

令和7年度 訪問看護出向事業報告会

訪問看護出向報告

～出向元病院の立場から～

広島市立広島市民病院

副院長(事)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

救急搬送:7839件/年 緊急入院割合39%

平均在院日数:10.0日(R6年度)

在宅復帰率:90.0%

入退院支援加算1算定件数:13,142件

看護師:1,071名 (R7.2.1現在)

平均年齢:38.6歳



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 これまでの研修

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

訪問看護出向事業【3か月】

令和3年度 ・ 5年度 ・ 7年度 計3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、在宅療養支援能力の向上を図ることにより、院内の看護ケアや退院支援能力の強化に役立つスキルを取得し、地域連携の強化につなげる

【出向者の要件】

ジェネラリストラダーⅢ以上の指導的役割が担える看護師

退院支援や訪問看護について学びたい意欲があり所属長から推薦のあったもの

【出向者に求める能力】

- 新たな環境に飛び込める適応力
- 組織に還元する意欲と責任感
- 多職種と協働できるコミュニケーション力
- 現場の課題を言語化し、改善につなげる力

令和7年度 広島県看護協会訪問看護ステーション「ひろしま」へ出向

出向期間 2025年11月1日～2026年1月31日〔3か月〕

	令和7年度 出向者
看護師歴	2002年 看護師免許取得 2022年 主任看護師 2025年 認定看護管理者教育課程ファーストレベル修了
ラダー取得状況	ジェネラリストラダーⅢ マネジメントラダーⅠ
経験部署	内科外来・外科病棟・内科・皮膚科混合病棟 2019年～循環器内科病棟 入退院支援担当主任
志望動機	部署に入院する心不全患者の約7割が後期高齢者。 71.9%が自宅退院。1年以内の再入院率21.9%。 30日以内4.8% 住み慣れた自宅でより長く生活できるよう 病院と在宅医療チームが連携し、切れ目のない包括的な疾病管理を行う必要性を感じ志望。
出向者への期待	救急搬送された患者が再び暮らしの場に戻れるために急性期病院の看護師として取り組むべきことは何か明らかにし、退院支援や在宅療養移行支援に関する教育の充実につなげてほしい。 地域・外来・救命救急センター・一般病棟など 施設間・部門間での連携の仕組みづくりのリーダー的役割を担ってほしい。

訪問看護出向事業 これまでの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
看護師歴	14年目 ジェネラリストラダーⅣ	18年目 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
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。 様々な支援を受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	医師の含めた多職種へ報告会 病棟の退院支援の仕組みづくりに貢献。 ICUへ異動後、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 教育委員会(ラダーⅣ)の委員として活躍	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 看護の質改善委員会の委員として活躍

これまでの出向の成果

①多職種協働による退院支援の強化

◆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

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・介護支援連携手順書の作成など

退院時共同指導算定件数の増加

(令和6年度 月平均 11.6件 → 令和7年度 14.1件)

介護支援連携指導料算定件数の増加

(令和6年度 月平均 8.8件 → 令和7年度 15.1件)

③看護師のスキルアップ・キャリア形成

④研修プログラムの構築

◆情報収集力の向上

退院支援に必要な情報の具体化

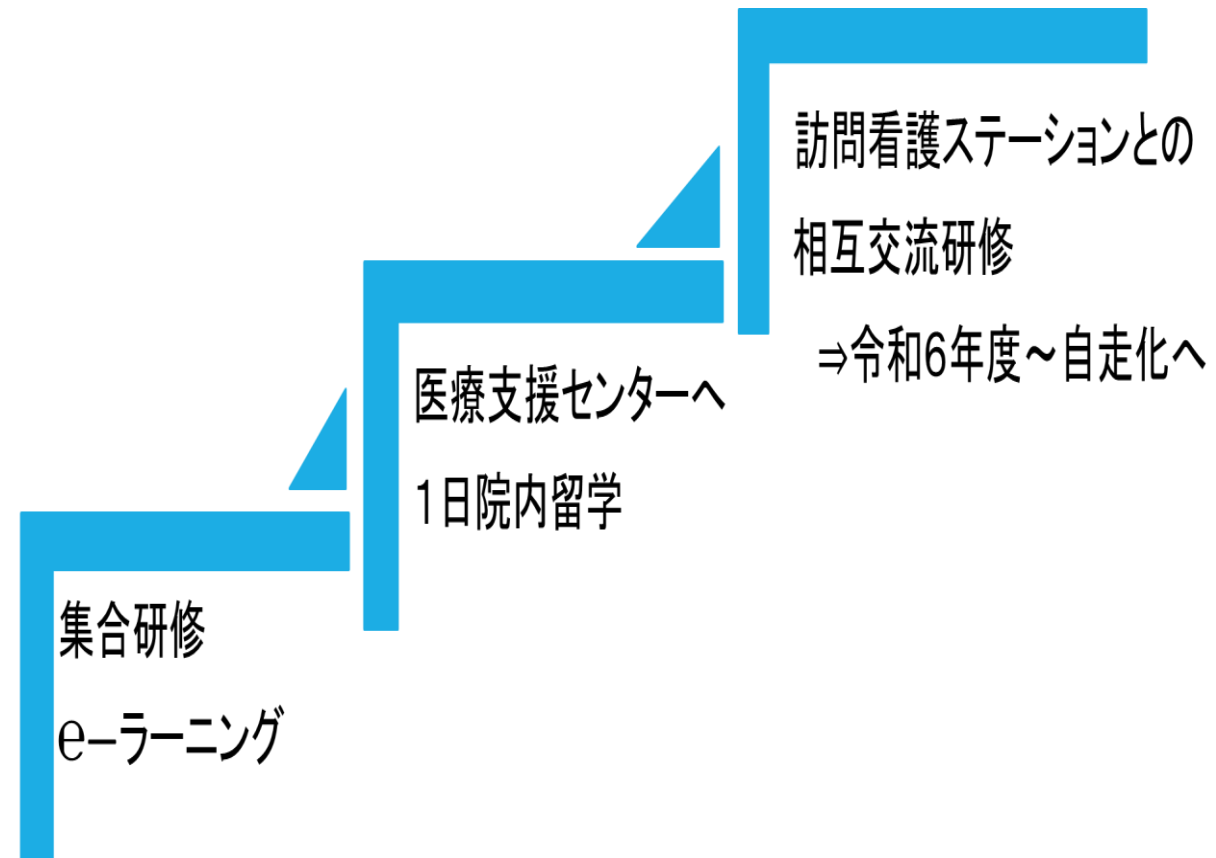
看護情報提供書の内容をチームで最終検討

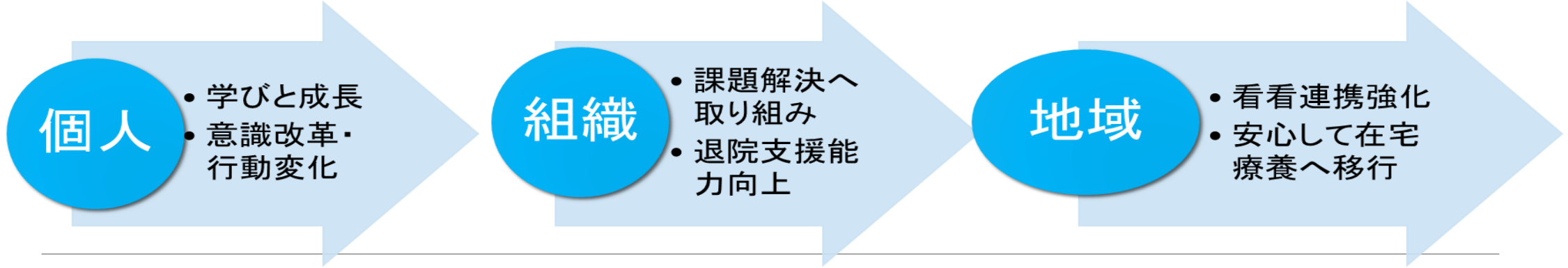
必要となる情報を地域と共有

◆退院支援や地域連携に対する意識向上

医療支援センターへの院内留学希望者の増加

(令和6年度 6名 → 令和7年度 9名)





今後の課題

- ①これまでの出向事業による部署の成果を院内標準化へ
退院前カンファレンスシート・電話訪問など
- ②出向経験者同士の面識なし → 交流の場を設け 3人の経験を、組織の変革へ
出向経験者3名からみた自施設の課題を再度整理
訪問看護利用者の対応に関する 相談・連絡窓口の設置 など
- ③自施設だけでなく 地域全体で人材育成 地域でともに育つ環境づくり
相互交流研修のブラッシュアップなど

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、広島県看護協会及び
訪問看護ステーション「ひろしま」の皆様をはじめ、
ご協力いただいたすべての皆様に感謝申し上げます。