

# 令和5年度 訪問看護出向支援事業

## ～出向の成果と取り組み～



尾道市立市民病院

看護主任 横山利恵



## 令和5年度 訪問看護出向支援事業

### 【出向概要】

出向期間：令和5年10月～ 3か月間

出向先：訪問看護ステーションむかいしま

訪問エリア：尾道市向島町の島内



## その人らしく暮らす

### 生活の中に医療的ケア

多職種による  
医療・介護サービス

地域生活における  
社会参加や社会活動

住まいの確保

自己決定支援



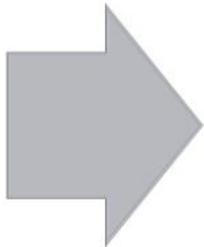
訪問看護、訪問介護  
訪問リハビリ、通所介護

オレンジカフェ、地域サロン  
シルバー体操  
近隣との付き合い

自宅、高齢社住宅  
小規模多機能サービス住宅

生活に対する思いや捉え方  
自宅で生活する事への意志決定

幸せの形は人それぞれ

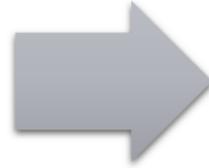


生活の形や思いも  
人それぞれ

人に合わせたケア

# 退院支援におけるパラダイム転換

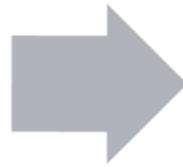
在宅退院困難者



自宅で生活が可能な患者

そのためには・・・

医療者が困難と  
考える生活



患者家族が困難と  
考える生活



患者家族がどのような生活を望んでいるのか  
どのような資源を活用しゴールに向かうのか？

## 伝達講習【出向支援事業報告会】

### 訪問看護の1日

朝のカンファレンス 「おはようございます。訪問看護です」

1日のスタートです。

午後5時の訪問終了。帰ります。

それぞれのご自宅に訪問し、症状観察、清潔ケア、褥瘡ケア、胃管管理、気切管理、ストーマー管理etc...  
1人あたり30分～1時間  
1日4～6件訪問を訪問します。

### 訪問看護での学び

#### 地域で暮らす方々の医療サポート

- 在宅酸素管理**  
20mの延長チューブを使用して家中を移動
- 服薬管理**  
訪問看護カレンダー  
鎮痛剤は錠数を決め箱にセット
- DMコントロール**  
訪問日にトルリシティ施注
- 気管切開・胃管の管理**
- ターミナルケア**

生活の中に医療的ケア

### セルフケア支援

**在宅では患者・家族が主体**  
患者・家族が自ら考え動けるような支援を大切にしている

↓

**主体的な自立と自己決定の促し**

- 介護指導
- 創部や褥瘡汚染時の処置指導
- 受診促し

訪問の場では看護師は黒子  
患者家族に受診を促し  
在宅医・ケアマネには事前に  
状態報告をしておく

↓

多職種連携

### 意思決定支援

在宅の場では**生活(余生)の質**や**死の質**を重視

家族の悩み

- 心臓マッサージ・挿管・呼吸器...  
どこまで治療を続けるのか...
- どこで看取るのか...  
点滴をしない治療もある...

**悩む場所や内容は違えど、患者家族の揺らぐ思いに寄り添い支えていく**

# 【出向支援事業報告会】



家に帰りたいよ・・・

家に連れて帰って  
あげたいけど・・・  
こんな状態じゃあ・・・  
退院したら病院から  
看護師さんに来てもらえ  
ないし・・・

**どんな形でも  
自宅で生活はできる**

病院と地域医療は繋がってる。  
訪問看護のサポートがあります。  
地域看護へ繋がれば自宅での  
療養生活は可能ですよ。

訪問看護導入で医療面をサポート  
訪問介護で生活面のサポート  
通所リハビリや訪問リハビリで身体活動のサポート  
住居環境は退院前訪問で生活しやすいように整えよう  
家族家族の生活に対する不安を聞いて退院前指導  
患者は自宅でどんな生活を考えてる？

**大切な事は私達の価値観で考えない！**



## 出向から見えてきた課題



問

生活ニーズの把握不足、在宅生活の想像が希薄

題

看護師の価値観での退院支援

点

退院支援のスキル不足

系統立てた人材教育



在宅での看護提供の学び



退院支援能力の向上



# 退院支援人材育成プログラム

# 退院支援人材育成プログラム

## 目的

保健医療を取り巻く環境の変化と退院支援における看護師の役割を理解する  
対象者を生活者と捉える視点を養い、病棟看護師の退院支援の質向上を図る

STEP1

• 集合研修（講義）

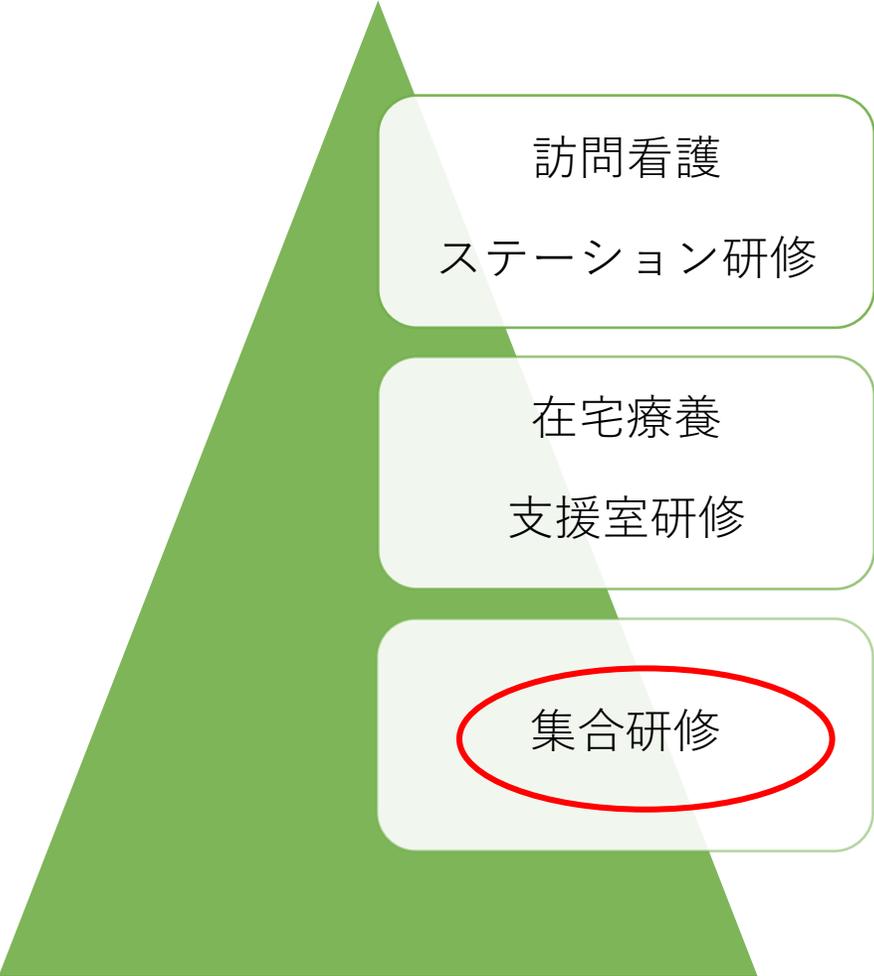
STEP2

• 在宅療養支援室研修

STEP3

• 訪問看護ステーション研修

# STEP1：集合研修



訪問看護

ステーション研修

在宅療養

支援室研修

集合研修

## 【研修のねらい】

- ・ 訪問看護の需要、地域包括ケア構築について
- ・ 退院支援における看護師の役割について理解する

【期間】 2025年6月～9月      【対象者】 看護職員全員

## 【研修内容】

- ①地域包括ケアシステムについて  
講師：外部講師
- ②退院支援における看護師の役割  
講師：訪問看護出向者（横山）
- ③退院支援の成功事例紹介、ディスカッション  
講師：在宅療養支援室

# STEP2：在宅療養支援室研修

(2日間)

訪問看護

ステーション研修

在宅療養

支援室研修

集合研修

## 【研修のねらい】

- ・ 早期退院支援介入方法や退院調整の実際を知る
- ・ 病院と地域との多職種連携を知る
- ・ 社会資源の活用方法を理解する

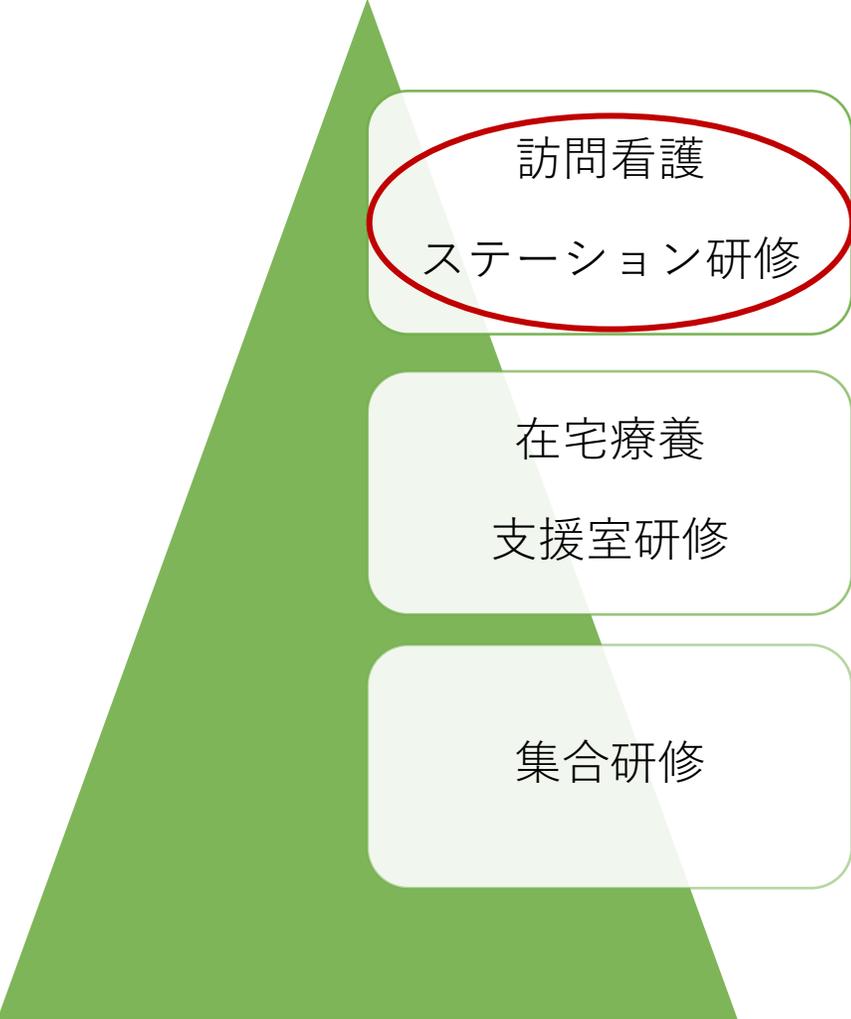
【期間】 10月～11月

【対象者】 研修参加希望者  
ラダーⅢ以上

## 【研修内容】

- 院内の在宅療養支援室スタッフと同行
- ・ 入院時面談の同席
  - ・ 退院前カンファレンスの参加

# STEP3：訪問看護ステーション研修 (3日間)



訪問看護  
ステーション研修

在宅療養  
支援室研修

集合研修

## 【研修のねらい】

- ・地域で暮らす人々の生活様式や価値観を知り、対象者を生活者として捉える視点を養う
- ・在宅での意思決定支援の在り方を知り、退院支援における看護師の意識変容の機会とする

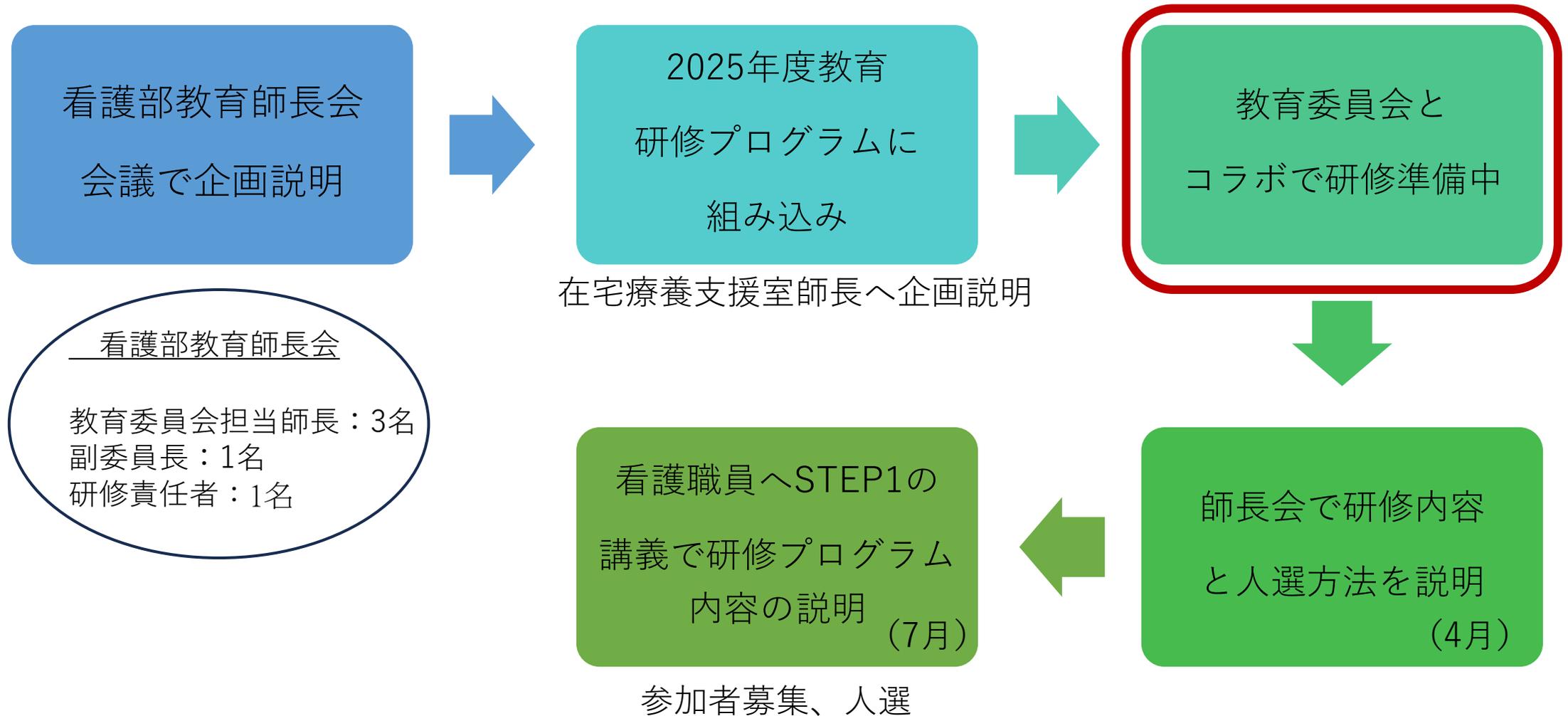
【期間】 11月～12月

【対象者】 STEP2研修終了者  
ラダーⅢ以上

## 【研修内容】

- ①研修前事前学習：オンライン研修受講  
(地域包括ケアシステムについて・退院支援の基礎)
- ②ステーション研修：訪問看護師と同行訪問
- ③リフレクションシート：学びの振り返り
- ④訪問看護ステーション研修報告会 (伝達講習)

# 研修プログラムの実施に向けて





ご清聴ありがとうございました

Onomichi 猫の細道