

2022年度訪問看護出向事業の 経験を活かして



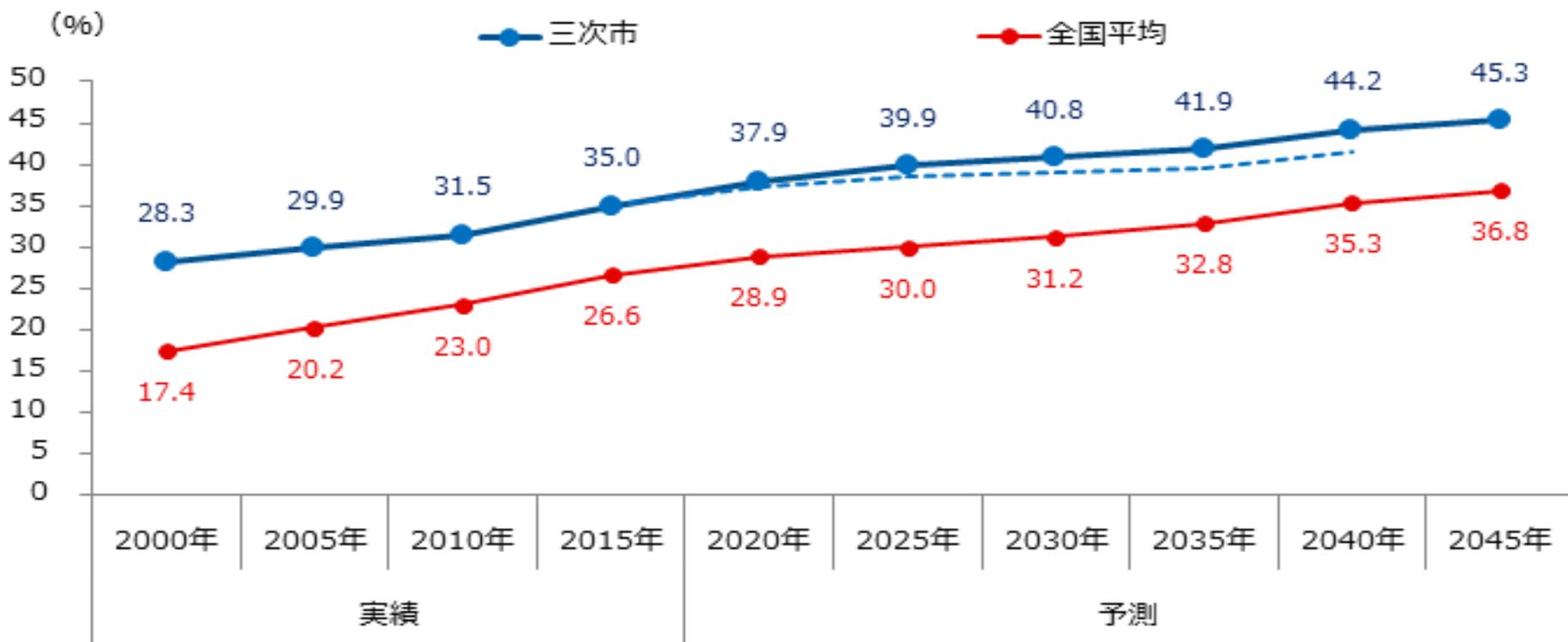
市立三次中央病院 患者支援センター
患者支援室看護師長
永岡 奈穂子

三次市の紹介

- 三次市は、広島県北部、中国地方のほぼ中央部に位置し、中国山地に囲まれていて、市域の多くが中山間地域
- おもな観光名所は三次ワイナリー、もののけミュージアム、平田観光農園、みよし風土記の丘、尾関山公園、三次本通周辺の町並などがある
- 令和6年12月現在の人口は47984人、1年間で1000人以上の減少があり、高齢化率は39.5%

三次市の現状

三次市の高齢化率の推移



※高齢化率：総人口にしめる65歳以上の人口割合（%），年齢不詳を除いて算出

※図中の緑の点線は、前回2013年3月公表の「将来人口推計」に基づく当地域の高齢化率



市立三次中央病院基本理念

「私たちは地域の皆様から
信頼され親しまれる病院を目指します。」

看護部理念

「私たちは地域の皆様に寄り添い、
支えあう看護を実践します。」



市立三次中央病院の役割

- **地域医療支援病院**
- 災害拠点病院
- **へき地医療拠点病院**
- 小児救急医療拠点病院
- がん診療連携拠点病院
- 地域周産期母子医療センター
- 救急告示医療機関
- **在宅療養後方支援病院**

地域住民の健康の保持・増進、医療の確保のため
地域の医療機関と機能分担・連携を密に行いながら
急性期医療の役割を担っている



出向時期・動機

出向時期：2022年11月1日～1月31日

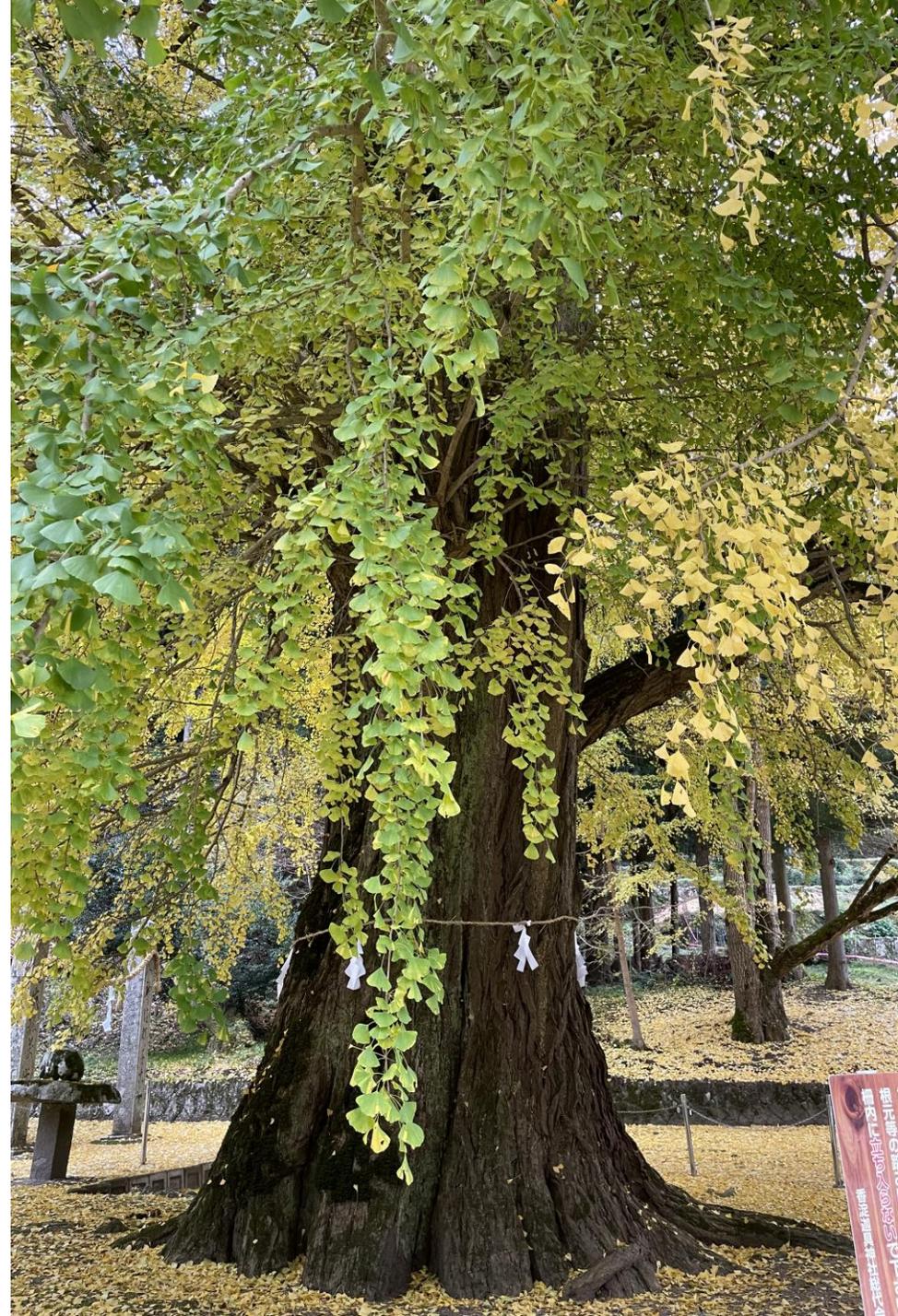
出向事業への参加動機：

地域包括ケア病棟での勤務の中で、退院調整を行い在宅療養へ患者を送り出してきたが、在宅で実際にどのように生活しているのかイメージできない部分があった。具体的に、調整したサービスをどのように利用して生活を行っているのかを理解できていないまま在宅療養支援をしている現状を感じていた。

→ 実際の在宅療養生活を知り、安心して退院できる療養支援をしたい！

実践目標（出向を通して学びたいこと）

- ①急性期病院の看護師として、地域包括ケアシステムの構築に欠かせない訪問看護の実際を知り、学び、知識を深める
- ②在宅療養支援の実際を知り、急性期病院に求められる在宅療養支援能力の向上を図る
- ③当院を外からみることで、地域における当院の役割がわかり、看看連携に活かすことができる



出向の成果

- 地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割を理解し、知識を深めることができた
- 訪問看護は在宅療養を行う方々の生活の一部であり、要である
- 当院との看看連携は、病院本位となっていることが多い
- 外来患者の在宅療養支援が重要となることを実感した



当院看護師の在宅療養支援能力の向上が必要なことがわかった

出向後今後の取り組みとして目標にしたこと

- ・入院初期から合同カンファレンスを行い、院内外のお職種で情報共有する
- ・在宅療養中の外来患者の合同カンファレンスを行う

取り組めていない現状



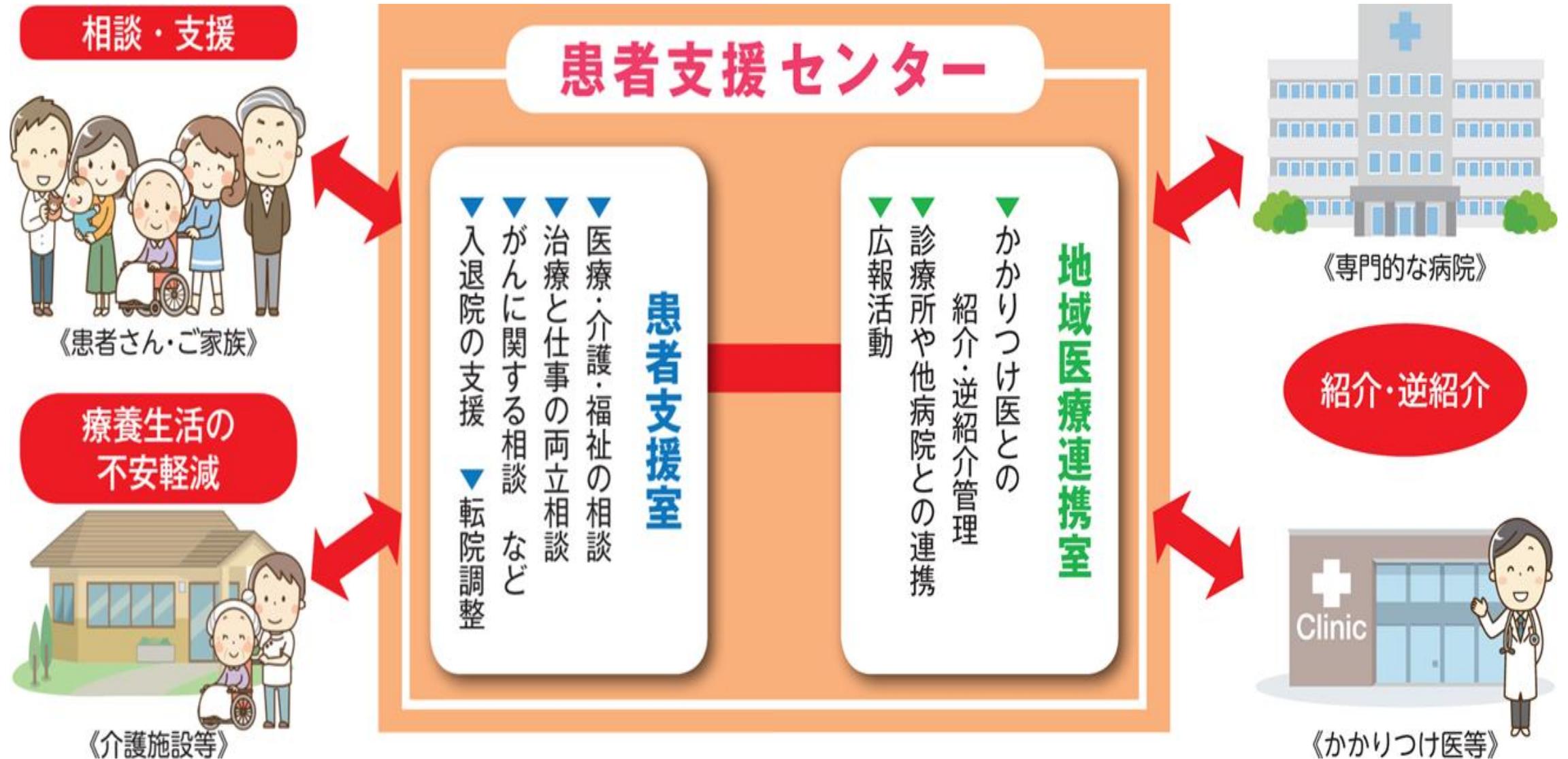
入退院後にシームレスに地域へ戻れる支援を行いたい

その後の私は・・・

4月に患者支援センターの看護師長に就任
と同時に専従の入退院支援看護師となった

- ・ 地域包括ケア支援会議など院外の会議にも出席する機会があり、在宅療養の現状を経験し理解していることが強みになった。
- ・ 入院患者の情報から在宅での様子が想像しやすく患者の置かれている状況の把握がしやすい。
- ・ 訪問看護で多職種の仕事所と関わった経験から顔の見える関係の構築ができた。

患者支援センター



地域と繋がる患者支援センターを目指して

- ・元いた場所に戻るための入院前からの退院支援
- ・病棟・外来看護師、医師も巻き込んだ退院支援
- ・ケアマネージャーや訪問看護師、施設の相談員とのシームレスな連携

キャリアラダーでの教育

- レベルII・・・在宅療養への援助を通して医療福祉制度を理解する
- レベルIII・・・安心して在宅で生活できるための退院支援ができる
- レベルIV・V・・・地域における当院の役割を理解し、他施設や他職種との関係を築き、複雑な問題解決に向けた取り組みにチーム員として参画できる

看看連携とは

「地域の看護師同士が、対象者の生活を支えるために、同じ目標をもって、信頼しあい、対等の立場で協働すること」

多様な部署・機関に属する看護師どうしが顔の見える関係性を構築し、互いの役割を理解し、コミュニケーションの円滑化を図る

看看連携における当院の役割

- 地域の医療連携の中核を担う病院が連携体制の構築や維持に役割を果たし、病院と地域の看護職が幅広く参加し、かつ看護の質向上に向けた取り組みを行う
- 看看連携の促進により、看護の質向上、他職種を含めた連携の促進が図られ、地域全体のケアの質の向上につながる

退院後に患者がどのように療養しているか
地域に戻り安心して生活できているか
自分たちの退院支援が正しかったのか

その評価のためには、
退院前・退院後訪問の実施
電話訪問の実施

ラダー教育後・・・

キャリアラダーⅣに取り組んでいる5名が退院後訪問を行った

- ・ 個別性のある必要な支援が必要であると気づいた
- ・ 退院支援は退院したら終わりではない
- ・ 訪問看護と連携をとり病院の役割を明確にし援助したい
- ・ 特定看護師は院内だけでなく地域に学びや経験を還元する役割がある
- ・ 自分たちの支援の結果がみえてモチベーションが上がった

医療介護連携研修会にパネリストとして参加

「在宅酸素を導入し自宅退院を目指す患者へのチームケア
の実践事例」

自部署の退院支援専任看護師と共に発表し、

**当院の退院前・退院後訪問の取り組みを地域の介護
福祉従事者・医療従事者に知ってもらい評価を得た**

訪問看護出向事業後2年間が経過して

患者支援センターでの業務の中で
出向事業の経験が自分を支えていた

今後も

病院看護師が地域と繋がる橋渡しがしたい



ご静聴ありがとうございました