

広島県看護協会 訪問看護出向事業報告



令和8年3月14日
広島市立広島市民病院
中川 純子

出向者の紹介



➤所属：東5A病棟 循環器内科・内科 45床

救命救急センターの後方支援病棟、心不全や虚血性心疾患など循環器疾患の患者を多く受け入れている

➤平均在院日数 病院全体：10.0日 病棟：6.1日

➤病床稼働率：78.4%（退院含む91.3%）

➤勤務経験：循環器内科、消化器外科、内科、皮膚科

➤役割：入退院支援担当主任

出向事業概要

- 期間：令和7年11月1日～令和8年1月31日
- 出向先：
広島県看護協会訪問看護ステーション「ひろしま」
(広島市東区牛田)
- 訪問エリア：広島市東区・中区・南区

出向前の課題認識

- 自部署に入院する約7割以上が75歳以上の後期高齢者
- 心不全患者の平均在院日数：19.2日
- 約7割の患者が自宅退院
- 1年以内の再入院率：21.9%
- 部署経験年数3年未満：約半数
- ➡退院後の生活を予測した支援の検討が困難
- 単身高齢者世帯の増加、家族介護力の低下
- ➡自宅退院を希望しても転院や施設入所を余技なくされる
ことがある

出向事業の目標

- 患者の在宅療養の経過や支援状況を把握することで、患者の生活を具体的にイメージし、退院後の生活を見据えた看護や適切な情報提供につなげる。
- 病院と在宅チームとの多職種連携や退院前カンファレンスを通じて、切れ目のない効果的な退院支援を行う能力を高める。
- 実践的な退院支援能力を高めることで、心不全患者の生活の質向上と再入院予防に貢献する。

3カ月間の実践内容

- 幟町地域包括支援センターの訪問
- 在宅医療介護連携推進事業 訪問診療同行研修参加
- 広島県看護協会訪問看護事業局合同研修会参加
- ステーション内での勉強会（クーデックエイミー）参加
- グリーフカフェの参加
- 同行訪問 77件 単独訪問 103件 （計180件）
- 退院前カンファレンス 4件、サービス担当者会議への参加
- 実践した看護ケア

清拭・陰部洗浄・洗髪・足浴・入浴介助・褥瘡処置・摘便・体重測定・吸引
服薬介助・HPN管理・PEG管理・NPPV管理・HOT管理・末梢静脈点滴
リハビリ(体操・散歩)・生活指導(食事・服薬・運動・水分・症状出現時等)
ストーマ(コロ・ウロ)管理・血糖測定とインスリン指導・受診サポート
バルンカテーテル管理等

ケース紹介



【年齢】 95歳 【性別】 女性

【疾患】 心不全、狭心症、高血圧、くも膜下出血、認知症、白内障、子宮筋腫

【ADL/IADL】

自宅内のADLは自立（入浴は見守り） / 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb

【家族構成】 長女と二人暮らし、近所に次女家族が居住

【社会資源の活用】 要介護1 訪問看護1回/週

【介入までの経緯】

6月～7月初回心不全入院。一旦自宅退院となるが3週間後に心不全増悪し再入院。長女さんの希望あり、訪問看護導入となる。

【入院中の指導介入】

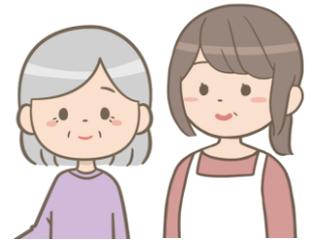
- ・心不全パンフレットを使用した生活指導
- ・栄養指導（減塩）受講

退院後の生活を支えるそれぞれの役割



外来通院は初回のみ1回/2週、その後は1回/4週
採血とレントゲンにて心不全の増悪がないかチェック

長女さんが内服や食事の管理
毎日体重・血圧測定を実施し心不全手帳に記載
通院時は付き添ってサポート



血圧・体重・症状の観察、減塩の方法や内服薬の説明、
運動療法（散歩や座位でのラジオ体操等）
飲水量の把握と水分摂取量の目安の説明、訪問時の飲水促し、
内服変更後の血圧・体重変動時は電話でも数値や症状の確認、
本人や長女さんの精神的サポート



退院後の経過

Cr、BUN、GFRの推移



◆ 退院後、腎機能が徐々に悪化し、11月の受診で利尿剤1種中止

◆ 1000ml/日の飲水目標も本人の理解不足で進まず

◆ 脱水是正で体重約1kg↑、
血圧10-30mmHg↑

◆ 腎機能は回復、心不全増悪なく安定

➡ 外来受診間隔は4週から6週に延長



◆ 訪問時にも飲水促進し、800~1000ml/日摂取を達成

◆ 電話で体重・血圧・心不全症状を確認、お正月後に血圧上昇あり減塩について再度説明

ケースからの学び



看護師さんに来てもらえることで安心。娘と二人きりだからね。散歩をしたり体操したり、色々な話も聞いてもらえて気分転換になる。来てもらえて嬉しい。ありがたいね。

普段はずっと二人だからケンカになることもあって、話を聞いてもらえるのもすごく助かってます。

心配なこともすぐに相談できるし、食事の工夫や薬のことも教えてもらえて助かります。

体重や血圧に変化があった時も電話してもらってすごく安心でした。



訪問看護師の役割

心不全増悪徴候の観察だけでなく、日常生活の変化や気候の変化、ライフイベントや心身の状態に合わせたタイムリーな指導が可能。精神的サポートの役割もとても大きく患者さんが家族が安心して日常生活を送るためにも訪問看護はとても有効。

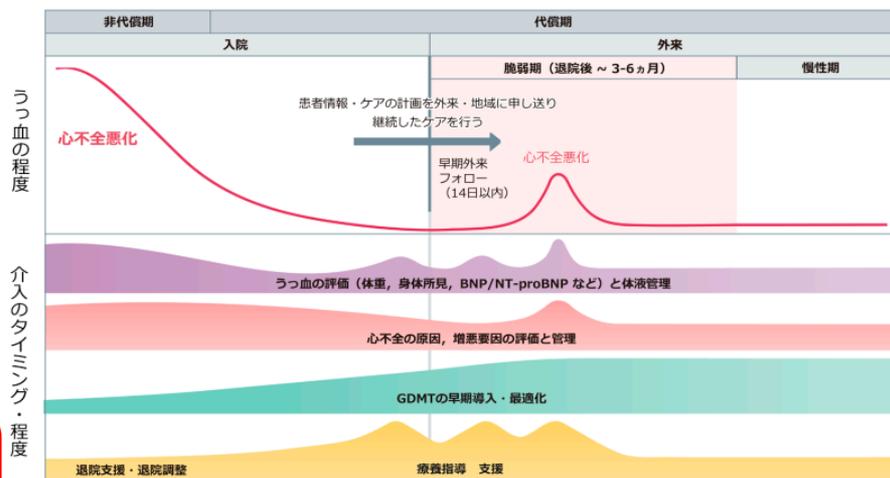
心不全患者への退院支援のポイント

【心不全ガイドライン】

- 慢性の進行性疾患である心不全患者に対する継続的な移行期ケアの重要性を示している。
- 退院や転院時のケアの途切れ➡心不全悪化リスク上昇。
- 訪問看護など多職種チームによる管理（特に脆弱期）
➡予後改善と再入院防止に有効。

医療やケアの連携と
継続性の確保が必要

病院と在宅チームとの情報共有
(コミュニケーション) が重要



心不全診療ガイドライン2025

心不全の非代償期から代償期への移行期管理

連携における問題

【看護サマリー】

- 不足している情報：退院処方情報、生活状況（ADL/IADLや家族などのサポート体制）、リハビリの状況、症状増悪時の対応、患者の病状理解や今後の療養希望、ポート等身体に留置している物の製品情報。
- 退院時に看護サマリイの返信がない。
- ケアマネージャー宛てだと訪問看護師に届かないことがある。
- ストーマや褥瘡処置方法など、文書だけでは伝わりにくい内容がある。
- 渡すだけでは理解の確認ができない。

連携における問題

【入院中】

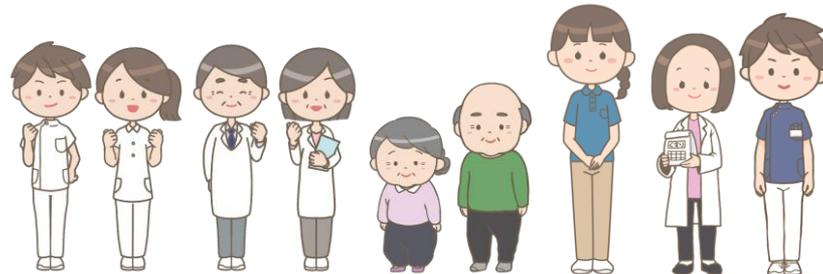
- 緊急入院した可能性のある利用者について問い合わせても、個人情報保護の観点から回答が得られない場合がある。
- 入院後の経過や今後の見通しについて、途中経過の連絡がないことが多い。

【退院後・外来通院中】

- 在宅チーム同士では医療介護専用SNSなどを活用しタイムリーな情報共有の円滑化が進んでいるが、殆どの病院は基本的に電話連絡が必要。基幹病院など規模の大きい病院ほど、不明点の問い合わせ先や医師への報告窓口が分かりにくいことがある。
- ちょっと確認したいことがあっても連絡し辛い。
- ストーマ外来など専門外来との連携が難しいケースがある。

課題

1. 情報共有方法と内容の改善
2. 顔と顔の見える関係を構築し切れ目のない連携体制を整える
3. 退院後の生活を見据えた看護や多職種連携ができるスタッフの育成



今後の取り組み

課題

1

- 看護サマリーの見直し。(内服薬・飲水量管理・指導内容・症状増悪時の対応、ポートなど留置中の製品情報などの情報共有)
- ストーマや創処置などは画像も活用し共有。(写真・Zoom・患者の携帯なども活用)

課題

2

- 再入院リスクの高い心不全患者などに訪問看護など在宅サービス導入を推奨し、在宅チームと連携する。
- 患者の入院中から積極的に在宅チームへ連絡し情報共有する。
- 退院前カンファレンスの件数を増加し顔の見える関係を構築する

課題

3

- 退院後は訪問看護ステーションと連絡を取り、不明点の確認と情報提供のフィードバックを受け、スタッフと共有する。
- 退院支援を行った症例の振り返りを行い、スタッフの退院支援能力の向上を図る

おわりに

今回様々な利用者の訪問を通して、社会的・身体的フレイルや、認知機能低下、複雑な慢性疾患などがあっても多職種で連携し支えることで住み慣れた自宅でその人らしい生活を送ることができることを学んだ。



訪問看護出向事業においてたくさんのお力添えとご協力、ご指導下さいました全ての皆様に心より感謝申し上げます。本当にありがとうございました。