

令和5年度 訪問看護出向事業報告会

～訪問看護ステーションの立場から～



令和6年3月9日(土)

広島県看護協会訪問看護ステーション「こい」

所長 道法 和恵

広島県看護協会訪問看護ステーション「こい」の概要

所在地

広島市西区己斐上

開設

平成16年 7月

職員数

17人（看護師11人・理学療法士3人・作業療法士1人・事務2人）

利用者数

108名（令和5年10月実績）

訪問件数

665件（令和5年10月実績）

訪問看護指示書交付
医療機関数

34機関（令和5年10月現在）

訪問エリア

広島市西区・佐伯区・中区

機能強化型訪問看護ステーション1算定事業所



【訪問看護事業局 基本理念】

住み慣れた地域で、最期まで安心して暮らせるよう、質の高い看護サービスを提供します。

【活動重点エリア】

広島市西区・広島市佐伯区

【地域活動】

認知症カフェ

認知症ケアカフェ

地域介護予防拠点整備促進事業

広島市西区訪問看護ステーション

連絡会

【高齢化率】

広島市高齢化率 26.1%

西区高齢化率 24.2%

己斐・己斐上高齢化率 32%

(広島市ホームページ)

区別・高齢者人口の推移令和5年3月31日現在引用)



認知症カフェ



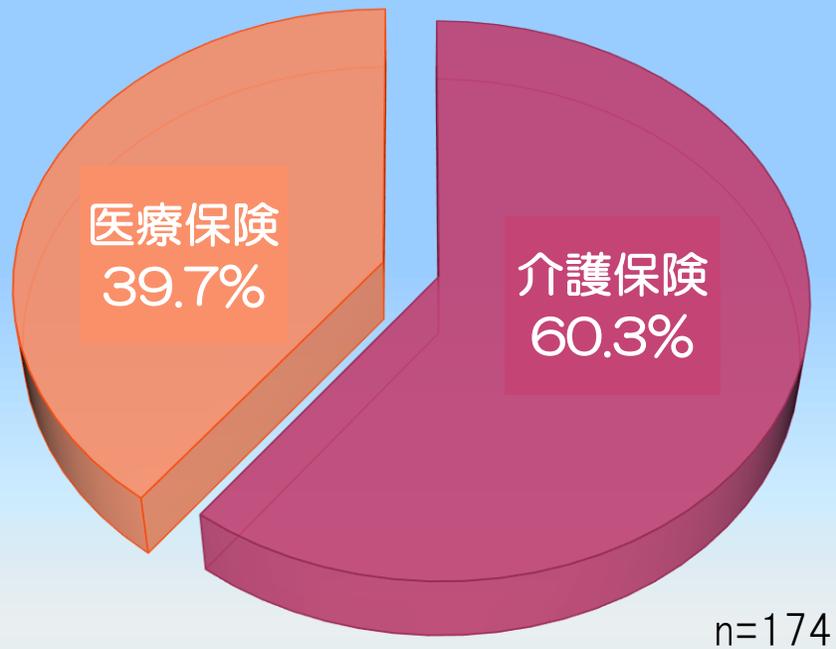
認知症ケアカフェ



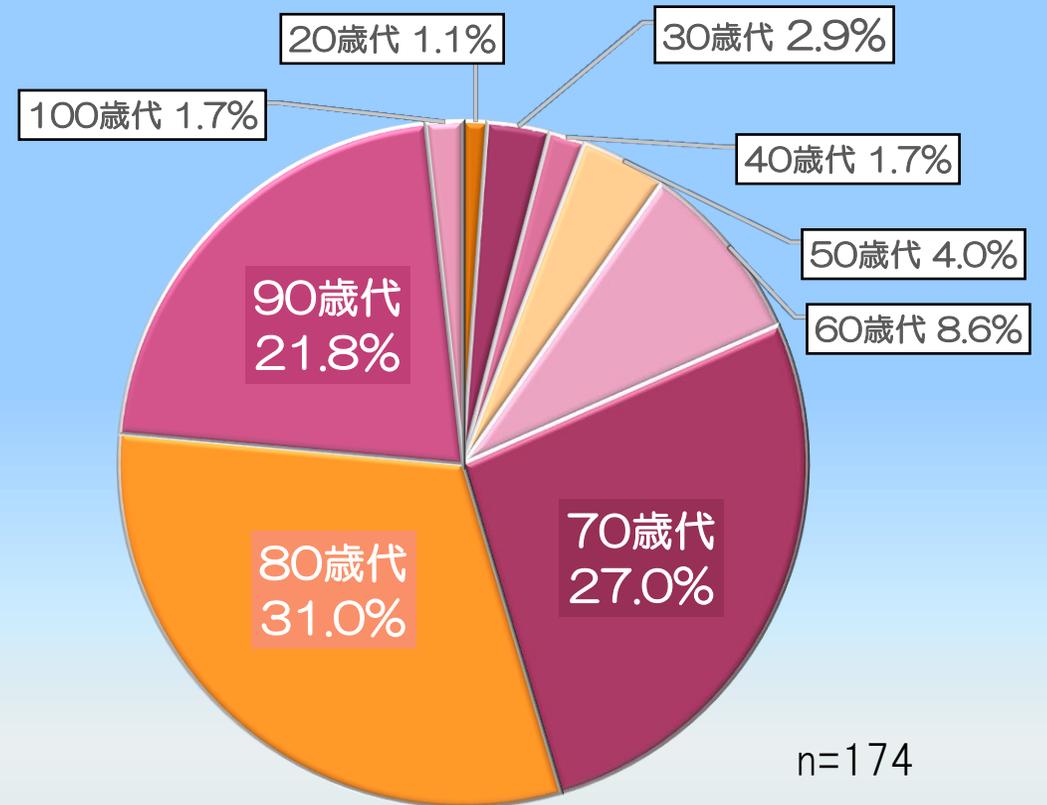
地域介護予防拠点
整備促進事業

訪問看護ステーション「こい」 業務実績 (令和4年度実績)

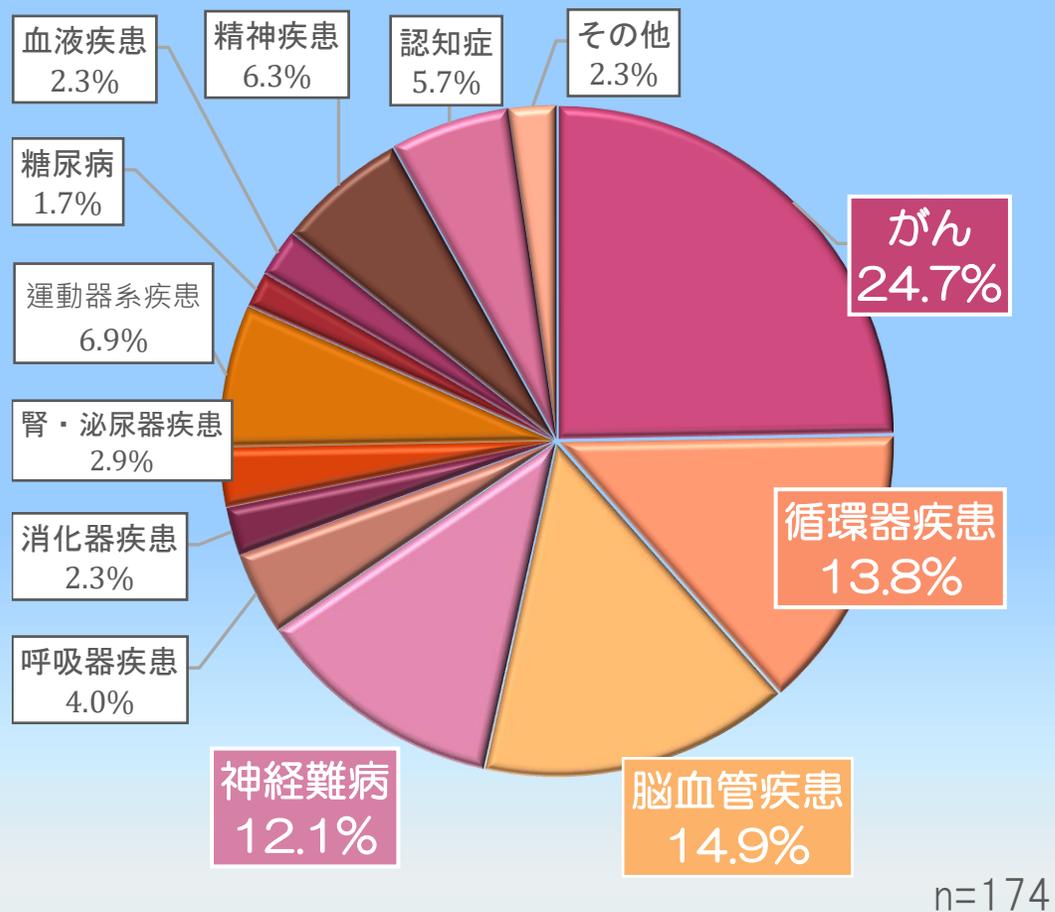
【介護保険・医療保険の割合】



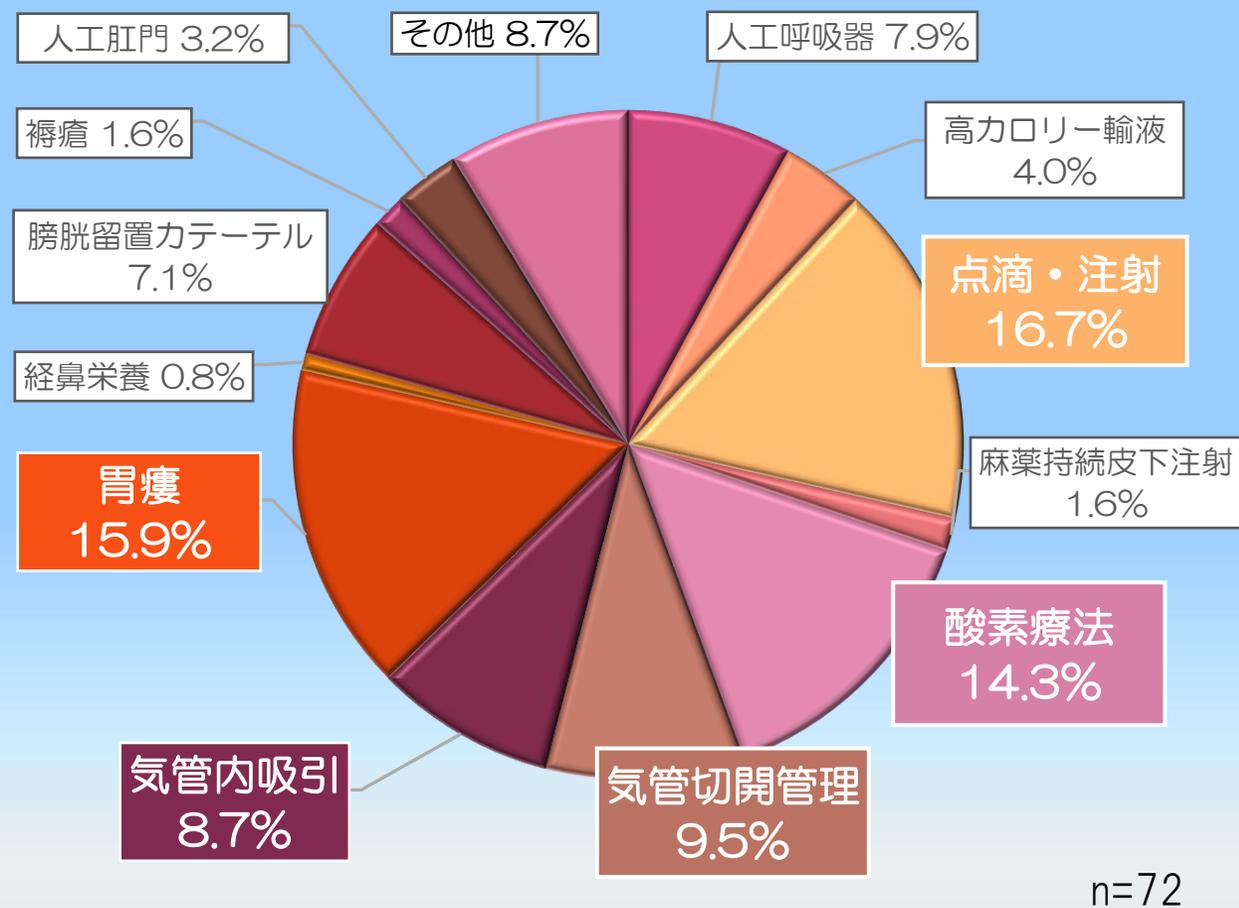
【年齢別割合】



【令和4年度利用者疾患別割合】



【令和4年度医療処置割合】



訪問看護出向事業目的

病院の看護師が一定期間、病院に在職したまま地域の訪問看護ステーションに出向し、訪問看護に従事しながら在宅療養支援能力の向上をはかることにより、院内の看護ケアや退院支援機能の強化に役立つスキルを取得し、地域連携の強化に繋げる。

ステーションの目的

訪問看護の理解の促進

出向元の病院との連携強化

地域の特性に沿った地域包括ケアシステムの理解

出向受入れ期間 令和5年10月1日～12月31日（3ヶ月間）

出向事業の流れと利用者の選定

9月

事前準備

《出向者》

広島大学病院

大倉 木の实さん

看護師歴 20年

- 眼科・放射線科 9年
- 泌尿器科・乳腺外科・腎臓内科
消化器外科 4年
- 患者支援センター 7年

《事業所内外》

指導責任者：所長

- 主任(指導者),常勤職員(副指導者)
- 受入れ計画作成と職員への周知
- 業務マニュアル・貸与物品確認
- 利用者や関係機関に通知文送付
- 利用者選定、挨拶先の検討

10月

同行訪問

《同行訪問する利用者》

- 10月は介護保険利用者や、安定している医療保険利用者
- 広島大学病院で出向者が退院支援を行った利用者
- 11月から単独訪問を予定する利用者
- 終末期など同行訪問（見学）
- 振り返り用紙に毎日記載し振り返りシートを指導者と共有

11月

12月

単独訪問

《単独訪問する利用者》

- 状態が安定しており、常勤職員が主担当をしていた利用者
- 新規利用者で訪問回数が多い利用者
- 病院での経験を活かすことができる利用者
- 居宅介護支援を「こい」で担当している利用者
- 多職種との連携が多い利用者
- 主治医が基幹病院の利用者
- 外来との連携を必要とする利用者
- 訪問後は日々の振り返りを行う

※訪問看護業務の習得状況評価表で毎月振り返りを行う

出向事業の実際



出向1ヶ月目

訪問看護業務の一連の流れを理解するための研修・同行訪問

- ① スタッフと共に利用者への訪問看護に同行。
- ② タブレットによる看護記録の作成(指導者が内容を確認)。
- ③ 医師との連携 (訪問診療を行うクリニックを訪問)。
- ④ 西区内6カ所の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を訪問し連携の課題を共有。併設の居宅介護支援事業所での半日研修。
- ⑤ サービス担当者会議への参加。
- ⑥ 出向者が退院支援で関わっていた難病の利用者の死後処置に同行。



居宅介護支援
事業所訪問

出向2ヶ月目

受持ち利用者の単独訪問を行う
地域で行われている研修会や行事に参加する

- ① 単独訪問の開始(延べ33名)、同行訪問を継続(延べ21名)。
- ② タブレットによる看護記録の作成(単独)。
- ③ 新規利用者を担当。契約、創処置、担当者会議等で同日2回訪問。基幹病院が主治医のため処置方法を外来看護師と共有。他の職員と同行訪問し処置方法を伝達。
- ④ がん末期の利用者の退院前カンファレンスへ参加。
- ⑤ 深夜帯に訪問した看護師の代わりに、がん末期の利用者に訪問。
- ⑥ 休日に誤嚥疑いの利用者の輸液管理と担当利用者の創処置に対応。
- ⑦ 認知症カフェ、認知症ケアカフェ参加。



認知症ケアカフェ
で発表

出向3ヶ月目

受持ち利用者の看護計画から報告書まで一連の業務を行う
他職種との連携について考える

- ① 単独訪問(延べ34名)、同行訪問を継続(訪問延べ22名)、受け持ち利用者は7名。
- ② 看護計画書から報告書作成まで一連の記録を1人で実施。
- ③ 出向者が退院支援で関わっていた難病の利用者のグリーフケアに同行。
- ④ 受け持ちの利用者が自宅で転倒し主任と同行し緊急対応。
- ⑤ 急変のリスクがある利用者に対して、外来看護師へ情報提供し訪問診療を提案。
- ⑥ ポケットエコーを利用した残尿測定のために職員と同行。
- ⑦ 西区訪問看護ステーション連絡会へ参加し、「AYA世代の人の困り事」と題して西区保健師、西区訪問看護ステーション管理者と課題を共有。



歩行訓練中

定期的な振り返り

- 毎日、出向事業中は振り返り用紙を記載
- 月に1回、訪問看護業務の習得状況評価表で評価
- 単独訪問を行う時には、訪問後に報告を受け指導者と共有



実践した内容を確認して、学びや不安に思っていることを知る機会となった

振り返りシートの内容や面談を計画に活かすことができた

出向事業の成果

地域の特性に沿った地域包括ケアシステムと訪問看護の理解の促進

- ① 訪問看護ステーションが地域支援として活動している（認知症カフェ・認知症ケアカフェ・地域介護予防拠点整備促進事業）に参加し、その実際を伝えることができた。
- ② 受け持ち利用者が介護保険で利用している、通所リハビリと通所介護を利用日に見学し、在宅サービスの実際と内容について伝えることができた。
- ③ 同じケアであっても、利用者の状態や家庭環境によりケア方法に違いがあり、多様性があることを、160件の訪問看護（単独・同行含め）を提供する中で伝えることができた。
- ④ 基幹病院と連携する中で困難さを抱えている利用者を担当することで、課題を伝えることができた。
 - ・がん終末期の利用者の在宅移行
 - ・外来通院している利用者の報告等
- ⑤ 介護保険や医療保険の報酬算定について伝えることで、訪問看護ステーションの報酬について理解が得られる機会をもつことができた。

出向事業の成果

病院と地域の連携強化

- ① 多職種連携の課題を知るため、西区内6カ所の地域包括支援センターと2カ所の居宅介護支援事業所を訪問し、連携の課題を共有できた。
- ② 出向者と訪問看護師がスタッフレベルで意見交換や情報共有をすることで、相互理解が深まり今後の連携強化につながった。
- ③ 西区訪問看護ステーション連絡会で広島市西区の保健師や管理者と課題を共有することで、広島大学病院との連携強化につながった。



広島市西区訪問看護
ステーション連絡会



出向事業の成果

訪問看護を実践できる看護人材の活用

- ① 休日対応等について事前に確認していたため、円滑に導入でき職員の負担軽減につながった。
- ② 職員が増える事で訪問調整しやすく、年次有給休暇を取得しやすかった。
- ③ エコーの活用経験があり、職員がポケットエコーの指導を受けて手技の向上につながった。



訪問看護ステーションでの学びや連携について最終週に発表。内容を聞いて、感動で涙する職員もいました。

出向事業の課題

利用者の選定

- ① 出向者の受持ちを確保するには、事業所全体の利用者数を増やす必要がある。
- ② 病院経験を踏まえて利用者を選定したいが、経験を加味した新規依頼の見込みが立たない。
- ③ 3ヶ月という期間の中で主担当を経験するためには、利用者や家族の事業に対する理解が必要。

メンタルヘルスサポート

- ① 病院とは環境が異なり、在宅では1人で訪問し判断・対応するため精神的負担感を感じやすい。負担感が軽減できるように、定期的に話し合いができる時間（メンタルヘルスケア）が必要。

訪問看護ステーションとしての今後の課題

訪問看護の活用について

- ① 基幹病院との連携の中で、訪問看護ステーションが抱えている課題を一緒に話し合える場が必要。
- ② 訪問看護の活用や、外来看護師との連携の重要性を基幹病院へ伝えていくことが必要。

ご清聴
ありがとうございました

