	脊柱管狭窄症・腰椎圧迫骨折・脳梗塞後遺症・膝人工置換術後 等	シャワー介助・リハビリ・排便ケア
100代	1名	0名	頸部脊柱管狭窄症	部分保清
最終日は、メインでケアの実施2名				



開始～ 終了の流れ	<p>11/10) 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 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、個別の手順書など、訪問看護に必要な書類の確認 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 訪問グッズ・持ち物準備</p> <p>11/10) 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</p> <p>11/13) 爪切り・フットケアのレクチャー</p> <p>11/17) 中間カンファレンス（目標シート・ラダー実施）</p> <p>11/18) ステーション内カンファレンス</p> <p>11/26) 最終カンファレンス（目標シート・ラダー実施）</p> <p>11/28) メインでのケア2名・カナミックでの記録</p>
--------------	--

上光Nsとのカンファレンス



上光さんからの質問

<訪問看護で大事にしていること>

- *利用者さんの強みを大切に、力を最大限に生かせるように、一緒にケアを作り上げていく。
- *生活がうまく回るように考える。
- *利用者さんの大切にしていることを受け止めて、危険な部分は、専門の見地からアドバイスする。
- *傾聴。利用者さんの想いを大事にする。
- *その方の生活をKEEPできるように、よく話をして、その人となりを掴むようにしている…

<退院サマリーに記載してほしい事>

- *主治医からの説明内容、説明された人、その受け止め方や反応。(発言内容を具体的に)
- *指導内容、理解度。紙ベースで資料があると、指導がスムーズ。
- *入院してから退院するまでの情報(例:バルンカテテルが挿入となった際に、利用者さんへの管理指導がなく、在宅で管理する医療機関が決まっていなかったこと)

骨粗鬆症マネージャーとして教えてくれた事

*大腿骨の骨折は、1年後に10%の方が寝たきり、もしくは亡くなっている。骨折は1度起こすと連鎖的に他の箇所も骨折する傾向にある。よって、骨折した時には脆弱性骨折の人を見つけて治療することが必要。その際は、骨密度や治療結果の確認をしながら多職種連携が求められる。

しかし、退院するとアレンドロンやビタミンDの薬剤が中止になることが多い。服薬後に30分間の座位保持や、嘔まずに飲まなくてはならないために、嚥下機能が絡んでいることが原因とおもわれるが、急にやめると一気に悪くなるデータもあるため、月1回の注射に変更できるとよいと考える。服用を継続する際は、顎骨壊死の危険などの副作用があるため、口腔内の衛生管理が必要となり、歯科との連携が必要。

同行訪問やカンファレンスの感想

～かがやき訪問看護ステーションより～



- ・骨粗鬆症だけでなく、いろんなケース、ケアの実際を見てもらえて良かった。現状を理解してもらえたと感じる。
- ・入退院時のサマリーについて、意見交換できてよかった。こちらの希望が伝えられた。病院と訪問看護の懸け橋になってほしい。
- ・講義により、骨粗鬆症や骨折への理解が深まった。(薬やカルシウムも大切だが、タンパク質の摂取が大切・服薬の方法など)

- ・3週間にわたり毎日勤務され、職員としての一体感があった。お人柄もあると思うが、かがやきに馴染んでいらっやった。関係性づくりは、今回の方があった。
- ・一人訪問は託す方も、託される方も緊張が高まる。一人で訪問することが目的ではないなら、無理に目指さなくてよいと思う。

こんなことを感じてくれました

～上光NSの記録より～



目標に対する振り返り

- ・自宅環境を実際に見る事で、**家庭で出来る工夫や**気を付けることが分かった。（家に入るまでの段差や細かい段差・つかまり歩行できるような物の配置・トイレまでの動線…）**本人や家族の意向も大事**
- ・**サマリーの改善**（医師からの説明内容や患者、家族の理解度・指導内容と理解度・現病歴の他に既往歴）
- ・**利用者のニーズは多岐**（状態観察、シャワー浴、排便管理、点滴、吸引、家族指導等）にわたり、それらに合わせた**情報収集、退院指導**をしていく。
- ・病気、障害、医療処置、いろいろともっていても**在宅生活は可能なこと**を実感。
- ・病院では**かなわないこと**でも、**在宅生活だと可能な事**もある。在宅生活をする為の工夫もたくさんあった。

今後に活かしたい事

- ・在宅へ退院する人は、家での状態や状況を確認することが大事。そこを踏まえて、内服や処置、ADL、QOLを見て、何をすればいいか考えていく。
- ・看護サマリーには、医師からの説明、家族や患者の反応、処置等ある時は指導内容、誰がどこまで習得しているのか、不十分なのかなどを記載。
- ・医療処置がある場合は衛生材料等の準備、看取り看護の意向は早めの調整、内服については一包化の提案などを行う。又、この経験をスタッフへ話していくことが大事。

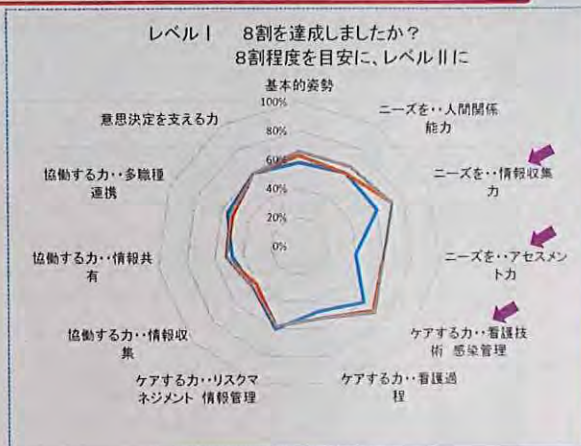
訪問看護ラダーの変化



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

	11月10日	月 日	月 日
基本的姿勢	58%	63%	66%
ニーズを・人間関係能力	60%	60%	66%
ニーズを・情報収集力	60%	72%	72%
ニーズを・アセスメント力	40%	60%	60%
ケアする力・看護技術 感染管理	60%	69%	71%
ケアする力・看護過程	48%	53%	53%
ケアする力・リスクマネジメント 情報管理	60%	58%	58%
協働する力・情報収集	43%	40%	43%
協働する力・情報共有	48%	52%	52%
協働する力・多職種連携	56%	51%	53%
意思決定を支える力	60%	60%	60%



各家庭で行われている環境の工夫やサービスの利用状況を確認でき、情報収集力、アセスメント力の伸びが大きくある。目標達成に近づいていると感じられる。



<p>出向事業実施の メリット</p>	<p>* 互いの役割や地域の現状を紹介できる、知ることが出来る機会となる 地域の総合病院（急性期）の役割や現状⇔訪問看護の役割や現状 ⇒ ・具体的な看看連携（サマリーや情報共有の方法など）多職種連携（医療だけでなく地域の介護・福祉サービスの種類や具体的な利用状況） ・利用者、家族の意思決定支援（小さなケアから、入退院の意思…） ・日常の看護を見つめなおす、新たな知識を得るなど、看護の質の向上が図れる</p>
<p>実施体制の メリット</p>	<p>・整形外科病棟勤務、骨粗鬆症マネージャー、退院支援に携わっているなどの情報から、同行ケースの選択が行いやすい。且つ、整形外科疾患は、保清や排便ケアなどの決まったケアを週に複数回行うことが多く、利用者様にとっても、事業所にとっても、同行回数を重ねやすい。安心なケア（単独訪問）につなげやすい。 ・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、互いの施設に体制上の負担少なく実施できる。 ・今までで、一番長期日数だったため、全員のスタッフと同行訪問することが出来た。そして、職員としての一体感を感じた。 ・訪問看護経験Nsだったので、訪問看護のイメージが付きやすく、スタートのストレスが少なく済んだのではないかと考える。</p>

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。

1人の自立した訪問看護師として看護展開できることで、見学や体験だけでは得られない、利用者本人の意思の大切さ、利用者・家族への自立支援の大切さ、安全にケアが行える大切さ、多職種連携の大切さ等々への理解が深まると思うが、お互いに負担にならない体制での実施は大事である。

毎回、受け入れ体制が異なっており、こういった形式が良いかわからないが、2週間の短期間では自立訪問までは困難であった。3週間だった今回の方が、到達しやすかった。ただ、目標1)

2)に関しては、毎年短期間でも、学びはあり、事業実施期間よりも、あり方を検討しながら、今後も連携の輪を広げられるとよいと思う。そして、きちんと生活が成立する退院へつなげていけたら…と考える。



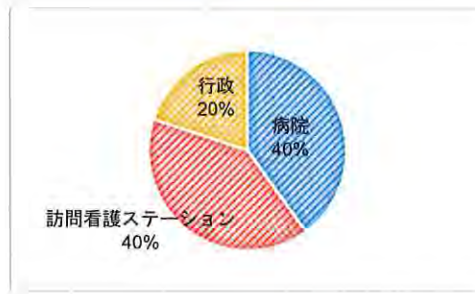
2025年度 病院と訪問看護ステーション 出向事業報告会アンケート結果

■開催日 2026年3月12日(木)

■参加者 19名、参加者(発表者9名+協会職員5名+申込者5名) アンケート回答数12

1. 申込者所属

病院	2
訪問看護ステーション	2
行政	1



2. 出向事業報告会に参加してよかったか

よかった	100%
------	------

3. 感想やご意見

①	訪問看護の場でも学びは大きいですが、病院が組織的な取り組みを進めていることにとっても、心を動かされた。
②	参加して訪問看護の仕事もしたいという気持ちと、在宅へつなぐ看護を病院スタッフへ、繋げたい気持ちがあります。この出向事業に若いスタッフも参加し、いろいろな体験をして欲しいと思いました。ありがとうございました。
③	訪問看護の方々がとても優しく接してくださり、緊張しながらも安心して取り組むことが出来ました。
④	2ヶ月目の単独訪問開始後も不慣れな訪問先には同行していただき、安心して訪問を行うことができました。大変お忙しい中でも、沢山の学びの機会を作ってください、とても充実した2ヶ月でした。ありがとうございました。
⑤	急性期病院では日々の業務に追われる中で、退院後の生活や在宅での支援について立ち止まって考える機会は多くありません。今回、訪問看護出向事業にスタッフを送り出す機会をいただき、急性期看護と在宅看護のつながりについて改めて考える良い機会となりました。発表会では、出向したスタッフが研修で得た学びを整理し、自分の言葉で語る姿を通して、部署としても学びを共有することができました。また、訪問看護側の発表を聞くことで、生活の場で患者さんを支える看護の実際を知ることができ、急性期での関わりを振り返る機会にもなりました。急性期と在宅では場は違いますが、患者さんの生活を支える看護の大切さや楽しさを改めて感じる機会となりました。今後もこのような学びが多く看護師に広がっていくことを期待しています。また、可能であればWebでの発表だけでなく、顔を合わせて学びや実践を共有できる機会があると、より深い交流につながるのではないかと感じました。
⑥	体験した方々の学びの共有の場になっているだけでなく、病院としての準備や出向から得られたメリット、ステーションのとしてのメリットを知ることが出来ました。可能であれば、3者の交流の機会となるディスカッションができると良いと感じました。ありがとうございました。
⑦	他施設の取り組み状況も知る事ができ、大変参考になりました。貴重な機会をありがとうございました。
⑧	看護協会の訪問看護ステーションだけでなく、他のステーションでも。他の病院でも。需要と供給がマッチするところが、あるのではないかと考えた。調整が大変なため、メリットが大きくなるようにすることが、難しいと思った。
⑨	各病院出向者の目標がそれぞれ違い、学ぶ内容も少しずつ違いがあり、勉強になりました。また継続していけたらと思います。
⑩	出向事業での学びから看護サマリーの見直しなど考えて頂きよかったと思います。
⑪	出向事業での発表を聞いていて、出向する側も受ける側にとっても、メリットが多いのではないかと感じました。たくさんの学びを共有していただけて改めて、地域連携の重要性を学ぶことができました。
⑫	病院に入院中から在宅を知る素晴らしい研修です。病院以外の方にも機会があると良いと思います。