

出向者・出向元病院の立場から

「大学病院における在宅療養移行支援人材の育成
～訪問看護ステーションとの連携強化～」



令和6年3月9日

広島大学病院
副病院長・看護部長
佐藤陽子



当院の概要

開設者：国立大学法人 広島大学

病床数：742床（一般病床720床、精神病症20床、感染症病床2床）

診療科数：医科36診療科、歯科13診療科

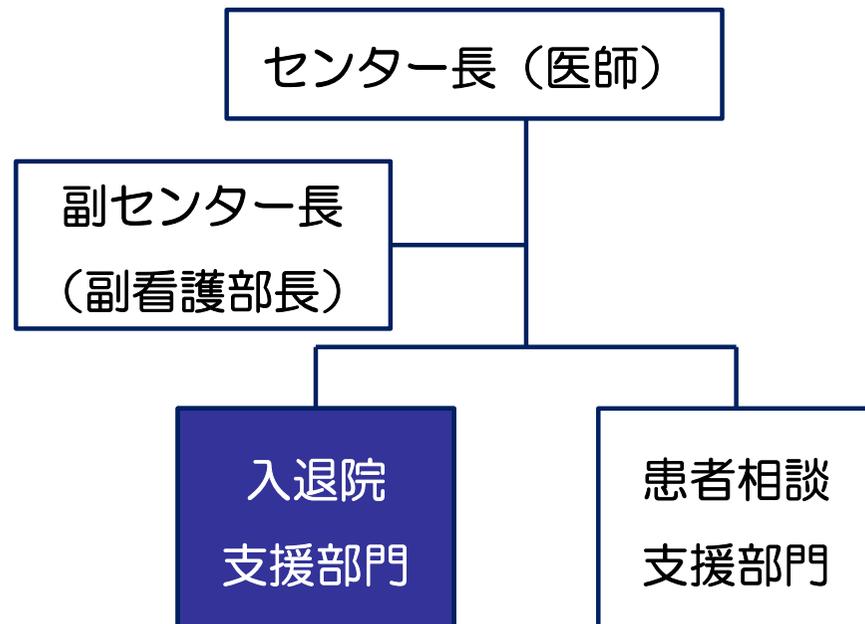
入院基本料：特定機能病院入院基本料（一般病床）（7対1）

入退院支援加算1届出

平均在院日数：10.2日、平均稼働率：85.9%、在宅復帰率：91.7%（2022年度）

看護職員数：918名（2023.4.1）

患者支援センター組織図



入退院支援部門スタッフ

看護職員	病棟専任	9名
	専従	7名
MSW	退院支援	6名
事務職員	地域連携	7.5名

退院支援における連携先との連携構築

入退院支援加算1届出要件

＜連携機関25施設以上と年3回以上の面会実績＞

2022年度：339施設（544回）うち訪問看護ステーション86施設161回

2023年度：307施設（485回）うち訪問看護ステーション88施設159回（1月時点）

診療報酬算定実績（件数）

	入退院支援加算1				介護支援等連携指導料	退院時共同指導料		
	支援加算1	+地域診療計画書加算	+入院時支援加算1	+小児加算		指導料2	+保険医共同指導加算	+多機関共同指導加算
2022年度	11467	2	2921	1124	147	140	11	32
2023年度	10133	7	2926	1036	117	136	12	44

退院前・退院後訪問指導

在宅での実践経験が圧倒的に不足

年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度（1月まで）
退院前訪問指導件数	6	19	19	18
退院後訪問指導件数	0	0	1	0

ストーマケアの患者対応（皮膚・排泄ケア認定看護師）

在宅療養移行支援人材育成研修 (2016~)

Step-3

訪問看護ステーション研修
(3日間)

<学習課題>

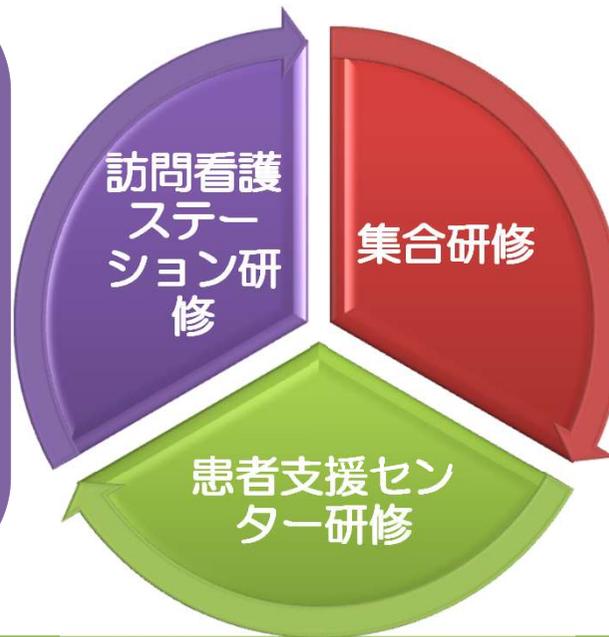
1.同行訪問

①療養環境・療養生活を知る

②看護情報の活用

③緊急時の対応

2.訪問看護ステーション業務



Step-1

①「ヘルスケアシステムにおける看護職の機能と役割」

講師：大学教員

②「大学病院における入退院支援の現状と看護職の役割」

講師：入退院支援看護師長

③「訪問看護ステーション事業」講師：訪問看護ステーション所長

講師：訪問看護ステーション所長

Step-2

患者支援センター研修 (1日)

<学習課題>

1.社会資源・サービスの理解

2.チーム医療の実際を知る

全Step修了者数の推移 (2023年度Step1まで修了64名, Step2まで修了13名)

年度	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	合計
修了者数	6	13	18	14	5	6	27	16	105

8年間で合計7施設の訪問看護ステーションで実習

訪問看護ステーション研修（3日間）の成果

研修目的

在宅医療の中での医療施設と地域（在宅）との連携の実際を知る。
大学病院看護師として、ケアの継続のあり方、患者・家族支援のについて考える機会とする

研修の成果（学び）

在宅環境や本人・家族の意向、サポート体制について細かに情報収集を行い、望む療養環境を提供できるよう多職種カンファレンスで情報提供を行う必要がある

本人の気持ちを尊重すると同時に、家族の気持ちの確認も必要

家族サポートとして、緊急時の対応を具体的にする必要はある

長期療養中での経済的問題も考慮し、処置方法を検討する必要がある

入院時から退院を見据えた情報収集や効果的なカンファレンスの実施、継続看護を実践できるようロールモデルとなり取り組みたい

外来看護において、在宅療養を行っている家族が不安や困っていることがないか定期受診の際に確認し、必要時サポートを行いたい



研修報告会の開催（オンデマンド配信）

同行訪問での経験（事例）、学び、今後の活動についてプレゼン動画を作成。
看護職員全員が閲覧できるよう、オンデマンド配信（1年間）

退院支援リンクナース活動

在宅療養移行支援機能の強化を図るとともに、患者・家族に寄り添った看護の充実を目指し、適切かつ効率的な退院支援・退院調整を推進することを目的に、2014年4月から活動開始（5回/年開催）

第1回：自部署の問題点・課題の抽出

社会資源の活用に関する知識不足

疾患・病態・治療に関連した患者指導・地域との連携に関する知識不足

第2回：自部署における目標と具体的取組み内容・進捗状況の共有

在宅療養場面での患者・家族の課題の把握と介入ができていない

在宅での療養場面が想像できない

第3回：退院支援カンファレンスロールプレイ

患者情報シート・面談シートの改訂

第4回：活動計画の進捗状況報告

在宅療養指導の充実

退院支援カンファレンスの充実

第5回：活動成果発表

外来との情報共有による継続看護の充実

ICFの導入



出向事業参加に向けた準備

院内研修で「在宅現場の体験」を通し、在宅療養の実際・可能性に気づき、大学病院における在宅療養移行支援の必要性、今後の活動意欲につながった



患者の個別性に配慮したケアや指導、訪問看護業務の実践を通じて在宅療養移行支援に関する実践力の涵養につなげたい

①出向者の募集：

事業について説明し期待する成果と役割について部署管理者と共有

②出向者の選考：

初年度は院内の看護業務や退院支援体制について提案できる立場・役割・動機を持つ看護師を選考

③出向者の準備：

出向の実施目的、出向者の実践目標の明確化（学びたいこと（1か月目）

⑥出向中のフォロー体制：

連絡体制（緊急・災害発生時等）、勤務状況報告の方法、メンタル面のサポート体制について決定

⑤顔合わせ：

県看護協会と病院側と訪問看護ステーション側との顔合わせを行い、書類や労務管理等について確認

④協定の準備：

協定書（案）を病院総務グループを通じて広島大学人事部の承認を得る

⑦出向1か月評価10/31：

「業務内容、学び、課題」について共有、評価表の確認を行う（於：訪問看護ステーション「こい」）

⑧出向2か月評価11/30：

「業務内容、学び、課題」について共有、評価表の確認を行う（於：訪問看護ステーション「こい」）

⑨最終評価12/26：

3か月間の業務内容の総括評価を実施（於：訪問看護ステーション「こい」）

出向事業参加の成果及び今後の課題

- ◆ 出向者：患者支援センター所属副看護師長
- ◆ 院内での役割：退院調整看護師として転院調整や在宅療養移行支援業務、スタッフ教育の役割を担う

✓伝達講習の実施

～患者支援センター内でMSW含め、学び・課題を共有

✓看護部職員へ出向事業参加報告

～プレゼン動画を作成しオンデマンドで配信予定

出向事業参加の成果

- 多職種連携の重要性の再確認
- 人材育成～対象者を地域の生活者としてとらえる視点、継続可能かつ現実的なケアの検討～
- 外来通院患者の対応～相談窓口一元化に向けた取り組みの必要性～
- 地域連携～退院支援カンファレンスの内容の充実化、内部組織の部門間連携の強化
- 災害対策
在宅療養における災害時の対応、準備からの学び

次年度に向けた体制整備

- ①看護職員の退院支援・在宅療養移行支援能力の強化
- ②地域の訪問看護との連携の強化
- ③退院前訪問、退院後訪問の充実化

