

出向元病院管理者の立場から

出向事業参加2年目の評価 ～在宅療養移行支援の充実に向けて～



令和7年3月8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：10.3日、平均稼働率：86.9%、在宅復帰率：91.45%

看護職員数：888名（2025.2.1）

訪問看護出向事業参加者

年度（派遣期間）	令和5年度（3か月）	令和6年度（3か月）
当院経験年数	23年	21年
役職・資格等	副看護師長	副看護師長 糖尿病看護認定看護師 特定行為研修2区分修了
所属	入退院支援部門	病棟（血液内科、内分泌・糖尿病内科、消化器内科）
出向における期待	部門間連携の仕組み作り 退院支援カンファレンスの充実 職員のスキルアップへの還元	認定看護師の役割拡大 退院前後訪問の充実化 退院支援の充実



院内研修体制（在宅療養移行支援人材育成研修）

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

訪問看護
ステー
ション研
修

集合研修

患者支援セン
ター研修

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

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（2024年度Step1まで修了12名、Step2まで修了1名）

年度	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	合計
修了者数	6	13	18	14	5	6	27	16	13	118

令和5年度の成果及び課題

事業参加後の学びと課題

- 多職種連携の重要性の再確認
- 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
- 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～
- 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



出向後の取り組みと成果

✓外来通院患者の対応

～外来での在宅調整・入院相談件数（400件以上/年）に対し、調整部門の看護師1名を外来担当とし、神経難病の患者等への支援体制、外来Nsとの協働体制を整備

✓退院支援カンファレンスの充実

～カンファレンスへ医師の参画を促し、5割の病棟で医師を含む多職種カンファレンスが定着、医師からの在宅療養に関する問い合わせも増加

✓災害発生時の体制整備

電子カルテ掲示板機能を活用し、転院患者の情報を多職種で共有。全病棟の転院患者情報、移動方法の管理を開始

退院前・退院後訪問指導

年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度（12月まで）
退院前訪問指導件数	6	19	19	20	18
退院後訪問指導件数	0	0	1	0	1

人材育成（退院支援リンクナース）

第1回：訪問看護出向事業の伝達講習

第2回：退院支援カンファレンスの進め方（講義・演習）

3回：リンクナース活動報告
症例検討会（講義・演習）

第4回：在宅調整・転院調整
（講義・演習）

第5回：活動成果発表

第6回：活動成果発表

リンクナース活動成果発表（抜粋）

外来看護師による
退院前病室訪問の
実施

がん化学療法看護
CNによる看護面
談の導入

外来看護師による
胃ろう交換患者の
看護面談導入

救急外来での帰宅
支援パンフレット
の作成

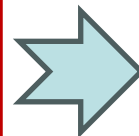
医療的ケア児の在
宅移行に向けたフ
ローチャートの作
成

退院支援カンファ
レンス記録のテン
プレート化



令和6年度出向事業参加に向けた準備

- 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



認定看護師、特定看護師の役割拡大と退院前訪問、退院後訪問の実施による在宅療養支援の強化、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：

認定看護師、特定看護師の役割拡大、在宅療養支援の強化に繋げることを意図し選考

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9/24：

「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10/27：

「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11/24：

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

◆ 出向者：病棟副看護師長（糖尿病看護認定看護師、特定行為研修修了者）

出向事業参加にあたっての目標

- ◆ 病院での退院支援、情報提供や社会資源の導入に活かす
- ◆ 在宅での看護の実際、セルフケア支援について学び、病院での患者指導に活かす
- ◆ 退院前支援に必要な情報・準備を学び、病院での実践とスタッフ教育に活かす
- ◆ 地域で生活する利用者の意思決定支援の実際を学び、病院でACPを実践する
- ◆ 糖尿病を持つ利用者の自宅での療養状況を把握し、病院と地域の連携について学ぶ

出向事業参加の成果

- 医療依存度が高い利用者の自宅での生活の実際と支援方法の理解
- 退院前カンファレンスにおける病棟看護師の役割の再認識
- 人材育成～全身状態をアセスメントできる看護師の育成、地域で生活するために必要な知識の向上～
- 多職種連携の重要性の再認識
- 外来通院患者の対応～糖尿病看護認定看護師として糖尿病看護外来の導入検討
- 地域連携～退院支援カンファレンスの内容の充実化

継続課題

- 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

体制整備に向けた取り組み



- 院内における在宅療養移行支援人材養成研修の更なる充実を図る
- 退院支援リンクナース活動の充実を図る
- 訪問看護出向事業への参加を継続し、院内外における連携の強化を図る
- 退院前訪問・退院後訪問への参画を支援する

ご指導いただきました訪問看護ステーション「こい」の皆様、
広島県看護協会事務局事業部の皆様に心より感謝いたします。

