

令和7年度 訪問看護出向事業報告会

～訪問看護ステーションの立場から～



広島県看護協会訪問看護ステーション「ひろしま」

所長 児玉 恭子

施設概要



広島県看護協会訪問看護ステーション「ひろしま」

◎所在地： 広島市東区牛田本町

◎職員数： 31人

（看護師22人、理学療法士5人、作業療法士2人、事務職員2人）

◎認定看護師：4名

（緩和ケア1名、摂食・嚥下2名、手術室看護、特定行為研修修了者1名）

◎訪問エリア： 広島市東区、中区、西区、南区、安芸区、府中町、安佐北区・安佐南区の一部

施設概要

※利用者数：287人（令和7年12月実績）

※訪問件数：1779件（令和7年12月実績）

※利用者の年齢：14歳～100歳

※利用者の疾患：癌、精神疾患、認知症、循環器疾患、糖尿病・呼吸器・神経難病 等

※医療ニーズ：胃ろう、膀胱留置カテーテル、ストマ管理、人工呼吸器、高カロリー輸液、麻薬持続皮下注射、
酸素療法、点滴 等

※機能強化型訪問看護管理療養費Ⅱ算定

訪問看護出向事業目的

病院の看護師が一定期間、病院に在職したまま地域の訪問看護ステーションに出向し、訪問看護に従事しながら在宅療養支援能力の向上をはかることにより、院内の看護ケアや退院支援機能の強化に役立つスキルを取得し、地域連携の強化に繋げる

ステーションの目的

訪問看護の理解の促進・魅力の発信
出向元の病院との連携強化
地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割を知る

出向受入れ期間 令和7年11月1日～令和8年1月31日（3ヶ月間）

受け入れの背景

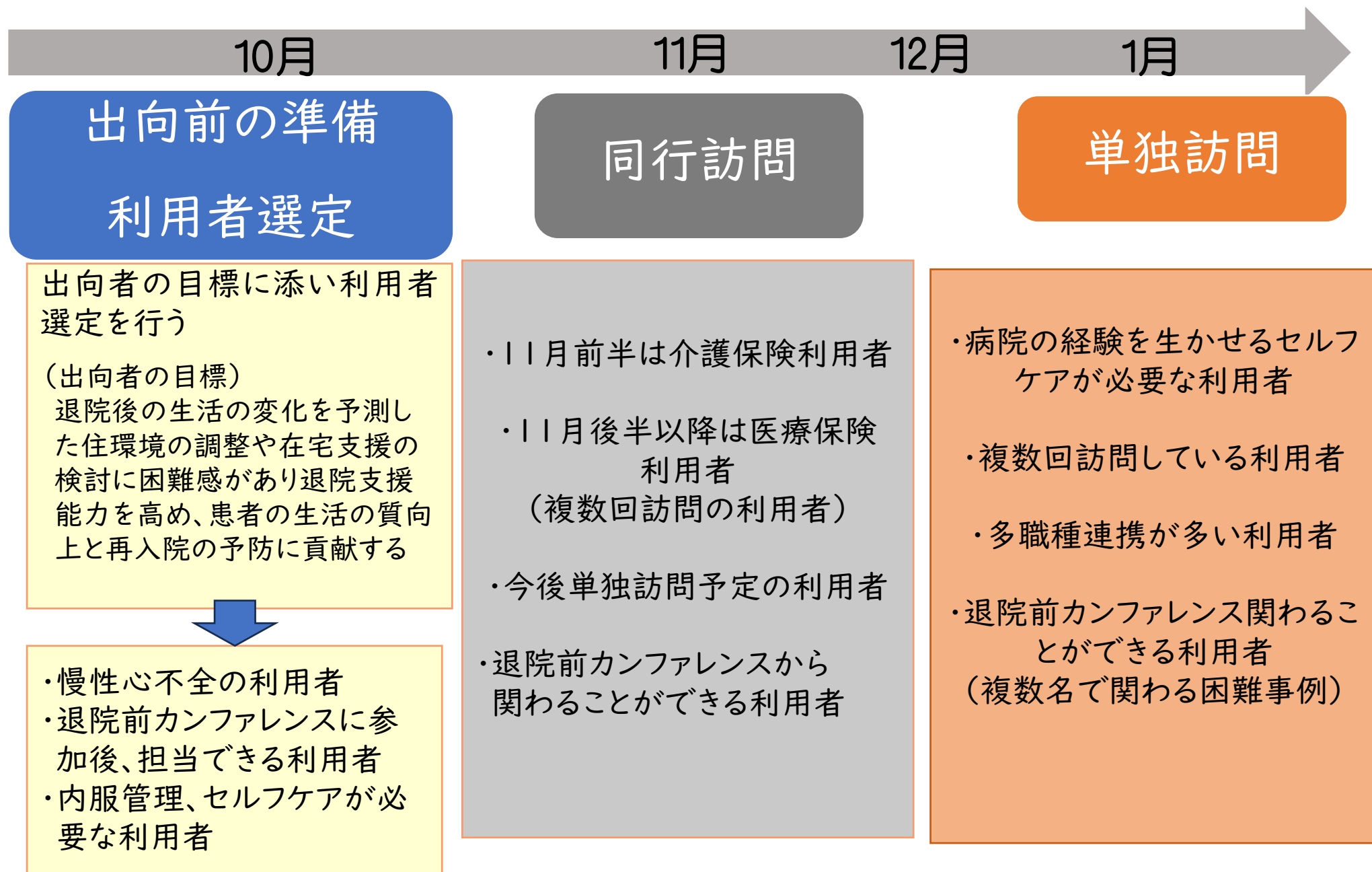
- ・退院前後で在宅生活のギャップを感じる場面がある
- ・退院前に在宅の視点が十分に共有されにくい
- ・病棟では問題にならないことが在宅では生活上の負担になるケースがある

病院→医療安全・治療継続が中心で医療者が常に側にいる

在宅→生活の継続、家族の負担軽減、医療者が常にないない環境が前提

病院看護師と訪問看護師では環境や時間軸が異なり視点到差が生じやすい

出向事業の流れ（利用者の選定）



定期的な振り返り

- 出向開始～1ヶ月：
同行訪問期間は、振り返り用紙に記載し毎日所長・主任と振り返りを行った
- 2か月後以降：
単独訪問実施後は、所長・主任と振り返りを行った
- 月に1回、出向元の看護管理者、出向者、広島県看護協会事業部担当者、当ステーション所長・主任による振り返りを実施した



実践した内容を確認しながら、学びや不安に思っていることを知る機会となった
指導者と共に次の計画に活かすことができた

出向事業の実際



① 同行・単独訪問

- ・同行訪問：73件（3ヶ月）
- ・単独訪問：104件（3ヶ月）
- ・受け持ち利用者：6人

訪問看護の実際

ストマ管理、内服管理、インシュリン自己注射支援、在宅酸素管理、点滴管理、尿管管理、看護記録、報告書・計画書作成、訪問看護サマリー作成

在宅における多職種連携

- ・医師との連携（ICT、電話、対面）
- ・ケアマネジャーとの連携
- ・家族との連携（独居）、家族支援



②退院前カンファレンス

- ・県立二葉の里病院、県立広島病院、広島市民病院（2回）
4件参加
- ・在宅を見据えた退院支援の重要性を実感できた
- ・多職種連携と情報共有の必要性を再認識できた



③訪問診療同行

- ・クリニックの訪問診療に同行
（6人の訪問診療に同行）
- ・生活の場で行われる診療の実際を体感できた
- ・在宅医療における役割分担と連携の重要性を学ぶ事ができた



④ステーションでの勉強会参加

- ・輸液ポンプの勉強会をステーションで開催
- ・在宅での薬剤投与の方法についての理解を深める事ができた



⑤地域でのグリーフケアの場への参加（グリーンカフェ）

- ・緩和ケア認定看護師と共に参加
- ・看取り後の家族支援の重要性を再認識
- ・地域包括支援センターとの協働の実験を体験

医療と地域がつながる
支援のあり方を学ぶ



医療機関だけでは完結しない
地域全体で支える仕組み



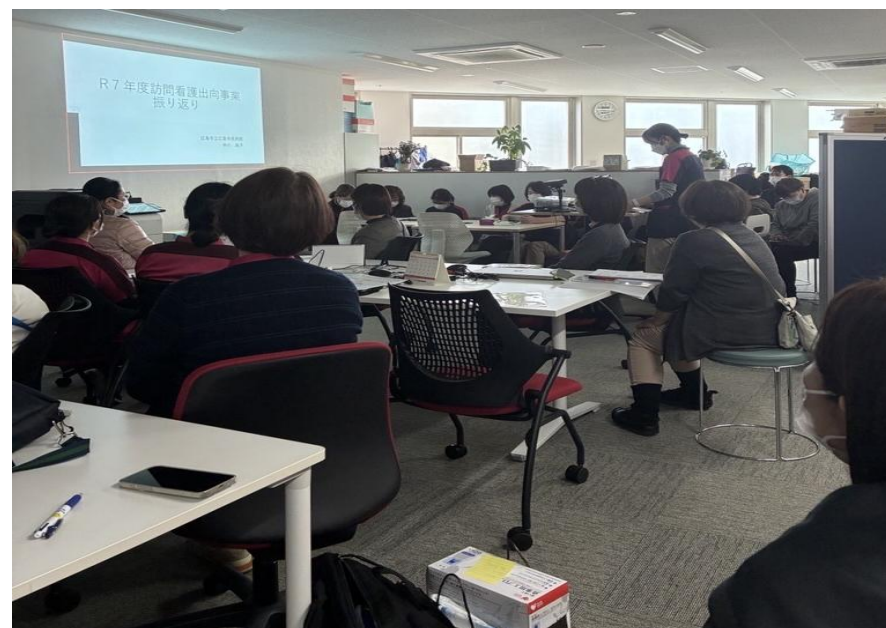
⑥訪問看護事業局職員合同研修会

・令和8年1月20日

広島県看護協会訪問看護事業局の職員研修会にて出向者が発表

◎出向事業における学びと課題

◎心不全看護に関する情報提供



出向事業の成果

訪問看護の理解の促進・魅力の発信

- ・ 訪問看護の役割と機能への理解が深まった
- ・ 生活を支える看護の価値を実感できた
- ・ 在宅看護のやりがいと可能性を共有できた
- ・ 多職種連携と連携する専門性の高さを再認識できた

病院と訪問看護ステーションの連携強化

- ・ 病院と訪問看護ステーションの相互理解を深め、切れ目のない連携体制の基盤づくりとなった

地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割

- ・ 退院前カンファレンスの積極的な参加による早期連携
- ・ 定期的な情報共有、顔の見える関係づくりの継続
- ・ 専門知識の相互共有の機会創出（学び合う関係性の維持）

まとめ

- ◆ 病院と在宅の相互理解が深まる
- ◆ 継続的な連携の基盤づくりとなる
- ◆ 地域医療の質向上、地域全体の成長には、機関間連携の強化が重要である

ご清聴ありがとうございました

