

令和6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7年3月8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

16人 (看護師10人・理学療法士3人・作業療法士1人・事務2人)

利用者数

114名 (令和6年11月実績)

訪問件数

862件 (令和6年11月実績)

訪問看護指示書交付

医療機関数

44機関 (令和6年11月実績)

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3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 26.4%

西区高齢化率 24.5%

己斐・己斐上高齢化率 32.7%

(広島市ホームページ)

区別・高齢者人口の推移令和6年3月31日現在引用)



認知症カフェ



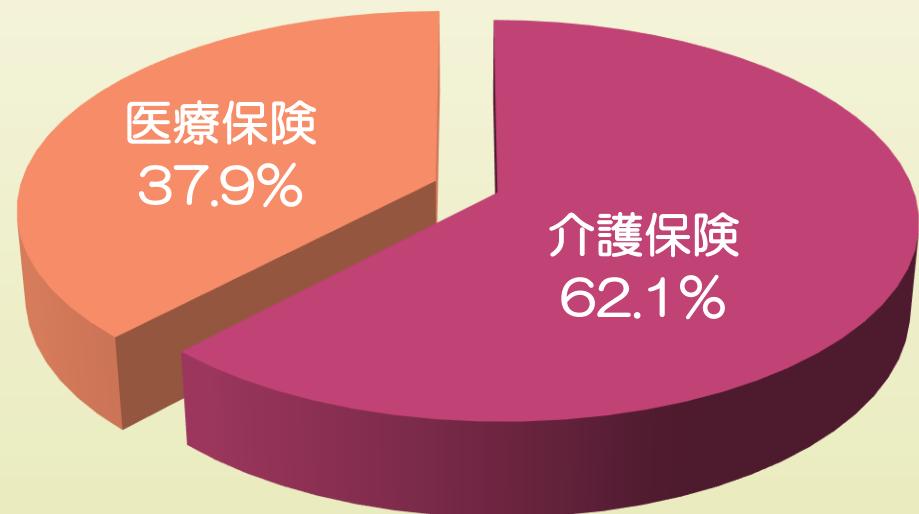
認知症ケアカフェ



地域介護予防拠点
整備促進事業

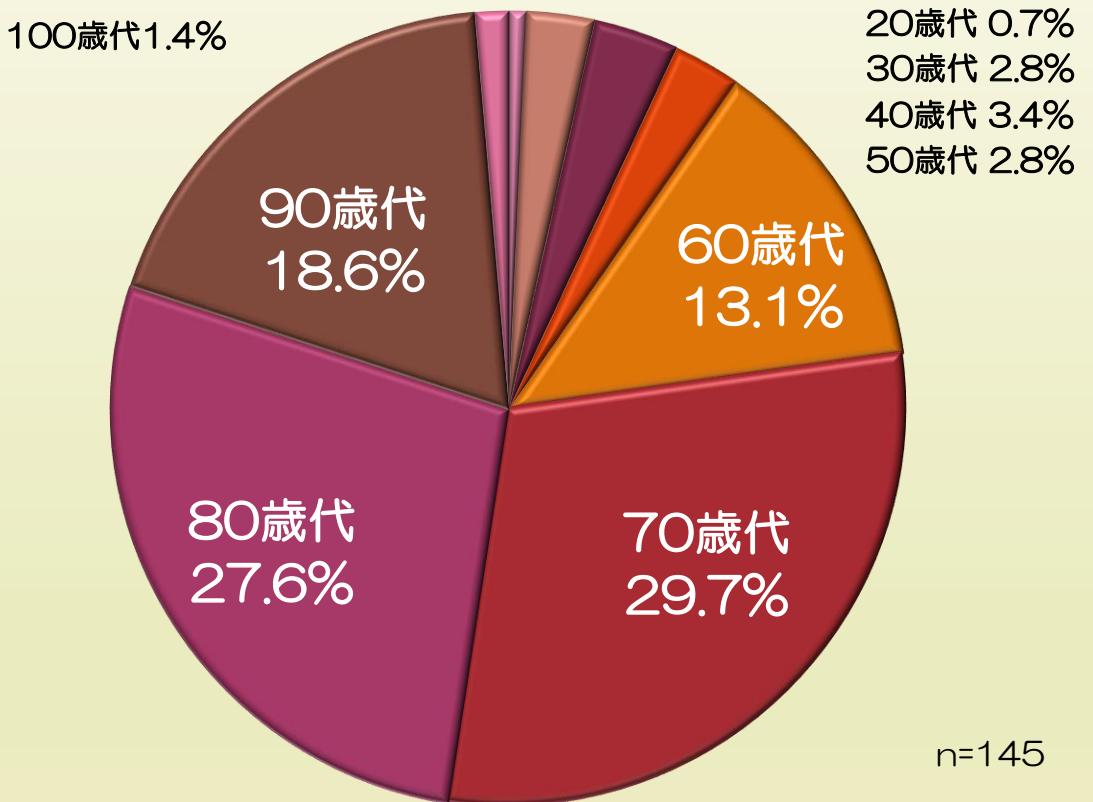
訪問看護ステーション「こい」 業務実績 (令和5年度実績)

【介護保険・医療保険の割合】



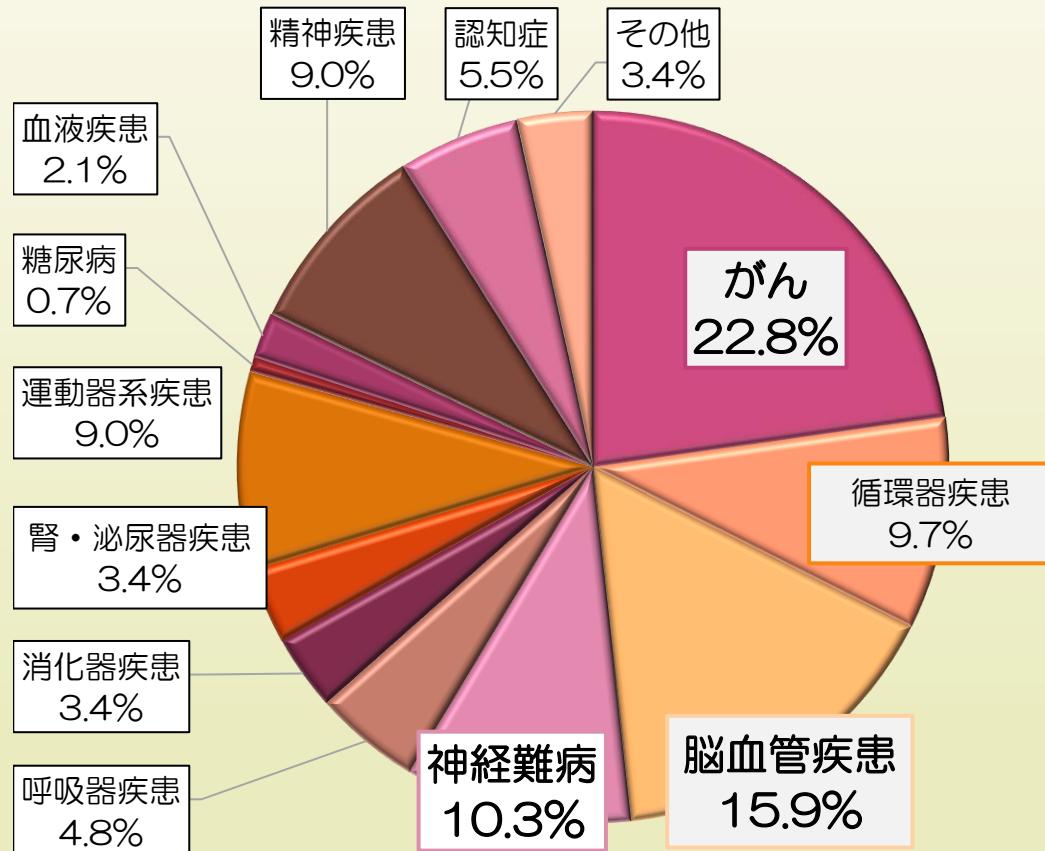
n=145

【年齢別割合】

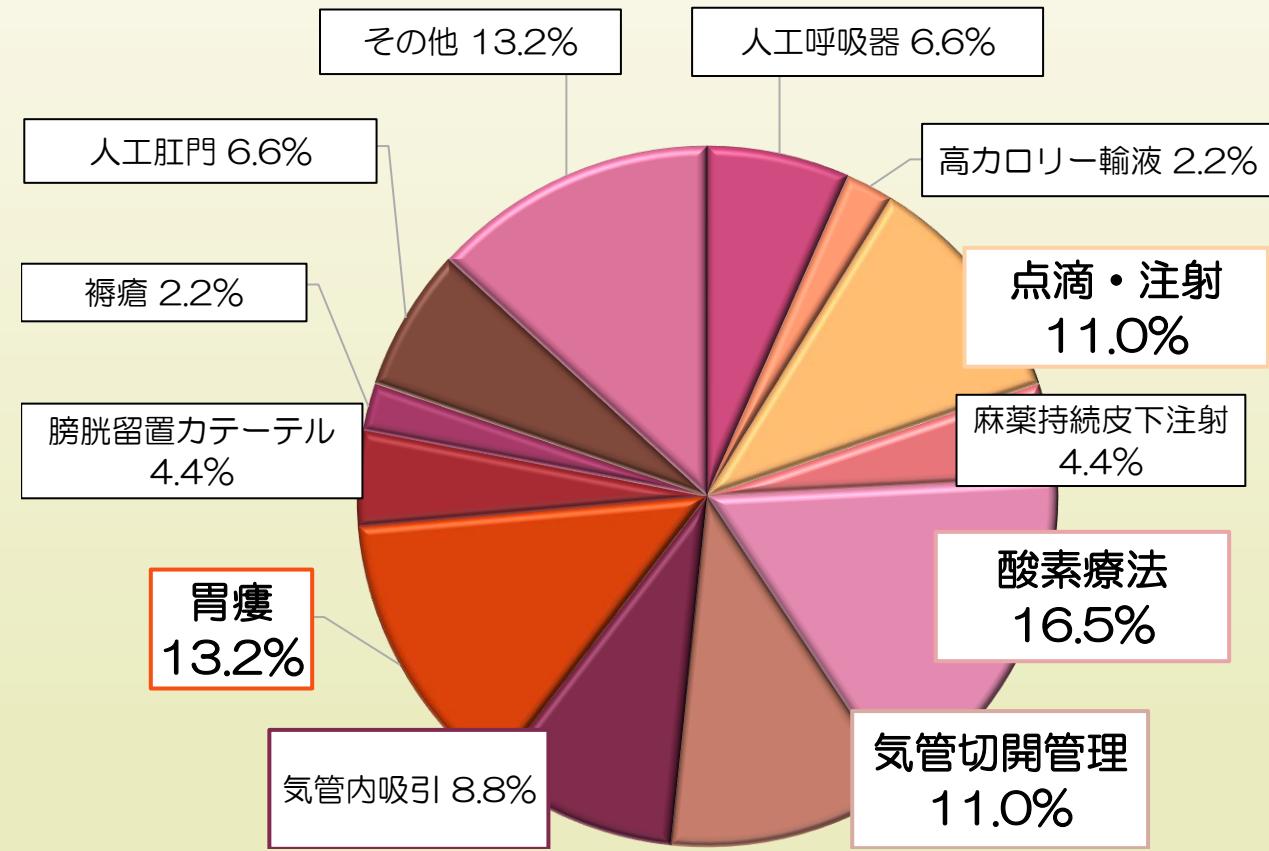


n=145

【令和5年度利用者疾患別割合】



【令和5年度医療処置割合】



n=145

n=53

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6年9月1日～11月30日（3ヶ月間）

出向事業の流れと利用者の選定

8月

事前準備

《出向者》 広島大学病院

- ・大石愛子さん(副看護師長)
- ・糖尿病看護認定看護師
- ・看護師特定行為研修修了
- 栄養及び水分管理に係わる薬剤投与関連・血糖コントロールに係わる薬剤投与関連
- ・看護師歴21年

《事業所内外》

- 指導責任者(所長)・常勤職員(指導)
- ・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
 - ・西区在宅医療介護連携推進会議にて出向事業PR

9月

同行訪問

《同行訪問する利用者》

- ・9月は介護保険利用者や、安定している医療保険利用者
- ・糖尿病看護認定看護師としての経験が活かせる利用者
- ・広島大学病院通院中の利用者
- ・医療機器を使用し管理が必要な利用者
- ・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

10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る利用者
- ・新規利用者で訪問回数が多い利用者
- ・糖尿病看護認定看護師としての経験が活かせる利用者
- ・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 職員と共に利用者への訪問看護に同行。同行訪問(延べ56名)、単独訪問(2名)、27名の利用者へ訪問。
- 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 関わりのある2カ所の地域包括支援センターを訪問し出向事業のPR活動、併設の居宅介護支援事業所での半日研修。
- ④ サービス担当者会議への参加。
- ⑤ 医療機関や多職種との連携の実際では、連携機関により報告の方法が違っており、その実際を経験。



指導者や摂食嚥下障害看護
認定看護師と一緒に

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39名)、同行訪問(延べ33名)、27名の利用者へ訪問。
- 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。退院前カンファレンス参加、契約、環境整備（医療機器や福祉用具の手配）、訪問調整等を指導者と共に経験。
- ④ 訪問看護指示書の記載依頼や指示期間の確認。同行訪問によるケア内容の伝達。
- ⑤ 糖尿病看護認定看護師として事業所内でインスリンの基礎知識についての講義を担当。
- ⑥ 点滴を自己抜針した利用者への緊急訪問対応。
- ⑦ 認知症カフェや西区訪問看護ステーション連絡会主催のハラスマントの研修会へ参加

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
他職種の連携について考える

- ① 単独訪問(延べ63名)、引き継ぎの同行訪問(延べ17名)、受け持ち利用者は6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 受け持ち利用者と意識レベルが低下した利用者への緊急訪問を指導者と共に使う。
- ④ 受け持ち利用者の外来受診へ同席し、急変のリスク等を踏まえた意思決定を主治医と共有し、必要なサービスへつなげた。
- ⑤ 出向事業での学びを発表し職員と共有。
- ⑥ 職員連絡会にて医療機処置に関する講義を受講。



職員連絡会で医療機処置についてメーカーからの講義

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）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、延べ210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 退院後の生活を見据えた退院支援についての課題を、退院前カンファレンスへ訪問看護師として参加することで伝えることができた。
- 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 2カ所の地域包括支援センターへ同行訪問し認定看護師についての広報を行い、平素の連携について伝えることができた。
- 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が主催して行った「ハラスメントに関する研修会」へ参加し、活動が地域での多職種連携につながる事を伝えることができた。
- ④ 糖尿病看護認定看護師から糖尿病についての指導を受け職員の知識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。Teamsでパワーポイントを共有しました。

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 同行訪問を重ねることで早期に一人で訪問することができるようになり、マンパワー不足を補え、今後の人材育成に活用することができる。

令和6年9月～11月 事業実績			
	9月	10月	11月
利用者数（人）	107	114	114
訪問件数（件）	707	866	862

出向事業の課題

利用者の選定

- ① 出向者の受持ちは確保するために、事業所全体の利用者数を増加させるため、出向事業終了後に増加した訪問に対応する人員の確保が必要になる。
- ② 認定看護師の資格としての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 特定行為研修修了者としての経験が活かせる訪問調整は、地域の医療機関の理解が必要。
- ④ 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。

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と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

