

令和7年度 相互交流派遣研修事業報告 病院の立場から



安佐医師会病院
Asa Medical Association Hospital

副院長兼総看護師長
中林 八千代

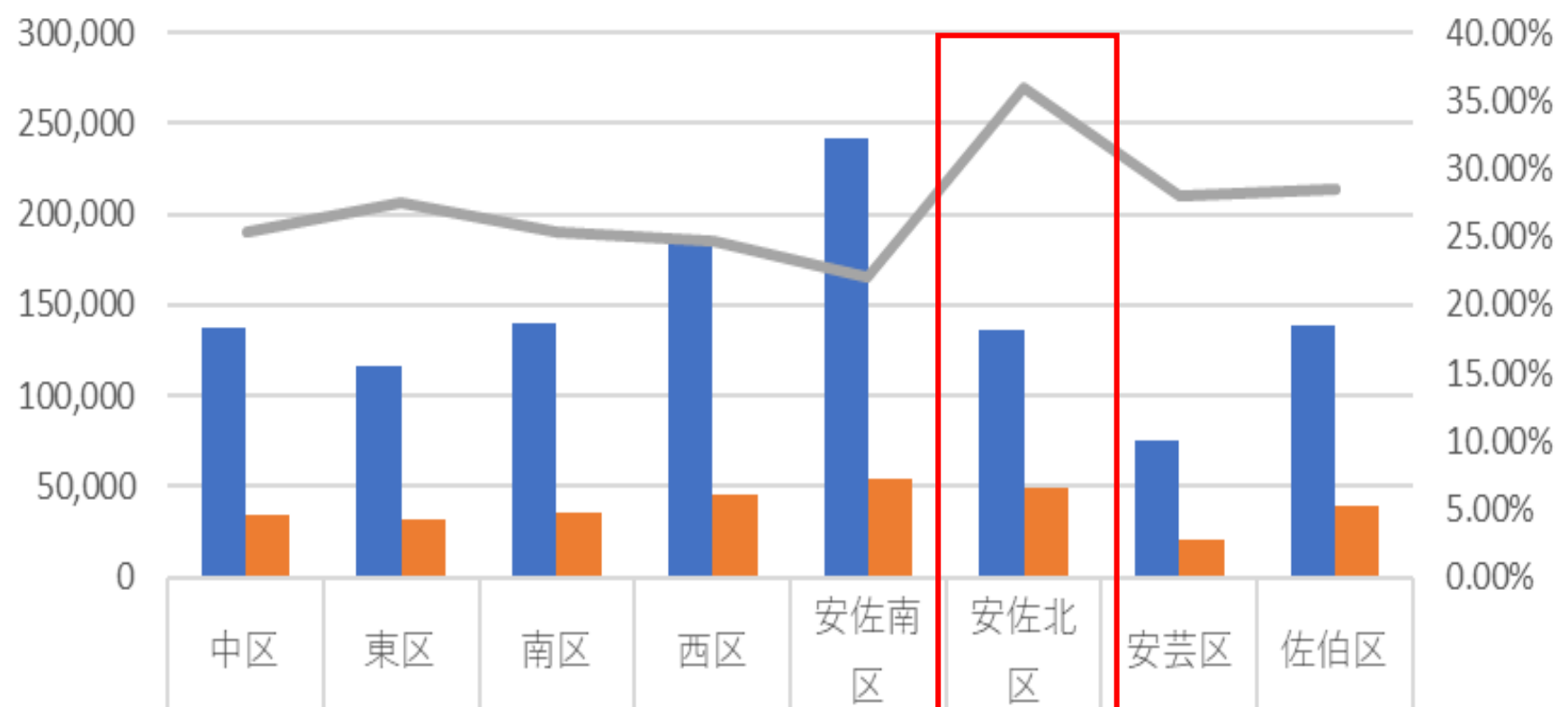
安佐医師会病院の概要

- 広島市安佐北区（人口13万人）に立地
- 2023年4月オープン
同年12月病院機能評価受審
翌年2月認定、3月緩和ケア病棟開設
- 許可病床102床
- 診療科 総合内科、緩和ケア内科
- 病棟構成
地域包括ケア病棟（43床、39床）
緩和ケア病棟（20床）
- 病床稼働率 87.5%
- 平均在院日数 31日
- 在宅復帰率 87.5%
- 平均年齢 82.1歳（地ケア）
75.3歳（緩和ケア）





広島市区別人口 令和7年3月31日末現在



総人口	136,861	116,786	140,076	184,648	242,017	135,989	74,752	139,146
高齢者人口 (人)	34,705	32,273	35,529	45,669	53,598	48,777	20,956	39,587
高齢化率	25.40%	27.60%	25.40%	24.70%	22.10%	35.90%	28.00%	28.50%

本日の内容

1. 病院機能と役割
2. 看護部の取り組み
3. 相互交流派遣研修計画・実施
4. 退院支援カンファレンスのポイント
5. まとめ

1.病院機能と役割

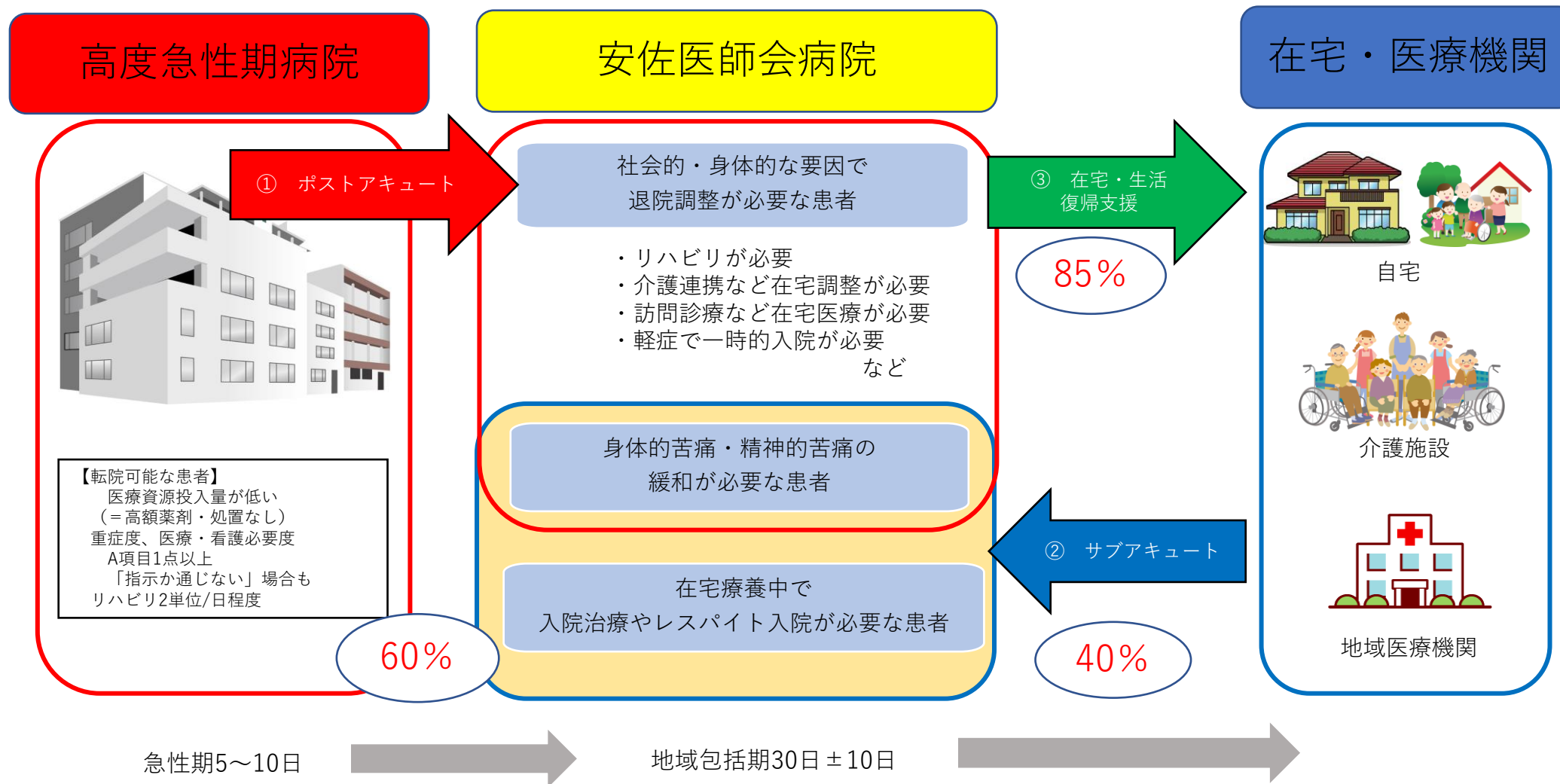
病院理念

高度急性期病院と在宅を繋ぐ地域包括ケアシステムの中核を担う
病院を目指す

病院基本方針

- ・ 高度・急性期との密な連携のもと、
患者の「家に帰る。」を実現します。
- ・ かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等
生活を支える方々と在宅療養を支えます。
- ・ 患者の意志と権利を尊重し、患者家族とともに
「生活」について考えます。

安佐医師会病院の役割



2.看護部の取り組み

病院に求められる早期退院・在宅療養支援の機能強化

- ①退院支援部門の看護師・MSWだけではなく、病棟・外来の看護師が、在宅療養支援の視点とスキルを身につけ、患者・家族に個別的な支援を行うことが求められている。
- ②地域住民が最後まで住み慣れた地域で自分らしく暮らせる地域包括ケアシステムの構築に向け、病院看護師は、院内の患者の医療のケアの提供に留まらず、退院支援にも力を注ぐ必要がある。

看護部理念

看護職員一人ひとりが身近な存在として信頼され
患者さんの生活を重視した看護を目指します

看護師の役割

- ・ 患者・家族の一番身近な存在として，退院に向けて意思決定支援に関わる
- ・ 患者個人の多様なニーズをアセスメントし、退院後の療養生活に関する適切な指導や環境の調整に関わる

「家に帰る。」を実現するためには・・・
患者・家族と共に生活について考えるためには・・・
個人の多様なニーズをアセスメントするためには・・・
現場の看護師に何が必要なのか・・・

多くは急性期病院からの転職
訪問看護を経験している
職員は5～6名・・・

急性期気質から
脱却が必要！！



2023年度広島県看護協会
「看護師の相互交流派遣研修事業」の案内!!

まずは、この事業に参加せねば

在宅がイメージできる看護師の育成！！

3.相互交流派遣研修計画・実施

目的

在宅がイメージでき退院支援が実践できる看護師の育成

対象

退院支援委員会メンバー

クリニカルラダーⅡ以上

方法

地域の訪問看護ステーションと相互交流

研修内容

	病 院	訪問看護ステーション
1日 目	地域連携室業務について ・地域連携室の役割と機能 ・入院受入検討体制 患者情報の入手、問い合わせなど ・退院調整の実際 MSWの動き、相談対応など ・地域からの相談体制	・オリエンテーション（法人内事業所も含め見学） ・訪問看護における必要物品 ・訪問看護費や訪問看護療養費などの算定について ・訪問看護の必要書類 訪問同行 家族看護の実際
2日 目	地域包括ケア病棟について ・地域包括ケア病棟の役割と機能 ・入院判定会議から入院決定まで ・入院当日の動き ・退院支援の流れ - 退院支援カンファレンスの実際 ・病棟における看護ケア（レスパイトを含む）	訪問同行 施設内看護の実際 ・看護小規模多機能型居宅介護について ・サービス担当者会議参加 ・退院前カンファレンス参加 ・グループホームとの医療連携について
3日 目	緩和ケア病棟について ・緩和ケア病棟の役割と機能 ・入院の受入体制 ・意思決定支援、症状緩和の実際 ・緩和ケア認定看護師の役割 ・在宅ケアチームとの連携	訪問同行 （メゾンクレアなごみ） ・サービス担当者会議参加 ・退院前カンファレンス参加 ・今後の連携に対しての課題抽出 ・まとめ

研修実績

	研修先	研修者	研修期間	その他
2023年	訪問看護ステーション ひびき	1名	3日間	相互交流
2024年	訪問看護ステーション ひびき	8名	2日間	当院からのみ
2025年	訪問看護ステーション ひびき	6名	〃	〃
	なごみの郷 訪問看護ステーション	1名	3日間	相互交流

現在16名が修了

相互交流派遣研修後レポート

1. 参加目的
2. 参加して得られた内容
3. 得られた事を今後、病院の中でどう活かしていくか

この3点について提出

1. 参加目的

- ・ 訪問看護の実際を知り、退院支援カンファレンスに活かす
- ・ 訪問看護の実際から、在宅での生活を見据えた看護の視点を養う

2. 参加して得られた内容

- ・ 入院中から在宅を見据えた物品準備、指導が必要
- ・ 点滴は内服や貼付剤・座薬へ、液体栄養剤は半固形へ変更するなど、在宅で過ごせるよう少しずつ調整が必要と学んだ
- ・ 自宅での療養生活は、病院以上に多職種が関わるため連携の重要性を学んだ
- ・ 退院後、ケアマネから訪問看護の依頼が多いことを知り、病院から繋ぐ必要性を感じた

3. 得られた事を今後、病院の中でどう活かしていくか

- ・ 在宅へ帰った後の生活を意識した、情報収集や退院支援を行っていく
- ・ 患者、家族の思いに沿い、退院をゴールではなくスタート地点と考えたい
- ・ 入院中から意志決定支援に重点を置き、望む暮らしへケア移行出来るよう取り組みたい

4.退院支援カンファレンスのポイント

周囲の状況

介護力、住環境の把握をおこないセラピストと協議（家屋訪問）

患者・家族の意向

患者・家族の退院に関する意向を確認し，多職種へ情報提供

看護アセスメント

食事、排泄、清潔・更衣、活動、睡眠等において、退院先を目処に
何を整える必要があるかアセスメント

退院への課題

その時期、時期で課題を明確にして対応策を考え取り組む

事例 93歳男性 心不全 要支援2

周囲の状況

長男夫婦と同じ敷地内に暮らす

トイレまで3m, 風呂場まで20m 2段の段差

患者・家族の意向

患者：家に帰りたい

家族：リハビリをして欲しい。デイサービスを利用して欲しい。

看護アセスメント

食事：準備は長男夫婦が支援

排泄：動作は自立、手すりなど必要な福祉用具を選定

清潔：家族の見守りが必要、デイサービスの利用

活動：母屋まで歩行するが転倒リスクあり途中椅子を置くか、

睡眠：概ね良眠、

内服管理もカレンダー使用で間違いなし

退院への課題

退院前の家屋調査が必要

5.まとめ

相互交流派遣や訪問看護研修を行うことは
患者を中心に、ケアや支援を行う者同志が学び合い
つなぐ相手の視点になって、看護介入を行うことができる
人財の育成に繋がる

ご静聴ありがとうございました

