

令和6年度 訪問看護出向事業報告会

訪問看護出向事業の成果 ～出向元病院の立場から～



令和7年3月8日(土)

広島市立広島市民病院

看護部長室 副看護部長

樽本 久美子

当院の概要

病床数:743床(一般715床・精神28床)

入院基本料:急性期一般入院料1

地域医療支援病院

地域がん診療連携拠点病院

総合周産期母子医療センター

平均在院日数:10.2日(R5年度)

在宅復帰率:91.9%

入退院支援加算1算定件数:13,071件

看護師:1,071名 (R7.2.1現在)

平均年齢:38.6歳

平均在職年数:12.1年

医療支援センター

入院支援室

退院支援室

在宅支援室

患者相談窓口

地域医療連携室

がん相談支援センター

緩和ケアセンター

当院の地域連携に関する研修の現状

ジェネラリストラダーⅠ

- 医療支援センターの役割と機能
- 病棟との連携（講義＋部門研修）

ジェネラリストラダーⅡ

- 入退院支援・連携における看護師の役割
- 地域の多職種連携

ジェネラリストラダーⅢ

- 退院支援を推進するためのリーダーシップ

師長補佐研修

- 中核病院としての役割
- 地域医療連携・病床管理

入退院支援担当主任研修 年3回

- 自部署の課題の明確化・活動計画の立案
- 事例検討会（外部講師）
- 地域の在宅支援施設とのパネルディスカッション
- 各部署の取り組みの共有

当院の地域連携に関する研修の現状

看護師の相互交流派遣研修事業【3日間】

平成28年～令和5年 計8名 研修事業に参加

泌尿器科病棟 主任看護師

内科・外科病棟 主任看護師

周産期母子医療センター 主任看護師

周産期母子医療センター 看護師

脳神経内科病棟 看護師 ⇒ 令和3年度出向事業参加

医療支援センター 退院調整看護師

感染管理CN・慢性心不全CN

当院の地域連携に関する研修の現状

訪問看護出向事業【3か月】 令和3年度・令和5年度 計2名 出向事業へ参加

【出向事業参加の目的】

訪問看護の実践を通して、切れ目のないケアの継続場面へ直接かかわることで、退院支援の見直しや、効果的な退院調整のあり方を院内へ提供する。

	令和3年度	令和5年度
看護師歴（出向時）	14年目	18年目
ラダー取得状況	ジェネラリストラダーⅣ	ジェネラリストラダーⅢ
経験部署	小児病棟8年 混合病棟（脳神経内科・内科・脳神経外科・眼科）6年目に出向 現在はICU勤務	内科病棟5年 混合病棟（外科・内科・皮膚科）4年 脳神経外科病棟5年 混合病棟（耳鼻科・形成外科・）5年目
選出理由	退院支援に関する取り組みを院内の看護の質改善発表会で発表。看護研究のテーマ。相互派遣交流研修でもっと深く学びたい意欲がある。	将来、訪問看護に興味がある。

訪問看護出向事業 出向者の学びと活動

	令和3年度 出向者	令和5年度 出向者
出向の学び	自宅退院が可能な患者像が大きく広がった。 退院後、どのように生活を整えていくのか、どのようなサポートが必要なのか理解できた。	地域の資源やシステムが理解できた。 様々な支援をうけながら在宅で過ごせることが分かり、在宅で生活することを目標に計画を立てることの必要性に気がついた。
出向後の活動	看護師長会で報告会 病棟内で医師の含めた多職種へ報告会 病棟の退院支援の課題について取り組む ICUへ異動後、令和6年度 認定看護管理者 教育課程ファーストレベル受講し、「クリティカルケア領域における入退院支援」～退院後の生活を見据えたQOL向上のための個別性のある看護介入を目指し活動中	看護師長会で報告会 自部署で報告会 看護情報提供書の具体的な記入内容などを部署で指導・退院支援病棟専任担当者と協働し勉強会企画 事例検討会の企画・実施 介護支援連携フローチャートの作成 ケアマネージャー資格取得を目指している

出向の成果

①病院・病棟の機能強化

◆多職種との協働・カンファレンス充実

医師も含めたカンファレンスで自宅退院が可能か協議する場が増加

退院前カンファレンスシートの事前作成と活用

薬剤師と協働し薬剤指導書を看護情報提供書に添付

◆医療ケアが必要な患者へ退院時に手渡す物品の可視化

◆退院後の電話訪問の実施

（退院1週間後 内服管理が不安、医療ケアが必要な患者さん）

⇒退院後の生活を知り、実践した看護の振り返り

出向の成果

②在宅療養者を支える多職種との連携・調整力向上

◆退院支援の充実・地域との連携強化

退院支援フローチャートの作成

退院時カンファレンスの実施増加

介護支援連携フローチャートの作成

介護支援連携指導料算定件数の増加

出向者の病棟 20件(前年度10件)

出向の成果

③看護師のスキルアップ・キャリア形成

◆情報収集力の向上

退院支援に必要な情報の具体化

看護情報提供書の内容をチームで最終検討

必要となる情報を地域と共有

◆退院支援や地域連携に対する学習意識の向上

医療支援センターへの院内留学希望者の増加

(留学者の半数以上は出向者の病棟看護師)

出向の成果

④研修プログラムの再構築

集合研修

eラーニング

医療支援センターへ
1日院内留学

訪問看護ステーションとの
相互交流研修

⇒令和6年度 自走化へ

医療支援センターへの1日院内留学

目的: 入退院支援及び地域連携について理解を深め、自部署の入退院支援を推進する

内容: 退院支援スクリーニング・退院支援カンファレンス・転院調整
在宅調整・家族面談・退院前カンファレンスなどへの参加

対象者: 所属長が推薦し、入退院支援を推進したいと意欲のある病棟看護師

事前課題: ①e-ラーニング「入退院支援における入退院支援部門の役割」
「病棟看護師が行う入退院支援」
「入退院支援における病棟看護師の役割」
②自部署の課題と自己の目標

事後課題: 院内留学を終えて今後の課題と取り組み

訪問看護ステーションとの相互交流研修(2日間)

目 的: 訪問看護の業務内容や対象者の理解を深める
病院と訪問看護ステーションとの連携強化

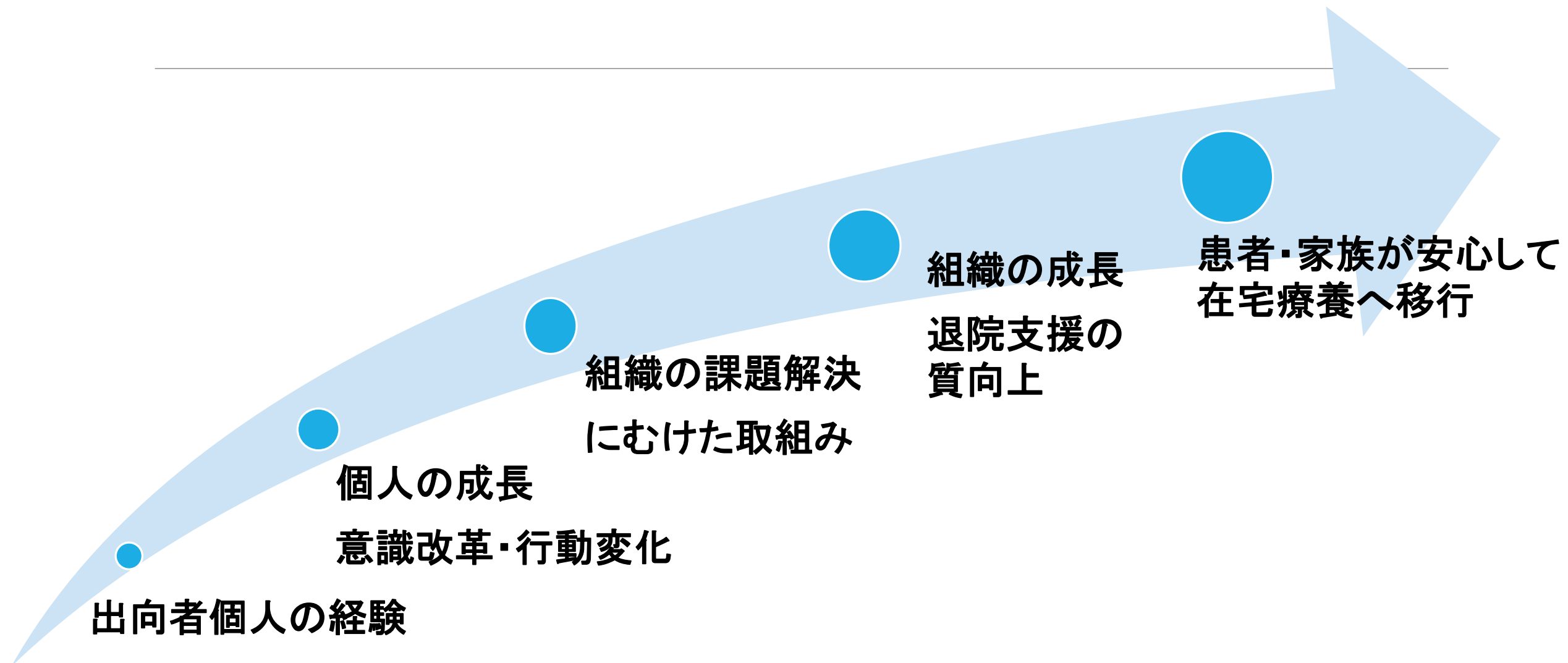
目 標: 訪問看護の業務内容を理解し、在宅を見据えた質の高い退院支援ができる

対象者: ラダーⅢ以上で研修後、入退院支援の体制整備に貢献できるもの
医療支援センターへの1日院内留学修了者

事前課題: e-ラーニング「訪問看護利用者の定義と現状・訪問看護が必要とされる場面」
「訪問看護におけるリスクマネジメント」
「地域で“暮らす”そして“生ききる”に伴走する看護」

事後課題: 部署及び看護師長会で報告会
2か月以内 実践報告

成果のまとめ



今後の課題

- 出向による様々な成果を院内全体へ波及させ、院内標準化へ在宅療養支援部会・記録委員会など各種委員会・部会との横の連携
- 自走化した訪問看護ステーションとの相互交流研修を定着させ
看看連携の強化
- 出向事業・相互交流研修を継続し、病院・訪看ともにスキルアップし
地域に貢献できる人材育成

ご清聴ありがとうございました



訪問看護出向事業参加にあたり、
広島県看護協会、訪問看護ステーションをはじめ、
ご協力いただいたすべての皆様に感謝申し上げます。