

平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

訪問看護実践を通じた病院看護師の
在宅療養支援能力向上に関する調査研究事業
報告書

平成 29 年 3 月

公益社団法人 日本看護協会

目次

要旨	1
第1章 調査研究の目的と概要.....	6
I. 調査研究の目的.....	6
II. 調査研究の概要.....	8
1. 実施体制	8
2. 検討経緯	9
3. 調査研究内容.....	9
第2章 訪問看護人材活用試行事業.....	10
I. 事業の概要	10
1. 事業の背景と目的.....	10
2. 出向のしくみ.....	12
3. 実施体制	14
II. 実施内容	20
1. 北海道釧路市（釧路市立総合病院－北海道総合在宅ケア事業団 釧路地域訪問看護 ステーション）の事例	20
2. 山形県（県立河北病院－山形県看護協会訪問看護ステーションやまがた）の事例	39
3. 茨城県（茨城県立中央病院－笠間市立病院訪問看護ステーションかさま）の事例	63
4. 横浜市（横浜市立大学附属病院－磯子区医師会訪問看護ステーション）の事例	76
5. 横浜市（横浜市立大学附属病院－複合型サービスふくふく寺前）の事例.....	102
6. 富山県富山市（県立中央病院－富山県看護協会訪問看護ステーションひよどり富山） の事例	122
7. 岡山県（川崎医科大学総合医療センター－訪問看護ステーション晴）の事例.	154
8. 香川県（香川労災病院－香川県看護協会まるがめ訪問看護ステーション）の事例	175
9. 鹿児島県鹿児島市（鹿児島市立病院－よしの訪問看護ステーション）の事例.	201
10. 鹿児島県鹿児島市（今給黎総合病院－生協訪問看護ステーションたにやま）の事例	224

Ⅲ. 成果と課題	250
1. 出向看護師における成果と課題.....	250
2. 訪問看護ステーションにおける成果と課題.....	260
3. 病院における成果と課題.....	262
4. コーディネーターにおける成果と課題.....	265
第3章 考察	267
I. 効果的・効率的な出向の実施方法.....	267
1. 出向期間の妥当性.....	267
2. 出向条件の調整.....	267
3. コーディネーターの役割.....	268
4. 長期型出向・リレー型出向.....	269
5. 看護小規模多機能型居宅介護への出向.....	270
II. 病院看護師の多様な職務や属性に応じた出向の実施方法.....	271
1. 育児短時間勤務の看護師による出向.....	271
2. 専門看護師・認定看護師による出向.....	271
III. 訪問看護出向事業の普及に向けて.....	272
参考資料	274

要旨

1. 目的

病院の看護師が地域の訪問看護ステーションに一定期間出向し、訪問看護に従事しながら退院支援・在宅療養支援のスキルアップを図る機会を創出することにより、病院および看護師にとっては院内の看護ケアや退院調整機能の底上げにつながるスキルの獲得、訪問看護ステーションにとっては人材確保の一助となる仕組みを提案する。

日本看護協会が平成 27 年度老人保健健康増進等事業「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用に関する調査研究事業」で実施した 3 か月間の出向事業で得られた課題をふまえ、以下の目的のもと、多様なパターンの出向事業の実施・検証を行う。

1) 出向事業の普及と継続性の確保に向けた仕組みの検討

(1) 第三者によるコーディネーターを介在した出向

出向事業の地域における普及を図り、出向を実施する病院や訪問看護ステーションの事務的負担を軽減するため、第三者によるコーディネーターを介在した仕組みについて検討する。

(2) 1 人 6 か月以上の長期型出向

病院からの看護師出向が訪問看護の人材確保策としてより安定的に機能する仕組みとして、6 か月以上の長期出向の実施について検討する。

(3) 1 人 3 か月程度の短期型出向を 2 連続で実施（リレー型）

病院からの看護師出向が訪問看護の人材確保策としてより安定的に機能する仕組みとして、1 人 3 か月程度の短期出向を連続して実施する「リレー型」の出向実施について検討する。

(4) 看護小規模多機能型居宅介護事業所への出向

訪問看護の業務を体験し、かつデイサービスやショートステイなど在宅療養者の生活を支えるサービスにおける看護の役割を学び得る場として、看護小規模多機能型居宅介護事業所への出向実施について検討する。

2) 病院看護師の多様な職務や属性に応じた出向の検討

(1) 育児短時間勤務中の看護師による出向

育児短時間勤務中で、病院で夜勤に従事することが困難な看護師が訪問看護ステーションに出向し、日中訪問看護に従事する仕組みについて検討する。

(2) 専門看護師・認定看護師による出向

専門看護師・認定看護師など、各領域で高い専門性を有する病院看護師が訪問看護ステーションに出向した場合の、病院・訪問看護ステーション双方への効果について検討する。

2. 方法

平成 28 年 9 月～平成 29 年 3 月にかけ、全国 8 地域・10 ペアの病院と訪問看護ステーション等で、2 か月間～6 か月間の看護師出向事業を実施した。

8 地域中 5 地域では、都道府県看護協会や市立大学の看護教員がコーディネーターとして支援するモデルを実施し、コーディネーターは病院や訪問看護ステーション等に出向事業の趣旨説明と協力依頼を行い、参加意思を表明した病院と訪問看護ステーション等をマッチングして、最終的にペアを組む協力事業者を確定した。コーディネーターを介在しない 3 地域では、病院と訪問看護ステーションが予めペアを組んで応募する方式をとった。

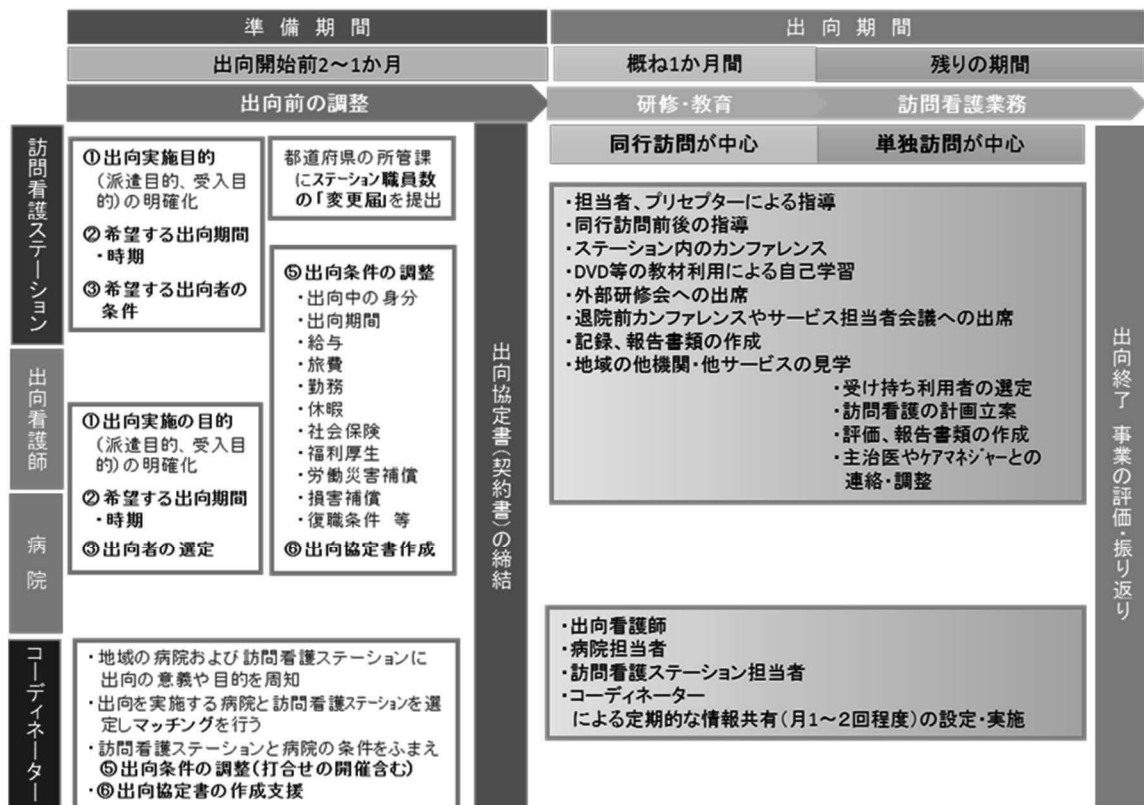
協力事業者には、本事業で検証したい出向期間・出向パターンについて説明し、各病院と訪問看護ステーション等における人材確保の状況や出向のニーズに基づき、双方にとって適切な出向期間・出向パターンを設定してもらった。

協力事業者およびコーディネーターには、以下の事業内容の実施を依頼した。

- ①訪問看護出向事業 実施体制の整備（出向条件の調整等）
- ②訪問看護出向事業の実施
- ③出向事業の事業計画・実施記録・事業報告等の提出
- ④日本看護協会の担当者等によるヒアリング調査への協力

本事業における訪問看護出向事業の実施フローは以下のとおりである。

訪問看護出向事業 実施フロー



協力事業者に対しては、出向事業実施の目安として1か月間は研修・同行訪問中心、2か月目以降は単独訪問を実施するという大枠のスキームを提示し、事前・中間・事後の事業評価を依頼した。出向看護師による訪問看護業務の習得状況について、出向者本人と訪問看護ステーションの管理者が評価し、事業全体の評価を訪問看護ステーション、病院、コーディネーターが行った。

出向前の調整の進め方、研修・教育の具体的内容、単独訪問の対象や実施回数等については協力事業者・コーディネーターの裁量に委ね、出向者の能力や適性をふまえて自由に取り組んでいただいた。

3. 結果

出向者による自己評価や、ステーション管理者の評価から訪問看護業務の習得状況をみると、3か月間の出向で訪問看護の一連の業務を習得し、訪問看護師として概ね独り立ち可能なレベルに達したことが示された。ただし、評価票の26項目の中ではマネジメント能力、他職種との連携・調整能力の評価が3か月後の時点では他項目より若干低く、より長期間の出向でさらに在宅療養支援の能力向上が図れると考えられた。

出向者が訪問看護実践を通じて得た成果としては、①在宅療養可能な患者像の広がり、②在宅で患者（利用者）を支えるサービスや他職種への理解、③患者（利用者）本位のケアを行うための看護師の役割の理解などが挙げられた。また、課題としては、自院の退院支援体制の見直しが挙げられ、訪問看護の視点から自院の退院支援システムや看護師による退院支援の課題を見出し、出向終了後に改善に取り組みたい意向が示された。

受け入れた訪問看護ステーションの評価としては、2か月目から出向者が単独で訪問看護を実施できるようになり、短期間ではあるがステーションの収益増や人材確保につながったことが挙げられた。また、出向事業を通じて、病院と訪問看護ステーションの連携強化が図られたほか、出向者の取り組みが訪問看護ステーションのスタッフへの支援・刺激となったことが挙げられた。課題としては、①訪問看護ステーションの受け入れ体制確保、②出向受け入れに係る費用や準備の負担軽減の必要性などが指摘された。

送り出した病院からの評価としては、出向者が訪問看護を通じ、病院での退院支援等に必要視点とスキルを獲得できたと評価され、当初のミッションがほぼ達成されたと考えられた。また、出向事業を通じ、訪問看護ステーションとの連携強化や、病院・病院看護師の役割を地域で広報する効果があった。課題としては、病院の看護人材確保の問題、出向について院内で理解を得るための説明・交渉の重要性が挙げられた。

コーディネーターの介在したモデルでは、病院・訪問看護ステーションからの評価として、①双方の立場・状況に配慮した調整、②定期的な進捗管理とフォローアップ、③事業評価の実施体制の維持が挙げられ、病院や訪問看護ステーションの負担軽減につながったという評価が得られた。また、行政とのネットワークや看護情報の収集・発信力をもつ組織・人材がコーディネーターを担ったことにより、訪問看護出向事業の都道府県での事業化に向け

た働きかけや、地域のメディアを通じた周知広報活動という副次的な効果も得られた。一方、課題としては、出向条件の調整に際し、労働法規や関連法規を遵守した協定締結ができるようコーディネーターにもっと支援してほしいという要望があった。

4. 今後の課題

本事業では、①出向事業の普及と継続性の確保に向けた仕組みの検討、②病院看護師の職務や属性に応じた出向の検討 を目的とし、全国8か所10ケースで様々な出向パターンの実施・検証を行った。準備期間や出向期間の短さにより期待した最大効果が得られなかったケースもあるが、いずれのケースにおいても、「病院看護師の在宅療養支援のスキルアップ」と「訪問看護ステーションへの人材支援」の2つの効果を確認することができた。

8か所中5か所ではコーディネーターが介在するモデルを実施し、コーディネーターの業務内容や、実施上の留意点を整理した。出向を実施する病院や訪問看護ステーションの事務負担を軽減し、出向事業の周知普及を図るために、コーディネーターによる支援は有効である。今後、コーディネーターの介在する出向モデルの都道府県等での事業化に向け、関係各所に情報提供を行っていくことが課題である。

長期型・リレー型出向や、育児短時間勤務の看護師の出向、認定看護師・専門看護師による出向についても、それぞれ出向者・出向元・出向先に過度な負担がかからず、何らかのメリットが得られる仕組みとして実施することができ、実施上の留意点をまとめることができた。本事業で実施した様々な出向パターンを例示し、地域の状況や病院・訪問看護ステーションのニーズに合った出向の選択肢を広げていきたい。

訪問看護出向事業の実施にあたり、最大のネックとなるのは病院の看護人材の充足状況である。病床規模を問わず、看護人材の不足感をもつ病院が過半を占める状況だが（日本看護協会 「2016年 病院看護実態調査」）、一方で、近年の地域医療構想や診療報酬改定の方針性をふまえ、病院では在宅部門の拡充、退院支援機能の強化、病床転換などの動きが進みつつあり、今後の看護人材確保・育成のあり方にも影響が予想される。在宅療養支援・退院支援の強化を目指す病院では、それらの業務に対応し得る看護人材の育成が不可欠であることから、在宅領域に強い看護人材育成の方法として訪問看護出向事業が活用できることを病院に提案していく必要がある。

また、病院にとって出向実施のインセンティブになるような制度への働きかけも今後の課題である。例えば地域医療支援病院の要件として地域の訪問看護ステーションへの人材支援（出向）を追加する等、地域貢献を標榜する病院の役割の1つとして位置付けることが考えられる。

受け入れ側の訪問看護ステーションに対しては、受け入れに係る諸経費を補助する仕組みが必要である。出向2か月目以降の給与差額の補填、出向者への指導・教育の

費用、必要物品の購入費用等を補助する仕組みを設けることにより、研修・教育機能のある訪問看護ステーションが出向者を継続的に受け入れることが可能となる。

看護師の就業形態において「出向」という働き方はほとんど前例がないことから、本事業の協力事業者は、出向者が不利益を被らず、労働法規や就業規則に抵触しない形で出向が実施できるよう、調整に時間と労力を費やしていた。平成 27 年度・28 年度事業で得られた成果と課題に基づき、今後は関係者向けのガイドラインを作成・普及して出向実施に係る負担軽減を図り、より多くの地域で訪問看護出向事業に取り組めるよう、働きかけを続けていきたいと考える。

第1章 調査研究の目的と概要

I. 調査研究の目的

在宅医療を担う重要なサービスである、訪問看護の提供体制の充実に向けて最大の課題は人材の確保・育成・活用である。現状では、訪問看護事業所における教育体制が整っていないため、未経験者の参入が難しいことや、労働市場における病院との競合等、一事業所の自助努力のみでは人材確保・育成が困難な状況にあり、国や地域を挙げた支援策が求められる。

一方、今後の労働力人口減少にともない、看護職のマンパワー自体も限られてくることを鑑みれば、看護職が所属組織内にとどまらず、地域で効果的・効率的に専門性を発揮できる働き方を検討すべき段階に来ている。

また、病院においては早期退院・在宅復帰支援の機能強化が必須の課題となっており、病棟や外来の看護師が在宅療養支援の実践スキルを身につけ、患者・家族に個別的な退院支援を行うことが求められている。そこで、病院の看護師が一定期間、地域で訪問看護に従事しながら知識・技術を学ぶ機会を創出することにより、看護師の在宅療養支援能力を底上げし、円滑な在宅復帰につなげることが期待できる。

こうした観点から、日本看護協会では平成27年度老人保健健康増進等事業「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用に関する調査研究事業」において、病院および訪問看護ステーションに対し看護師の出自・研修等のニーズ調査を実施するとともに、病院から訪問看護ステーションへの看護師の短期出自（3か月）試行事業を実施した。

ニーズ調査の結果、病院からの看護師出自を受け入れる意思については、「積極的に受け入れたい」「条件が整えば受け入れたい」が合わせて6割以上であった。一方、病院が看護師を訪問看護ステーションへ出自させる意思については、「積極的に出自させたい」「条件が整えば出自させたい」の計が36.2%にとどまり、訪問看護ステーションの受け入れ意向との間には乖離がみられた。最大のネックとなるのは病院の看護人材不足であるが、既に「看護職による地域連携・貢献」の実績がある一部の病院においては、出自に対しても前向きな意見が得られた。

また、看護師を訪問看護ステーションに「研修」で派遣する意向のある病院は7割以上となっていることから、「病院看護師の退院支援・在宅療養支援のスキルアップ」と「訪問看護ステーションへの人材支援」の両方を達成しうる出自スキームを検討し、普及を図っていくことが必要と考えられた。

全国4か所で実施した病院から訪問看護ステーションへの看護師出自試行事業では、3か月間の短期出自においても「病院看護師の在宅療養支援のスキルアップ」と「訪問看護ステーションへの人材支援」の効果が確認され、出自を実施する上で必要な支援や留意点をまとめることができた。出自先の訪問看護ステーションからは短期間の人材補充として効果が認められたものの、出自が訪問看護の人材確保策としてより安定的に

機能するには、より長期的・継続的な出向の仕組みがあればよいとの意見が得られた。

また、平成 27 年度事業における出向看護師は看護師長、副看護師長などのベテラン層・中堅層が主であった。看護管理者は訪問看護業務の習得が概ね順調であり、指導的立場にある者として出向終了後の院内での波及効果にも期待がもてるものの、病院としては看護管理者を長期間出向させることは難しいとの指摘もあった。今後、看護管理者以外の様々な属性の看護師による出向を試行し、病院や訪問看護ステーションのニーズに合った多様な出向パターンを提示することが課題となった。

平成 27 年度事業では、病院と訪問看護ステーションがペアを組んで事業に申請し、出向条件の調整、協定締結から出向期間中の進捗管理まで、全て二者間で進める仕組みをとった。日頃から患者（利用者）をめぐり連携関係にある病院と訪問看護ステーションであったため比較的スムーズに実施することができたが、マッチングや出向条件の調整を支援してくれるコーディネーター的な第三者機関があれば、今後、あらたに出向に取り組みたい事業者も手を挙げやすいのではないかという指摘があった。

上記の成果と課題をふまえ、平成 28 年度事業では、病院看護師の在宅療養支援の能力向上を図るための、より効率的・効果的な出向の実施方法や、出向事業が訪問看護ステーションへの人材支援としてより安定的に機能するための出向スキームのあり方について、検討を行う。

Ⅱ. 調査研究の概要

1. 実施体制

事業の実施にあたり、検討委員会を設置し、下記の体制により実施内容や方法の検討を行った。

●検討委員会委員

(五十音順)

委員長	齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
委員	石本 傳江	一般社団法人岡山県訪問看護ステーション連絡協議会 会長
	上野 桂子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 副会長
	大野 孝子	茅ヶ崎市立病院 看護部長
	角田 直枝	茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 看護局長
	柏木 聖代	横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域 教授
	高砂 裕子	横浜市南区医師会訪問看護ステーション 管理者
	高橋 政子	公益社団法人富山県看護協会 訪問看護ネットワークセンター 相談員
	中村 恭子	滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 副参事
	福井 小紀子	日本赤十字看護大学地域看護学分野 教授

●オブザーバー

後藤 友美	厚生労働省老健局老人保健課 看護専門官
山口 道子	厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 在宅看護専門官

●事務局

沼田 美幸	公益社団法人日本看護協会 医療政策部長
堀川 尚子	公益社団法人日本看護協会 医療政策部在宅看護課専門職
石崎 智美	公益社団法人日本看護協会 医療政策部在宅看護課
碓井 瑠衣	公益社団法人日本看護協会 医療政策部在宅看護課

2. 検討経緯

第1回	平成28年8月22日（月） ➤ 病院から訪問看護ステーションへの看護師出向に関する検討状況 ➤ 平成28年度事業の進捗状況と今後の進め方について
第2回	平成28年12月5日（月） ➤ 出向事業の進捗状況と今後の進め方について
第3回	平成29年2月27日（水） ➤ 「訪問看護人材活用試行事業」実施報告 ➤ 調査報告書のとりまとめの方向性について ➤ ガイドライン素案の作成について

3. 調査研究内容

本事業では、病院の看護師が地域の訪問看護ステーションに出向し、一定期間訪問看護に従事しながら、早期退院支援・在宅療養支援の実践力向上を図る「訪問看護における人材活用試行事業」を全国8か所（10ケース）で実施した。

平成27年度に日本看護協会が実施した老人保健健康増進等事業で得られた課題にもとづき、本事業では以下の3つの観点から、多様なパターンによる出向を実施した。

（1）長期的・継続的出向の実施可能性の検討

病院からの看護師出向が訪問看護の人材確保策としてより安定的に機能するため、6か月以上の長期出向や、1人3か月程度の短期出向が切れ目なく継続する仕組みを検討する。また、出向事業の地域における普及を図り、出向を実施する病院や訪問看護ステーションの事務的負担を軽減するため、第三者によるコーディネーターを介在した仕組みについて検討する。

（2）病院看護師の多様な職務や属性に応じた出向の検討

平成27年度に実施した師長・副師長クラスのベテラン層の出向からパターンを広げ、様々な属性や専門性をもつ看護師による出向を検討する

（3）地域で看護人材を確保・育成・活用する視点の共有

病院から訪問看護ステーションへの出向が普及するには、自施設の人材確保だけでなく、「地域で看護人材を確保し、育成していく」視点の共有を図る仕掛けについて検討する。

第2章 訪問看護人材活用試行事業

I. 事業の概要

1. 事業の背景と目的

1) 背景

医療機関において在宅復帰支援機能の強化は必須であり、医療機関の看護師が在宅療養の現場を知り、訪問看護の知識・技術を学ぶニーズは高まっている。一方、訪問看護ステーションでは在宅療養者のニーズの増加に対し、訪問看護に従事する人材の確保困難が課題となっている。

そこで本事業では、医療機関の看護師が地域の訪問看護ステーションに一定期間出向し、訪問看護に従事しながら退院支援・在宅療養支援のスキルアップを図る機会を創出することにより、医療機関および看護師にとっては院内の看護ケアや退院調整機能の底上げにつながるスキルの獲得、訪問看護ステーションにとっては人材確保の一助となる仕組みを提案する。

日本看護協会が平成 27 年度老人保健健康増進等事業「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用に関する調査研究事業」で実施した3か月間の短期出向試行事業で得られた課題をふまえ、以下の目的のもとで多様なパターンの出向事業の実施・検証を行う。

2) 目的

(1) 出向事業の普及と継続性の確保に向けた仕組みの検討

①第三者によるコーディネーターを介在した出向

出向事業の地域における普及を図り、出向を実施する病院や訪問看護ステーションの事務的負担を軽減するため、第三者によるコーディネーターを介在した仕組みについて検討する。

②1人6か月以上の長期型出向

病院からの看護師出向が訪問看護の人材確保策としてより安定的に機能する仕組みとして、6か月以上の長期出向の実施について検討する。

③1人3か月程度の短期型出向を2連続で実施（リレー型）

病院からの看護師出向が訪問看護の人材確保策としてより安定的に機能する仕組みとして、1人3か月程度の短期出向を連続して実施する「リレー型」の出向実施について検討する。

④看護小規模多機能型居宅介護事業所への出向

訪問看護の業務を体験し、かつデイサービスやショートステイなど在宅療養者の生活を支えるサービスにおける看護の役割を学び得る場として、看護小規模多機能型居宅介護事業所への出向実施について検討する

（２）病院看護師の多様な職務や属性に応じた出向の検討

①育児短時間勤務中の看護師による出向

育児短時間勤務中で、病院で夜勤に従事することが困難な看護師が訪問看護ステーションに出向し、日中訪問看護に従事する仕組みについて検討する。

②専門看護師・認定看護師による出向

専門看護師・認定看護師など、各領域で高い専門性を有する病院看護師が訪問看護ステーションに出向した場合の、病院・訪問看護ステーション双方への効果について検討する。

2. 出向のしくみ

1) 出向とは

本事業で実施する、病院から訪問看護ステーションへの看護師の「出向」スキームは図1の通りである。出向には大きく分けて「在籍出向」と「転籍出向」があるが、本事業でいう出向とは、出向する看護師が病院との労働契約を維持したまま出向先の訪問看護ステーションとも労働契約を結び、訪問看護ステーションで一定期間継続的に勤務する「在籍出向」である。

出向元・出向先の双方と労働契約が成立している状態になるため、労働基準法上の使用者責任は双方が負う。出向元と出向先は出向契約書（協定書）を取り交わし、出向者の給与支払いの責任、労働時間・休日休暇・労働安全衛生等に関する責任、社会保険の適用などについて明確化する。

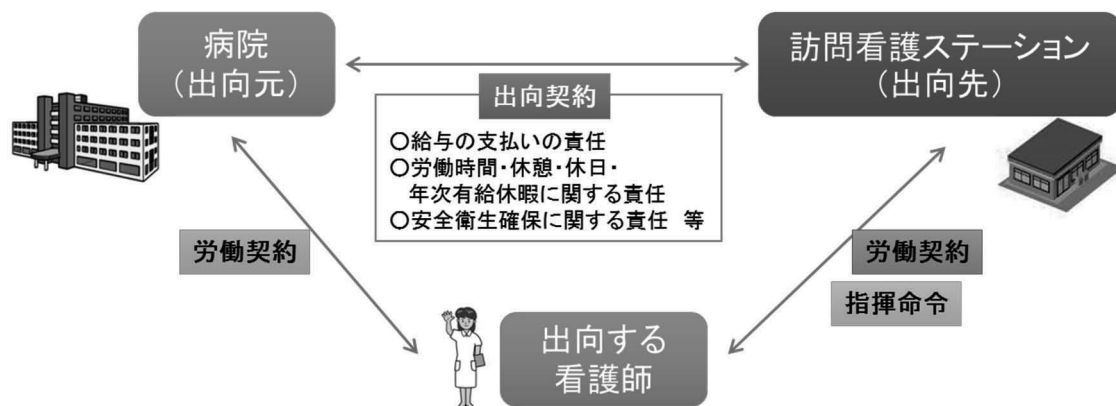
出向は、労働契約の相手方と、実際の労務の提供先が異なるという点で「派遣」に似ているが、派遣の場合は派遣先との間に労働契約関係が存在しないのに対し、出向の場合は出向先との間にも労働契約が成立している点が異なっている。

出向は、出向者の教育研修、出向元の雇用調整、あるいは出向先へのマンパワー支援、技術指導など様々な目的で活用されている就労形態である。本事業で実施した出向は、出向元である病院にとっては「看護師が在宅療養支援のスキルを学び、成果を自院の看護に還元する」という点で、教育研修が主目的である。仮に、看護師が訪問看護ステーションへ行っている間の給与を全額病院が支払うのであれば、病院としては看護師を「出向」で出すか「研修」で出すかの間に大きな違いはない、という考え方もある。

しかし、病院看護師を受け入れる訪問看護ステーションにとっては、「出向」で受け入れるか「研修」で受け入れるかの違いは大きい。「研修」で受け入れた場合、病院看護師と訪問看護ステーションの間に労働契約は存在しないため、病院看護師は訪問看護ステーションの職員としてカウントすることはできない。すなわち、研修中に病院看護師が行った業務について訪問看護ステーションが診療報酬や介護報酬を算定することはできない。

一方、「出向」の場合は、病院看護師は訪問看護ステーションの職員として単独で訪問看護業務を行ったり、重症者等に対し複数名で訪問看護を行う場合の一員として業務に就くことが可能であり、それらに対して訪問看護ステーションは診療報酬や介護報酬を算定することが可能である。「出向」の形態で病院看護師を受け入れた場合は、一定程度のスキルを習得した後、訪問看護のマンパワーとして機能することが期待できる。

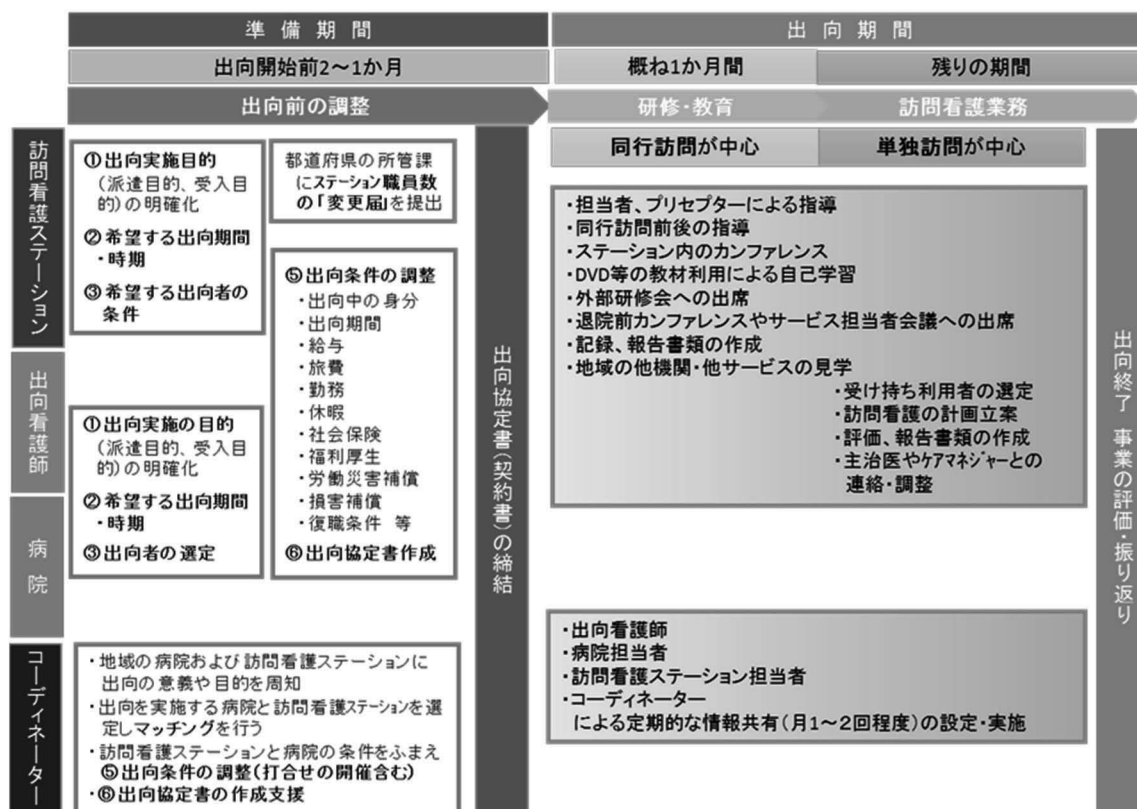
図1 出向（在籍出向）のスキーム



2）出向の実施フロー

平成27年度事業で明らかになった、訪問看護出向事業を効率的・効果的に実施するための関係者ごとの業務内容を、出向の一連のプロセスに沿って整理し、実施フロー図を作成した（図2）。本事業ではコーディネーターの介在する出向モデルを実施するため、コーディネーターの業務内容を追加した。

図2 訪問看護出向事業 実施フロー



3. 実施体制

1) 実施主体の要件

①コーディネーターを介在するモデル ②コーディネーターを介在しないモデルの2パターンを実施することとし、それぞれ以下のように協力事業者（病院、訪問看護ステーション）を決定した。

（1）コーディネーターを介在するモデル

地域の病院や訪問看護ステーションの状況、両者における看護師の業務内容に精通しており、両者の連携調整を支援し得る機関として、下記の5機関に出向事業のコーディネーター業務を委託した。

コーディネーターは、地域の病院や訪問看護ステーション等に出向事業の趣旨説明と協力依頼を行い、参加意思を表明した病院と訪問看護ステーション等をマッチングして、最終的にペアを組む協力事業者を確定した。

地域	コーディネーター
山形県	公益社団法人 山形県看護協会
横浜市	横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域
富山県	公益社団法人 富山県看護協会
香川県	公益社団法人 香川県看護協会
鹿児島県	公益社団法人 鹿児島県看護協会

（2）コーディネーターを介在しないモデル

事業を実施する病院と訪問看護ステーションについては公募を行い、下記の条件を満たす①病院（出向元）と、②訪問看護ステーション（出向先）が、あらかじめペアを組んで応募することとした。

協力事業者	要件
①病院	➤ 地域において基幹的な役割を果たしている病院であること ➤ 病院の機能や病床規模は問わない
②訪問看護ステーション等	➤ 出向看護師の能力・経験に応じて必要な指導を実施できる体制（人員を含む）があること ➤ 地域住民に対し安定的に訪問看護を提供する体制（24 時間対応）があること ➤ 訪問看護ステーションの設置主体や規模は問わない

2) 出向期間・出向パターンの選択

出向期間については平成 28 年 9 月～平成 29 年 3 月の間で、各病院と訪問看護ステーション等における人材確保の状況や出向のニーズに基づき、双方にとって適切な出向期間を設定することとした。

また、協力事業者の選定にあたっては、本事業で検証したい出向パターン（長期型、リレー型、看護小規模多機能型居宅介護事業所への出向、育児短時間勤務者による出向、認定看護師・専門看護師による出向等）を提示し、可能であればこれらの出向パターンを実施するよう依頼した。

3) 実施内容

協力事業者である病院、訪問看護ステーションおよびコーディネーターが実施する事業内容は、以下のとおりである。

- ①訪問看護人材活用試行事業 実施体制の整備（出向条件の調整等）
- ②訪問看護人材活用試行事業の実施
- ③試行事業の事業計画・実施記録・事業報告等の提出
- ④日本看護協会の担当者等によるヒアリング調査への協力

4) 協力事業者の決定

最終的に、以下の 8 地域・10 ペア（19 事業者）に対して看護師出向の事業協力を依頼、5 機関に対してコーディネーター業務を委託し、各ペアで病院から訪問看護ステーションへ看護師が出向する試行事業を実施した（表 1）。

②山形県、④横浜市、⑤富山県、⑦香川県、⑧鹿児島県では、マッチング、出向協定の締結、出向の実施等についてコーディネーターが介在するモデルを実施する。

④横浜市においては、横浜市立大学附属病院から 2 か所（磯子区医師会訪問看護ステーション、複合型サービスふくふく寺前）へ 1 名ずつの看護師出向を実施する。

⑧鹿児島県においては、鹿児島市立病院－よしの訪問看護ステーション、今給黎総合病院－生協訪問看護ステーションたにやま の 2 ペアで看護師出向を実施する。

表 1 訪問看護人材活用試行事業 協力事業者一覧

	施設・事業所名	病床数 利用者数 (月)	看護配置 看護職員数 ※()内は 常勤換算数	主な施設基準・ 機能・特色等
① 北海道 釧路市	市立釧路総合病院	643 床	7 対 1 621 名	地域がん診療連携拠点病院、へき地医療拠点病院等
	北海道在宅ケア事業団 釧路地域訪問看護ステーション	133 名	14 名 (10.3 名)	釧路市で最大規模のステーション
② 山形県 河北町・山形市	山形県立河北病院	186 床	10 対 1 183 名	平成 27 年緩和ケア病棟・地域包括ケア病棟開設等
	山形県看護協会 訪問看護ステーションやまがた	247 名	22 名 (21.8 名)	機能強化型ステーション 1
	山形県看護協会 (コーディネーター)			
③ 茨城県 笠間市	茨城県立中央病院	500 床	7 対 1 564 名	地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院等
	笠間市立病院 訪問看護ステーションかさま	18 名	4 名 (3.5 名)	病院併設のステーション
④ 神奈川県 横浜市	横浜市立大学附属病院	654 床	7 対 1 736 名	特定機能病院、地域がん診療連携拠点病院等
	在宅ナースの会 複合型サービスふくふく寺前	36 名	6 名 (3.8 名)	看護小規模多機能型 居宅介護事業所
	横浜市磯子区医師会 訪問看護ステーション	176 名	11 名 (10.0 名)	機能強化型ステーション 2
	横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域 (コーディネーター)			
⑤ 富山県 富山市	富山県立中央病院	733 床	7 対 1 704 名	地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院等
	富山県看護協会訪問看護 ステーションひよどり富山	68 名	11 名 (8.3 名)	看護協会立ステーション、県事業や研修・実習の受入実績
	富山県看護協会 (コーディネーター)			

表 1 訪問看護人材活用試行事業 協力事業者一覧（つづき）

	施設・事業所名	病床数 利用者数 (月)	看護配置 看護職員数 ※()内は 常勤換算数	主な施設基準・ 機能・特色等
⑥岡山県 岡山市	川崎医科大学 総合医療センター	749 床	7 対 1 515 名	地域医療支援病院 看護師特定行為研修 指定機関 等
	訪問看護ステーション晴	38 名	7 名 (4.3 名)	平成 27 年開設
⑦香川県 丸亀市	香川労災病院	404 床	7 対 1 421 名	地域医療支援病院、 地域がん診療連携拠 点病院 等
	香川県看護協会訪問看護 ステーションまるがめ	37 名	8 名 (5.0 名)	看護協会立のステーション
	香川県看護協会（コーディネーター）			
⑧鹿児島県 鹿児島市	鹿児島市立病院	574 床	7 対 1 746 名	地域がん診療連携拠 点病院、小児救急拠 点病院 等
	医療法人明輝会 よしの訪問看護ステーション	104 名	19 名 (14.0 名)	鹿児島市内で最大規 模の訪問看護ステーシ ョンの 1 つ
	公益財団法人昭和会 今給黎総合病院	450 床	7 対 1 471 名	地域医療支援病院、 地域がん診療連携拠 点病院 訪問看護部 門あり 等
	鹿児島医療生協 訪問看護ステーションたにやま	190 名	23 名 (16.0 名)	機能強化型ステーション 1
	鹿児島県看護協会（コーディネーター）			

○病床数・利用者数・看護職員数は病院ホームページ、本事業への申請書の記載情報による
○看護配置（一般病棟のみ）は各病院ホームページから情報取得

5) 出向パターンと実施スケジュール

全国8か所(10ペア)における、病院看護師による訪問看護ステーションへの出向パターンおよび実施スケジュールは図3のとおりである。

図3 出向パターンと実施スケジュール

	平成28年				平成29年		
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
北海道釧路市			3か月間出向				
山形県 河北町・山形市			3か月間出向				
茨城県笠間市					育児短時間勤務中の 看護師の出向		3月は県事業で 出向継続
神奈川県横浜市		1病院から 2事業所へ出向		3か月間出向 認定看護師による出向			
			3か月間出向 看護小規模多機能型居宅介護に出向				
富山県富山市		6か月間出向 認定看護師による出向					
岡山県岡山市	病院独自の事業として平成28年9月から約1年間の出向実施中 一部期間(3か月間)について本事業に協力						
香川県丸亀市	1ペアで リレー式出向	A看護師:3か月間出向 専門看護師による出向			B看護師:2.5か月間出向		
鹿児島県鹿児島市	2ペアで 出向実施	3か月間出向					
		3か月間出向					

6) 事業の実施記録・評価

事業の実施にあたり、出向看護師の訪問看護業務の習得状況について、出向者本人と出向先の訪問看護ステーションがそれぞれ出向開始時、1か月後、3か月後、出向終了時に評価を行う「看護職員評価票」の記入を依頼した。

「看護職員評価票」は、東京都が作成した「訪問看護OJTマニュアル」(平成25年3月)を参考に、「1. 訪問看護のサービス内容を理解する」「2. 訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する」等の26項目について、「1. できない」～「5. できる」の5段階で評価する方式とした。

平成27年度に日本看護協会が実施した老人保健健康増進等事業「地域における訪問

看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業」においても、同様の評価票を用いて出向看護師の業務習得状況进行评估した。その際、「夜間の携帯当番を担当する」という評価指標については、短期間の出向者の習得状況評価にはそぐわない（出向者にはオンコール当番を任せない事業所が多い）という指摘を受け、本事業で使用する評価票からは「夜間の携帯当番を担当する」は削除した。代わりに、連携・調整能力の評価指標を強化する観点から、「ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる」という項目を指標として追加した。（巻末：参考資料1 参照）

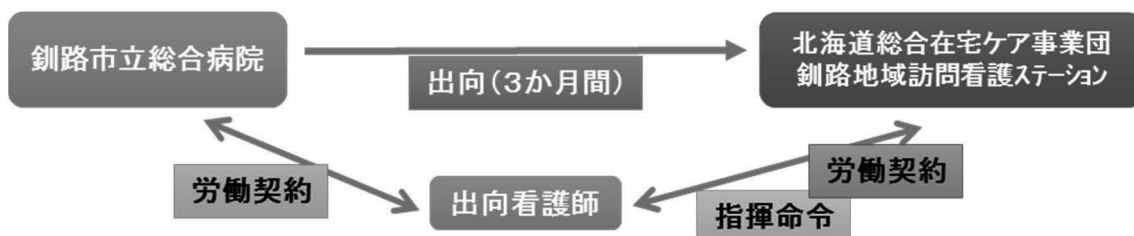
事業終了時には、病院・訪問看護ステーション・コーディネーター（コーディネーターが介在するモデルのみ）がそれぞれ、事業開始時の目標に照らして実施状況进行评估する「事業評価票」の記入を依頼した。（巻末：参考資料2～4 参照）

また、病院・訪問看護ステーション・コーディネーターに対しては実施期間中、本事業の事務局担当者が1回～数回訪問してヒアリングを実施し、事業の進捗状況や実施上の課題について把握を行った。

Ⅱ. 実施内容

1. 北海道釧路市（釧路市立総合病院－北海道総合在宅ケア事業団 釧路地域訪問看護ステーション）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護体制 看護職員数※	主な機能・特色
釧路市立総合病院	市町村	643 床	7 対 1 621 名	地域がん診療連携 拠点病院、救命救 急センター（3 次 救急）、へき地医 療拠点病院等
北海道総合在宅ケア事業団 釧路地域訪問看護ステーション	社団法人	133 名	14 名 (10.3 名)	釧路市で最大規模 のステーション

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

出向期間	平成 28 年 11 月～平成 29 年 1 月（3 か月間）
------	---------------------------------

2) 事業の背景と目的

(1) 背景

釧路市立総合病院は病床数 643 床、一般病棟 7 対 1 看護体制をとり、高度急性期病院として三次医療圏の基幹病院、救急医療、高度専門医療の拠点病院の機能を担っている。

急性期を脱した患者が、退院後もその人らしく生活できるように退院支援体制の充実を図る為、システムの導入、退院支援フローの作成、退院支援担当看護師の育成、多職種協働等に日々努力している。しかし、入院患者の 5 割以上が 65 歳以上の高齢者で、独居世帯・夫婦 2 人世帯も多い。医療依存度の高い状態や ADL が低下した状態での療養を継続しなければならないケースが増加しているが、看護師は患者が自宅に戻ってからどのような環境で生活しているか、実態を知らないなかで退院支援を行っている。病棟看護師が訪問看護の実際を体験することで、現在自施設で行っている退院

支援を振り返り、問題点を明確にして今後の退院支援に活かしていきたい。

また、退院前訪問の際に病棟看護師による同行を始めたばかりであるが、地域との調整は担当者任せになっている現状がある。本事業の実施を機に、地域の訪問看護ステーションとの看護師の人材交流を図り、顔の見える関係づくりと協働につなげたい。

釧路地域訪問看護ステーションにおいては、訪問看護師の充実確保が喫緊の課題となっている。また、地域包括ケアシステムを構築する上で、入院患者の在宅復帰支援に取り組む市立釧路総合病院と、在宅での療養生活を支援する当訪問看護ステーションとの密接な連携は不可欠であると考ええる。

このため、市立釧路総合病院の看護師を受入れ、訪問看護に対する一層の理解を得るとともに、退院直後からの円滑な訪問看護への移行が確保できるよう、連携の強化を図りたい。

(2) 目的

- ・訪問看護の実際を体験して、ケアの実際を学ぶ
- ・訪問看護活動・役割を知り、お互いの立場を尊重した連携業務に活かす
- ・社会資源の活用方法や多職種協働の実際を学ぶ
- ・訪問看護ステーションと病院の退院支援連携について検討する
- ・訪問看護に必要なスキル・アセスメント力を身につける
- ・復帰後病棟や在宅支援委員会で、学びや課題を共有できる

3) 実施内容

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	急性期病棟勤務／看護師経験年数 13 年／年齢 30 代
----------------	------------------------------

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

1. 訪問看護ステーションの概要について理解する。
2. 同行訪問を経験し、訪問看護の実際・利用者の療養環境を理解する。
3. 同行訪問から訪問看護師の役割や在宅での利用者や家族との関わりを学ぶ。
4. 病院から在宅への移行時の関わり、現在の病院で在宅に移行するにあたり不足していること、改善できることを学ぶ。

<2 か月目>

1. 同行訪問を経験し、療養者や家族から情報収集を行い、訪問看護計画が立案できる。
2. 訪問看護計画に基づいた訪問看護が提供できる。
3. 訪問から在宅での生活状況や工夫していること、病院内で退院前に取り入れ指導できることを学ぶ。
4. 病院から在宅への訪問看護導入の実際を知り、カンファレンス等に参加する。
5. 退院前カンファレンス、初回訪問に同行する。

<3 か月目>

1. 単独で訪問看護が展開できる。
2. 看護計画や訪問に関する書類を作成し展開できる。
3. 訪問看護ステーションと病院の退院支援連携について振り返る。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

1. 同行訪問を重ね、単独での訪問看護を実施する。
その中で、
 - ・訪問看護の対象者を理解し、ケアの実際について知る
 - ・訪問看護に必要なスキル、アセスメント力を身につける
 - ・病院、他職種と必要な連携を取ることにについて学び実際に行う
 - ・実際に利用している社会資源、活用法等の制度について学ぶ
2. 今後の退院支援に役立つよう、訪問看護受け入れからの流れを知る。また他病院のカンファレンス等に参加し、連携の実際を学ぶ。
3. どのような退院時の関わりがあれば利用者は安心、安全な在宅生活が送れるのかを考え、退院指導に役立つような経験、学びを持つ。

③病院が出向者に期待するミッション

1. 訪問看護の実際を体験して、ケアの実際を学ぶ
 2. 社会資源の活用方法や多職種協働の実際を学ぶ
 3. 訪問看護に必要なスキル・アセスメント力を身につける
- 以上の3点について学びを深めた上で、
1. 復帰後病棟や在宅支援委員会で、学びや課題を共有できる
 2. 当院または地域の訪問看護師と病院での退院支援について検討できる
 3. 訪問看護ステーションと病院の互いの立場を尊重し連携業務に活かすことができる

（３）実施状況

<1 か月目>

1. 同行訪問を中心に訪問看護の対象者の状況、訪問看護で行われているケア内容を知る。
2. チームとしての看護を行うための職員間の連携、報告、ミーティングの実際を知る。
3. 病院、多職種との関わり、連携の実際を知る。
4. 訪問看護のサービスが介護保険、医療保険制度に則り運用されている大まかな流れを知る。
5. 所属病院以外の退院カンファレンスに参加する。

<2 か月目>

1. 可能な利用者から一人での訪問を経験し、記録、報告、ミーティングで訪問看護内容の確認を行う。
2. 受け持ち看護師や管理者に確認しながら他機関との連携、報告を行う。
3. 2名を受け持ち病院、ケアマネへの報告書を記載する。
4. 同行でサービス担当者会議に出席する。
5. 訪問看護制度の押さえておくべき部分について学習し、実際と結び付けてサービス提供する。

<3 か月目>

1. 訪問開始から終了までを受け持ち、看護計画、添書の作成を行う。
2. 多くの訪問を経験し、利用者、家族とのコミュニケーションを取りながら必要な看護を提供する。
3. 薬剤に関する訪問看護ステーション研修への参加、リハビリ職員との同行訪問を行い、病院と在宅の違いについて学ぶ。
4. 受け持ちの看護計画の立て直し、記録等日々の仕事の中から訪問看護の役割を考え、自分なりの退院時に必要な指導、関わりについて検討する。

4) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した 実人数	9 人	2 6 人	3 回
訪問した延べ回 数	1 8 回	6 0 回	3 回
主な業務内容	訪問看護の看護記録（V S 測定、S p O 2 測定、食事状況、排便状況、夜間眠れているか、転倒・転落の有無、デイサービスや入浴の状況、病院受診時の様子や受診後の内服の変更の確認、家族背景の変化、家族の介護の負担など訪問して聴取したことを記載。前回から変化があることは追って確認し、追記する。）		
主な利用者の状況	医療保険： 癌ターミナル期の利用者が中心。その他特定疾患で通院している方や、在宅診療（在宅で看取り）をしている方もいる。年齢の幅はあるが 40～60 代の比較的若い方が多い。少しでも家で過ごしたいと考えていて、配偶者が介護者となっている。自分が最期どこで過ごしたいのか、ぎりぎりまで自宅で家族とともに過ごしたい思いがある。 介護保険： ストマケアや、寝たきり予防の ROM リハビリ、離床を図るためのリハビリ、全身状態の把握、入浴介助、内服管理、インスリン注射、BS 測定をする利用者が主である。ヘルパーが介入し日常生活で身の回りのことを手助けしている。またデイサービス、訪問入浴など他の介護保険サービスを併用していることが多い。		
できるようになったこと	・在宅での入浴介助 (入浴時湯船に椅子を沈めたり在宅用の椅子を使用する) ・内服ケースを使用し内服管理(わかりやすく明記したり、日付をいれたり、短期間で飲み切り残薬がでないように工夫する) ・全身マッサージ、ROM 運動。離床の援助として座位保持中に新聞を読んだり肩や首の運動をする。ただ座る・ただ起きるのではなく、何かしながら、本人に苦痛を感じさせないように動かす工夫ができるようになった。 ・1 時間利用者が苦痛を感じないような声掛けをしたり、日常生活の会話からどんな生活をしているのか、生活状況と合わせて理解できるようになった。 ・腹部皮下注射ができるようになった。		

現状の課題・今後 取り組みたいこ と	・療養者、家族から在宅移行時に不安に思ったこと、退院後に実際困ったことはなかったのかを確認し、病院での退院支援に取り入れたい。 ・ケアマネと関わる機会があれば、ケアマネからどういう経緯で訪問看護を紹介されるのか、ケアマネと訪問看護の関わりについて学びたい。 ・退院支援カンファレンスに参加し、どんなことを提案し、取り入れれば自宅に帰れるのか、病棟スタッフの目とケアマネの目、訪問看護の目のそれぞれからアセスメントできればと思う。
気づいたこと・ 学んだこと	同行訪問から療養者の療養環境を間近にみることができた。病院では見ることはできず、患者や家族から話をきいたり、写真で間取りを見ることはできていたが、実際に訪問するのとでは違った。段差や通路の狭さ、入浴スペースなど実際に障害になることは何か、生活そのものが療養のため療養者、家族の生活を観察することで、アドバイスできることや問題点が明確になる。 病院では退院直前に内服自己管理の指導をすることがあるが、それでは遅い。意識レベルや運動レベルのアセスメントから、最終的に自己管理できる患者には、家族を含め早期に自己管理の指導をしていく必要がある。1日で飲みきるようにセットから始め、3日～1週間へと徐々に自己管理期間を延ばしていく方法が良いのではないかと考えた。病院に戻った時に病棟で検討したい。 在宅でターミナル期を過ごす利用者もあり、最期をどこで過ごしたいか、どんな人生を終えたいかを十分に聞き取りながら、その人らしい最期を目指すことはとても素晴らしい(人間の尊厳にかかわる人生決定だと思う)。苦痛をとり、楽に過ごせることも大切であるが、環境も考えなくてはならない。また家族に在宅で介護をする意思があり、在宅での療養を支援する人がいなければ、在宅療養は成り立たない。とくにターミナルは配偶者や子の存在が大きいと思った。施設に入所するお金がない、サービスを負担するお金がないとなると独居は厳しいことがあり、そんな患者さんに何を勧めていったらよいのか、地域連携室と検討していく必要がある。 実際に病院から在宅に移行した際、利用者が不便に思ったことはないのを確認したが、訪問看護が介入したため特に問題はないとの回答が多い。しかし、訪問看護が介入しない患者はどうか。必要なのに介入できていない場合も多々あるのではないかと、患者さんの退院時に検討が必要である。

	訪問看護師に、病院から在宅への移行時に困ったこと、改善してほしいことを確認すると、「前日まで点滴していたのに退院時にすっぱりやめてしまうこと」という指摘があった。在宅で点滴を継続するか、何日間か点滴をやめて経過を見てから退院するかの検討が必要だと思った。 在宅移行時の週浣前カンファレンスに出席し、本人の強い思い、特に家に帰りたい、家族と過ごしたい、子供が心配などの思いを聞くことができた。その裏に配偶者の支え、家族の支えや協力は必須である。 皮下点滴をしている利用者が多く、次いでポートから点滴施行する方もいる。年齢が上がると皮下に隙間ができるので、皮下注射でゆっくり点滴を行い、ゆっくり吸収される。(病棟患者でも無理に血管内注射をするのではなく、血管が見えづらく色も変わりやすい患者には皮下注射が良い場合もあるのではないかと。とくにターミナルの事例で検討したい。)
--	---

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した 実人数	4 人	1 2 人	6 人
訪問した延べ回 数	1 7 回	4 6 回	6 回
主な業務内容	・訪問看護の看護記録（V S 測定、S p O 2 測定、肺や腹部音の聴取、食事摂取状況、排泄の状況、気分、内服できているか、B S、インスリン注射の実施状況、吸入残数、ストマ周辺、褥瘡の状態、受診、往診時の状況や変更について、振替休日など） ・訪問看護報告書の作成、看護計画の修正・作成 ・訪問看護の情報提供書の作成		
主な利用者の状況	90 歳以上の超高齢者では寝たきりになっている利用者が多い。日常寝たきりだが、訪問時は少しでも離床を図ろうと関わっている。高齢者によくある脱水傾向がみられ、皮下点滴をすることがある。家族のサポートがあっても食欲の低下、嚥下機能の低下があり十分な栄養を摂取することができていない。栄養を十分に摂取できるよう、補助食品の紹介を行うこともあった。ただ生活習慣から食事の好み、嗜好品から適さない場合もあるため、利用者の生活そのものをよくアセスメントして進めていく必要がある。高齢者のみの単独世帯、日中家族が不在になるなど高齢者ひとりの時間が長いことが多く、認知		

	症がある場合は進行が速いことが予測されるため、認知症予防で関わる機会も多い。 独居高齢者でターミナル期にあり、黄染が進み、食欲減退がみられたため、長男の嫁に連絡し病院受診の手配を行った。受診即入院となったが、週に1～2回関わっていて状態が変化したことがわかり、早期に受診へとつなげることができた。
できるようになったこと	・ 間接可動域運動（ROM） ・ 肩甲骨の運動 ALSの利用者の下肢伸展方法（ROM） ・ 家族にパッドの当て方を説明（家族はおむつ交換の負担が大きい） ・ 訪問時に介護での負担、利用者の情報を聞き出す余裕が生まれ、円滑なコミュニケーションが図れるようになった ・ 訪問看護での看護計画の評価と修正
現状の課題・今後取り組みたいこと	在宅でみている家族の介護負担が少なくなるために、どのような指導がいいのか
気づいたこと・学んだこと	訪問時食事がとれず倦怠感が著明であり、トイレに行けなくなっている。前回の訪問とは変貌しており早急な受診が必要と考えられた。本人にまず受診、救急要請について説明した。許可を得て妻にも説明し救急車を要請した。通院していた病院に電話で受診する旨報告し許可を得る。救急隊に訪問時の様子を報告し、救急搬送可能なことを説明し病院へ搬送してもらった。 本人は涙を流していた。自宅にいることを希望し在宅療養していた。ぎりぎりまで自宅というわけではないようだが、自宅にいれないほどの倦怠感があった。また腰の痛みがあり、骨シンチを受けていた。訪問看護師としてはまた在宅に戻って療養できるように、気持ちが負けないようにと励ましていた。まずは本人の思い、病気に対してや、最期をどこで迎えたいかを大切にすることが重要である。妻は疲れ切っていてめまいもするというが、本人受診や入院の際に家族の支えが必要であるため、どんなことが必要になるのか説明が必要。 ALSの利用者を1か月受け持った。ALSと診断を受けてから徐々に動けなくなり、何とか自分でできることは自分でと思っているが、買い物や食事の準備ができなくなり介護サービスを利用し始めた。キーパーソンは札幌在住のため、2月初旬には札幌の施設に入所が決定している。それまでの間、自宅での生活を支援するため介入した。両手関節腱鞘炎のため手の自由が利かず、配食サービスとヘルパーによる食事準備、掃除を行っている。その他は何とか自分で行っている。告知を受けてから病気を受け入れるまで、どのような経過を

	たどっていくのかこの利用者は理解しており、今をどう過ごしていくのかもよく考えている。入院患者もこの先の不安を抱え、どう在宅で過ごしていったらよいのかを考えている。同様に家族も、どうやって病気の家族を支えていくのか、想像がつかない状態だと思う。どこまで回復できるか見通しがつかないこともあるので難しさもあるが、看護師の関わりで患者の在宅生活が変わるのではないかなと思う。
--	---

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	5 人	1 4 人	3 施設
訪問した延べ回数	1 6 回	3 5 回	3 回
主な業務内容	・訪問看護の看護記録（V S 測定、S p O 2 測定、肺や腹部音の聴取、食事摂取状況、排泄の状況、気分、内服できているか、B S、インスリン注射の実施状況、吸入残数、ストマ周辺、褥瘡の状態、受診、往診時の状況や変更について、振替休日など） ・訪問看護報告書の作成、看護計画の修正・作成 ・訪問看護の情報提供書の作成 ・新規利用者の受け持ち（カルテ作成、フェイスシート、看護計画立案、リハビリ内容の作成）		
主な利用者の状況	利用者の状況は 2 か月目とほぼ同様。ターミナルや老衰、難病の方、退院後自宅でカテーテル管理が必要な方、内服管理や自己注射、病態確認が必要な方が多い。 新規で 1 か月間の訪問看護利用の方を受け持たせていただいた。札幌の施設に入居予定で、A L S で歩行困難、両手関節腱鞘炎で日常生活動作が困難であった。A L S の進行で筋力の低下、歩行困難が進む可能性があり、リハビリ目的での介入であった。		
できるようになったこと	・関節可動域運動（R O M） ・肩甲骨の運動 ・家族にパッドの当て方を説明（家族はおむつ交換の負担が大きい） ・介護で大変なことは何か、家族の話を傾聴しアドバイスをする ・栄養補助食品の説明 ・福祉用具の調整		
現状の課題・今後取り組みたいこと	・福祉用具の検討 ・病院に戻った時に今回の経験をどのように活かしていくか検討し、院内に広げていく		

気づいたこと・学んだこと	長期の祝日では家族の協力なしでは過ごせない。必要最低限の処置と状態観察を行った。病院でもそうだが、在宅での療養を継続するために訪問は必要である。 「つながり手帳」を活用し日常の生活、BP、内服状況等を多職種間で情報共有することで、内服の仕方や、一包化の必要性について検討するきっかけになる。地域で連携するために在宅では何が必要なのか、病院では何を継続し必要な情報を得て在宅で長く過ごすためにはどうしなくてはならないのか、疾患と長く付き合っていくにはどうしたらよいのかが課題になる。その人がその人らしく暮らせるためのサポートとは何なのかを入院中から理解していくことが必要である。患者さんの病気を見るのではなく病気になった患者を見る意識が必要である。 A L Sを発症された方で、施設入所までの間訪問看護を 1 か月利用する方を受け持った。利用までの経緯や、A L Sと診断されてからの心の変化、今やりたいこと、将来の自分の姿を理解されており、訪問看護の 1 時間の関わりで、病棟ではなかなか聞けなかった思いを聴くことができた。聞いてみなければわからないことがあり、素直に相手に聞くことは今後の看護にも活かせると思った。今回の経験を病棟でも活かして、看護師として患者、家族のよき理解者でありたい。退院支援で関わっている患者、家族に何を考えているのか、退院後の生活を想像できるのか、どうしていききたいのかを確認していくように関わる。 訪問看護は初回 5000 円前後、次回は 3000 円前後、1 ～ 3 割負担で多少金額は変わってくる。ヘルパーは業務内容で金額が変わる。入浴は 500 円前後、20 分間隔で時間が設定されており 20 分 300 円程度。具体的な金額をきいて利用の意思が決まることもあり、今回の経験で、独居で過ごすことが不安な場合は介入を検討してもらう材料になると思った。また、薬剤師が訪問するサービスがあり、薬の管理、セットも依頼できることがわかった。 担当者会議では生活状況に不便がないのか、ケアマネ、家族、本人、訪問看護師の目線で検討し、クッションやベッドの変更などをしていった。他ケアプランの変更がないかを検討する。よく観察し利用者が何に困っているのか問題はなんなのかを常に見ていく必要がある。
---------------------	---

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時の評価	1か月後の評価	の事業終了時の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	4	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	2	4	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	2	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	4	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	5	5	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	4	4	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	4	4	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	4	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	3	4	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	3	4	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	3	5
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	4	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	3	3	3
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	－	4	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	3	4	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	4	4	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	4	5
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	3	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	4	4	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	3	4	5
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	2	3	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	－	－	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	－	2	3
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	－	－	3
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	－	4	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	－	5	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

１．退院前の外泊

訪問看護導入が決定している場合、試験的に外泊し、その際に病棟看護師やリハビリスタッフが付き添って、在宅でどのような支援が必要なのか検討できる余裕がほしい。訪問看護師との情報共有も必要である。個別性に合った内服の方法について検討し、退院後も同様な形で内服が継続できるよう、入院中から取り組み訪問看護師やヘルパーにつなげられるようにする。

２．退院準備ができていない状態での退院

食事摂取にムラがある状態だが、点滴が終了し退院となる。退院時には点滴３本処方となり訪問看護を導入。週末の点滴をどうするのか。ラコールなど栄養飲料の処方もない状態で、自宅でどう過ごすのか。在宅での生活を想定して、退院時に病院で検討しておく必要がある。また、歩行していない状態で退院当日に立位をとってみる対応では遅いと感じた。退院の目途が立ったのであれば、元の生活に戻れるように関わる必要がある。点滴が必要で末梢ルートがとれない場合は皮下点滴を検討する。

３．受け持ち看護師

日替わりの看護では患者自身をとらえるのは非常に難しい。病気そのものにしか目が行っていないのが現状だが、病気からくる日常生活障害因子をどう解決していくか、入院中から検討する必要がある。受け持ち制を導入し、統一した看護、継続した看護が提供できるように病院全体で取り組む必要がある。受け持ちがいれば窓口にもなるし、患者のよき理解者にもなると思う。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

１．退院支援カンファレンスの書式設定、進行の仕方の統一

患者・家族が何を望んでいるのか、実現するには何をしたら良いのかを検討し共有するために、退院支援カンファレンスを充実させたい。ADLの状況や患者の思いを十分に受け止め、正確に伝えるためにも看護サマリーの書式検討や退院支援カンファレンスのあり方を検討する必要がある。

２．内服管理について

退院前に内服自己管理もしくは内服遵守できるように介入する。薬剤師による内服指導を利用したり、薬１日分のセットから始め３～７日分で内服できるか確認していく。家族がセットする必要がある場合は、退院前から家族にそれが可能かどうか確認する。内服できる患者に関しては取り出し練習をして、本人が自己管理できるように支援する。再発が予測される場合は訪問看護の検討も勧める。

薬剤師による訪問も可能なため、内服セットの検討が必要な場合は、ヘルパーによ

る介助なども含め方法を検討する。

3. 看護サマリーの記入方法見直し

現状では、スタッフ全員が要所を押さえて記入できているとはいえない。

家族、本人の自宅生活で何を希望するのかを十分に聞きながら、それを実現するには何をしたらよいのか検討する。

現行の書式については、ADL記入欄はもう少し細かくする必要がある。例えば移乗なら一部介助：転倒しないように軽く腰を支える など具体的な方法が記載されれば良いと思う。現行ではそこまで細かく記入できるスタッフが少ないため、例えばレ点でのチェック項目を増やすことで、スタッフは何を注意してみればよいのかわかると思う。

4. 訪問看護導入の検討

外来継続看護が必要と判断し、経過を1か月に1回ないし2か月に1回見ているだけでは、治療の継続はできないと思う。積極的に訪問看護で週1～2回の状態観察や内服確認をしていくと良いと思う。

5. 訪問看護部の充実

地域のための病院であれば、訪問看護をもう少し充実させていく必要がある。外来継続看護だけでは不十分なことが多い。内服を継続するのであれば月1回や2か月に1回の外来の会話ではわからない。患者との会話内容だけでは正確な状況を把握するのは難しいし、実際に自宅での様子を見てみないと判断できないことがある。当病院を継続して受診する患者に関しては、もう少し訪問看護の提供を広げていっても良いと思う。

(4) 事業終了後の感想

訪問看護は患者(利用者)の意思や家族の思いを受け止めて、その人らしく自宅で病気と向き合って過ごす手助けをしており、病院で過ごす患者の顔とは全く違う一面をみることができた。

病院では急性期であればなおさら、「病気を治そう」と関わるが、その人らしさを保ちつつ、今後どんな風になっていきたいのかじっくり傾聴して退院支援をしなくてはならないことを改めて感じることもできた。自宅で療養している利用者さんに、「病院に戻りたい」という人はいなかった。最期までもしくはぎりぎりまで自宅にいたい、好きなことをしていきたい、家族と一緒に過ごしたいなどと思っている。治療の途中で自宅退院を余儀なくされた方もいて、不安を抱えていることも多い。患者や家族の思いも受け止めながら、在宅へ帰る方法を入院中から検討していく必要がある。退院していく「場所」を決めるのではなく、本人がどうしたいか、それを実現するにはどうしたらよいかを一つずつ解決していくのが退院支援なのだと気づかされた。

退院後の生活については、今まで話を伺い想像したことで理解していたつもりだったが、実際の生活を見ることでたくさんのことを学ぶことができた。古い家や寒い家、お風呂の場所が寒かったり、水道が凍ったり、内服薬を色々なところにしまっていたり、いろいろなものに伝って歩いたり、家族も要介護だったり、お店が遠かったり、車がなかったりと様々な条件のもとで過ごしていることがわかった。どんな家でも慣れ親しんだところから離れられない何かしらの理由があり、自宅で過ごしたい思いが強いことがわかった。

そんな思いを尊重しつつ、不安材料を消しながら在宅療養するために、退院後の生活に不安があれば訪問看護を利用し、不安がなく在宅で過ごすことができるように勧めたいと思う。訪問看護以外にもヘルパーの介入やデイサービス、訪問入浴、ショートステイなどケアマネを含めて検討できるように、これから病院で実践していきたい。

当病院でも訪問看護を拡大し、慢性期の生活状況を把握でき病気とうまく付き合っていけるようなシステム作りができれば良いと考えている。

5) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時の評価	1か月後の評価	の事業終了時の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	1	2	3
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	2
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	3	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	3	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	3	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	4	4
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	4	4
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	4
10	治療優先ではなく、生活を重視する	1	3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	4	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	4	4	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	2	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	3	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	3	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	1	3	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	3	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	2	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	3	4
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	2	3
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	2	3	3
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	3	4	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	3	4	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	3
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	3	3	4
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	3	4	5

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

同行訪問等ではステーションの負担もあったが、２か月目からは出向者が単独で訪問する分、他の職員の訪問を減らし、他の職員は研修や学ぶ時間を持つことが出来た。

出向者からは、現在病院勤務している視点から意見をもらい、また病院の現状について聞く機会が得られ、連携においてお互いの立場を考え進める必要性を再確認した。

どのような利用者に訪問看護が必要かを実際に経験したことで、今後退院前に訪問看護の勧め・介護保険の申請など必要な対応が早期に出来ると考える。利用者への利益と共に、訪問看護との連携を共に実現出来ればと思う。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

- ・病院看護師が訪問看護を経験することで在宅のイメージができ、退院指導、サービスの導入など退院支援に役立つ。
- ・社会資源を知ることによって退院前に多くの選択肢があることを患者に説明出来る。
- ・訪問看護で学んだことを、他の職員へ伝達することで病棟、病院に在宅の実際を知ってもらう機会となる。
- ・一緒に働いた仲間として顔の見える関係づくりの一端になった。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

マンパワー補充として機能するには、３か月間では期間が短いため、出向者が増えた分新規利用者を多く受け入れても、出向終了後の訪問継続が難しくなってしまう。

また、３か月では緊急時の夜間対応が出来る様なスキルまで身に着けることは出来ず、常勤の訪問看護師としてその役目を十分果たしてもらうまでにはならない。

ある程度の期間働いてもらえ（一年位）、交代での出向が継続できるような仕組みであれば良いと感じた。

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

病院に戻り、退院支援ナースとして働く為に役立つ事を経験できるよう、単独訪問が難しい事例や退院カンファレンス等、なるべく多くの経験が出来るよう考えた。

短い期間ではあるが訪問看護の楽しさ、やりがいを感じてもらおうよう、訪問先や受け持ちを考え、不安が少なく、事故等が起きないように配慮した。特に単独訪問時には、いつでも相談できるよう電話で繋がること、自分なりの判断はしないこと、無理をしないことを伝えた。

スタッフ皆でフォロー出来るよう事業所内での座席を考え、訪問後に周りの職員とコミュニケーションがとれるようにした。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

常勤スタッフとしての報酬を支払うのであれば、それに見合ったスキルを身につけるまで、一定期間勤務してもらえる仕組みであれば良いと思う

継続的な制度となれば、病院の多くのスタッフが在宅を知る機会になり、訪問看護ステーションにとっては常勤1名として活躍してもらえると考える。

⑥その他、事業を実施した感想

訪問看護が楽しい、やりがいを感じると感想をもらいホッとしました。

ステーション職員、出向の職員共に刺激となり、それぞれ学びを持つことが出来たと考えます。これを機にお互いの状況を考えた連携を強化し、患者・利用者に還元出来るようにしていきたいと考えます。良い機会を頂き感謝しています。

6) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

1. 訪問看護の実際を体験して、ケアの実際を学ぶ
2. 社会資源の活用方法や多職種協働の実際を学ぶ
3. 訪問看護に必要なスキル・アセスメント力を身につける

以上の3点について学びを深めた上で

1. 復帰後病棟や在宅支援委員会で、学びや課題を共有できる
2. 当院または地域の訪問看護師と病院での退院支援について検討できる
3. 訪問看護ステーションと病院の互いの立場を尊重し連携業務に活かすことができる

②出向者のミッションの達成状況

訪問看護に同行し、在宅でのオムツ交換・入浴介助・内服管理・全身マッサージ・ROM 運動・離床の援助・療養者・家族とのコミュニケーション等見学、説明、傾聴から療養者・介護者の思いを引き出す関わりを実践できた。

実践を通して、例えばオムツ交換時の負担となっている事、入浴スペースや室内の段差・通路の狭さ、内服管理の困難さ、金銭面の問題など、在宅療養の継続を困難にする要因について学ぶ事が出来た。また実際に訪問看護報告書、看護計画立案・修正、訪問看護の情報提供書作成を実践することにより、訪問看護の側からみた病院での在宅支援の課題を発見し、明確にすることができた。

療養者や家族、訪問看護師から生の声を聴けたことは、今後の病院における退院支援の取り組みの必要性を強く感じる事になったと考えられ、目標が達成できたと評価する。

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

当院の退院支援の課題として、看護師が在宅での生活をイメージした支援が出来ていないことが挙げられている。今回の事業参加により、出向者は在宅での実際の生活を見ることができ、その人がその人らしく暮らせるためのサポートは何なのかを考え、「患者の病気」を見るのではなく、「病気になった患者」を看る事が必要であると痛感した。

出向者が今回の体験を通した学びを復帰後に院内で報告することで、今後の病院としての退院支援への具体的な取り組みにつなげていけるものと考ええる。他の看護師にとっても、訪問看護を経験した同僚の体験談により、在宅支援が身近なものとなることが期待できる。

②ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

1. 所属病棟に気兼ねしないで出向できる3か月間の人員確保
2. 出向目標が達成でき、復帰後院内に成果を伝達できる看護師の選出

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

出向者と所属長との定期的な情報交換

④当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

1. 出向する看護師への説明と同意
出向目的や具体的な実践内容は勿論であるが、勤務時間や休暇、給与(訪問看護ステーションでは夜勤がないため、病院の夜勤手当分は支給されない)等の条件を事前に明確に説明し、出向者の同意を得る事が必要である。家族のいる職員の場合は、家族の同意も確認する。
2. 出向看護師が所属する部署の所属長、スタッフに事業の目的と意義を説明し、同意を得る。

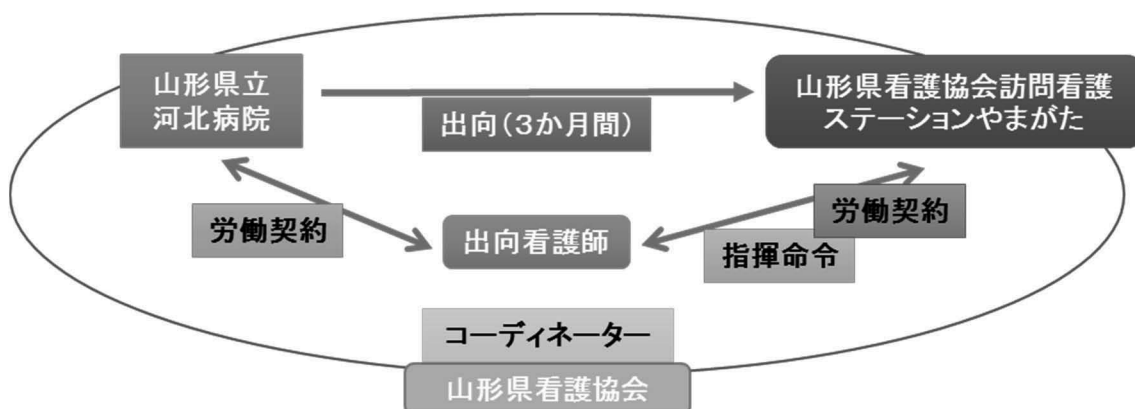
⑤その他、事業を実施した感想

病院として在宅支援の充実を目標に各部署で取り組んでいるが、看護師は具体的な関わりがうまくできずに悩んでいる現状がある。今回の事業に参加し、出向した看護師から実際の在宅生活の中で療養を継続していくためには何が必要なのか、看護師の言葉で発信してくれることで、在宅療養が患者にも看護師にもより身近なものになると期待できる。その為にも、出向した看護師の復帰後の院内での活動を支援していきたい。

また、出向先が決定するまでの相手方との細かな条件、処遇等の調整は、総務課に全面的に対応してもらった。病院全体の賛同、協力なしには出向事業は実現できないと考える。

2. 山形県（県立河北病院－山形県看護協会訪問看護ステーションやまがた）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護体制 看護職員数 ※	主な機能・特色
山形県立河北病院	都道府県	186 床	10 対 1 183 名	平成 27 年緩和 ケア病棟・地 域包括ケア病 棟開設
山形県看護協会 訪問看護ステーションやまが た	看護協会	247 名	22 名 (21.8 名)	機能強化型ス テーション I

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

コーディネーター	山形県看護協会
----------	---------

出向期間	平成 28 年 11 月～平成 29 年 1 月（3 か月間）
------	---------------------------------

2) 事業の背景と目的

(1) 背景

山形県内には平成 28 年 7 月現在 57 か所のステーションがあるが、そのうち 5 人以下の小規模ステーションが 6 割に上り、多くのステーションが訪問看護師の確保困難などの問題を抱えている。

また、山形県地域医療構想では、2025 年には必要病床数が 2,400 床減少し、在宅医療の需要が 1000 人増加することを見込んでいる。訪問看護人材の確保と、病院の退院

支援・在宅療養支援力の強化は急務である。

こうした状況のもと、県立河北病院では昨年度から県事業の「病院活用型訪問看護サービス創出事業」に参画し、訪問看護ステーションとの連携強化や相互の研修などを行い、在宅復帰支援の強化を図っている。平成 30 年度からは訪問看護部（仮称）の立ち上げを計画しており、立ち上げに必要な環境整備・体制づくりとして、看護人材の教育や地域との連携強化に取り組んでいる。

山形県看護協会訪問看護ステーションやまがたは、二次医療圏では最大規模のステーションであり、従来から医療機関や看護教育機関より、看護師や看護学生の研修・実習を積極的に受け入れている。また、機能強化型ステーションⅠとして、医療ニーズの高い利用者への対応や在宅看取りの実績が多い。

今回、病院の看護師が 3 か月間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看護の知識・技術を学ぶ機会を設けることで、院内の看護ケアや退院支援・調整業務など在宅療養支援の能力向上につなげていきたいと考える。

また、訪問看護ステーションにおいてはマンパワーの確保や訪問看護の普及につなげ、病院との連携強化を図り、利用者の受け入れ体制整備を図っていく。

（２）目的

1. 在宅で療養する利用者・家族のニーズ等を把握し生活支援ができる
2. 訪問看護の知識や技術を習得し、2 か月からは単独訪問ができるようにする
3. ステーションで学んだことを病棟での看護ケアや退院支援・調整支援に生かすことができる
4. 事業を通じて訪問看護の普及や病院との連携強化を図り、利用者の受け入れ体制整備を図る

３）出向開始までのコーディネーターの支援

①地域や事業所におけるニーズの把握

- ・ 山形県には公立病院が多く、地域で基幹的な役割を担っているという地域特性をふまえ、公立病院において地域医療への関心が高く、在宅看護・訪問看護への理解が深いと考えられる病院の把握に努めた。
- ・ 出向先に関しては、公立病院からの出向に際して協定締結等の諸手続きがスムーズに行える事業所であること、また、教育体制が整っており出向看護師の学びの機会を適切にフォローできることを考慮して、訪問看護ステーションの把握に努めた。
- ・ 情報収集及び把握の回数としては、出向元病院に関しては 5 回、出向先訪問看護ステーションについては 15 回であった。

②病院や訪問看護ステーション等への説明・交渉

- ・ 出向元病院への説明・交渉は、対象となる病院が県立病院であることから、山形県看護協会長が電話で県立病院課病院事業局との交渉を行い、その後、直接病院事業局への説明を行った。
- ・ まず県立病院課への説明機会を設け、県立病院課からは病院事業管理者、事業局長、県立病院課長、県立病院管理主査、山形県看護協会からは会長、訪問看護総括理事、コーディネーター（事業課長）が出席した。次に出向元候補である県立河北病院に出向いて説明会を実施し、病院側からは院長、事務局長、総務課長、看護部長、副看護部長、看護協会からは会長、訪問看護総括理事、コーディネーターが出席した。
- ・ 出向先訪問看護ステーションについては、職員数や教育体制を考慮して山形県看護協会の訪問看護ステーションやまがたを選定し、県協会の訪問看護総括理事がステーションへの説明を行った。出向を受け入れることへの不安や疑問に対して、その都度説明を加える形を取った。
- ・ 事業への協力・理解を得るため、山形県医師会および寒河江西村山郡医師会に出向いて事業説明を行い、協力を得て実施に臨んだ。

③病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定

- ・ 山形県内は公立病院が多く、地域で基幹的な役割を担っていることから、公立病院の中でも特に地域医療への関心が高く、在宅看護・訪問看護への理解が深い病院について情報収集した結果をもとに、県立河北病院を選定した。県立河北病院は昨年度より、県事業で病院と訪問看護ステーション間の 2 日間の相互研修を行っており、地域医療・在宅看護・訪問看護への理解が深いと判断した。
- ・ 訪問看護ステーションに関しては、幅広く地域での役割を果たしており、看護学生実習等を受け入れ教育体制が整っていること、出向看護師への教育がスムーズに行えることを基準として、訪問看護ステーションやまがたを選定した。訪問看護ステーションやまがたは、機能強化型訪問看護ステーションⅠを取得し、ターミナル期や小児、医療依存度の高い利用者などを中心に在宅ケアを提供しており、様々なニーズに応える訪問看護の実際を経験できると判断した。さらに職員数が多く、出向看護師に対する教育体制を構築し、育成がスムーズにできると判断した。
- ・ マッチングにあたっては、山形県看護協会が、助産師出向のコーディネート時の経験を生かして独自に作成した「訪問看護師出向に関する施設間の情報シート」を用いて両施設の情報を整理し、双方で確認後、出向の具体的な手続きを進めることとした。

④出向条件の調整・出向協定書の作成支援

- ・ コーディネーターとしての支援の進め方については、山形県看護協会では事業展開し

ている「助産師出向支援導入事業」を参考にし、事業担当理事からの協力を得た。

- ・ 訪問看護総括理事が中心となって、山形県病院事業局県立病院課の担当者と連携し、また、出向元・出向先の担当者と電話・メール等による連携を密にとり、調整・協定書の作成を行った。出向条件に関しては、事務担当者での調整が必要と判断し、病院の事務担当者等との連絡・調整会を開催し、できる限りスムーズに進行できるように対応した。

⑤出向開始までの支援における課題

- ・ 県立病院であることで、県職員である看護師の『出向』が可能かどうか、出向の解釈をめぐって一時調整が難航したが、『出向研修』という考え方で整理できることを県立病院課より提示され、出向が実施できることとなった。

⑥出向開始までの支援で工夫した点

- ・ コーディネーターとして、出向元への連絡調整を密にし、出向看護師の状況を把握することや不安等への配慮を行った。出向前に出向元病院で、出向先の訪問看護ステーション所長と共に出向看護師と面接を行った。面接結果に関しては、独自に作成した「出向看護師事前面談」用紙に記載し、看護協会会長及び訪問看護総括理事、及び出向先訪問看護ステーションの主任以上に回覧し、情報共有した。

4) 実施内容

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	急性期病棟勤務／看護師経験年数 16 年／年齢 30 代
----------------	------------------------------

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

- ・ 利用者様の生活の場の中で、どのような看護や関わりをしているのか、訪問を通して個々にあった対応がわかる。
- ・ 同行訪問を通して、在宅看護におけるケアの方法を知る。

<2 か月目>

- ・ 利用者様や家族の必要な情報を収集し、指導者と共に具体的な目標を設定した看護計画を立案する。
- ・ 訪問看護のケアを単独で提供できる。

- ・ 家族とのコミュニケーションを図り、思いを聴いたり、労うことができる。
- ・ 医師や多職種との連携ができる。

<3 か月目>

- ・ 病院から在宅へ退院時に、病院から訪問看護ステーションを繋ぐ看護ケアの引き継ぎ方法や問題点がわかる。
- ・ 退院時にどのような社会資源、職種が必要なかわかる。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

出向看護師の学習状況を評価しながら、以下の項目についての学びを深める関わりを行う。

- ・ 訪問看護と在宅ケアの実際を学ぶ。訪問看護師としての実践を通して、病院の看護との違いや地域での訪問看護の役割を学ぶことができる。
- ・ 当事業所の特徴的な利用者（ターミナル期の利用者、小児、医療依存度の高い利用者など）を中心に在宅療養者の実際を見ることができ、スムーズに在宅移行が行えるようになるとともに、在宅療養可能な患者像の拡大につなげる。
- ・ 在宅ケアは多職種のチームでの関わりであることを理解できる。

③病院が出向者に期待するミッション

山形県立河北病院は、平成 25 年度より病院機能の見直しを行い、在宅療養支援の機能を強化と退院支援の充実を図ってきた。機能的には組織体制の変更と地域医療支援部職員を増加し、退院支援・在宅支援を強化している。しかし、退院支援に関しては病棟において、病棟看護師が生活の視点で退院支援を考えた看護の提供をすることにより、早期からの支援の充実が図られると考えた。

そこで、1 つ目の期待するミッションとしては、訪問看護の実際を知ることで生活の視点で退院支援が出来るようになることとした。そして、3 カ月間の出向研修を通して、訪問看護の知識・技術を習得することや、訪問におけるチーム連携等についても学び、今後、在宅医療支援室（仮称）の設置と共に訪問看護を実施していくために必要なスキルの習得を、2 つ目のミッションとした。3 つ目のミッションは、訪問看護を実施していくための環境整備や体制づくりに役立てることとした。

（3）実施状況

<1 か月目>

- ・ 1. 山形県看護協会の概要 2. 協会ステーションの理念 3. 訪問看護ステーションの概要について、オリエンテーションを実施。
- ・ 平成 28 年 11 月 11 日、訪問看護ステーション村山地区ブロック会議に出席。

病院の認定看護師と訪問看護との連携の現状について学ぶ。

- ・ 平成 28 年 11 月 27 日訪問看護サミット（@東京）に参加。全国の訪問看護の活動を学ぶことができた。同日に、昨年度日本看護協会の事業で出向を実施した山の上ナースステーションから取り組み状況を聞いた。
- ・ 平成 28 年 11 月 訪問看護 e ラーニングを活用した養成講習会実践報告会の見学。
- ・ 看護師と同行訪問を開始。なるべく数多くの利用者へ訪問できるようにスケジュールを組んだ。
- ・ 訪問先でのあいさつ、利用者・家族への対応、ケア内容、記録について説明しながら同行した。単独訪問に向けて、受け持ち利用者の選定をし、一連の流れが見えるようにスケジュールを調整した。電子カルテの使用方法を説明、同行した看護師の支援を受けながら記録を実施した。
- ・ 出向者に 1 週間ごと、1 か月ごとの目標設定をしてもらい、1 週間ごとに実施と評価、所感や指導された内容を記録してもらった。
- ・ 1 か月ごとに出向者、所長、プリセプターの 3 人で面談をし、目標や業務の振り返りを行った。

<2 か月目>

- ・ 単独訪問開始。開始にあたり、利用者の情報収集、訪問経路の確認、訪問時の注意点、在宅での看護技術の確認、物品等の確認についてオリエンテーションを実施した。訪問から戻った際には、利用者の状況の他、出向者がどのような看護を実施してきたのか報告するようにした。
- ・ 受け持ち利用者の計画立案、評価、報告書作成、主治医・ケアマネ等への報告をプリセプターの支援を受けながら実施した。
- ・ 入院した利用者に関する情報を病院の看護師へ伝達したり、退院前カンファレンスに参加するなど訪問看護の立場で病院へ出向くこともあった。

<3 か月目>

- ・ 単独訪問。一連の流れはほぼ一人で実施できるようになる。ミーティングでは利用者について情報交換やケアの内容などスタッフとともに検討できる。
- ・ ケアマネジャーと同行し、役割を確認した。要介護認定調査にも立ち会い、介護保険の仕組みやサービスの実際を学んだ。また他職種との連携の状況を見ることもできた。
- ・ 病院の地域包括ケア病棟の取り組みや退院支援状況について、出向者がプレゼンテーションする機会を設け、訪問看護師と意見交換を実施した。

（４）出向期間中のコーディネーターによる支援

<1 か月目>

- ・ 出向期間中、出向元病院への帰院時（約 2 週間後）に同行し、看護部長と共に面接を行った。
- ・ 看護部長とも情報交換を行い、出向看護師へのフォロー等の話し合いを行った。
- ・ 出向看護師は、同行訪問を経験して、病院と訪問看護の違いを理解すること、担当患者の情報収集が難しいことなどを課題としていた。訪問看護師一人一人の看護の提供が丁寧で、利用者一人一人の要望に応える方法を統一して行っているのに対して、病院での看護が画一的であったと反省していた。
- ・ 一人の利用者に対して、何度か同行訪問を経験しており、回数を重ねるごとにコミュニケーションが取れるようになり、少しやりがいを感じてきているという思いを話していた。
- ・ 一か月の目標を、一週間ごとに細分化し目標を立てて出向研修を行っているが、学びや理解を目標にあげているため、達成度が把握しやすいという言葉も聞かれた。
- ・ 面接内容・結果については、「出向看護師面接用紙」に記載し、看護協会会長及び訪問看護総括理事、及び出向先訪問看護ステーションの主任以上に回覧し、情報共有した。

<2 か月目>

- ・ 出向元の病院への帰院時に同行し、看護部長と共に面接を行った。
- ・ 2 か月目に入り、一人で訪問看護を実践しており、訪問先の利用者の方には、同行訪問をしていただいた方を選んでいただき、スムーズに対応できている。また、新規の利用者の方への対応も経験し、少しずつ経験を積み自信を持って実施できるようになってきている様子が伺えた。
- ・ 2 か月目では、自宅での看取りやエンゼルケアを経験し、家族へのグリーフケアの重要性を感じ、病院の看取りとの違いや病院での実践の必要性を実感していた。
- ・ 訪問回数を重ねるごとにコミュニケーションがスムーズになり、信頼関係を築いている様子が伺え、自信につながっているようであった。
- ・ 医療保険・介護保険に関する知識やカンファレンスへの参加を通して情報共有の重要性も再認識したようであった。
- ・ 一週間ごとの目標は継続したが、2 か月目も目標達成できている様子であった。
- ・ ステーションでは一か月目よりプリセプターをつけて下さり、相談に乗ってもらっており不安なく研修を行っているようであった。
- ・ 面接内容・結果については、「出向看護師面接用紙」に記載し、看護協会会長及び

訪問看護総括理事、及び出向先訪問看護ステーションの主任以上に回覧し、情報共有した。

<3 か月目>

- ・ 出向元病院への帰院時に同行し、看護部長と共に面接を行った。
- ・ 3 か月目に入り、単独訪問も不安なくできるようになり、情報収集からカンファレンス、看護計画の立案、実践も行えるようになっていた。看護部長より、実践力がつき、指導者が認めて下さったからできているので指導していただいた方に感謝を忘れないようにと言葉をかけられ、残された日々を大事に過ごすことを話していた。また、看護部長より、病院に戻ってからは訪問看護の経験を活かせる職場に配置することを考えているため、経験を他の看護師に伝えていってくれるように要望され、「たくさんの経験をさせていただき、人との関わり方、特に利用者の意思確認、意思決定に関わることの大切さを痛感した。また、個々にあった介入方法を学ぶことができ、自信につながっている。訪問看護が楽しいと感じるようになってきた。」と話し、また「病院では退院がゴールであったが、そうではなく、退院後の生活を見据え、患者と家族の負担をいかに軽減できるかを入院中に考え介入することが、退院後の生活の充実と再入院までの期間を長くする、在宅での期間を長くすることができることに繋がることを学んだ。」と話した。
- ・ 週間目標はより実践的なものをあげ、学びたいことを経験したいことを明記していたが、目標を達成することで学びが深まり、実践につなげていったように感じた。
- ・ 面接内容・結果については、「出向看護師面接用紙」に記載し、看護協会会長及び訪問看護総括理事、及び出向先訪問看護ステーションの主任以上に回覧し、情報共有した。

5) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	13 人	22 人	人
訪問した延べ回数	21 回	31 回	グループホーム訪問 1 回

主な業務内容	・ 同行訪問を通して、在宅看護のケアの方法を学んだ。 ・ 指導のもと、2名の受け持ち利用者のサービス提供表の実績の確認と報告書を記載した。 ・ 新規の利用者の初回カンファレンスに参加し、ケアマネジャー、訪問入浴の看護師、福祉用具のスタッフ、利用者様、家族と情報の共有をした。初回訪問では状態観察しながら、ニーズを聞き、ケアを行った。 ・ リハビリスタッフ（PT・OT）に同行し、足の曲げ伸ばしや股関節回しの運動の介助の方法を学んだ。 ・ 受け持ちの利用者が入院したため、看護サマリーを記載し、病院との連携をした。
主な利用者の状況	<介護保険の利用者> ・ 異形成症候群、上腸間膜塞栓症のストーマ増設後の利用者に対して、ストーマの管理を行った。 ・ 脳梗塞、大腿骨骨折の利用者に対して、清潔ケア・Romex・排泄ケアを行った。 <医療保険の利用者> ・ 腎臓癌、肺線維症の利用者に対して、状態観察、介護相談を行った。 ・ 多系統萎縮症、神経因性膀胱の利用者に対して、入浴介助・リハビリテーション・排泄ケア・膀胱留置カテーテルの管理を行った。
できるようになったこと	・ i p a dの入力の仕方を訪問したスタッフに聞きながら、実際に記録をした。 ・ 指導のもと、訪問時間内で看護計画にあるケアを行った。 ・ ケアの方法は、利用者の費用負担が大きくなるように配慮し、ペットボトルを活用する、オムツのポリマーを使用し褥瘡予防のクッションを作ることなど在宅にあるもので工夫することを知った。 ・ 家族や訪問介護スタッフ、デイサービスの施設スタッフと情報を共有するために連絡ノートを活用していることを知った。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 病院の中では治療に重きを置くが、在宅では利用者の「生活の場」に療養環境があることを知った。現在の状態を維持し、何が必要になるのか個々にあった介入をしていく必要がある。 ・ 訪問看護では基本的なフィジカルアセスメントやバイタルサインのチェックが大切であるため、対象の変化を見逃さないため、フィジカルアセスメントの能力を向上させたい。

	・利用者だけでなく、介護者の健康状態や家族状況、環境にも配慮していく必要がある。 ・利用者や家族に対し介護相談もしなければならぬため、日常生活に密着した助言ができるように幅広い知識を身につけて行きたい。 ・病院の主治医から在宅医への連携がうまくいかずに往診できないまま入院となってしまった利用者様がいたため、緊急性があると判断し、紹介状を至急で依頼するなどの配慮が必要だった。 ・同行訪問で得た情報を振り返り、部屋の配置図はケアの手順などを振り返り、決められた時間内にケアができるようにしていく必要がある。
--	--

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	5 人	9 人	人
訪問した延べ回数	22 回	26 回	グループホーム訪問 1 回
主な業務内容	・2 か月目から単独での訪問を開始し、延べ 31 回単独での訪問を行った。 ・指導のもと、新規の受け持ちを 2 名担当した。 ・利用者の介護保険更新のための担当者会議に参加した。 ・受け持ちの利用者が亡くなったため、エンゼルケアを行った。 ・受け持ちの利用者の弔問に行き、グリーフケアについて学んだ。 ・主治医に状態を報告し指示うけや、ケアマネジャーに連絡し情報を提供した。 ・緊急入院した利用者の看護サマリーを記載し、情報提供した。 ・病院から在宅への退院時に、退院時カンファレンスに参加し、ケアマネジャーと連携した。 ・受け持ち利用者 5 名の報告書を記入した。看護計画の評価を行い、計画の追加修正を行った。		
主な利用者の状況	<介護保険の利用者> ・小児麻痺、紅皮症の利用者に対し、清潔ケア・軟膏処置・排泄ケアを行った。 ・アルツハイマー型認知症・頸部背部熱傷植皮後の利用者に対し、服薬管理・清潔ケア・軟膏処置を行った。		

	・ 認知症、多発褥瘡の利用者に対し、清潔ケア・褥瘡管理、膀胱留置カテーテルの管理、排泄管理を行った。 ・ 肺気腫、閉塞性肺疾患の利用者に対し、リハビリテーション・HOTの管理を行った。 <医療保険の利用者> ・ 胆のう癌のターミナル期の利用者に対し、排泄ケア・清潔ケア・介護相談を行った。 ・ 痙性四肢麻痺、てんかん、上気道閉塞の小児の利用者に対し、清潔ケア、排泄ケア、胃瘻管理、気切管理、肺ケア、経管栄養、訪問教育の見守りを行った。
できるように なったこと	・ 単独訪問で、計画された看護計画を時間内に行った。 ・ 担当者会議に参加し、目標と情報を共有することで、多職種と連携することを学んだ。 ・ 連絡ノートを活用しメモを残すことで、デイサービス、ショートステイ、家族との情報共有を行った。 ・ 訪問看護では訪問する看護師が違うこともあるため、担当以外の看護師が統一したケアを提供できるよう写真やイラストを活用していることを学んだ。 ・ ターミナル期の利用者の状態や介護者の状態を主治医に報告し、指示を仰ぎ、連携をとった。 ・ 新規利用者の初回訪問、契約、書類の送付など、新規利用者の一連の流れを学ぶことができた。また、基本情報用紙に沿って新規の利用者のアセスメントを行い、看護計画を立案した。 ・ 単独訪問で利用者の情報収集、アセスメントを行い、下剤の内服方法と量を指導した。
現状の課題・ 今後取り組み たいこと	・ 日常生活で何が問題なのか、ニーズは何なのかを把握するために、利用者や家族から情報収集を行い、ニーズにアプローチしていける関わりが必要になってくる。看護介入するには多職種との連携が不可欠であるため、多職種と連絡、調整がスムーズにできるようにしていきたい。 ・ 利用者だけでなく、利用者を含め家族を一つの単位として、家族状況や環境に目を配り関わっていく必要がある。 ・ ターミナル期の利用者が在宅で急変し、亡くなった。急変だったため家族が救急車を呼び、主治医が自宅へ行ったが警察の介入があり、ゆっくりした別れの時間を取れなかったように思う。緊急時の連絡方法の確認はしていたが、急変時に救急車は呼ばないよ

	うにと説明するなど、一歩踏み込んだ関わりが必要になってくる。状態が悪化した場合にどうするのか、本人、家族の意向を大切にし、確認が必要だった。看取りの過程でどのようなことが予測されるのか、話すタイミングを十分に考えて、看護師がある程度話しておくことが必要になる。 ・ 訪問看護では限られた時間の中で情報を収集し、その情報をもとにアセスメントして、的確に状態を把握していく必要がある
--	--

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	8 人	10 人	人
訪問した延べ回数	23 回	25 回	回
主な業務内容	・ 介護保険区分変更の調査に立ち会い、情報を提供した。 ・ ショートステイ入所に向けて、担当者会議に参加し、多職種と情報を共有した。 ・ ケアマネジャーに同行し、介護保険新規導入時の関わりを学んだ。 ・ 受け持ちの利用者（5 名）の報告書を作成、サービス提供表の実績の確認をした。 ・ 受け持ちの利用者の看護計画立案、看護サマリーの記載を行った。 ・ 受け持ち利用者の看護サマリーを記載した。		
主な利用者の状況	<介護保険> ・ 脳腫瘍、水頭症、統合失調症の利用者に対し、状態観察、Romex、ストレッチ、筋力増強練習、レクリエーションを行った。 ・ 骨髄異形成症候群、上腸間膜動脈塞栓症の利用者に対して、ストーマパウチ交換、カフポンプの管理、ポート針の抜針を行った。 ・ 脳梗塞、アルツハイマー型認知症、小児麻痺、紅皮症の利用者に対して、清潔ケア、排泄ケア、軟膏処置、Romex、服薬管理を行った。 ・ 人口関節術後の利用者に対し、創部の創傷処置を行った。 <医療保険> ・ 急性骨髄性白血病の利用者に対し、胸腔ドレーンの管理、状態観察を行った。 ・ デシャンヌ型筋ジストロフィーの利用者に対し、NIPPV の管理、口腔ケア、排泄ケア、経管栄養を行った。		

	・ 痙性四肢麻痺、てんかん、上気道狭窄の小児の利用者に対し、清潔ケア、肺ケア、胃瘻部・気切部の管理、経管栄養、訪問教育の見守りを行った。
できるようになったこと	・ 利用者の状態やニーズを把握するために、利用者や家族の話をよく聞いて情報を収集し、ケアに活かすことができた。 ・ 新規の利用者を受け持たせてもらい、本人の状態、家族関係、生活環境など情報収集し、アセスメント、看護計画の立案、本人に説明し同意を得た。 ・ 訪問後に利用者の状態をケアマネジャーに伝え、連携を図った。 ・ 受け持ちの利用者のショートステイ入所時の担当者会議に出席、看護サマリーを記載し、施設との連携を図った。 ・ 家族とのコミュニケーションを図り、利用者の状態やニーズを把握し、介護者の健康状態にも配慮した。 ・ 介護職員と連携し、本人の活気や全身状態を情報収集しながら、小児のケアを提供した。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 病院から訪問看護ステーションを繋ぐ看護ケアの問題点は個々のケースで違うため、経験を積んで個別性に対応できる能力をつけていきたい。 ・ 在宅療養している状態を維持するためには何が必要なのかを考え、それを維持できるように多職種間で情報を共有し、連携していくことが不可欠である。自宅退院に向けては、家族や本人の意思決定を大切になってくるが、使える社会資源サービスを知って、どうすれば自宅退院にもっていけるか検討していく関わりが必要になってくる。 ・ 本人の生活背景を考えて、具体的な日常生活レベルでの指導を行うことが必要となる。 ・ 病院でも在宅でも、患者や家族の思いが大切になるため、意思決定支援をサポートしていくのが看護師の役割になる。患者中心のケアをするために、思いを聞いて、どうすれば不安なく過ごせるか考えてケアすることが必要である。その際に家族の健康状態、介護能力、サポートしてくれるマンパワーなど視野に入れ、総合的に見る能力が必要になってくる。

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時 の評価	1か月後の 評価	の事業終了時 の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	1	3	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	3	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	4
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	4	5	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	5	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	2	4	4
8	訪問予定時間通りに訪問する	1	4	4
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	4
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	1	3	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	4	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	2	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	2	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	3	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	1	3	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	1	2	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	3	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	1	3	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	2	4
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	2	3
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	3	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	2	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	2	4
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

病院から退院となる時、医療機器がある・認知症がある・高齢で独居であるなどの理由から、自宅退院は難しいと考え施設や療養型の病院への転院となることが少なくない。訪問看護では、生活レベルでの情報を収集し、自宅で生活するには何が不足しているのか考え、その足りない部分を多職種と連携し、自宅で療養できる環境を整えていくことが必要になってくる。まずは、患者・家族に意向を聞いて、在宅での療養環境について情報収集し、在宅で生活できる環境を多職種と連携し、使える社会資源は何かを考え、サービスの調整を行い、自宅退院に持っていけるようにしていきたい。訪問看護で学んだことを、実際の退院支援に活かしていきたいと思う。

訪問看護を学ぶ前までは、退院することがゴールと考えていたように思う。退院がゴールになるのではなく、在宅での生活をイメージし、病気や障害とともに生活するためにどんな看護介入が必要なのかを考えていく必要がある。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

訪問看護は実際にどのようなことをするのか、実際に経験してわかったことも多いため、今後訪問看護の出向で学んだことを院内で伝達し、情報を発信していきたいと思う。日常生活でその人らしく生活できるよう援助するために、具体的にどのようなケアをしているのか伝達していきたい。また、自宅退院に向けて患者家族も不安があるため、どのような社会資源があってどんなサービスが受けられるのか、訪問看護はどのようなことをするのか、在宅にある物で工夫して使用できる物品など情報を提供し、在宅療養に対する不安軽減に努めていきたい。

自宅療養中に状態悪化し、訪問看護が導入されることがあった。病院から在宅へ退院時に訪問看護を導入し連携をとっていくことで、再入院のリスクが低くなり、在宅で生活できる時間が長くなると思う。訪問看護の必要性を医師やケアマネジャーにアピールしていきたいと思う。

受け持ちの利用者で、小児麻痺・全身の紅皮症で清潔ケアの援助で訪問看護を利用している方がいた。大量の下血があり、緊急入院し５日間の入院で安静にした結果、ADLが下がり、自力での移動ができなくなった事例があった。退院前日に退院時カンファレンスを行い、ケアマネジャーと連携し、毎日の訪問介護の利用・週３回デイサービスを利用し入浴・週２回訪問看護で排便管理に入るなど、サービスの内容が変更となった。当病院は地域包括ケア病棟があるため、退院先の準備をする期間があるように思う。退院までに上肢の力が戻るようなりハビリ、下剤での排便コントロールし再出血がないかの腹部症状の観察など体調を整えながら、在宅での療養環境を整えられるよう地域包括ケア病棟を活用していきたいと思った。

（４）事業終了後の感想

以前から訪問看護に興味があり、訪問看護を経験したことで沢山の学びを得ることができた。そして、毎日が充実した研修期間だった。訪問看護を経験することで、利用者・家族の思いを聴き、思いを代弁している看護の基本を思い出した。病院にいても、患者・家族の思いを聴く基本は変わらないため、話を聞くことを大切にしていきたいと思う。急性骨髄性白血病の利用者で、胸腔ドレーンの管理と状態観察のため訪問となった利用者がいた。在宅療養中に胸腔ドレーンが抜去となり状態観察の訪問となった。セルフケアが出来ていた方だったのでケアはなかった。しかし、急性白血病の診断を受けて骨髄移植をしたが、翌年再燃して入院したこと、治療を続けるには精神的・肉体的に限界と思い在宅に帰ってきたこと、病気に対する葛藤など話をしてくれた。話の中で「話を聞いてもらうだけでいいんだ」という言葉を聞いて、病院ではじっくり話を聞く時間もなく仕事していたように思い、訪問看護を通して看護を振り返る機会になった。

夫婦で訪問看護を利用している夫が状態悪化し、担当者会議で集まっていた関係者４人で、別室にいた妻を抱え、夫に会わせたことがあった。認知症の妻が、夫の顔を触れたり布団をかけたりする姿を見て、在宅で過ごす暖かさを感じることができた時間だった。また、弔問に行ったときに、妻から手を握られ「ありがとう」と言われたことも印象深かった。微力ながらも、頼りにされていたことに気づき、やりがいを感じることができた。病院では知ることのできない在宅療養の場面、多職種との連携、社会資源の活用方法を学ぶことにより、看護師としての円滑な退院支援に繋がっていくと思う。

病院でしか勤務したことがなかったことや、相談できる人がすぐ近くにいないことで単独訪問に対して不安があった。しかし、プリセプターを中心に訪問看護ステーションのスタッフと共に同行訪問を重ねることで、不安が軽減していった。携帯電話を持たせてもらい、判断に迷うことがあったらいつでも相談できる環境作ってもらったことも不安の軽減につながったと思う。今回、病院や訪問看護ステーションからは出向研修しやすい環境づくりに配慮していただき、訪問看護を学ぶことができた。病院、訪問看護ステーション、看護協会、コーディネーターの皆様に感謝したい。

6) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評 価 項 目	5 段階評価 1=できない～5=できる		
		の 事 業 評 価 開 始 時	評 価 1 か 月 後 の	の 事 業 評 価 終 了 時
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	3	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	3
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	5	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	5	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	4	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	5	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	5	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	3	5	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	3	5	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	4	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	4	5	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	2	3	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	4	5
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	3	4	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	4	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	4	5
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	3	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	3	5	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	3	3
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	3	3
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	3	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	4	5
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	3	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	3	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

- ・ 1 人の看護師としてステーションの人員確保につながるとともに、2 か月からは単独訪問が可能となり報酬に結びついた。
- ・ 病院内の退院支援等の状況を聞くことができ、今後、病院や病棟看護師への働きかけを行っていくための課題が見えた。
- ・ 顔の見える関係性構築のきっかけになった。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

- ・ 訪問看護や在宅ケアの実際を知ること、退院支援に活かすことができる。
- ・ 訪問看護ステーションとのつながりができたことで、退院支援で困っている事例や退院先の選択のための情報提供など相談体制ができた。
- ・ 病棟看護師が訪問看護を知ること、退院後の生活を見据えた看護の実践に活かすことができ看護の継続性が図られることが期待できる。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

- ・ 受入れ期間。3 か月で訪問看護の実践はできたが、より多職種との連携や地域との関わりなどの理解までには至らなかったため、あと数か月あればよかった。病院側の業務、人員配置にも影響するため出向期間の協議は必要である。
- ・ 同行訪問やスケジュール調整などに労力がかかり負担感があつた。
- ・ 病院と訪問看護ステーションの給与格差がある。今回の出向者は病院勤務 16 年目であったが、ステーションの給与規程に当てはめると、病院の給与とは約 10 万円近くの差額があつた。今後事業継続にあたり病院とステーションとの賃金格差について、どのような対応をするかの協議が大きな課題である。

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

- ・ 出向先の訪問看護ステーションの職員が本事業の説明を受け職員全員で支援していくことの確認をした。
- ・ 日本看護協会作成の「訪問看護入門プログラム」や山形県看護協会訪問看護ステーション作成の「新任訪問看護師教育プログラム」を元に 1 か月毎の目標、業務や看護技術などの計画や評価に活かすための検討をした。
- ・ 所長及び山形県保健師助産師看護師実習指導者講習会（特定分野）を修了した主任看護師をプリセプターとして支援する体制を整えた。
- ・ 病院での経験を活かしながら、在宅での看護が実践できるよう訪問を調整した。
- ・ 週 2 回以上の訪問がある利用者、医療依存度が高い利用者など他の看護師と連携しながら訪問できるように配慮した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・ 出向先の受け入れ体制の整備（支援するスタッフの確保、教育体制の充実）が必要である。
- ・ 出向者の実践能力や訪問看護に対する意欲などについて事前に評価しその能力に合わせた支援を行う（経験やアセスメント力、訪問看護や在宅ケアへの興味、訪問看護への対応力、柔軟性など）必要性がある。

⑥その他、事業を実施した感想

日頃から病院の看護師に訪問看護を知ってもらう必要性を感じていたので、実習ではなく在籍出向という形態で3か月の実践をしながら学んでもらうことはよい機会となった。本人が訪問看護に興味があることもあり、スムーズに訪問の実践もできていた。3か月の中で、訪問看護のみならず在宅に関わる様々なことを経験することができたので、病院に戻り、院内や地域との連携の中で活躍してほしいと思う。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

- ・ 出向前には面接を行い、本事業における目的や心がけなどについて説明するとともに、いつでも相談できる体制があることなどで、緊張や不安などに対応してくれた。
- ・ コーディネーターが定期的に面談や病院との調整、細やかな声掛けをしてくれたことでスムーズに事業を進めることができた。

7) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

山形県立河北病院は、平成25年度より病院機能の見直しを行い、在宅療養支援の機能を強化と退院支援の充実を図ってきた。機能的には組織体制の変更と地域医療支援部職員を増加し、退院支援・在宅支援を強化している。しかし、退院支援に関しては病棟において、病棟看護師が生活の視点で退院支援を考えた看護の提供をすることにより、早期からの支援の充実が図られると考えた。

そこで、1つ目の期待するミッションとしては、訪問看護の実際を知ることで生活の視点で退院支援が出来るようになることとした。そして、3カ月間の出向研修を通して、訪問看護の知識・技術を習得することや、訪問におけるチーム連携等についても学び、今後、在宅医療支援室（仮称）の設置と共に訪問看護を実施していくために必要なスキルの習得を、2つ目のミッションとした。3つ目のミッションは、訪問看護を実施していくための環境整備や体制づくりに役立てることとした。

②出向者のミッションの達成状況

出向者は、1ヶ月目の同行訪問では、同行する訪問看護師が担当するターミナル期の看取り説明や訪問入浴、小児の在宅ケア、グループホームへの同行訪問などを実施した。また、新規の利用者への初回訪問を経験し導入時の流れを知ること出来た。他職種参加の初回カンファレンスに参加し、利用者とその家族が在宅で安心して過ごすためにはどのような計画が必要なのかを学んでいた。さらに、OP・PTの方々とリハビリ同行訪問を経験していた。急変時には看護師間だけでなく、医師（主治医への報告）や他職種との連携も大事であるという学びをしていた。担当していた利用者の弔問にも行きグリーフケアの学びを深めたいという思いが強まったようだった。2カ月目からは単独訪問を実施し、多くの利用者への訪問看護ケアを提供出来ていた。これらのことから、1つ目の目と2つ目のミッションは今回の出向研修においては達成出来たと評価できる。3つ目については、次年度の人事異動後に役割を発揮させていきたいと考えている。

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

訪問看護師が提供する看護やケアに必要なフィジカルアセスメントを学び、患者の退院先の生活の場を考えた支援が出来るようになる。さらに、具体的な退院調整内容について考えられるようになる。

自身のこれまでの看護を振り返る機会となり、看護へのやりがい感を持てるようになる。

他施設や訪問事業所との顔の見える関係をつくることができ、地域連携が強化できるようになる。

ミッションを達成することで、今後の病院の方向性や組織体制構築に向けた取り組みへの、大きな力となることが予想される。

また、上記のことが実現されることで、前述した地域連携強化につながり、地域に根差した病院として地域包括ケアシステムの一端の役割を果たすことができると考える。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

訪問看護の看護ケアでは、全て利用者視点で行われ、様々な工夫を凝らし、苦痛を与えないようケアを提供していることを知り、病院での看護ケア提供を振り返るきっかけになった。これは出向先の教育指導体制が確立していたことで成し得たことである。

今回の出向看護師は看護師経験16年、多数の診療科を経験していたということで、2カ月目以降単独訪問が可能だったことは、訪問看護要員の1人になっていたというメリットがあったと思う。

研修中は、本人が講師となり、当院の地域包括ケア病棟と退院支援（退院調整）についての学習会が開催された。このことは病院の状況を知る機会となる。

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

- ・ 出向させる上での一番大きな課題は、院内の看護師配置数に不足を生じさせないこと。
- ・ 訪問看護に興味があり出向を希望する職員がいること。
- ・ 利用者の安全を確保した単独訪問、看護ケアを実践するための看護実践能力を備えた職員を人選すること。
- ・ 出向先訪問看護事業所の教育指導体制が確立していること。
- ・ 出向元・出向先との信頼関係が構築されていること。
- ・ 今後、育児時間取得者等が出向となった場合には、利用者への訪問時間や件数が制限されてしまうことが予測されるので研修体制の検討が必要と思われる。
- ・ 今回の事業では、出向看護師を選定し事業展開するに当たり、代替職員を確保せずに実施した。しかし、今後は看護職員の人員不足が予想されるため、今後継続する場合には、代替職員の確保や給料補填などの課題が予想される。

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

- ・ 3カ月間の研修であり、訪問看護を単独で実施することから、訪問看護に興味を持った職員で、看護実践能力が院内クリニカルラダーレベルⅡ以上の職員を人選した。また、通勤（自動車運転が苦手でないこと）が困難でないことも条件に人選した。
- ・ 病院単独で実施出来る事業ではないので、病院事業局県立病院課と情報共有しながら当事業を進めていった。（病院長、病院事業管理者、県立病院課担当者へ直接説明を行い、協力を依頼した。）
- ・ 出向者が担当している委員会について、部署に経験者を配置し担当を変更した。
- ・ 出向者は出向期間中に休日勤務や時間外勤務を出来るだけさせないように依頼した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

1. 病院看護管理者が当事業を十分に理解している。
2. 病院事業局、病院長、事務部門が事業に理解している。
3. 訪問看護出向を希望する職員がいて、訪問看護ステーションに通勤が可能である。
4. 訪問看護事業所における教育指導体制の充実している。
5. 病院と事業所との信頼関係が出来ている。

⑥その他、事業を実施した感想

長期、短期に関係なく訪問看護を体験した看護職員は、生活の場での患者・利用者が、生き生きとした表情で出迎えてくれる様子に驚くと同時に、自宅に戻ることを考える機会となった。

出向事業に参加したことが新聞に掲載され、また TV で放映されたことで、訪問看護や在宅支援等について地域住民が知るきっかけとなったことは良かった。

今後、医療的ケアが必要な高齢者の増加が見込まれることから、入院から退院、退院後の在宅療養へと継続的支援が必要となる。このような状況の中、地域において病院看護師をどのように活用していくか考えた時、訪問看護を実施していくことであった。訪問看護体制を整備する他に、訪問看護が出来る看護師の育成をどのようにしていくか悩んでいた時、出向事業についてグッドタイミングに打診された。

今後は、生活の視点で看護を考える職員育成で出向職員を活躍していきたいと思っている。出向の機会や条件が揃えば、訪問看護ステーションへ職員を派遣していきたいと考えている。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

出向前の支援は、①病院、県立病院課、看護協会、訪問看護事業所と出向に対する問題点や実施する上での課題等について情報共有できるよう密な連携支援。②出向に対する不安を最小限に出来るよう出向看護師と面接支援。出向中の支援は、①1 か月ごとの帰院日の調整支援。②出向看護師の訪問看護の情報把握と問題や不安等の聞き取り支援。

8) コーディネーターによる評価

(1) コーディネーター業務の実施状況

①出向期間中の支援における課題

看護協会では事業課長が主にコーディネーターとして動いたが、打合せ等に出向く時間がなかなか確保できず、単独ではコーディネーター業務を果たすことは困難だった。協会の訪問看護総括理事等の役員の支援もあり、役目を果たすことができた。

②出向期間中の支援で工夫した点

- ・ 出向看護師の記録として、一週間ごとの目標と実施状況を記載した用紙の提出を求め、提出された用紙は、看護協会会長及び訪問看護総括理事、及び出向先訪問看護ステーションのプリセプター及び主任以上に回覧し、情報共有した。
- ・ 出向看護師に対して面接を行った場合には、面接の内容・結果について「出向看護師面接用紙」に記載し、看護協会会長及び訪問看護総括理事、及び出向先訪問看護ステーションの主任以上に回覧し、情報共有した。

- ・ 面接は、出向元の看護部長と共に行うことで、出向看護師の考えや看護部長の考えを聞くことができた。その内容をステーションで共有することでサポートに繋がった。
- ・ 出向先のステーションが隣の建物であり、時折顔を合わせ、声掛けすることができた。また、訪問看護総括理事より情報をいただくことも多く、出向看護師の動向を把握しやすかった。

（２）事業実施スキームに対する評価

①当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果

- ・ 出向元、出向先の情報共有がスムーズにできた。
- ・ コーディネーターの配置は、出向看護師がいつでも相談できる体制になっており、看護師の安心となり、病院と訪問看護ステーションとの調整をスムーズにはかることができた。
- ・ 今回は、コーディネーターと訪問看護総括理事が連携してサポートが大きかった。また、コミュニケーションを密にし協力体制整え、対応したことが成功した大きな要因と思われる。

②病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件

- ・ 病院と訪問看護ステーションの状況を事前に把握し、事前にコミュニケーションが十分に取れる関係性を築いていくことが必要と感じる。
- ・ 出向が始まると、出向看護師は訪問看護を学ぶことが重要であり、目標を達成しながら期間をクリアしていくことになるが、目標設定に関しては、ステーション内で関わりを持っていただけた。今回は、3か月という期間であったため、日々の記録で振り返りながら、目標を立て達成できていたようであった。しかし、期間が長期間になった場合には、日々の記録等もやや、マンネリ化する可能性も考えられ、コーディネーターとして、学んだことを振り返り、どのような経験を積んでいるかの把握を行い、必要時ステーションとの調整を図る必要が出てくるのではないかと感じた。

③病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題

- ・ 病院では、患者が在宅で過ごすこと、過ごすために必要なことを理解している看護職や職員はごく少数であると思う。今回、出向した看護師から、「病院で勤務しているときには言葉では自宅に帰ってからのことを考えた看護と言いながら、ゴールは退院だった。」との言葉があった。出向することで実感し、退院後を見据えた看護を提供していくことの重要性に気づいたようであった。
- ・ 以上の事から、病院の看護職や職員に退院後の生活をイメージし看護を患者さんに提供すること、患者さんが退院後に必要なケアを受けられるように対応できるよう

に訪問看護を理解することが必要であることを周知することが必要と感じた。

- ・ 看護師の出向にあたり、病院での人材確保が大切である。出向元病院の事業への理解とともに病院全体でサポート体制を整え、取り組むことで、人材の確保に繋がり、その後のフォロー体制の充実も図られると考える。

④その他、当事業を実施した感想

- ・ 地域包括ケアシステム構築に向けて、地域全体で対象者を支援していくことの大切さを感じていたが、今回の事業を通して、出向看護師が様々な気づきと共に成長していく過程を目の当たりにし、看護の広がりを感じ津と共に、地域全体の連携の必要性、大切さを実感した。多くの看護師に訪問看護を体験していただきたいと思ったと同時に、訪問看護師の方々に病院での患者の状況を見ていただきたいとも思った。
- ・ 双方向の関係性を構築していくことも良いのではと感じた。
- ・ 地域全体で透明性のある関係が構築され、患者を取り巻く環境がつくられて行くことを願いたいと思った。
- ・ 今回の訪問看護出向事業は、山形県病院事業局と看護協会が連携し実施できた。山形県の病院事業局、健康長寿課が訪問看護事業の必要性、重要性に着目、連携し、次年度の事業として県の基金の要求をし、次年度は県が関わりを持ちながら事業を展開する検討がなされている。山形県の現状に合った訪問看護の出向事業が次年度に繋がっていくことは、日本看護協会のモデル事業を実施できたことがきっかけであり、大変意義深いことであった。
- ・ 今後の事業展開を考えると、「訪問看護師人材活用施行事業ガイドライン」が整備・作成され、必要時活用できる状況が構築されることが望まれる。
- ・ また、全国で展開された事業がまとめられ、今後の訪問看護師の人材育成の指針となり、各地域での訪問看護師育成に活用していくことが必要と考える。
- ・ コーディネーターとしては、出向事業の周知普及に向け広報活動を行い、メディアに情報提供を行った。出向の取り組みが新聞掲載、テレビ放送されたことで、県民に対して訪問看護をPRできたことも大きな収穫であった。

<新聞掲載>

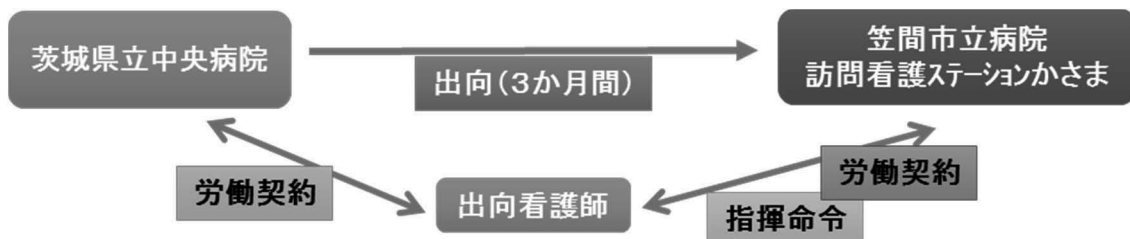
- 10/20 「訪問看護師育成へ連携」月末に協定書 県病院局と県看護協会
- 10/28 「在宅医療充実へ連携」県病院局と看護協会 派遣協定結ぶ
- 11/21 「患者目線の訪問看護」県協会と県病院事業局連携
柔軟なケアへ人材育成 在宅医療の現場に派遣

<テレビ報道>

- 11/5 YBC（山形放送） 社説放送「訪問看護に携わる人材育成」

3. 茨城県（茨城県立中央病院－笠間市立病院訪問看護ステーションかさま）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護職員数 (実人数)	機能・特色
茨城県立中央病院	都道府県	500 床	7 対 1 564 名	県内唯一の県立総合病院、県がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院
笠間市立病院訪問看護ステーションかさま	市町村	18 名	4 名 (3.5 名)	病院併設の訪問看護ステーション

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

出向期間	平成 29 年 1 月～平成 29 年 3 月（3 か月間） (1～2 月の 2 か月間を本事業に協力。3 月は茨城県事業により出向継続)
------	--

2) 事業の背景と目的

(1) 背景

茨城県立中央病院は、茨城県内の県立 4 病院で唯一の総合病院であり、看護師数が 4 病院のなかで最も多い。これまで中小病院の認定看護師育成支援事業や、認定看護管理者研修ファーストレベルの開催など、県内の看護人材の質向上に取り組んできた。

また、平成 27 年度に日本看護協会が実施した「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用に関する調査研究事業」における訪問看護出向事業や、平成 28 年度から開始された茨城県の出向事業に協力し、看護師を地域の訪問看護ステーションに出向させる取り組みを続けている。

今回は、育児中で夜勤が困難な県立病院の病棟看護師を、同じ市内の笠間市立病院併設の訪問看護ステーションに出向させることにより、夜勤困難な時期の訪問看護ス

テーション出向の有効性について検討する。育児期間中の看護師は夜勤業務に従事することが困難であり、本人にとって、夜勤が困難だということが仕事と家庭の両立上の葛藤となり、退職につながることもある。病院は子育て支援の充実を図っているが、病院業務において、夜勤が困難な看護師の活用方法については苦慮する面もある。

訪問看護ステーションは日勤が主であり、夜勤困難な看護師が訪問看護ステーションでマンパワーとして機能しつつ、訪問看護の知識技術を学ぶことが可能ではないかと考えられる。そこで、育児中の看護師が訪問看護ステーションで勤務を行うことで、本人にとっては夜勤に関する葛藤による負担感を軽減し、かつその後の看護師としての成長に有効な経験となりえるかどうか、検証したい。

笠間市立病院は、県内の少子高齢化に対応し、在宅医療の充実を図るため、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーションを積極的に提供してきた。訪問看護のニーズ増を受け、利用者の利便性を図るため、平成 28 年 5 月に訪問看護部門から病院併設の訪問看護ステーションへ転換を行った。

今後、地域では訪問看護の需要がますます高まると予想されている。病院看護師が訪問看護の理解を深め、退院支援や在宅療養支援の力をつけて、訪問看護ステーションと連携することが重要になると考え、県立中央病院からの出向の受け入れを決定した。

（２）目的

1. 訪問看護ステーション出向中に、病院での夜勤免除で勤務するときと比べ、どのような変化があったかを明らかにする。
2. 2 か月の短期間の出向で、どのようなことが学べるのかを明らかにする。

３）実施内容

（１）出向者の選定

出向者の プロフィール	急性期病棟勤務／看護師経験年数 13 年／年齢 30 代
----------------	------------------------------

（２）目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 利用者・家族の生活状況や心情について知る。・ 同行訪問を通して、訪問看護の実際を体験し、利用者・家族とコミュニケーションを図る。・ 緊急時の対応、医師への報告方法について知る。 |
|--|

<2 か月目>

- ・ 訪問看護の報酬体系や利用者負担など仕組みについて理解する。
- ・ 訪問時、主体的に時間調整やケア提供ができる。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

- ・ 出向者が訪問看護の現場で、実際ケアにあたることにより患者の生活の場を知る。その中で病院に求められる退院調整・退院支援は何かを考えられるよう育成する。
- ・ 短時間の訪問の中でフィジカルアセスメントだけでなく精神的、社会的問題も把握できるように育成する。
- ・ 育児短時間勤務という特殊な働き方でも、充実感がもてる看護ができるよう育成する。

③病院が出向者に期待するミッション

2 か月と短期間ではあるが、在宅療養者とその家族の生活の実際と、それを支える訪問看護師の役割、さらにはケアマネジャー、リハビリ関係者等多職種の連携を学ぶことを期待する。

出向先が小規模の公立病院が母体であることから、病院と訪問看護の連携も学んでほしいと考える。そして、可能であれば単独訪問を数回経験して、フィジカルアセスメントや意思決定支援を自立して実施し、今後の成長の動機付けとしてほしい。

(3) 実施状況

<1 か月目>

- ・ 同行訪問する看護師とともに、状態観察、日常生活における助言やアドバイス、在宅生活における悩みなどを傾聴した。
- ・ 利用者・家族の状況、背景、訪問に必要な自宅までの道のりを把握できた。
- ・ 複数回訪問する中で、利用者や家族とのコミュニケーションもスムーズにとれるようになった。
- ・ 膀胱留置カテーテル交換・管理、ストーマ管理、清潔ケア、排泄ケア、褥瘡ケアを行った。

<2 か月目>

- ・ 受け持ち患者をもち、利用者・家族の状況を踏まえた看護計画を立案し介入した。
- ・ 報告・連絡・相談をしながら単独訪問を行い、スタッフ内で情報共有し問題点を検討することができた。

4) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	0 人	1 8 人	—
訪問した延べ回数	0 回	3 1 回	—
主な業務内容	膀胱留置カテーテルの交換・管理、ストーマ管理、清潔ケア、排泄ケア、褥瘡ケアを行った。 また、状態観察とともに、日常生活における助言やアドバイス、在宅生活における悩みなどの傾聴を同行訪問した看護師と行った。		
主な利用者の状況	がん(直腸がん、肺がん、胃がん)、慢性呼吸不全、心不全、糖尿病、脂質代謝異常、認知症など。		
できるようになったこと	利用者・家族の状況、背景、訪問に必要な自宅までの道のりを把握できた。 複数回訪問する中で、利用者やご家族とコミュニケーションをスムーズに取れるようになり関係構築につながった。 〈学んだこと〉 ・ 在宅で看護を行う訪問看護師として、第一に利用者やご家族の希望に沿った対応が大切であると感じた。「お宅に伺う」という、病棟とは立ち位置が違うことを学ぶことができた。 ・ 洗髪の際に頭に未使用のおむつを敷くのは利用者にとって抵抗のあることだと再認識した。在宅でも、病院と同様に説明と同意が大切である。 ・ スタッフ間での情報共有		
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 短い訪問の中でしっかり状態の変化に気づく必要性を感じた。24時間緊急時対応の利用者であっても、訪問の際に予測して早めに対応していく場面は多かった。観察力、フィジカルアセスメントの向上に努めたい。 ・ 慢性呼吸不全の既往が多い中で、嚥下訓練や呼吸訓練など看護師として実践やアドバイスができるような学びをしたい。 ・ 病棟勤務の中では、患者に対して自分が主体的に助言や指導をしていたと認識した。しかし、在宅で過ごす中では、利用者や家族が納得して継続できる方法で提案し、勧めていく方法が求められていた。個々の状態を踏まえ、在宅でのアドバイスができるようにしたい。 ・ 家族が在宅生活を支える継続ができると思えるように、不安や悩		

	み、負担を軽減し健康でいられるような関わりがしたい。 ・ 訪問医療、訪問リハビリ、ケアマネジャーなど、他職種との連携や実際の場面を見る機会を持ちたい。
--	--

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	2 人	18 人 (単独 12 人)	—
訪問した延べ回数	2 回	34 回 (単独 20 回)	—
主な業務内容	膀胱カテーテルの交換・管理、ストーマ管理、清潔ケア、排泄ケア、褥瘡ケア、下肢の ROM 訓練、嚥下訓練、皮下点滴、胃ろう部管理、看取りケアを行った。また、状態観察とともに、日常生活における助言やアドバイス、在宅生活における悩みなどの傾聴をした。		
主な利用者の状況	がん(直腸癌、肺癌、胃癌)及びターミナル期、慢性呼吸不全、心不全、肺炎後、脂質代謝異常、認知症、脊髄損傷		
できるようになったこと	・ 同行訪問を行った利用者の単独訪問ができるようになった。その場で判断や返答に迷う相談や問題点に気づいた場合は、訪問後スタッフへ報告、相談を行った。また、医師への報告を行い指示を受け対応ができた。 ・ 利用者だけでなく家族の負担軽減についても気を配り、レスパイト入院を調整することができた。 ・ 経口摂取量が減少している利用者への皮下点滴は初めてのことであったが、投与中の注意点を家族に指導できた。 ・ 受け持ち利用者の問題点を明らかにし、プリセプターから助言やアドバイスを受け訪問看護計画を立案した。利用者と家族に説明し同意をいただき、計画をに沿った看護を提供した。 ・ 在宅看取りの場面に同行訪問し、家族とエンゼルケアを行った。		
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 退院後間もない利用者・家族は不安を抱えている。訪問する中で不安や悩みを傾聴、問題解決に努め立案した看護計画を評価し報告書を作成できるようにしたい。 ・ 介護保険や医療保険、それぞれの報酬体系について学習途中である。理解できるよう、引き続き学習していきたい。 ・ 訪問診療、訪問リハビリテーション、ケアマネージャーなど、多職種との連携や実際の場面を見学できる機会をもちたい。 ・ 褥瘡やストーマ、胃ろうについて学びを深めたい。		

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5 段階評価 1=できない～5=できる		
		の 事 業 業 開 始 時 の 評 価	1 か 月 後 の 評 価	2 か 月 後 の 評 価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	3	4
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	2	3	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	2	3	4
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	2	3	4
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	2	3	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	4	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	2	4	4
8	訪問予定時間通りに訪問する	2	3	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	4
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスを する	1	2	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	3	4
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で 適切に説明する	1	1	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を 立てる	1	1	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	2	3	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	3	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	3	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	2	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提 供する	3	4	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	2	3
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	1	2
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	1
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	2
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	1	3
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

病棟で勤務する中で、在宅療養は家族の協力が不可欠で万全でなければならないという思いがあった。また、退院調整はMSWに頼ってしまう部分が大きかった。しかし、ケアマネジャーが作成したプランで様々なサービスを組み合わせ、家族の負担を軽減しながら在宅療養が実現できることがわかった。在宅への退院を希望される患者や家族に対して、十分に思いをくみ取ることから始めたい。多職種の関わりや社会資源の有無等、病棟看護師としての役割を遂行していきたい。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

実際に自分の勤務していた病棟から退院された利用者のお宅に訪問をした。自宅への退院となり戸惑ったことなどを伺った。その戸惑いは医師の説明不足であったり、在宅療養の準備がわからないことによるものであり、家族の思いを聞く貴重な機会を得た。

病棟では、入院時より在宅を見据え、MSWへの介入依頼や介護保険の申請など取り組んできたが、サポート不足も多いことがわかった。在院日数の短縮をふまえながら、患者・家族がどのような不安や戸惑いを抱いているか把握し解決しながら在宅療養に移行できるようにしていきたい。入院後早い段階でケアマネジャーなど多職種と連携をとっていきたい。

訪問看護の立場で病院からの退院サマリーを見る機会を得て、「求められる情報」が何かに気づくことができた。残された時間を在宅で過ごす利用者においては、本人や家族の意向、特に急変時の家族への説明はどのようにされているのか。今後、連携という視点を大切にサマリー作成に関われると考えている。

新たな転移に対し放射線治療を通院で行うという情報を家族から得た。しかし、家族の情報では内容の不足があり、医療者間で十分な情報共有が必要であると感じた。訪問看護導入時以外でも連携がとれていれば治療の副作用などに対しても迅速な対応ができると思う。

（４）事業終了後の感想

訪問看護ステーションで２か月間の出向研修を行い、在宅の現状と訪問看護の実際を学ぶことができた。今回、出向事業に参加するにあたり、事前に８日間研修する機会を頂き、よりスムーズにスタートができた。

病棟勤務において日々退院調整に関わってきたが、その後の在宅療養の状況はわからないままであった。今回、訪問看護で現状を見せていただいたことにより、自らの在宅の現状把握にとどまらず、今後退院調整をするなかで在宅看護がどのようなものなのか、患者・家族に具体的に情報提供できると思った。

病院では在院日数短縮化の中で、早期に退院調整を始めたにも関わらず、あわただしく退院する現状がある。今回訪問看護に携わるなかで、病院から在宅へ移行する際の家族の胸の内を聞かせていただく貴重な経験をした。病棟での自分の関わりを振り返り、患者の在宅での様子を思い描き、家族も含めた関わりの不足を反省した。

在宅移行を考える際に、万全の体制がないと自宅での生活は無理ではないかと躊躇していたケースは幾度もあった。しかし在宅での生活は様々であり、決して環境や家族の協力体制が整っている利用者ばかりではなかった。上手に社会資源を活用し、多職種の関わりで在宅療養が実現できている現状があった。今後は、一歩前に進んで在宅への退院調整に関わることができると思う。

今回は育児短時間勤務での出向で、午前だけの同行や単独訪問であった。病棟とは違う生活に視点をおいた看護、ひとりひとりにじっくり向き合い寄り添う看護を経験でき、自分の看護観にとっても良い影響をもたらした。しかし、病棟勤務では感じることもない、単独での訪問による責任感や不安感もあった。短時間の訪問のなかで、状態の変化や問題点に気づく必要があったからである。フィジカルアセスメント能力や観察力がより求められることがわかり、学ぶ機会にもつながった。

育児短時間勤務でも、訪問看護という新たな場において学びや経験を得られたことは、看護師としての成長につながるものであったと思う。

5) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		時の 評価 事業開始	の1 評価 か月後	の2 評価 か月後
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	3	4
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	2	3	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	2	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	2	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	2	4	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	4	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	2	4	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	2	4	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	1	3	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	4	4
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	1	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	1	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	2	3	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	4	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	3	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	3	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	3	4	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	2	3
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	1	2
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	1
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	2
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	1	3
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

- ・ 顔の見える関係を築くことができ、双方の連携が強化される
- ・ 事業を受け入れることで、スタッフ自身が自己の業務を振り返ることができ、改めて学習する機会を得た。
- ・ 出向者に単独訪問を担ってもらうことで、スタッフが書類整理やレセプト業務に集中できた。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

- ・ 在宅療養に関して具体的な説明ができ、よりよい退院調整が図れる。
- ・ 退院サマリー内容の充実が図れる。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

- ・ 当ステーションは開設して間もないため、対象の利用者が限られていた。
（小児や人工呼吸器等装着患者の利用がない）
- ・ 育児短時間勤務の出向者であったため、業務配分に苦慮した。（訪問先が点在しており移動に時間がかかることや、訪問車の台数の都合上、午後は訪問に出たら夕方まで戻らないスケジュールを組んでいる。そのため出向者が勤務終了する 14 時 30 分までの訪問を組むことが難しく、出向者には午後はステーション内で書類作成や PC 入力等の業務を担ってもらった。）

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

- ・ 病院での退院調整業務に役立てられるよう、当ステーションが病院併設であることを活かして、在宅移行患者の情報収集等の役割を担ってもらった。
- ・ 育児短時間勤務であり、当ステーションの訪問スケジュール上、午後は訪問業務に就くことが難しかったため、書類作成や PC 入力等の業務を担ってもらった。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・ 出向開始前に研修期間を設けることで、短期間の出向でもスムーズに適応が図れる。
- ・ 看護師に求められる要件としては、
 - ・ フィジカルアセスメント能力があること
 - ・ 車の運転が苦手でなく、道が覚えられること
 - ・ コミュニケーション能力に長けていること
 - ・ 在宅看護に興味があること

⑥その他、事業を実施した感想

育児短時間勤務の出向者の受け入れであり、当訪問看護ステーションでの実績があげられるのが心配であった。短期間の出向で訪問件数としては少なかったため、収入には結びつかなかったが、利用者への対応も丁寧でありアセスメント能力も優れていたため、2か月目には単独訪問ができるようになった。今後、看護師の多様な働き方が必要になってくることを考えると、今回のような事業は重要であると考えている。

6) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

2か月と短期間ではあるが、在宅療養者とその家族の生活の実際と、それを支える訪問看護師の役割、さらにはケアマネジャー、リハビリ関係者等多職種との連携を学ぶことを期待する。出向先が小規模の公立病院が母体であることから、病院と訪問看護の連携も学んでほしいと考える。そして、可能であれば単独訪問を数回経験して、フィジカルアセスメントや意思決定支援を自立して実施し、今後の成長の動機付けとしてほしい。

②出向者のミッションの達成状況

2か月経過したときの面接での出向者自身の言葉として、「訪問看護利用者の多様な暮らしぶりを見て新鮮だった」「退院支援には入院中にもっと生活の情報収集が必要だった」「観察をもっとしっかりと勉強しなくてはならないと感じた」などが聞かれた。終了後、県看護協会主催の訪問看護入門研修にも自ら参加希望し、今回の体験が学習の動機付けになったと評価する。以上のことから期待したミッションはほぼ達成できたと考える。

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

育児による夜勤免除となっている職員に、病院とは異なる働き方を提示し、それにより新たなやりがいを感じ、看護に対する視野の広がりを持たせることになった。こうした夜勤免除の看護師は、これまで病棟での限定した業務や外来勤務に配置することが多かった。それはその職員にとって、やりがいや達成感の面で満足を満たさないこともあり、あたかも成長が停滞しているような気持ちになったり、夜勤をしないことで周囲に引け目を感じることもあった。そのような気持ちからくるストレスを軽減し、新たな課題に取り組むことで自己の成長のきっかけとなった。この経験により、夜勤免除となる看護師に対するキャリア形成の方法として有効だと感じ、今後も訪問看護出向を提案する確証がえられた。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

今回は、病院からの距離も車で10分以内という、日頃患者の入退院等で頻繁にやりとりをしているステーションへの出向であった。そのため、職員同士が顔の見える関係になったことで、今後の地域連携上の円滑さの向上に繋がるのではないかと考える。今回は、人員不足の補填等の効果を期待するものではなかったが、小規模事業所であったため、職員増員によって、事業所として看護の幅が広がることや、育児により短時間勤務を希望する看護師を採用する場合の教育や環境整備の準備につながったのではないかと考える。

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

出向する看護師の選定と本人への動機付け、出向先との協議は課題である。まず、出向する看護師の選定は、看護師としての判断力は概ね適正であること以外に、日常生活支援への関心、関係構築力、思考の柔軟性を評価して選定した。こうした職員であれば、訪問看護で学習できることを説明すると、大抵関心を持つと思われた。そのため、選定と本人の動機付けはあまり困難ではないが、これは、当院が看護局長が訪問看護経験者という希少な病院であることから言えることだと考える。一般的な病院では、この選定と動機付けは困難な課題ではないかと推察する。

次に出向先との協議についてだが、今回当院も出向先も自治体病院であることから、手続きが非常に困難であった。詳細は不明だが自治法による制限が多々あるようで、今後はどのような組み合わせの場合、法律上で出向は困難であるのかが整理されると、このような課題が克服できるのではないかと考えた。

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

まず、出向者本人への説明に際しては、本人が出向を前向きに捉えられるよう、日頃の本人の評価のなかで訪問看護に適性があると判断したと伝えることに十分注意を払った。育児中で夜勤免除の看護師であったため、夜勤をしない自分は病院に不要な存在だと思えないように、出向者の気持ちを配慮して説明を行った。また、出向先での適応が促進されるよう、出向開始の前月に1週間程度、研修として派遣し業務の概要を学べる時間を設けた。

出向先では予算や手続きの関係で、なかなか決定ができなかったため、相手先の担当者の上司や県庁病院局など、関係者に事業参加を促す働きかけを行った。また調整がなかなか進まなくても根気よく説得し相手の反応を待つなど、交渉上の工夫はかなりおこなった。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

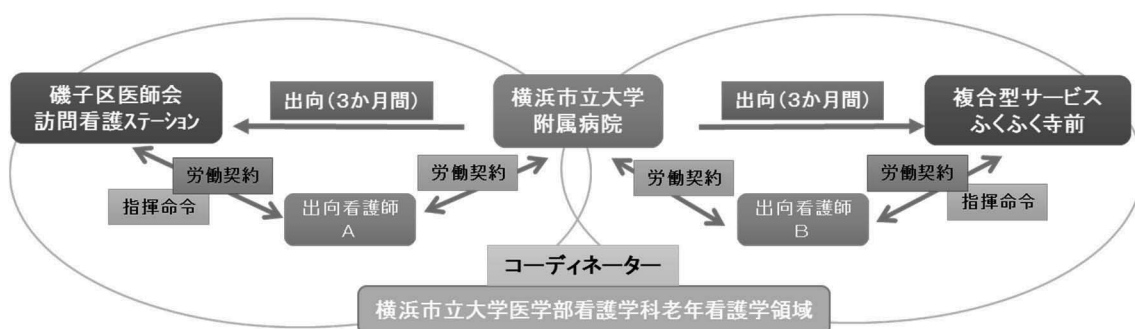
当院は平成 27 年度も出向事業に参加したため、出向協定などは経験があったが、今回は自治体立同士という条件が非常に困難だということがわかった。そこで前述したが、自治体・公共団体・民間などの病院開設主体による組み合わせによって、出向の実施にどのような困難さがあるか、特に法律上の困難さなどが示されていると、相手先を選択しやすいと考える。また、どのような看護師を出向者として選定するとよいのかの大まかな目安などがあると、取り組みやすいのではないかと考えた。

⑥その他、事業を実施した感想

出向開始して 1 か月も経たない時期に、出向先の看護局長(ステーション管理者兼務)から、本人が楽しそうだと聞きほっとした。また 2 か月経過後(その後茨城県事業により 1 か月の出向が決定)、本人からも楽しい、勉強になると嬉しそうな表情で応えるのを見て、このような機会を提供できたことを、上司としても嬉しく感じた。出向先の市長からももっと継続してもよかったという言葉があったと聞き、実績は 1 人という小さいものでも、実績が理解者を増やしていくことだとあらためて実感した。

4. 横浜市（横浜市立大学附属病院－磯子区医師会訪問看護ステーション）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者 数（/ 月）	看護職員数 （実人数）	機能・特色
横浜市立大学附属病院	公立大学法人	654 床	7 対 1 736 名	特定機能病院、地域がん診療連携拠点病院 等
磯子区医師会訪問看護ステーション	医師会	176 名	11 名 (10.0 名)	機能強化型ステーションⅡ

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

コーディネーター	横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域
----------	----------------------

出向期間	平成 28 年 12 月～平成 29 年 2 月（3 か月間）
------	---------------------------------

2) 事業の背景と目的

(1) 背景

横浜市立大学附属病院(特定機能病院)と磯子区医師会訪問看護ステーション、複合型サービスふくふく寺前(看護小規模多機能型事業所)は近隣にあり、日頃より患者の行き来があり、退院支援部門を通じて連携している。しかし、実際には互いの施設でどのような患者ケアが展開されているか把握ができておらず、必要な情報の提供、共有ができていない中で、患者の指導や引継ぎを行っている現状がある。

この状況を改善するためには、組織同士の連携体制を構築し、管理者同士の顔の見える関係作りからはじめ、互いの実情を理解する必要がある。そして両施設での看護師の中・長期間の出向や研修等により、両施設、さらには地域全体で活躍できる看護

人材の育成・活用のシステムを構築する必要がある。本試行事業は、これらの実現にむけた具体策および課題を明らかにすることを目的とする。

(2) 目的

(出向者)

1. 訪問看護ステーション、看護小規模多機能型事業の概要を理解する。
2. 訪問看護、通いサービス(デイサービス)、宿泊サービス(ショートステイ)、夜間対応等を経験し、ケアが展開できる。
3. 病院での指導や在宅ケア物品の選択等に関する具体的な課題を抽出できる。
4. 退院調整の開始時期・内容等について、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型事業所の看護師と検討ができる。

(両施設、地域全体)

1. 病院および訪問看護ステーション両者による地域完結型の看護人材の育成プログラム案(モデルケース)を作成することができる。
2. 次年度以降の継続運用、基金等の活用による横浜市での事業化にむけた検討ができる。

3) 出向開始までの調整・準備

(1) 出向開始までのコーディネーターの支援

①地域や事業所におけるニーズの把握

高齢化に伴う要介護者の増加、多死社会の進行等に伴い、訪問看護ニーズが増す中、訪問看護人材の確保課題となっている。特に少子高齢化が急速に進んでいる横浜市は、2025年には市内人口の26.8%が65歳以上の高齢者となることが推計されている(横浜市、2012)。横浜市は、全国一の人口を有する政令指定都市であり、高齢者人口でみると、2025年には約100万人となる見込みである。横浜市において、今後急増していく要介護高齢者や在宅での看取りへの対応等を可能にするためには、訪問看護人材の確保・育成は喫緊の課題である。

日本看護協会の試算によると、介護保険利用者数の伸びに比例させただけでも2025年には約5万人(2012年の1.67倍)の訪問看護職員が必要といわれている。平成27年4月1日現在、横浜市の訪問看護ステーション数は248か所(神奈川県看護協会)であり、この数を横浜市に換算すると、2025年までに1,579人(144人増)の訪問看護職員が必要であり、約半数の訪問看護ステーションで訪問看護職員を現状より1名ずつ増やしていく必要がある。

しかし、横浜市の人口10万人当たりの就業看護師数は625.1人と全国平均(796.6人)を大きく下回っており(横浜市健康福祉局、2013)、訪問看護師の人材確保・育成

には、医療機関等からの看護師の転職者や潜在看護師の就業だけでは必要数の確保が困難な状況にある。したがって、訪問看護師の確保・育成については、個々の施設・事業所だけでなく、地域・市全体で考えていかなければならない状況にある。

また、本事業を実施した横浜市立大学附属病院（以下、附属病院）は、横浜市唯一の特定機能病院であるが、当附属病院が所在する神奈川県南部医療圏には、後方支援病院がなく、医療的なケア等を抱えたままの患者が直接在宅移行しなければならない場合が少なくない。そのため、地域の訪問看護ステーションや看護小規模多機能型居宅介護事業所等との連携は不可欠であるが、これまで附属病院の地域連携室を通じた連携に留まっており、病棟や看護部との直接的な連携には課題を抱えている現状であった。

一方、地域の訪問看護ステーションや看護小規模多機能型居宅介護事業所等においても、附属病院とのさらなる連携強化、地域包括ケアを担う看護人材育成の必要性を認識しており、前年度に同じ横浜市の南区医師会訪問看護ステーションで同区の横浜市立大学附属市民総合医療センターからの出向者の受け入れ、および南区医師会訪問看護ステーションで採用した新卒看護師の研修を横浜市立大学附属市民総合医療センターで受け入れ実績があったことから、本事業は横浜市が抱える課題解決につながる可能性があるとして期待されている状況であった。

今回、本事業のコーディネートを行った横浜市立大学医学部看護学科は、同大学附属2病院の看護部と普段から密な連携を行っており、良好な関係にある。また、同大学の老年看護学領域は、在宅看護学実習を担当しており、今回、出向事業を行った磯子区医師会訪問看護ステーションをはじめとする横浜市内の訪問看護ステーションと顔の見える関係がすでに構築されている。さらに、横浜市の多くの訪問看護ステーションが会員となっている横浜在宅看護協議会の活動を支援し、自治体である横浜市医療局の担当者とも定期的な会合を開く等、すでに顔の見える関係がある。また、前年度、本事業のコーディネートの実績を有していた。以上のことから、本事業のコーディネーターとして、横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域が本事業に参画することになった。

②病院や訪問看護ステーション等への説明・交渉

前年度、横浜市南区にある横浜市立大学附属市民総合医療センターの看護部の看護師長が同区の南区医師会訪問看護ステーションに出向する事業に参加しており、その成果については、2附属病院とキャリア支援センター、看護学科の長が参加する会議等で既に情報共有がなされていた。昨年度の本老健事業では、特定機能病院からの看護師の出向はなかったため、今年度も横浜市が本事業に参画させていただけることになり、特定機能病院である附属病院の看護部長に本事業についての説明を行い、参画を打診したところ、地域連携を強化するためにぜひ取り組みたいと快諾を得た。今年度、附属病院が事業に参画することになったことは、前年度、出向事業に参画した横浜市立大学附属市

民総合医療センターの看護部長にも報告し、必要時相互で情報共有ができるよう配慮した。

また、訪問看護ステーションについては、前年度の事業に参加した南区医師会訪問看護ステーションの管理者が神奈川県や横浜市の訪問看護ステーションの管理者の会議等で事業内容や効果について報告をしており、実施概要については周知されており、出向事業に関心を示すステーションも複数存在していた。横浜市の事業としてのさらなる展開を視野にいたした際、横浜市のほぼ全区に規模の大きい訪問看護ステーションを開設しているのは医師会であることから、南部医療圏内でも附属病院から近く、横浜在宅看護協議会の副会長が管理者である磯子区医師会訪問看護ステーションを 1 つ目の出向先として選定し、コーディネーターから説明をし、内諾を得た。その後、本事業の詳細の説明および出向先の訪問看護ステーションの理解、および管理者同士の顔合わせを目的とし、コーディネーターが日程等調整し、附属病院の看護部長、副看護部長（教育担当）とともに、磯子区医師会訪問看護ステーションを訪問した。日本看護協会の本事業担当者も同席し、出向事業全体および実施要領等について説明した。ステーションの管理者から内諾をいただき、その後磯子区医師会での承諾が得られ、事業実施の運びとなった。また、出向開始前に、副看護部長（教育担当）、出向者とともに、訪問看護ステーションに伺い、出向にあたっての準備や契約等を含め、詳細の調整を行った。

他方、附属病院と同区にあり、距離的にも近い、看護小規模多機能型居宅介護である複合型サービスふくふく寺前（以下、ふくふく）については、患者を通じての連携関係のみであった。そのため、日本看護協会に仲介を依頼し、本事業の概要について説明していただき、訪問の内諾を得た。その後、日本看護協会の担当者、附属病院の看護部長、副看護部長（教育担当）とともにふくふくを訪問し、出向事業全体および実施要領等について説明し、事業参加の承諾を得た。その後、出向開始前に、副看護部長（教育担当）、出向者とともに、ふくふくに伺い、出向にあたっての準備や契約等を含め、詳細の調整を行い、出向開始の運びとなった。

③病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定

横浜市立大学附属病院の選定理由は、横浜市唯一の特定機能病院であること、また、当附属病院が所在する神奈川県南部医療圏には、後方支援病院がないため、医療的なケア等を抱えたままの患者が直接在宅移行しなければならない場合が多く、地域連携強化に前向きな姿勢を持っていたことである。

出向者の受け入れを行った磯子区医師会訪問看護ステーションは、出向元の附属病院と同じ医療圏の隣接する区に所在し、距離的にも近く、患者を通じて日ごろから附属病院と連携関係にあること、規模が大きく、教育支援を含めた体制が整っていること、さらに、横浜市の事業としての事業拡大およびさらなる展開を視野にいたし、横浜市のほぼ全区に規模の大きい訪問看護ステーションを開設している医師会立であったこと、横浜

在宅看護協議会の副会長が管理者であることから出向先として選定された。

さらに、もう1名の出向者のうけいれを行った複合型サービスふくふく寺前は、附属病院が所在する金沢区にある看護小規模多機能型居宅介護であり、ふくふくの取り組みは全国的にも注目されている。距離的にも非常に近く、患者を通じて日ごろから出向元の附属病院とすでに連携関係にあるが、横浜市立大学全体としてさらなる連携強化を図りたいという希望があったことから、出向先として選定された。

④出向条件の調整・出向協定書の作成支援

給与、休暇取得（年末年始の勤務）等について出向者、病院、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護と確認をした。

横浜市が設置する横浜市立大学附属病院は、職員の身分が、独立行政法人化する前の横浜市からの出向者（公務員）と、法人化してからの法人職員（公務員からの移行者を含む）の2通りに分かれている。今回の出向者は横浜市からの出向者であったため、出向者がさらに出向するという二重契約となり、現在の身分のままで訪問看護ステーションへの出向はできないということが本事業開始時に判明した。そのため、本事業の出向者は、本人の承諾のもと、まず法人職員に身分変更を行い、その上で訪問看護ステーションへの出向という手続きをとることとなった。出向協定書等、それぞれの施設との出向手続きについては、出向者の個人情報等も関係することから、附属病院の職員課および看護部と各出向先の管理者間で直接行い、コーディネーターは関与しなかった。

⑤出向開始までの支援における課題

附属病院のような公立病院では、前述のように様々な身分の職員が混在している可能性があり、出向者の選定にあたっては、まず職員の身分を確認する必要がある。こうした背景も影響し、労務関係の手続きに時間を要した経緯があることから、契約・経営に関する知識をもつ専門家の関与が得られるとよかったと感じた。

前年度の出向事業でもコーディネートの実績があったことから、全般的にはスムーズに進めることができたが、こうした専門家があらかじめ双方の施設に行ってやり取りができると、出向元・出向先の管理者に大きな負担をかけず出向手続きができ、事業を速やかに進めていくことができると考える。

⑥出向開始までの支援で工夫した点

出向先がどのような施設なのかイメージできるように、二度の事前打合わせは出向先で行い、看護部長、出向者にも同席してもらった。また、出向にあたり、在宅看護や医療保険制度等を理解できるように、老年看護学領域で所有する書籍等を貸し出して事前学習をしてもらった。

4) 実施内容

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	急性期病棟勤務／がん性疼痛看護認定看護師／看護師経験年数 30 年／年齢 50 代
----------------	---

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

<行動目標>

- ・施設の機能を知る
- ・在宅訪問看護に同行し、一日の流れを学び手順や仕組みを知ることが出来る
- ＊在宅療養患者の実際を知り、訪問看護ならではのフィジカルアセスメントの方法を学ぶことが出来る

<2 か月目>

<行動目標>

- ・単独訪問看護が行えるようになる。
- ・休日や夜間のオンコール体制に対応することが出来る（在宅での看取りを含む）
- ＊在宅療養における他職種との連携や社会資源の活用の実際について理解することが出来る

<3 か月目>

<行動目標>

- ・がん患者の在宅療養生活を知り、専門的立場からの看護が提供できる
- ・在宅療養中の患者の問題点を見極め、他職種と連携出来る。
- ＊在宅訪問看護を通して、病棟の看護や退院支援における課題を見出すことが出来る

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

1 か月間は基本的に同行訪問を行い、利用者への訪問看護の実際を体験すると共に、管理者への同行も積極的に実施する。その後、担当利用者を決めて単独訪問ができるようになる。また、状況に応じてオンコール体制に参加し、無理のない程度に利用者の計画書や報告書を作成することで、訪問看護師の一連の業務を体験的にする。さらに、カンファレンスや担当者会議、地域の研修会等に積極的に出席し、地域包括ケアシステムにおける活動、役割について理解することができるようになると共に、

ステーション行事等にも参加し、スタッフとの関係構築ができるようにする。

③病院が出向者に期待するミッション

病院から退院した患者が在宅でどのような生活を送っているのか、訪問看護ステーションにおいてどのような看護が提供されているのかの実際を知り、在宅療養へ移行する患者・家族の退院支援において必要な知識・技術を習得する。また、出向で学んだこと等を所属部署や院内に還元する。

さらに、当院と訪問看護ステーションの顔の見える関係づくりの架け橋となり、地域連携をするにあたり何が必要か考える機会とする。

(3) 実施状況

<1 か月目>

同行訪問 看護職交流会（横浜在宅看護協議会）への参加

<2 か月目>

単独訪問 初回訪問同行、アセスメント 看護計画・報告書の作成（4人分） 病院カンファレンス参加（2回） エンゼルケア
--

<3 か月目>

24 時間体制待機当番 カンファレンスでの発表

(4) 出向期間中のコーディネーターによる支援

<1 か月目>

出向開始後 1 か月で評価を行った。出向者をはじめ、附属病院出向担当副看護部長、訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護管理者は日々の業務が多忙のため、評価日 1 週間前に評価日の確認、評価資料作成についてメールで連絡をした。評価時に、それぞれの出向者は、出向先の環境や看護の視点の違い等に大きな戸惑いを感じ、出向継続に不安を感じていたが、できていること、学んだこと等を整理し、客観的に評価するように努めた。
--

<2 か月目>

出向開始後 2 か月で評価を行った。訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護管理者に出向者の働いている環境を理解してもらうこと、さらに、看護部と顔の見える関係構築のため、2 か月目の評価は出向元である附属病院で行うよう調整した。

<3 か月目>

出向開始後 3 か月で評価を行い、出向者が何を学んだのか、出向元に戻った後に何ができるのか等が整理できるように助言をした。

5) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	2 人	54 人	1 人
訪問した延べ回数	2 回	61 回	(退院前カンファ、担当者会議) 1 回
主な業務内容	・病状観察、患者・家族の精神支援、排便コントロール (GE、排便)、入浴介助、リハビリテーション、内服管理、分薬、疼痛コントロール、生活指導、記録など		
主な利用者の状況	・ ALS、アルツハイマー、心疾患にて ADL 低下あり、乳がん末期、透析患者、うつ病などのベースの疾患に加えて高齢者、独居 (日中独居も含む)、キーパーソンの介護疲労の緩和目的などの背景あり。		
できるようになったこと	・ 訪問看護の一日の流れ、手順や仕組みの理解 (利用者の背景を把握、問題点を見極め、QOL の医事、向上を目指したケア計画を立案、ケアを提供するまでの一連の流れは経験)		
現状の課題・今後取り組みたいこと	<課題> ・ 介護サービスの詳細、介護認定のしくみなど社会資源についての理解は不足している。 ・ 他職種との連携の流れの理解は不十分である。 ・ リハビリテーションが必要な利用者が多いが、リハビリテーションに関しての技術が乏しい。 <今後の取り組み> ・ 訪問看護の枠組みなど社会資源の理解を勧める。 ・ 地域連携のシステムを理解し実際に連携をとることができる。		

	・リハビリテーションメニューについて学びを深める。
--	---------------------------

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した 実人数	7 人	22 人	2 人
訪問した延べ 回数	8（うち単独 2）回	47（うち単独 27）回	（退院前カンファ、 担当者会議）2 回
主な業務内容	・訪問にて病状観察、 患者・家族の精神支援 、排便コントロール（GE、 摘便）、入浴介助、リハビリテーション、内服管理、分薬、疼痛コント ロール、生活指導 エンゼルケアなど ・退院前カンファレンス、担当者会議への参加		
主な利用者の 状況	・ALS、アルツハイマー、心疾患にて ADL 低下あり、がん末期、透析患 者、うつ病などのベースの疾患に加えて高齢者、独居（日中独居も含む）、 キーパーソンの介護疲労の緩和目的などの背景あり。 ＊1 ヶ月目同様		
できるようにな ったこと	・訪問看護の一日の流れを理解し単独訪問は行っている。 - また、担当利用者に対して看護計画の立案を行い他の看護師と協働しな がらケアを提供している。 ・リハビリテーションの必要性和重要性は理解できた。		
現状の課題・ 今後取り組み たいこと	<課題> ・介護サービスの詳細、介護認定のしくみなど社会資源についての理解 はまだ不足している。 ・他職種との連携の流れの理解はまだ不十分である。 ・単独訪問での看護の工夫を考えたい。 <今後の取り組み> ・訪問看護の枠組みなど社会資源を理解を深める。 ・地域連携のシステムを理解し連携をとることができる。 ・オンコール体制に対応することができる。 ・病院における退院支援の課題を見出す。		

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した 実人数	7 人	20 人	0 人
訪問した延べ 回数	12（単独 4）回	50（単独 38）回	0 回
主な業務内容	・訪問にて病状観察、 患者・家族の精神支援 、排便コントロール（GE、 摘便）、入浴介助、清潔ケア、リハビリテーション、内服管理、分薬、疼 痛コントロール、生活指導 エンゼルケア、褥瘡処置、皮膚処置、サク		

	ション、胃瘻処置、ストマケア、皮下点滴、など ・退院前カンファレンス、担当者会議への参加 ・訪問看護導入後の看護計画立案、訪問後の看護記録、利用者の入院によってはサマリーの記入など
主な利用者の状況	・ALS、アルツハイマー、心疾患にてADL低下あり、がん末期、透析患者、うつ病などのベースの疾患に加えて高齢者、独居（日中独居も含む）、キーパーソンの介護疲労の緩和目的などの背景あり。 ＊１・２ヶ月目同様
できるようになったこと	・利用者の特性に合わせた訪問看護ならではの看護の提供が必要であることは理解できた。（経済や環境に応じ対応する） ・訪問看護が導入されるまでの流れと記入が必要な記録物（初回記録、看護計画、記録書など）、月末の提出物については理解し、記入している。 ・訪問指示書の流れや取り扱い方についても理解できた。

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5 段階評価 1=できない～5=できる		
		の 事 業 評 価 開 始 時	評 価 1 か 月 後 の	の 事 業 評 価 終 了 時
1	訪問看護のサービス内容を理解する	1	3	4
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	3	3
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	4	3	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	4	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	5	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	4	4	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	2	3	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	3	4	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	3	3	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	4	5
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	4	4	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	3	3	3
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	3	3	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	3	3	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	3	3	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	3	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	3	3	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	3	4	4
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	2	3	3
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	2	3
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	3
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	3
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	1	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	3	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

・病院では、退院指導には多くの時間を費やし手技を獲得してもらっている。しかし実際には、退院後は環境が変わるためか手技に戸惑う患者家族や、逆に病院での指導方法に固執し、訪問看護師のアドバイスを受け入れられない患者家族など様々な体験をした。指導のマニュアルに捉われずに、退院後の生活を見据えた視点、経済面や利便性なども考慮した指導を行う必要がある。

・看護サマリーや指示書において、訪問看護で得たい情報が不足しているケースが多々あった。病院では病気の経過を詳細に記載することに重点がおかれているが、訪問では経過の詳細よりも現在の状態が重視される。病状や今後の方針の説明では、記載された内容とは異なった理解の患者家族や、特に BSC の方針となった患者では今後の療養場所などが曖昧なケースがみられた。視点のずれを感じ、また退院前に患者家族の思いを充分確認し、支援する姿勢が欠けていることが考えられた。退院前は、より患者家族に寄り添い、方向性を確認する必要性を再認識し、意思決定支援の充実化を図っていく。

・独居者やマンパワー不足の患者家族では退院は難しく、転院するものとする傾向にあったが、社会資源を活用することでそれは不可能ではなく、環境を整えれば可能であるケースがたくさんあることも学んだ。そのためには入院直後から、患者の生活レベルを情報収集することや介護申請の有無などを把握し、退院を見据えた調整を早期から行うことが必要である。また、MSW に頼るだけでなく、病院看護師自身が訪問看護や地域の保険医療機関のサービス内容を知らなければその情報も活かすことはできないため、それらを周知していく必要がある。

・退院前カンファレンスや担当者会議に参加し、一患者家族に係わる多職種連携の実際を知ることができた。それぞれの立場での視点で、患者が退院後生活する上で不足している部分を具体的に考えていく過程から、病院から退院し生活するまでの一連の患者の姿がイメージできた。切れ目のない看護の実際を知ることができ、更なる連携を図るためカンファレンスを充実化させていく。

・在宅医療は「予防」「支える」医療でもあり、今回リハビリの重要性についても実感した。入院中もリハビリを行うことは治療後の低下した体力の回復や改善に役立つことと考える。

*病院と訪問の看護の視点の違いに気付き、退院調整において業務改善が必要な点が多くあることを感じた。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

上記の気づきを基に

1. 訪問看護や介護サービスの實際を周知する。

訪問看護や在宅医療を支えている職種について理解することは、退院後の生活をイメージする上で必要なことである。円滑な退院調整のためには病院だけでなく訪問側からの看護の視点も知ることが必要と考える。

2. 入院時の患者の生活レベルや環境の情報収集のポイントの整理を行う。

入院前の生活レベル状況や生活環境の把握は重要となってくる。退院間近に慌てて情報を収集するのではなく入院早期から情報を得ておくことが円滑な退院調整につながる。事業を経験して特に必要と感じている情報内容について整理したいと考える。

3. 退院指導の内容や方法について見直す。

現在行っている退院指導内容が、在宅を視点とした内容になっているのか見直す必要がある。経済面や利便性を考え、代替えできることはないのか、簡略化できることはないのかなどの視点で考えてみたい。

4. 入院中のリハビリを励行する。

移動能力の低下が最もQOLを低下させる。入院中は治療が優先され安静臥床を促すことも多いが、時期を見極め、PT介入の推進や、特に高齢者はベッド上でも可能な簡単な運動を看護師主導で行っていくことも必要と考える。

5. 訪問看護師と継続した連携を図る。

顔の見える関係性を続け、入退院においてもスムーズな連携を行うことで、患者家族の在宅生活を安定させることが必要である。

（４）事業終了後の感想

今回、「訪問看護」に従事することはおよそ縁のないことと思っていたが、思わぬことからお声掛け頂き、初めて「訪問看護」を経験させて頂いた。数十年、病棟勤務しか経験のなかった私には、知ることのなかった在宅での患者の生活状況や療養生活に係わることができ、とても新鮮で、衝撃的な毎日であった。

「訪問看護」では病気を抱えながらも、患者らしく生活を送ることを重視した看護が行われている。私は病院でも、患者らしさを考えた看護に取り組んでいたつもりであったが、考えてみると、入院中は治療が優先され、患者は病気を治すために医療者の指示や規則に従い療養しているのであり、病院という違う環境の中で、本来の自分らしさをすべて出すことはなかったかもしれない。また、在籍している外科病棟では治癒を目的に治療が行われている特性もあり、術後徐々に回復していきだろうと、患者らしく生活を送ることをあまり深く考えることがなかったように思う。訪問では、本来の患者の姿があり、内服管理や清潔の保持など、入院中はできていたことが

退院後できなくなっている現状や、家族と同居してはいるが、日中独居率が高く、独居中に転倒し骨折する、失禁したまま動けないでいるところを発見するなど、危険やトラブルも多く経験した。キーパーソンが存在し、ある程度の ADL が保持されていれば退院後の生活の不具合には気付かずに退院調整されることが多く、患者らしく生活する QOL の維持という観点が不足していたように思う。患者の生活を見据え、キーパーソンの現状や ADL の変化を評価することで、早期に訪問看護やサービスの導入に繋ぐことの重要性を学ぶことができた。

病院では効率性からも、ADL の低下している患者のケアは 2 人で行うことが多く、初めは独りで訪問しケアをすることに不安を感じていた。しかし同行看護師のケアは、独りでも丁寧に安全に行えるコツがあり、また患者家族に経済的に負担がかからないように安価に処置ができるよう工夫しながら行われていた。日頃の自分のケアに雑な印象を感じ、スピードや効率性だけでない丁寧なケアを心がけたいと看護の初心に戻ることもできた。

在宅療養を支える体制として、介護制度や介護サービスなど社会資源のしくみを概ね理解することもできた。特に CM、ヘルパー、PT、OT など多くの職種が 24 時間体制で連携し支えていること、訪問歯科医や訪問薬剤師なども存在していることを知り、在宅療養に繋ぐための大きな力であることが実感できた。医療が、病院から在宅への流れに加速化している以上、円滑な退院調整は早急に進めなければならないことであり、今後の大きな課題である。また、私自身は認定看護師としても、地域にどのように貢献していけるかも今後の課題となる。

看護師が患者宅にお邪魔するという、人間らしいつきあいの中での看護はとても楽しいものであった。病院看護と訪問看護の両者を知ることができたことは看護の視野が大きく広がり本当に貴重な体験であった。楽しく充実した 3 か月間であった。

6) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評 価 項 目	5 段階評価 1=できない～5=できる		
		の 事 業 評 価 開 始 時	評 価 1 か 月 後 の	の 事 業 評 価 終 了 時
1	訪問看護のサービス内容を理解する		5	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する		2	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる		5	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる		3	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する			5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する		5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる		5	5
8	訪問予定時間通りに訪問する			5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する		4	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する		3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする			4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く		4	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する			4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる			5
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う		4	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける		5	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する		4	5
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする			5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する		4	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する			4
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する		2	3
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する			4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する			4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる			3
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く			5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける		5	5

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

事業実施前、訪問看護師は、訪問看護利用者の在宅移行の看護等に対し、「病院は何故できないのか」と感じるが多かった。しかし、本事業の実施により、高度急性期病院が置かれている現状やその中で優先される役割等についての看護師同志の情報共有が自然に進み、両者が病院と在宅での看護の視点の違いについて共通認識することができた。そして、このことにより、現在の病院と地域の連携方法についての具体的な課題が明らかになり、双方の現状に合わせた新たな連携方法を検討する機会となった。このことは事業実施の大きな効果といえる。

また、これまで訪問看護ステーションの看護師にとっての直接的な連携先は、病院の地域連携室の看護師やソーシャルワーカーが主であり、病棟の看護師と直接連携する機会は多くなかった。本事業で、訪問看護師と病棟の看護師がスタッフレベルで交流することにより、それぞれの役割を理解することに繋がった。同時に、ステーションの管理者と、病院の看護部長や副看護部長と本事業に関する直接のやりとりを通じ、組織対組織の顔の見える関係構築に繋がり、地域における看護職の確保・育成・活用について話し合うことができた。病院や訪問看護ステーションといった施設毎ではなく、地域全体での看護人材の育成、確保・活用という視点をもつ機会になったことも本事業の効果といえる。こうした関係構築は、出向期間中の病院の看護師長の訪問看護ステーションでの研修の受け入れや病棟の見学実現にも繋がった。事業後も病院の看護師長や専門・認定看護師等の研修の受け入れを予定しているだけでなく、これまで既存の研修ではあまり機会がなかった訪問看護師の病棟での研修を病院で行う等、人事交流を促進する予定である。さらに、今回の取り組みは、当訪問看護ステーションだけでなく、横浜市内の訪問看護ステーションに情報提供しており、特定機能病院である横浜市立大学附属病院と横浜市内の訪問看護ステーションとの連携強化に繋がることが期待される。

最後に、事業実施前に予測していなかった訪問看護ステーション側にとってのメリットとして、訪問看護師の急に出勤できなくなった際の代替看護師として出向者が貢献したことがあげられる。当事業が実施された12月～2月は、感染症流行時期であった。そのため、訪問看護師自身や家族が感染症に罹患し、当日急に出勤できなくなる状況が発生したが、出向者が加わっていたことにより、こうした事態にもスムーズに対応することができたことも大きなメリットである。加えて、出向者がいることによりスタッフ数は増員となり、訪問看護師の休暇取得にも繋がった。訪問看護ステーションに勤務する看護師は子育てや介護をしながら勤務している者が多く、当訪問看護ステーションのように比較的規模の大きいステーションであっても、1人の急な欠員は、訪問看護の実施に大きな影響を与える。同一法人内に複数の訪問看護ステーションがあれば、訪問看護師が不足していた場合も他のステーションから看護師を一時的に補充することが可能である。しかし、本事業に参加した当訪問看護ステーションのように、法人内に訪問

看護ステーションをもっていないステーションにとっては、こうした一時的な訪問看護師不足に対して出向制度があると活用しやすいと考える。出向者を出す病院の状況にもよるが、今回の事業のように3か月間の出向の場合は、出向時期を6～8月、1～3月頃に設定できると、夏休みや子供の行事参加等、訪問看護師の休暇取得に繋がりがやすくなるのではないかと考える。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

訪問看護や在宅療養者の状況、訪問看護側から退院支援の現状を理解することにより、地域との連携に関する方法や課題について検討するよい機会になったのではないかと考える。出向者を出した病棟の看護師も在宅看護について関心をもち、退院支援や連携について、考える機会になったのではないかと考える。

事業実施期間中に、病院の看護部長、副看護部長が、訪問看護ステーションや訪問看護の現状を理解、さらには、病棟の管理者であり病棟のベッドコントロールの役割を担う看護師長が訪問看護ステーションでの研修を実施できたことは、出向者だけでなく、病院全体が地域連携の重要性を認識する機会になり、実際に療養者の生活を見ることにより患者の退院支援を見直す機会を提供することができたと考える。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

病院からの出向者をどのような利用者の訪問に同行してもらうのか、単独訪問をする際にどのような利用者を選定するのか、さらには、訪問看護における疑問や課題等に関する振り返りをその都度行うことは、小規模の訪問看護ステーションでは難しいのではないかと考える。新人訪問看護師と同様であるが、病院看護の経験しかない看護師が訪問看護を経験すると、同じ看護であるにも関わらず、はじめの約1か月間はアセスメントの視点の違いに混乱をする。そのため、実施したことをその都度、管理者と振り返る必要がある。このことにより、これまでの病院での看護と在宅での看護の視点の違いが見えてくるようになり、在宅看護ならではの視点を理解することが可能になる。こうした出向者の戸惑いや不安に対する支援が必要であり、管理者が出向者と話す時間を確保することが必要になる。管理者がみずから訪問を実施している小規模訪問看護ステーションではこうした支援が難しい可能性がある。したがって、今後、こうした出向システムを他のステーションに拡大を図る上では、当訪問看護ステーションのような、規模の大きい訪問看護ステーションであることが、出向者受け入れ要件の1つになると考える。したがって、今後、事業を拡大していく場合、規模の小さい訪問看護ステーションでの出向者の受け入れは課題となるのではないかと考える。

また、今回、本事業実施にあたり、出向者を受け入れることで利用者が増え、出向期間終了に出向者が担当していた増加分の利用者を訪問看護師が対応することに不安

があった。加えて、開設法人からも、出向終了後の経営への影響について懸念の声がきかれていた。しかし、実際には経営的な影響はみられなかった。今回の出向者が、がん看護分野の認定看護師であったことが理由として考えられる。出向者の専門性を活かせるよう、出向期間中は、がんの終末期にある利用者を多く担当してもらった。そのため、出向期間中に担当利用者が亡くなるケースが多く、事業実施前後で利用者総数に大きな変化はなかった。今回の事業のように、3ヶ月間の出向期間ではあまり影響はないかもしれないが、3ヶ月以上の出向者受け入れでは一時的に利用者が増加し、出向期間終了後の対応について検討が必要であるかもしれない。出向期間として3ヶ月は5日／週で訪問看護ステーションへ出向し、それ以降も同じ出向者に1～2日／週程度で継続的に訪問看護ステーションへ出向してもらえるような仕組みができれば、訪問看護ステーションとしてメリットが大きいと考える。

今回は当事業の補助金により出向者の給与差分の補填ができたが、出向者のように、臨床経験を積んだベテランの看護師が出向する場合、給与差が生じてしまう。そのため、今後も出向事業の継続を検討する場合、出向者の給与に関する課題がある。

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

当訪問看護ステーションでは、これまで多くの新人訪問看護師の育成経験があり、支援体制や訪問看護師の成長発達過程もイメージできている。訪問看護ステーションの新規採用者は、出向者同様、基本的に病院での臨床経験があるため、今回も新規採用者と同様の支援体制で事業に臨んだ。

出向者はがん看護分野の認定看護師であったため、がんや終末期の利用者を担当する等、利用者の選定を工夫した。また、在宅看取りを経験する機会を提供し、病院と在宅での看取りの違い等について考えることができるよう工夫をした。さらに、出向元の病院から退院した利用者の退院支援や訪問看護を行う機会を設け、利用者が病院から在宅へ移行する一連の流れを実際に見る機会を作った。さらに、横浜在宅協議会や地区医師会の会合等への出席を通じ、訪問看護の視点で病院との連携について考える機会を提供した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

出向者の教育・支援をするためには、大規模な訪問看護ステーションである等、ステーションの人員にある程度の余裕があり、管理者が支援にあたる時間を持っていることが必要であると考え。また、看護師採用の経験や病院看護師の研修、さらには看護学生の実習指導など、教育体制の整っている訪問看護ステーションであることも必要であると考え。

病院と訪問看護ステーションでは労務環境が違い、出向に伴う契約手続き等が難しい。そのため、両組織間で契約手続きに関する方法を確立する必要がある。

⑥その他、事業を実施した感想

病院の中堅クラスの看護師研修として、当事業が活用できるのではないかと考える。新人看護師は病院業務に慣れることに必死であり、退院支援や地域連携について実際に検討するのは難しいと考える。したがって、2～3年以上の臨床経験のある中堅クラスの看護師がステップアップ研修の一環として、訪問看護ステーションへの出向が実現すると、実践レベルで退院支援や地域連携について学ぶ機会になると考える。さらに、病院の看護師は患者からお金をもらって看護をする、「サービス」という視点が不足しており、看護管理・経営を学ぶ良い機会になるのではないかと考える。

また、病院で看護師としてのモチベーションが低下する等があった場合、訪問看護ステーションに出向することで気分転換にもなり、看護師として継続的に勤務することが可能になるかもしれない。そのことが地域における看護職の確保・育成・活用にも繋がると考える。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

出向者について定期的に評価をする必要があるが、日常業務を行う中で評価をすることが難しく、コーディネーターからの働きかけで定期的にカンファレンスを開催し、評価する機会を作ってくれた。カンファレンスの開催通知や評価内容の提示が事前にあり、また、評価内容を管理者がまとめるのは負担が大きいところを、コーディネーターがその役割を担ってくれたので有難かった。さらに、出向元・出向先の管理者や出向者である臨床の看護師だけで本事業の評価をすることは難しいため、客観的に評価できるコーディネーターは必要であると考えます。

病院看護部は管理者であり、訪問看護ステーションの管理者は管理者かつ経営者という立場・役割等の違いがある。そのため、本事業を実施するにあたり、この立場の違いをはじめとする様々な違いや考え方をすり合わせていくことが難しかった。病院との間で本事業を実施するにあたり、病院と在宅の両方を理解しているコーディネーターの介入がなければ、労務環境や看護を行う環境や視点の違いを理解することは難しく、本事業の実施は困難であったと思う。

横浜市立大学のように横浜市（行政）とのつながりが強い大学や県の看護協会がコーディネーターをすることにより、県や市の単位で事業の継続や新たな事業へと繋がっていく可能性があるのではないかと考える。

7) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

病院から退院した患者が在宅でどのような生活を送っているのか、訪問看護ステーションにおいてどのような看護が提供されているのかの実際を知り、在宅療養へ移行する患者・家族の退院支援において必要な知識・技術を習得する。また、出向で学んだこと等を所属部署や院内に還元する。

さらに、当院と訪問看護ステーションの顔の見える関係づくりの架け橋となり、地域連携をするにあたり何が必要か考える機会とする。

②出向者のミッションの達成状況

在宅療養者の生活や提供されている看護等の現状について理解することができ、在宅療養へ移行する患者・家族の退院支援において何が必要なのか、また、地域連携の一環として訪問看護ステーションへの情報提供としてどのような情報が必要なのか理解することができた。さらに、訪問看護ステーションのスタッフと出向者である病棟看護師がスタッフレベルで顔の見える関係づくりができ、当院と訪問看護ステーションとの間で双方向での研修を実施する体制づくりの基盤になった。

訪問看護の単独訪問は約2か月目で開始され、最終的に夜間対応も可能となった。教育体制が整った訪問看護ステーションであったこと、基本的看護スキルを持ったベテランナース・認定看護師であったことなどが、訪問看護に必要な知識・技術習得とつながった。

しかし、地域包括ケアシステムを理解し、在宅療養へ移行する患者・家族にどのような支援が必要かを理解し、実践できるようになるには、3ヶ月という期間では短く、6か月など長期的な期間が必要かもしれない。また、出向者が学んだことを所属部署や院内に還元していくためには、組織として支援が必要であると考えている。

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

当院では、以前より地域医療連携体制が十分でないことが課題になっていた。特定機能病院であるため重症患者が多く在院日数が短く、それらに対応するための教育プログラムはあるものの、在宅連携に関係する教育機会も少ないことも課題であった。しかし、本事業をきっかけに、当院の看護部と訪問看護ステーションとの間で顔の見える関係が構築でき、このことにより、看護部全体での地域医療連携への関心が高まったことは大きな進歩である。そして、本事業実施期間中から当院の看護管理者が出向先の訪問看護ステーションでの研修を実現できたのは、病院にとってメリットであるといえる。施設間の管理者交流も、地域連携の活性化を促進するメリットである。

また評価会に参加した看護部の管理者も毎月の評価会を通じて、出向者の成長も明確に分かり、訪問看護の具体的なイメージ化につながった。1～2日の研修との学びの違いも実感しており、本事業終了後も人材が調整できれば、訪問看護ステーションへの看護師出向を継続したいと考えている。

現在、当院では、地域連携を推進していくために、リンクナースの養成や退院支援看護師を病棟配置するのかの検討を行っている。こうした看護師だけでなく、病棟看護師をどのように教育していくのか等、今後の人材育成を考えるヒントになった。加えて病院ベテランナースでも起きうる訪問看護現場でのリアリテショック、看護の視点の違い、それを乗り越えていくプロセスを病院側も理解出来、どのような支援・教育が必要なのか、考える一助となった。事業前の病院における事前教育がほとんどされないまま事業開始となったため、それらにおいても訪問看護のイメージ付などの事前教育が必要であることを認識した。そのため出向先と派遣側の定期的な評価会を実施することで、事前・出向中・出向後の病院看護師教育プログラム作成を考える一助となった。また、今回の出向者ががん看護分野の認定看護師であり、当院の専門・認定看護師がどのように地域連携し、自身の活動の範囲を広げていくのか等、組織としても専門・認定看護師のキャリア支援に繋げていきたいと考えている。

また近年当院では、患者の意思決定支援について取り組んでおり、その中で看護役割なども検討してきた。その中には、意思決定における患者情報、治療・療養に関する情報収集が不足していることも指摘されてきた。患者の治療だけでなく、退院後の療養の場（転院を含む）に関する支援・調整の必要性を、この訪問看護事業でも確認することが出来た。今後は訪問看護事業における院内外連携と、患者の意思決定支援に活かしていきたい。

最後に、当院所属の看護師が別の法人と出向契約を結ぶことを通じ、看護部として出向者の労務管理について、職員課とのやり取りを通じ、深く理解することができた。特に、当院の看護師は、公務員と法人職員が混在しており、横浜市所属の公務員職員は当院にすでに就任という形がとられている。したがって、今後、こうした看護師の出向を進めていくためには、当該職員の雇用契約の確認や調整の必要性を再認識することができたことも効果の1つといえる。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

病院の病棟看護師が出向したことにより、訪問看護ステーションの看護スタッフレベルで顔の見える関係が構築できたのではないかと考える。

訪問看護師は現在の高度急性期病院の看護の現状や課題、施設の機能や教育の違い等について理解することができ、出向者と共に実践レベルで地域連携について考えるきっかけになったのではないかと考える。さらには、地域連携の窓口を通じてだけでなく、訪問看護ステーションと病院の看護部や病棟が双方向で直接やりとりしやすい関

係づくりができたと考える。

また認定看護師の派遣により、当病院のがん診療地域連携病院としての機能を理解し、がんに関する知識を得る機会を得られたと思われる。

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

当院は、横浜市からの出向者（公務員）と法人職員が混在しており、キャリアのある看護師は公務員であることが多く、今回の出向者は横浜市からの出向者であった。そのため、出向者がさらに出向するという二重契約となり、現在の身分のままで当院から訪問看護ステーションへの出向はできないということが本事業開始時に判明した。そのため、本事業の出向者は、本人の承諾のもと、まず法人職員に身分変更を行い、その上で訪問看護ステーションへの出向という手続きをとることとなり、これにかなりの時間を要した。病院では労務については看護部ではなく、職員課が担当しており、また、これまで看護師の出向はあまり多くはなかったため、こうした手続きの必要性を認識する機会がなかった。本事業を通じ、出向者の選定にあたっては、まず職員の身分を確認する必要があると感じた。今回は、本人の承諾のもと身分変更を行い、最終的に出向に至ったが、今回のように法人化前から勤務するベテランの看護師の出向にあたっては課題となる。

さらに、病棟勤務の看護師を出向者として派遣するにあたっては、診療報酬上の入院基本料7:1算定するにあたり、人員確保等が課題となる。事業実施にあたり、出向者が勤務する病棟管理者の理解を得て出向決定するまで、時間を要した。一方、本事業を通じて、訪問看護ステーションで単独訪問を行い、様々な業務ができるようになるには、さらには当院に戻ってから地域連携の役割を担っていく場合、3か月ではなく、6か月程度の長期出向を検討する必要があることを実感した。以上のことから、今後、病棟看護師の出向にあたっては、出向時期や病棟での人員確保が課題となる。

出向者の選定にあたっては、ある程度看護観が確立している者を選定する必要があると感じた。看護観が確立されていない者が出向すると、病院と在宅看護の視点の違い等に混乱をきたし、出向の意義を見出せなくなる可能性が高いと思われた。特に、病院看護・大学病院看護の経験しかなく、訪問看護初心者の場合、はじめの1か月は混乱をきたすといわれている。今回のように3か月という限定された期間での出向の場合、こうした混乱を出向先に自ら相談し、解決することができる能力がないと訪問看護の現場での貢献は難しいのではないかと考える。当院では臨床経験3年程度でリーダー看護師の役割を担い、地域連携ができる能力が求められる。そのため、中堅看護師の教育に本事業が活用できるのではないかと考える。その点を考慮し、出向者の選定を行うことが課題である。

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

本事業では、訪問看護ステーションと看護小規模多機能型居宅介護という機能の違う事業所にそれぞれ看護師を1名ずつ、計2名が出向を行った。そのため、出向にあたっては、出向者2名の帰院日を同じ日にするよう各事業所と調整を行った。そうすることにより、お互いに情報交換や悩み等を共有することができ、出向初期にある訪問看護へのリアリテイショックを緩和し、適応を促すことが出来た。出向者の配属されている病棟は内科系、外科系と異なっており、キャリアにも違いがある。そうした2名が情報共有することで出向者の課題を明確にすることができた。

また出向者は、定期的に認定看護師として院内活動を行っていたため、一部院内活動を他専門・認定看護師らに委譲・調整した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・ 労務関係を理解しているコーディネーターがいると、出向手続き等がスムーズに出来る
- ・ 定期的な両施設間での評価、振り返り機会があること
- ・ 帰院日などを設け、出向者と病院側管理者との評価・振り返り機会があること
- ・ 訪問看護に関する教育に慣れている、もしくはそれらを調整出来る事業所であること
- ・ 事業に関する組織の理解・管理者が存在すること。また課題が発生したときに、それらを施設間で調整・検討出来る関係であること

⑥その他、事業を実施した感想

出向者は環境の変化や、看護の視点に違い等に戸惑い大変だったと思うが、3か月の事業を終え、病院としては出向事業によるメリットが高かったと感じている。神奈川県南部に位置する地域には市中病院がない。そのため特定機能病院である当院には後方病院がなく、患者が直接在宅移行することが多く、訪問看護ステーションと直接連携をする必要がある。本事業を通じて、双方の看護師同士、管理者同士が顔の見える関係を築くことができ、今後の連携強化が期待できる。

また、当院には多くの専門・認定看護師が所属しているが、本事業を通じ、こうした専門性の高い看護師の地域への関心が高くなった。出向者自身も地域からみた当病院がどう見えるか、連携するための看護や自分の専門性をどう活かすか、課題が見えてきた。専門性の高い看護師が地域へ活動の場を広げていくことは重要であるが、そのためにはまず地域における知識を修得する必要がある。その手段として、本事業のような訪問看護ステーションへの一定期間の出向制度があると良いのではないかと考えている。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

患者の退院調整を通じ、訪問看護ステーションの役割は理解していたが、看護部としての直接的なやりとりは少なく、それぞれの特徴の把握にはいたっていなかった。そのため、当院と横浜市内の訪問看護ステーションの両方を知っている横浜市立大学に出向先の訪問看護ステーションをコーディネートしてもらえたことにより、スムーズな顔合わせができ、また、出向者にあった出向先を選定することができた。また、出向期間中、当院と出向先との橋渡し役・調整役を担い、事業開始後も定期的に出向について評価をしてもらえたことにより、本出向の効果・メリットと課題を明確にすることができた。さらには、本事業の成果を可視化し、行政にも情報共有していくことで事業化につながることも期待できる。

一方、課題にも述べたが、本事業を始めるにあたって、労務関係の手続きに時間を要し、公立大学病院としては、契約・経営に関する知識をもつ専門のコーディネーターがいると良いと感じた。こうした専門家が双方の施設に行きやり取りができると、スムーズに出向手続きができ、事業を進めていくことができると考える。

8) コーディネーターによる評価

(1) コーディネーター業務の実施状況

①出向期間中の支援における課題

昨年度の実績があったこと、そして、出向元と出向先とコーディネーター3者（出向先が2か所であったため実際には4者）との顔の見える関係構築ができていたため協力しやすい体制にあり、支援にあたって大きな困難は生じなかった。ただし、コーディネーターとして中心的に支援を行った者はいずれも大学教員であり、学内の教務や学内外の複数のプロジェクト等との同時進行していくことになる。そのため、支援継続にあたっては新たな人員を確保していくことは必要になると考える。

②出向期間中の支援で工夫した点

評価にあたっては、それぞれの評価1週間前には評価開催通知を出し、評価内容等について連絡をすることで、評価時には行ったことや学んだこと等について整理することができたのではないかと考える。また、評価場所を交互に双方の施設にし、出向者だけでなく、出向元、出向先が双方の環境を理解し、組織として顔の見える関係づくりができるように工夫した。

(2) 事業実施スキームに対する評価

①当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果

病院と訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護の両方を知っているコー

ディネーターが介入することで、スムーズな顔合わせができ、評価をする際にも両方の現状等を理解しているコーディネーターがいることで、出向関係者だけでは評価できない視点で評価ができると考える。

また、本事業の成果を可視化し、行政にも情報共有していくことで事業化につながることも期待できる。

②病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件

コーディネーターは、病院だけでなく、出向先である訪問看護ステーション（看護小規模多機能型居宅介護）の看護の実際を理解しており、日ごろから管理者とすでに顔の見える関係にあり、施設の特徴を理解していることが不可欠である。また、地域における出向ニーズを把握しており、自治体と連携があり、実施施設の拡大や事業化につなげていくことができる立場であることが望ましい。

③病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題

病院と訪問看護ステーションとの間での出向者の給与の問題や単独訪問ができない1か月目の訪問看護ステーション側の人件費、さらには看護小規模多機能型居宅介護のように包括的な報酬体系をとる事業所での出向等を考慮すると、出向事業拡大にあたっては、ある程度の予算的措置が必要である。基金等を活用し、横浜市や神奈川県の実業として事業化していくことが今後の課題である。

また、今後横浜市だけでなく、神奈川県全体での展開を視野にいと、例えば神奈川県看護協会がコーディネート機能を担うなど、新たな体制づくりも課題となるのではないかと。

④その他、当事業を実施した感想

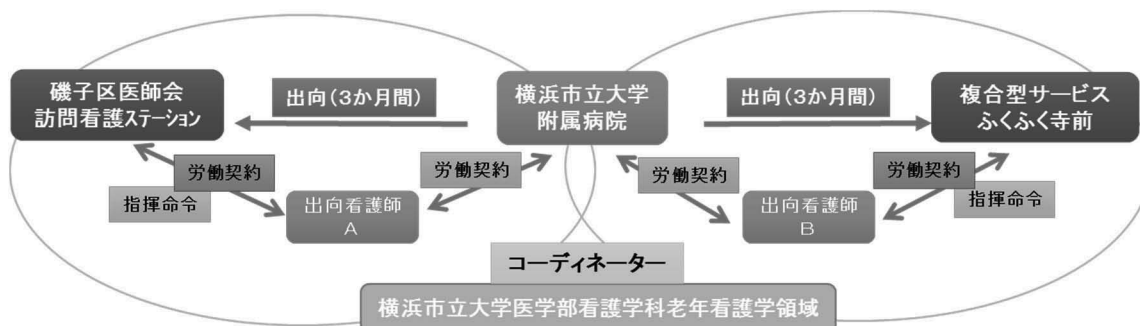
本事業実施および成果を通じて、横浜市、横浜市の病院、訪問看護ステーション（看護小規模多機能型居宅介護）において、組織としての連携強化の必要性についての意識向上、施設ごとだけでなく、地域全体で地域包括ケアを担う人材育成を行うことへの思考転換につながったと実感している。出向元の附属病院では、すべての看護管理者や認定・専門看護師に対し、訪問看護ステーション等の研修を行うことが計画されている。現在、研修先となる訪問看護ステーションの希望を確認し、附属病院につなぐ役を担っている。

他方、附属病院からの出向・研修だけでなく、地域の訪問看護ステーションから附属病院（特に病棟）での研修ニーズがでており、次年度実施にむけ、附属病院と訪問看護ステーション間で調整を進めているところである。こうした地域包括ケアシステムの実現にむけた新たな取り組みは本事業の効果であり、大きな変化であると考えている。

さらに、次年度は、前年度、出向者の受け入れと同時に南区医師会訪問看護ステーションから横浜市立大学附属市民総合医療センターで受け入れた新卒訪問看護師の研修を参考にし、新たに横浜市で新卒訪問看護師の育成プログラムの開発に関する事業が予定されており、さらなる連携強化を進めていきたいと考えている。

5. 横浜市（横浜市立大学附属病院－複合型サービスふくふく寺前）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護職員数 (実人数)	機能・特色
横浜市立大学附属病院	公立大学法人	654 床	7 対 1 736 名	特定機能病院、地域がん診療連携拠点病院 等
複合型サービスふくふく寺前	営利法人	36 名	6 名 (8.3 名)	看護小規模多機能型居宅介護事業所

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

コーディネーター	横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域
----------	----------------------

出向期間	平成 28 年 12 月～平成 29 年 2 月（3 か月間）
------	---------------------------------

2) 事業の背景と目的

(1) 背景

横浜市立大学附属病院(特定機能病院)と磯子区医師会訪問看護ステーション、複合型サービスふくふく寺前(看護小規模多機能型事業所)は近隣にあり、日頃より患者の行き来があり、退院支援部門を通じて連携している。しかし、実際には互いの施設でどのような患者ケアが展開されているか把握ができておらず、必要な情報の提供、共有ができていない中で、患者の指導や引継ぎを行っている現状がある。

この状況を改善するためには、組織同士の連携体制を構築し、管理者同士の顔の見える関係作りからはじめ、互いの実情を理解する必要がある。そして両施設での看護師の中・長期間の出向や研修等により、両施設、さらには地域全体で活躍できる看護人材の育成・活用のシステムを構築する必要がある。本試行事業は、これらの実現に

むけた具体策および課題を明らかにすることを目的とする。

(2) 目的

(出向者)

1. 訪問看護ステーション、看護小規模多機能型事業の概要を理解する。
2. 訪問看護、通いサービス(デイサービス)、宿泊サービス(ショートステイ)、夜間対応等を経験し、ケアが展開できる。
3. 病院での指導や在宅ケア物品の選択等に関する具体的な課題を抽出できる。
4. 退院調整の開始時期・内容等について、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型事業所の看護師と検討ができる。

(両施設、地域全体)

1. 病院および訪問看護ステーション両者による地域完結型の看護人材の育成プログラム案(モデルケース)を作成することができる。
2. 次年度以降の継続運用、基金等の活用による横浜市での事業化にむけた検討ができる。

3) 出向開始までの調整・準備

(1) 出向開始までのコーディネーターの支援

①地域や事業所におけるニーズの把握

高齢化に伴う要介護者の増加、多死社会の進行等に伴い、訪問看護ニーズが増す中、訪問看護人材の確保課題となっている。特に少子高齢化が急速に進んでいる横浜市は、2025年には市内人口の26.8%が65歳以上の高齢者となることが推計されている(横浜市、2012)。横浜市は、全国一の人口を有する政令指定都市であり、高齢者人口でみると、2025年には約100万人となる見込みである。横浜市において、今後急増していく要介護高齢者や在宅での看取りへの対応等を可能にするためには、訪問看護人材の確保・育成は喫緊の課題である。

日本看護協会の試算によると、介護保険利用者数の伸びに比例させただけでも2025年には約5万人(2012年の1.67倍)の訪問看護職員が必要といわれている。平成27年4月1日現在、横浜市の訪問看護ステーション数は248か所(神奈川県看護協会)であり、この数を横浜市に換算すると、2025年までに1,579人(144人増)の訪問看護職員が必要であり、約半数の訪問看護ステーションで訪問看護職員を現状より1名ずつ増やしていく必要がある。

しかし、横浜市の人口10万人当たりの就業看護師数は625.1人と全国平均(796.6人)を大きく下回っており(横浜市健康福祉局、2013)、訪問看護師の人材確保・育成には、医療機関等からの看護師の転職者や潜在看護師の就業だけでは必要数の確保が困

難な状況にある。したがって、訪問看護師の確保・育成については、個々の施設・事業所だけでなく、地域・市全体で考えていかなければならない状況にある。

また、本事業を実施した横浜市立大学附属病院（以下、附属病院）は、横浜市唯一の特定機能病院であるが、当附属病院が所在する神奈川県南部医療圏には、後方支援病院がなく、医療的なケア等を抱えたままの患者が直接在宅移行しなければならない場合が少なくない。そのため、地域の訪問看護ステーションや看護小規模多機能型居宅介護事業所等との連携は不可欠であるが、これまで附属病院の地域連携室を通じた連携に留まっており、病棟や看護部との直接的な連携には課題を抱えている現状であった。

一方、地域の訪問看護ステーションや看護小規模多機能型居宅介護事業所等においても、附属病院とのさらなる連携強化、地域包括ケアを担う看護人材育成の必要性を認識しており、前年度に同じ横浜市の南区医師会訪問看護ステーションで同区の横浜市立大学附属市民総合医療センターからの出向者の受け入れ、および南区医師会訪問看護ステーションで採用した新卒看護師の研修を横浜市立大学附属市民総合医療センターで受け入れ実績があったことから、本事業は横浜市が抱える課題解決につながる可能性があると期待されている状況であった。

今回、本事業のコーディネートを行った横浜市立大学医学部看護学科は、同大学附属2病院の看護部と普段から密な連携を行っており、良好な関係にある。また、同大学の老年看護学領域は、在宅看護学実習を担当しており、今回、出向事業を行った磯子区医師会訪問看護ステーションをはじめとする横浜市内の訪問看護ステーションと顔の見える関係がすでに構築されている。さらに、横浜市の多くの訪問看護ステーションが会員となっている横浜在宅看護協議会の活動を支援し、自治体である横浜市医療局の担当者とも定期的な会合を開く等、すでに顔の見える関係がある。また、前年度、本事業のコーディネートの実績を有していた。以上のことから、本事業のコーディネーターとして、横浜市立大学医学部看護学科老年看護学領域が本事業に参画することになった。

②病院や訪問看護ステーション等への説明・交渉

前年度、横浜市南区にある横浜市立大学附属市民総合医療センターの看護部の看護部長が同区の南区医師会訪問看護ステーションに出向する事業に参加しており、その成果については、2附属病院とキャリア支援センター、看護学科の長が参加する会議等で既に情報共有がなされていた。昨年度の本老健事業では、特定機能病院からの看護師の出向はなかったため、今年度も横浜市が本事業に参画させていただけることになり、特定機能病院である附属病院の看護部長に本事業についての説明を行い、参画を打診したところ、地域連携を強化するためにぜひ取り組みたいと快諾を得た。今年度、附属病院が事業に参画することになったことは、前年度、出向事業に参画した横浜市立大学附属市民総合医療センターの看護部長にも報告し、必要時相互で情報共有ができるよう配慮し

た。

また、訪問看護ステーションについては、前年度の事業に参加した南区医師会訪問看護ステーションの管理者が神奈川県や横浜市の訪問看護ステーションの管理者の会議等で事業内容や効果について報告をしており、実施概要については周知されており、出向事業に関心を示すステーションも複数存在していた。横浜市の事業としてのさらなる展開を視野にいれた際、横浜市のほぼ全区に規模の大きい訪問看護ステーションを開設しているのは医師会であることから、南部医療圏内でも附属病院から近く、横浜在宅看護協議会の副会長が管理者である磯子区医師会訪問看護ステーションを 1 つ目の出向先として選定し、コーディネーターから説明をし、内諾を得た。その後、本事業の詳細の説明および出向先の訪問看護ステーションの理解、および管理者同士の顔合わせを目的とし、コーディネーターが日程等調整し、附属病院の看護部長、副看護部長（教育担当）とともに、磯子区医師会訪問看護ステーションを訪問した。日本看護協会の本事業担当者も同席し、出向事業全体および実施要領等について説明した。ステーションの管理者から内諾をいただき、その後磯子区医師会での承諾が得られ、事業実施の運びとなった。また、出向開始前に、副看護部長（教育担当）、出向者とともに、訪問看護ステーションに伺い、出向にあたっての準備や契約等を含め、詳細の調整を行った。

他方、附属病院と同区にあり、距離的にも近い、看護小規模多機能型居宅介護である複合型サービスふくふく寺前（以下、ふくふく）については、患者を通じての連携関係のみであった。そのため、日本看護協会に仲介を依頼し、本事業の概要について説明していただき、訪問の内諾を得た。その後、日本看護協会の担当者、附属病院の看護部長、副看護部長（教育担当）とともにふくふくを訪問し、出向事業全体および実施要領等について説明し、事業参加の承諾を得た。その後、出向開始前に、副看護部長（教育担当）、出向者とともに、ふくふくに伺い、出向にあたっての準備や契約等を含め、詳細の調整を行い、出向開始の運びとなった。

③病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定

横浜市立大学附属病院の選定理由は、横浜市唯一の特定機能病院であること、また、当附属病院が所在する神奈川県南部医療圏には、後方支援病院がないため、医療的なケア等を抱えたままの患者が直接在宅移行しなければならない場合が多く、地域連携強化に前向きな姿勢を持っていたことである。

出向者の受け入れを行った磯子区医師会訪問看護ステーションは、出向元の附属病院と同じ医療圏の隣接する区に所在し、距離的にも近く、患者を通じて日ごろから附属病院と連携関係にあること、規模が大きく、教育支援を含めた体制が整っていること、さらに、横浜市の事業としての事業拡大およびさらなる展開を視野にいれ、横浜市のほぼ全区に規模の大きい訪問看護ステーションを開設している医師会立であったこと、横浜在宅看護協議会の副会長が管理者であることから出向先として選定された。

さらに、もう1名の出向者のうけいれを行った複合型サービスふくふく寺前は、附属病院が所在する金沢区にある看護小規模多機能型居宅介護であり、ふくふくの取り組みは全国的にも注目されている。距離的にも非常に近く、患者を通じて日ごろから出向元の附属病院とすでに連携関係にあるが、横浜市立大学全体としてさらなる連携強化を図りたいという希望があったことから、出向先として選定された。

④出向条件の調整・出向協定書の作成支援

給与、休暇取得（年末年始の勤務）等について出向者、病院、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護と確認をした。

横浜市が設置する横浜市立大学附属病院は、職員の身分が、独立行政法人化する前の横浜市からの出向者（公務員）と、法人化してからの法人職員（公務員からの移行者を含む）の2通りに分かれている。今回の出向者は横浜市からの出向者であったため、出向者がさらに出向するという二重契約となり、現在の身分のままで訪問看護ステーションへの出向はできないということが本事業開始時に判明した。そのため、本事業の出向者は、本人の承諾のもと、まず法人職員に身分変更を行い、その上で訪問看護ステーションへの出向という手続きをとることとなった。出向協定書等、それぞれの施設との出向手続きについては、出向者の個人情報等も関係することから、附属病院の職員課および看護部と各出向先の管理者間で直接行い、コーディネーターは関与しなかった。

⑤出向開始までの支援における課題

附属病院のような公立病院では、前述のように様々な身分の職員が混在している可能性があり、出向者の選定にあたっては、まず職員の身分を確認する必要がある。こうした背景も影響し、労務関係の手続きに時間を要した経緯があることから、契約・経営に関する知識をもつ専門家の関与が得られるとよかったと感じた。

前年度の出向事業でもコーディネートの実績があったことから、全般的にはスムーズに進めることができたが、こうした専門家があらかじめ双方の施設に行ってやり取りができると、出向元・出向先の管理者に大きな負担をかけず出向手続きができ、事業を速やかに進めていくことができると考える。

⑥出向開始までの支援で工夫した点

出向先がどのような施設なのかイメージできるように、二度の事前打合わせは出向先で行い、看護部長、出向者にも同席してもらった。また、出向にあたり、在宅看護や医療保険制度等を理解できるように、老年看護学領域で所有する書籍等を貸し出して事前学習をしてもらった。

4) 実施内容

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	慢性期病棟勤務／看護師経験年数 8 年／年齢 30 代
----------------	-----------------------------

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

- ・在宅訪問看護ステーション、デイケア、ショートステイなどの施設の機能を知る
- ・在宅看護の役割を知る
- ・病院と在宅医療の連携方法を知る

<2 か月目>

- ・施設機能に適した看護について、支援を受けながら提供出来る。
- ・病院と在宅医療の連携について理解しながら、関与することが出来る。

<3 か月目>

- ・他職種と連携しながら、施設機能に適した看護を提供できる。
- ・病院と在宅医療の連携、退院支援における課題を見出すことが出来る。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

1. 在宅領域における「複合型サービス(看多機)」の特徴、役割を知る
2. 医療ニーズ・ターミナル・難病等のある方達が在宅療養を継続するために必要な社会資源や支えている関係機関の実情・多職種の連携を知る
3. 在宅療養を継続させている、家族や介護者側の視点に立つことができる
4. 退院時支援について、総合的な検討を図ることができる

③病院が出向者に期待するミッション

病院から退院した患者が在宅でどのような生活を送っているのか、看護小規模多機能型介護居宅においてどのような看護が提供されているのかの実際を知り、在宅療養へ移行する患者・家族の退院支援において必要な知識・技術を習得する。また、出向で学んだこと等を所属部署や院内に還元する。

さらに、当院と看護小規模多機能型介護居宅の顔の見える関係づくりの架け橋となり、地域連携をするにあたり何が必要か考える機会とする。

（３）実施状況

<1 か月目>

1. オリエンテーション
 - ① 複合型サービス・訪問看護ステーションの制度上の概要・報酬等
 - ② 業務の流れ、内容、緊急的な対応、柔軟な対応等
 - ③ 介護・看護の協働
2. 利用者の情報収集と個別的看護の提供
 - ① プリセプターと事業所内看護の提供、自宅への訪問看護
 - ② 本人・家族とコミュニケーションを図り、情報収集

<2 か月目>

1. 特定の利用者について、関係者より情報を深め、自宅訪問し本人家族の生活状況、家族や介護者の考え・希望・ニーズを引出し、看護の提供ができる
2. 地域医療連携会議に参加(若草病院・他訪問看護 ST)する
3. 地域で連携している事業所(小規模多機能・看多機・地域ケアプラザ・包括支援センター)を訪問する
4. 地域密着型サービス義務付けられている「運営推進会議」「外部評価会議」に参加する
5. 退院時の患者を受け持ち、カンファレンス、情報収集、アセスメント、ニーズに応じた看護計画、退院後の療養生活の調整等、チームケアの実際を行う

<3 か月目>

1. 出向中の振り返り・総括を行う
2. 病院においての退院を中心とした在宅療養の患者・家族・関係機関に対し、適切な関わりを持てる

（４）出向期間中のコーディネーターによる支援

<1 か月目>

出向開始後 1 ヶ月で評価を行った。出向者をはじめ、附属病院出向担当副看護部長、訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護管理者は日々の業務が多忙のため、評価日 1 週間前に評価日の確認、評価資料作成についてメールで連絡をした。評価時に、それぞれの出向者は、出向先の環境や看護の視点の違い等に大きな戸惑いを感じ、出向継続に不安を感じていたが、できていること、学んだこと等を整理し、客観的に評価するように努めた。

<2 か月目>

出向開始後 2 ヶ月で評価を行った。訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護管理者に出向者の働いている環境を理解してもらうこと、さらに、看護部と顔の見える関係構築のため、2 か月目の評価は出向元である附属病院で行うよう調整した。

<3 か月目>

出向開始後 3 ヶ月で評価を行い、出向者が何を学んだのか、出向元に戻った後に何ができるのか等が整理できるように助言をした。

5) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	2 人	2 人	人
訪問した延べ回数	4 回	2 回	回
主な業務内容	利用者様の清潔ケア、排便ケア、食事介助、洗面介助、胃ろうの管理、褥瘡ケア、血糖測定、インスリン投与、バイタルサイン測定		
主な利用者の状況	医療的処置が必要な方（気切の管理、褥瘡処置、排便処置など） 要介護度 4、5		
できるようになったこと	清潔ケア、排便ケア、食事介助、血糖測定、インスリン投与		
現状の課題・今後取り組みたいこと	利用者の状況や状態、個別に沿った看護援助の方法の理解の不十分のため、引き続き支援を受けながら提供出来るように努めたい。 病院と在宅医療の連携について学びを深めていきたい。 ケアマネージャーとの連携について学びたい。 他の事業所の見学をさせていただき、施設の違いを学びたい。 地域との連携について学びたい。		

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	1 人	6 人	人
訪問した延べ回数	3 回	8 回	回
主な業務内容	利用者様の清潔ケア、排便ケア、食事介助、洗面介助、胃ろうの管理、褥瘡ケア、血糖測定、インスリン投与、バイタルサイン測定		

	家族に医療的処置の指導、終末期の家族支援
主な利用者の状況	医療的処置が必要な方（気切の管理、褥瘡処置、排便処置など） 生活支援が必要な方 要介護度 4、5
できるようになったこと	清潔ケア、排便ケア、食事介助、血糖測定、インスリン投与、褥瘡処置 家族への点滴管理や状態に応じた医療的処置の方法の指導
現状の課題・今後取り組みたいこと	地域で暮らすことの選択肢が様々な形態があることを知った。 利用者やその家族にも様々な事情があることが分かり、様々な支援の方法があることを知ることができた。 また、終末期の利用者やその家族とも接することができた。 退院支援をする際に様々な選択肢を提示できるようにさまざまな事例を通して考えていきたい。

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	2 人	4 人	人
訪問した延べ回数	2 回	4 回	回
主な業務内容	利用者様の清潔ケア、排便ケア、食事介助、洗面介助、胃ろうの管理、褥瘡ケア、血糖測定、インスリン投与、バイタルサイン測定、ストマケア 利用者と家族への状態把握のための訪問		
主な利用者の状況	医療的処置が必要な方（気切の管理、褥瘡処置、排便処置など） 生活支援が必要な方 要介護度 4、5		
できるようになったこと	緊急訪問、往診医訪問時の情報提供、リハビリの介助、		
現状の課題・今後取り組みたいこと	利用者の性格や対応を理解してきたので、個別に合わせた介入が継続して出来るようにしていきたい。 家族の形は様々であり、介護力の問題を目の当たりにした。利用者に視点を置くことも大事だが家族の負担軽減を含めた介入も必要であり、双方が良い状態で暮らせるように介入していくことの難しさを感じた。また、家族の病識が薄い場合の家族へのアプローチ方法の難しさを感じたため、今後の課題にしたい。		

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時の評価	1か月後の評価	の事業終了時の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	1	2	4
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	3
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	2	3	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	3	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	3	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	3	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	2	3	4
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	3	3
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	1	1	2
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	3	4
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	1	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	2	3
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	2	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	1	2	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	1	2	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	1	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	3	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	3	4
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	2	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	3	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

家族の形態は様々であり、介護力が家族によって差があることが分かった。キーパーソンになっている家族が常に介護することは難しく、家族と利用者がどこかで折り合いをつけて暮らしていかなければならないと感じた。キーパーソンがいるから安心だと思っていたが、その家族の介護力に視点を置かなければいけないと言ったことを実感した。そして、利用者とその家族が相談できる場所の確保が必要であることも感じたため、退院調整をするにあたり、様々な視点で取り組みをしていきたい。

看多機以外にも地域には利用者や家族を支援する様々な場所があるが、その活用方法やそのもの自体を知らず、何を相談したらいいのかが分からない人が多いことを知った。病院や施設以外にも自宅で過ごす事の選択肢が多く存在することを病院で退院調整する際に伝えていくことで、退院後の生活の想像が付きやすくなると感じたため、情報提供をしていく必要があると感じた。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

病院と地域での連携が薄いことを実感した。在宅医療関係者が対応等で困った時に専門的な知識を持つ看護師に相談できる窓口や連携できる場がなく、相談できず悩んでいるという現状があることを知った。連携窓口があることにより在宅で困っていることも病院側で把握でき、専門的知識を持つ看護師からのアドバイスで在宅、病院双方の看護の質の向上にもつながるのではないかと感じる。

また、在宅医療現場の現状がわからないことも多く、知る機会を増やすことも必要ではないと感じた。在宅医療に対しても、病院から最新の医療処置方法やケアの方法などの情報提供をしていくことで双方の向上につながると感じた。

病院勤務だけでは在宅で患者や家族が困っていること、必要な介入の実態把握を理解できていない現状があることを感じる。入院してから退院後を見据えた介入ができるように取り組んでいるが、実際は入院中の患者の対応に追われ、退院後の生活まで考えた介入はできていない現状がある。不安を残したまま退院していく患者をなくすように取り組むをしていかなければならないと思う。

（４）事業終了後の感想

病院と在宅医療との違いに戸惑い、一ヶ月は葛藤で過ぎた。感染防御対策１つに対しても病院とは考え方が様々で、戸惑いの連続だった。また看多機という施設や機能もこの事業に携わるまでは知らず、機能を理解するまでにも時間がかかり、始めは何を学べば良いかが具体化できず、自分が出向した意味があるのかと悩み困惑したまま一ヶ月が過ぎた。二ヶ月過ぎてからは、看多機の機能を理解しはじめ、在宅医療現場と病院の違いを体験的に理解することが出来はじめてからは、利用者やその家族にも視点が向けられるようになってきた。学

生時代に学んだ在宅医療現場と看護師を経験してからの現場では感じる感じが違い、新鮮だった。在宅医療について知っていたつもりでいたが奥が深く、在宅医療と在宅介護という現実を知るなかで想像以上の驚きの連続であった。

在宅での看取りの現場にも携わることもでき、家族の思いに寄り添うこともできた。医療者として家族にどのような選択肢を提示するか、施設なのか自宅で迎えるのか。考えを押し付けるのではなく選択肢を提示するなかで、利用者とその家族とより良いかたちと一緒に考えていく大切さを再認識した。利用者とその家族が望んだかたちで最期まで寄り添うことができる、それが在宅医療の魅力だと感じた。病院勤務のなかで、生活を重視するという視点で患者を看ようと思っていたても、どうしても治療重視になりがちで、その人ではなく病気を看る視点に染まりつつあることを感じた。この出向事業で経験したことや感じたことを無駄にしないように活かしていきたい。

6) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時の評価	1か月後の評価	の事業終了時の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	3	4	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	1	3
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	2	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	4	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	4	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	4	5	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	4	4	4
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	4	4	4
10	治療優先ではなく、生活を重視する	3	4	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	4	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	4	5	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	2	4	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	4	5
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	3	4	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	3	5	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	4	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	3	3
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	3	4	4
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	2	5	5
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	2	2	3
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	2	3	3
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	2	2	2
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	2	4	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	2	4	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	2	4	4

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

高度急性期病院において行われている最新の治療や処置、看護ケア、病院が置かれている現状について、看護小規模多機能型居宅介護側としてはなかなか実践レベルで把握することは難しく、これまで病院の状況が不明な点もあった。今回、日ごろ連携のある近隣の大学病院の病棟看護師の出向により、看護小規模多機能型居宅介護のスタッフとしても、病院の医療の現状を知り、最新の知識・技術を修得する機会となった。

また、病院の看護師と顔の見える関係ができ、病院と看護小規模多機能型居宅介護が連携をしやすい関係になる基盤作りになったと考える。

出向者は本事業において、出向２ヶ月目に介護士と一緒に単独訪問をすることができ、業務に慣れて施設の一員として働くことができれば、施設スタッフの休暇取得がしやすくなるというメリットがある。訪問看護とは異なり、包括的な報酬体系であるため、出向による経営面でのメリットは期待できないが、施設スタッフの休暇取得ができれば、大きなメリットとなり得る。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

まずは、地域のリソースとして看護小規模多機能型居宅介護があることを理解してもらう、良いきっかけになった。本事業を開始し、病院看護師に看護小規模多機能型居宅介護を実践してもらうことを通じ、またどのようなサービスなのかを理解してもらえたことは、今後、住み慣れた地域での生活を望む入院患者のよりよい退院支援・調整につながるのではないかと考える。さらに、看護小規模多機能型居宅介護とどのように連携が行えるかを検討する機会になったのではないかと考える。

また、介護士との連携、その中での看護師の役割の理解にもつながったと考える。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

出向者に向けた教育体制の構築が必要である。病院等では新人看護師教育から卒後教育まで支援できる体制が整っているが、自施設は規模が小さく、教育体制が不十分であり、今後の出向者の受け入れには課題が残る。新しいサービスである看護小規模多機能型居宅介護は病院の看護師にはイメージしにくいため、その役割や業務等のマニュアルを準備しておくとお出向者の戸惑いも少なくなるのではないかと考える。

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

病院との環境の違いに対応できるよう、看護師だけでなく、介護士に対しても出向者の受け入れについて事前に説明を行い、受け入れ体制を整えた。施設利用者に対しては、利用者本人やご家族の希望を重視し、自宅で行なわれているケアをそのまま施設でも行う個別性を重視したケアが必要になるが、それぞれの利用者にとってどのようなケアや対応が必要なのか

を把握し、その人にあったケアにあたるためには、時間を要する。そのため、指導者とともにケアを実施したり、指導者に確認しながら、ケアに当たる体制を整えた。

出向元である病院から退院した利用者を担当してもらい、利用者が病院から在宅へ移行する一連の流れを実際に見る機会を作った。このことにより、看護小規模多機能型居宅介護の視点で病院との連携について考える機会を提供した。また、運営推進会議や新規利用者へ施設利用に関する説明の場に出向者も同席してもらうことで、報酬体系を含めた当事業所の地域での役割等について理解してもらえるように工夫した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

看護小規模多機能型居宅介護に出向する場合は、教育体制の整った施設であることが必要であると考え。新入職員や学生を多く受け入れ、教育体制が整っており、職員が教育することに慣れている施設であることが望ましいと考える。

⑥その他、事業を実施した感想

看護小規模多機能型居宅介護の役割や利用者の看護について理解するには時間を要するため、3か月の出向で独り立ちをすることは難しいかもしれない。しかし、実際に行っているケアを通して、体験的に理解することができ、短期間研修では得られない学びがあったのではないかと考える。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

自施設は規模が小さく、教育体制が不十分であり、看護小規模多機能型居宅介護の機能や看護師の仕事について、短期間で教育することが難しい面があった。コーディネーターに、出向前に出向者へ事前学習や基礎的な研修を実施してもらえると有難い。

7) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

病院から退院した患者が在宅でどのような生活を送っているのか、看護小規模多機能型介護居宅においてどのような看護が提供されているのかの実際を知り、在宅療養へ移行する患者・家族の退院支援において必要な知識・技術を習得する。また、出向で学んだこと等を所属部署や院内に還元する。

さらに、当院と看護小規模多機能型介護居宅の顔の見える関係づくりの架け橋となり、地域連携をするにあたり何が必要か考える機会とする。

②出向者のミッションの達成状況

在宅療養者の生活や看護小規模多機能型居宅介護で提供されている看護等の現状につい

て理解することができた。地域包括支援センター等の見学を通して、地域包括ケアシステムについて理解する機会を得ることができた。その中で、病院の役割や地域との連携について考え、どのような在宅療養者が看護小規模多機能型居宅介護でサービスを受けるのがよいのか理解することができた。退院支援に際して、患者・家族への情報提供をすることができるのではないか。

看護小規模多機能型居宅介護で、介護士との情報共有や協働が重要であり、その方法について学ぶことができた。病院では看護助手との連携が必要であり、多職種連携ができるようになる一助になった。

看護小規模多機能型居宅介護のスタッフと出向者である病棟看護師同士で顔の見える関係づくりができ、当院と看護小規模多機能型居宅介護双方間で研修を実施する体制づくりの基盤になった。

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

当院は以前より地域連携体制が十分でないことが課題になっていた。また、当院の多くの看護管理者は、看護小規模多機能型居宅介護の存在を知らなかったが、本事業をきっかけに関心・理解が深まった。出向者だけでなく、本事業実施期間中に当院の看護管理者が看護小規模多機能型居宅介護での２日間の研修を通じ、当院の地域連携の課題等を改めて考えることができたのは本事業実施によるメリットである。また、当院看護部と看護小規模多機能型居宅介護で顔の見える関係構築に繋がり、本事業をきっかけに当院看護師の地域連携に関する興味の高まりに繋がった。本事業終了後も人材さえいれば、看護小規模多機能型居宅介護への看護師出向を継続したいと考えている。また地域からみた大学病院は、非常に関係性を築くことが難しい、ハードルが高いという現状を知り、今回の事業以外でも関係を構築する機会・仕組みを構築する必要性を、病院側へ還元した。

現在、地域連携を強化していくにあたり、リンクナースを養成するか、退院調整看護師を病棟配置するのか検討しており、本事業実施により、病棟看護師をどのように教育していくのか等、今後の人材育成を考える上で大きな示唆が得られた。特に、看護小規模多機能型居宅介護での事業実施は、地域医療・看護を知り、改めて病院看護の特徴を再認識する機会となり、当院の地域での役割や地域包括ケアに対応できる看護師を育成していく上での課題の明確化につながった。併せて訪問看護ステーションへ１名も派遣、合計２名派遣により、中堅看護師・認定看護師間の出向への適応状況、出向効果を知り、病院看護師が出向した場合の育成プロセスを理解することが出来た。これらを踏まえ、事業以外で看護管理者の地域研修を開始したが、事前教育・教育評価について出向事業のプロセス・評価を活かすことが出来た。

看護実践では、当院に関する利用者とも関わる機会もあり、地域からみえる当院看護の課題も実践レベルで確認することが出来た。看護小規模多機能型居宅介護ゆえに生活し続

けることが出来ることを知り、地域でカバーされている当院看護の課題も明確になった。そのため療養する生活者、という視点で病院看護を行う重要性を認識し、教育体制だけでなく、看護・ツールの見直しの機会となった。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

病院と看護小規模多機能型居宅介護の管理者、またスタッフレベルで顔の見える関係性構築につながったのではないかと考える。

病院の看護師が出向することにより、高度急性期病院の現状や課題、施設の機能や教育の違い等について理解することができ、出向者と共に地域連携について考える良い機会になったのではないかと考える。当院に関わる利用者もあり、出向者がいることで当院の治療などへの理解をすすめる機会となった。

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

事業開始時に、労務担当である職員担当と担当看護管理者が調整を行ったが、看護小規模多機能型居宅介護施設での出向者の診療・介護保険上の加算、労務に関する知識不足を痛感した。また2施設へ2名派遣のため、当事業における収支と、出向先で予測される収益等、試算予測が難しかった。併せて病棟勤務の看護師を出向者として派遣するため、診療報酬上の入院基本料7:1を算定するにあたり、中堅看護師の出向であるための体制への影響・人員確保等が課題となり、出向者が勤務する病棟の理解を得るまでの時間を要した。今回、3か月の出向であったが、看護小規模多機能型介護居宅での業務を経験し、様々な業務が1人でできるようになるにはさらに期間を要することもわかった。今後、出向者が当院に戻ってから地域連携の役割を担っていくことを考えると、3ヶ月ではなく6か月以上の長期出向や、病院と事業所を行き来するなどの継続する体制を検討する必要があると考える。

また出向にあたり、事前教育をほとんど実施されなかったため、機能・保険などを始め看護の視点の違いに混乱をきたした。看護小規模多機能型そのものを理解することは非常に難しい点に加え、事前教育する内容を選定・整理しておくことは必要である。あわせて、それらを教育出来る院内人材の育成も必要である。

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

本事業では、訪問看護ステーションと看護小規模多機能型居宅介護という機能の違う事業所にそれぞれ看護師を1名ずつ、計2名が出向を行った。そのため、出向にあたっては、出向者2名の帰院日を同じ日にするよう各事業所と調整を行った。そうすることにより、機能の違いを知り、お互いに情報交換や悩み等を共有することができ、出向初期に起こるリアリティショックの緩和となった。出向者の配属されている病棟は内科系、外科系と異なっており、キャリアにも違いがある。そうした2名が情報共有することで出向者の課題を明確にすることができた。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・ 労務関係を理解しているコーディネーターがいると、出向手続き等がスムーズに出来る
- ・ 定期的な両施設間での評価、振り返り機会があること
- ・ 帰院日などを設け、出向者と病院側管理者との評価・振り返り機会があること
- ・ 訪問看護に関する教育に慣れている、もしくはそれらを調整出来る事業所であること
- ・ 事業に関する組織の理解・管理者が存在すること。また課題が発生したときに、それらを施設間で調整・検討出来る関係であること

⑥その他、事業を実施した感想

出向者は、同じ施設看護であっても、アセスメントの視点や個別性のとらえ方の違い、非常勤看護師や介護士との協働という環境の違いに、1 か月目は大きな戸惑いを抱いていた。2 か月目をすぎたころから看護小規模多機能型居宅介護における看護師の役割が理解できるようになり、出向期間終了を迎えた。

この3 か月間の事業により、これまでイメージができなかった看護小規模多機能型居宅介護の理解につながり、同じ地域の看護小規模多機能型居宅介護事業所と顔の見える関係ができたことは当院にとって大きなメリットである。特定機能病院である当院には後方病院がなく、退院後も医療的ケアを要する患者や終末期にある患者が直接地域に移行する機会も多い。こうした患者の在宅療養を支援する方法として看護小規模多機能型居宅介護を理解できたのは大きな成果である。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

これまで看護小規模多機能型居宅介護と看護部との直接的なやりとりは少なかった。そのため、横浜市立大学にコーディネートしてもらえたことにより、スムーズな顔合わせができ、また、出向者にあつた出向先を選定することができた。また、出向期間中、当院と出向先との橋渡し役・調整役を担い、事業開始後も定期的に出向について評価をしてもらえたことにより、本出向の効果・メリットと課題を明確にすることができた。さらには、本事業の成果を可視化し、行政にも情報共有していくことで事業化につながることも期待できる。

一方、課題にも述べたが、本事業を始めるにあたって、労務関係の手続きに時間を要し、公立大学病院としては、契約・経営に関する知識をもつ専門のコーディネーターがいると良いと感じた。こうした専門家が双方の施設に行ってやり取りができると、スムーズに出向手続きができ、事業を進めていくことができると考える。

8) コーディネーターによる評価

(1) コーディネーター業務の実施状況

①出向期間中の支援における課題

昨年度の実績があったこと、そして、出向元と出向先とコーディネーター3者（出向先が2か所であったため実際には4者）との顔の見える関係構築ができていたため協力しやすい体制にあり、支援にあたって大きな困難は生じなかった。ただし、コーディネーターとして中心的に支援を行った者はいずれも大学教員であり、学内の教務や学内外の複数のプロジェクト等との同時進行していくことになる。そのため、支援継続にあたっては新たな人員を確保していくことは必要になると考える。

②出向期間中の支援で工夫した点

評価にあたっては、それぞれの評価1週間前には評価開催通知を出し、評価内容等について連絡をすることで、評価時には行ったことや学んだこと等について整理することができたのではないかと考える。また、評価場所を交互に双方の施設にし、出向者だけでなく、出向元、出向先が双方の環境を理解し、組織として顔の見える関係づくりができるように工夫した。

(2) 事業実施スキームに対する評価

①当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果

病院と訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護の両方を知っているコーディネーターが介入することで、スムーズな顔合わせができ、評価をする際にも両方の現状等を理解しているコーディネーターがいることで、出向関係者だけでは評価できない視点で評価ができると考える。

また、本事業の成果を可視化し、行政にも情報共有していくことで事業化につながることも期待できる。

②病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件

コーディネーターは、病院だけでなく、出向先である訪問看護ステーション（看護小規模多機能型居宅介護）の看護の実際を理解しており、日ごろから管理者とすでに顔の見える関係にあり、施設の特徴を理解していることが不可欠である。また、地域における出向ニーズを把握しており、自治体と連携があり、実施施設の拡大や事業化につなげていくことができる立場であることが望ましい。

③病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題

病院と訪問看護ステーションとの間での出向者の給与の問題や単独訪問ができない1か

月目の訪問看護ステーション側の人件費、さらには看護小規模多機能型居宅介護のように包括的な報酬体系をとる事業所での出向等を考慮すると、出向事業拡大にあたっては、ある程度の予算的措置が必要である。基金等を活用し、横浜市や神奈川県の実業として事業化していくことが今後の課題である。

また、今後横浜市だけでなく、神奈川県全体での展開を視野にいと、例えば神奈川県看護協会がコーディネート機能を担うなど、新たな体制づくりも課題となるのではない

④その他、当事業を実施した感想

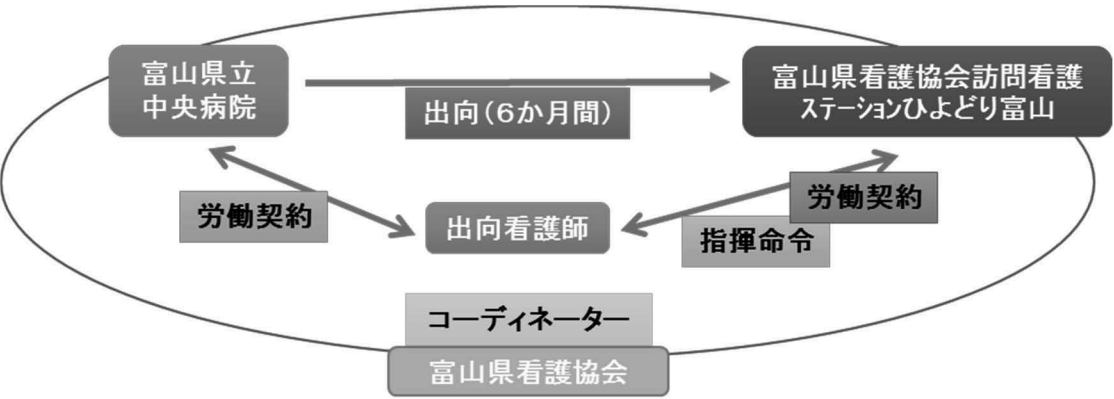
本事業実施および成果を通じて、横浜市、横浜市の病院、訪問看護ステーション（看護小規模多機能型居宅介護）において、組織としての連携強化の必要性についての意識向上、施設ごとだけでなく、地域全体で地域包括ケアを担う人材育成を行うことへの思考転換につながったと実感している。出向元の附属病院では、すべての看護管理者や認定・専門看護師に対し、訪問看護ステーション等の研修を行うことが計画されている。現在、研修先となる訪問看護ステーションの希望を確認し、附属病院につなぐ役を担っている。

他方、附属病院からの出向・研修だけでなく、地域の訪問看護ステーションから附属病院（特に病棟）での研修ニーズがでており、次年度実施にむけ、附属病院と訪問看護ステーション間で調整を進めているところである。こうした地域包括ケアシステムの実現にむけた新たな取り組みは本事業の効果であり、大きな変化であると考えている。

さらに、次年度は、前年度、出向者の受け入れと同時に南区医師会訪問看護ステーションから横浜市立大学附属市民総合医療センターで受け入れた新卒訪問看護師の研修を参考にし、新たに横浜市中で新卒訪問看護師の育成プログラムの開発に関する事業が予定されており、さらなる連携強化を進めていきたいと考えている。

6. 富山県富山市（県立中央病院－富山県看護協会訪問看護ステーションひよどり富山）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護体制 看護職員数※	主な機能・特色
富山県立中央病院	都道府県	733 床	7 対 1 704 名	県内唯一の県立総合病院、地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院、救命救急センター（3次救急）等
富山県看護協会訪問看護ステーションひよどり富山	看護協会	68 名	11 名 (8.3 名)	看護協会立ステーション、県事業や研修・実習の受入実績多

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

コーディネーター	富山県看護協会
----------	---------

出向期間	平成 28 年 10 月～平成 29 年 3 月（6 か月間）
------	---------------------------------

2) 事業の背景と目的

(1) 背景

富山県立中央病院は DPC II 群病院、高度急性期病院、地域医療支援病院であり、年々、平均在院日数は短縮している。患者さんや家族が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、入院時に退院支援計画書を作成し、退院支援職員が介入している。

訪問看護を依頼する新規の患者さんは、年々20～30%増加している。以前は医療行為が必要な方がほとんどであったが、近年は家族ケアが必要な方、悪性疾患の方、高齢者の単独世帯、二人世帯が多くなっている。今回の取り組みにより、病棟の看護師が在宅療養支援を学び、今後の当院での退院支援活動を充実させるとともに、出向者自身の病院全体のケアのアセスメント力向上につながることを期待する。

訪問看護ステーションひよどり富山では、機能強化型ステーションの算定をめざし、在宅看取り支援の強化を考えている。しかし、年々複雑・専門化する疾患・病態・治療に伴う利用者への対応に苦慮することも多い。故に、訪問看護師としてのスキルに加え、より高い専門的スキルが、在宅における終末期ケアの提供において急務となっている。今回の事業により、当ステーション看護師の質の向上が図られるとともに、地域住民への質の高い看護サービス提供へとつながることを期待する。

(2) 目的

①出向元（病院）の目標

- 1) 出向看護師が訪問看護・地域のサービス間連携について知識を深める。
- 2) 出向看護師が在宅訪問を経験し、ケアが展開できる。
- 3) 訪問看護経験を、病院での退院調整及び在宅療養支援(看護ケア能力向上)に活かせる。

②出向先（訪問看護ステーション）の目標

- 1) 訪問看護の制度・役割を理解してもらう。
- 2) ステーション職員の緩和ケア・看取り支援に対する不安の軽減を図る。
- 3) 終末期を支援するための体制づくりを再考することができる。

3) 出向開始までの調整・準備

(1) 出向開始までのコーディネーターの支援

①地域や事業所におけるニーズの把握

富山県は高齢化率 30.6%であるが、自宅死亡率は 11.1% (全国 12.8%) と低く、その理由として、在宅看取りを希望する利用者への対応が十分できていないことが考えられる。

富山県看護協会では、訪問看護ネットワークセンターを設置し、県内の訪問看護ステーション（ST）の拠点として、訪問看護の普及啓発や訪問看護師の資質向上、ST 管理者の相談等を実施し、訪問看護を推進している。

近年、富山県内の ST 数は増えつつあり、現在 62 か所設置されているが、うち 5 人未満の小規模 ST が 70%以上を占めている。また県内の訪問看護師 390 人のうち、常勤が 222 人（56.9%）、非常勤が 168 人（43.1%）であり、常勤看護師を募集しても応募は少なく、確保が難しい状況である。研修会の受講者は管理者がほとんどを占め、ST のスタッフには長期研修を受講する余裕が無い。このため、訪問看護師の量と質の確保が大きな課題である。

近年、訪問看護の利用者としてがん患者等が増えているが、上記のような状況から、必ずしも症状緩和のケアや家族支援に自信を持って対処できていない ST も多いと思われる。

一方、病院看護師においては、在宅での生活をイメージした退院支援が十分できていない状況である。また、退院後の訪問等はまだほとんど実施されていない。

病院は多くの専門的な看護人材を抱えている。県内の緩和ケア認定看護師は 46 人（全国 3 位）と多いが、そのほとんどが病院看護師であり、今後は訪問看護の分野でも活躍が期待される。

②病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定

1) 平成 28 年 6～7 月 富山県看護協会会長が、協会理事会等で事業実施について周知。取組みに関心のある病院へ打診し、内諾を受けた。モデル事業として先駆的に実施するため、教育体制の整っている県協会の訪問看護 ST を出向先に決定した。

2) 平成 28 年 7 月 病院（看護師の出向元）、訪問看護ステーション（看護師の出向先）、県担当課、当看護協会で実施にかかる打合せ会を実施した。

3) 平成 28 年 8 月 富山県看護協会理事会において、訪問看護ステーションが併設されていない病院の看護部長等に対し、訪問看護ステーションへ看護師を出向させることの意義等について説明し、事業実施について理解を得た。

③出向条件の調整・出向協定書の作成支援

病院と訪問看護 ST 間で事前協議を行い、協定書には基本項目のみ記載することとしたが、身分保障や傷害保険などの細部の条件、変更等については、出向者本人の不利益にならないよう慎重に取り決めを行った。

9 月に、「富山県立中央病院の公益社団法人富山県看護協会への派遣に係る協定書」を締結した。

④出向開始までの支援における課題

- ・職員の出向制度がない（就業規則に明記なし）、関連機関以外への出向の前例がない等の理由で、実施にふみきれない病院が多い。制度的に出向が可能なケース、不可能なケースが整理されていると病院に説明しやすい。
- ・出向による病院へのメリットについて、理解が得られにくい。

⑥出向開始までの支援で工夫した点

出向看護師の選定にあたり、受け入れ先の訪問看護ステーションからは、今後ステーションとして対応を強化したいと考えている「緩和ケア」や「看取り」について、対応・助言ができる人材の希望があった。

出向元と相談・調整した結果、「緩和ケア認定看護師」による出向が実現した。

4）実施内容

（１）出向者の選定

出向者の プロフィール	緩和ケア病棟主任／緩和ケア認定看護師／看護師経験年数 16 年／ 年齢 30 代
----------------	---

（２）目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

- ・訪問看護師の役割を理解する。訪問看護の実際を知り、1 日の流れが理解できる。
- ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の実習を通し役割を理解する。
- ・同行訪問を通し、利用者への観察方法や具体的援助方法を理解し、助言を受けながらケアに参加できる。
- ・各利用者に応じた緊急時の対処方法、連絡方法を理解する。

<2 か月目>

- ・単独訪問を行い、利用者に応じた状態観察、アセスメント、必要な援助を実践できる。
- ・多職種他機関との連絡、連携の実践ができる。
- ・1 ヶ月の流れを理解し、月単位の事務的業務が理解できる。
- ・訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する

<3 か月目>

- ・受け持ち利用者に対する看護計画立案・報告書等書類の作成ができる。
- ・利用者、家族の価値観や生活様式に合わせたケアを実践する。
- ・家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスができる。

<4 か月目>

- ・病院での退院時カンファレンスに参加し、在宅移行に必要な情報共有について考える。
- ・当訪問看護ステーションスタッフへ、緩和ケアについて勉強会を開催し在宅緩和ケアについて共に学ぶ。
- ・定期巡回・随時対応訪問介護看護サービスについて理解する。

<5 か月目>

- ・在宅でのグリーフケアについて学ぶ。
- ・支援に必要な制度・地域の社会資源を把握し、活用方法を説明することができる。
- ・受け持ち利用者の状況に応じてスタッフと話し合い、主体的にケアを検討していく。

<6 か月目>

- ・所属する組織が、地域の社会資源として果たす役割を改めて認識し、今後の地域連携について考える。
- ・6ヶ月間での学びを振り返り、今後の病院での退院支援、緩和ケア認定看護師としての地域での役割について改めて考える。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

今回の事業を受けるにあたり、育成方針として3本の柱をたてた。

- ①訪問看護ステーション（以下、ステーション）職員の資質向上
- ②出向者（本人と出向元病院側）の資質向上
- ③利用者家族・地域住民の安心と安全の確保

当ステーションの採用者教育計画（日本訪問看護財団OJTガイドブック、千葉県看護協会・千葉大学看護学研究科新卒看護師育成プログラム運用における学習支援マニュアル、東京都訪問看護OJTマニュアルを参考に作成）を活用しながら、新たにモデル事業（認定看護師の出向）の実施内容として、「出向者が自ら考えて動くことができる場の設定」を追加した。

目標を、前半3か月は主に訪問看護師として活動すること、後半3か月はステーション職員、地域の専門職や住民に対し緩和ケア認定看護師として指導・助言的な立場でも

活動することができるよう、教育計画を設定した。

最終的には、ステーションの訪問看護師として患者・利用者・家族を看る視点や支援・資源の特徴について実体験を通じて学ぶだけでなく、看護職が地域包括ケアシステムにおいてどのような役割を果たすことができるかを、ステーション職員と共に考え、方向性を見出すきっかけとなれればと考えた。

<育成方針>

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 訪問看護師として基本的態度を身につけ、ステーションのメンバーとして活動できる
基本的能力：訪問看護の役割の理解と訪問看護に基本を習得
専門的能力：地域で看護を提供することを理解
組織的能力：ステーションの組織的特徴を理解2. 訪問看護師として、単独で看護が展開できる
基本的能力：利用者との関係確立と実践能力を習得
専門的能力：制度理解及び状況に応じた制度利用の理解
組織的能力：ステーション内外での連携・協働を理解3. 地域看護・介護・福祉資源を理解し、病院における効果的な退院支援や地域連携のための看護師の役割を明確にすることができる |
|--|

③病院が出向者に期待するミッション

本事業を通じて出向者に期待するミッションは以下のとおりである。

1. 研修生が、地域で働く看護職と知りあい、人事交流や情報交換をすることで、訪問看護や地域のサービス間連携について知識を深めることができる。
2. 研修生が、在宅療養は困難と思われた人に訪問看護等の様々なサービス・資源を活用した在宅訪問を経験することで、在宅ケアが展開できる。
3. 入院早期からの退院支援・在宅療養支援に向け、地域の医療介護サービスとの連携・調整力を、病院での退院調整及び在宅療養支援(看護ケア能力向上)に活かせる。

(3) 実施状況

<1 か月目>

【訪問業務】

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 研修初日はオリエンテーション（研修センター内施設、ステーション施設、モデル事業における6ヶ月のスケジュール、訪問看護業務等）を中心に行い、翌日からの同行訪問に必要な情報収集の時間とした。 |
|---|

- ・ 2 日目以降は、1 日 2～3 件の同行訪問を設定し、プリセプターを中心としながら全職員との同行訪問も計画実施した。連日 16 時頃より職員とのミニカンファレンスを行い、毎週金曜日午後（30～60 分）プリセプターとの面談を実施した。週末の面談では、振り返りシートの記載をするとともに、自ら翌週の課題提起を行い目標管理に役立てた。
- ・ 月末には、管理者を交えた 3 者面談を行い翌月からの訪問調整を行った。
- ・ 1 ヶ月の訪問対象者数：20 名、のべ訪問回数：43 回、1 日平均 2.9 回、医療保険 9 名（同行 26 回）介護保険 12 名（同行 17 回）、新規契約同行 1 件であった。
- ・ がん、神経難病、慢性疾患等様々な疾患対象者、老老介護、日中独居等の居宅へ訪問を計画した。
- ・

【研修会等】

- ・ 施設内研修としては、地域包括支援センター実習（1 日半）/居宅介護支援事業所実習（半日）を行い、予防から始まる地域の事業所の役割や介護保険の流れ、ケアマネジャーの役割、活動内容等を学ぶ機会とした。
- ・ 訪問サービス提供地域における地域エリア医療介護連携推進会議の開催において、管理者に同行して出席し、地域の課題について学ぶとともに、その席で、出向事業について地域のお他職種の方に紹介。
- ・ 時間外研修ではあったが、看護協会主催の「在宅事例検討会」に出席し、訪問看護やその他在宅サービスの実際について学ぶ機会とした。

<2 か月目>

【訪問業務】

- ・ 医療ニーズが高く頻回な訪問（1 日 2～3 回）を実施している利用者宅へ、ステーションスタッフと同日訪問を組み込むことで、単独訪問を少しずつ開始できるよう調整を図った。
- ・ 単独訪問開始に当たり、プリセプターとの週 1 回の面談や夕方のミニカンファレンスを継続。訪問の際には、職員用の携帯電話を持参し、何かあれば職場にすぐ連絡ができることで、状態変化時の対応や不安を軽減できる体制づくりを図った。
- ・ 新規利用者（がん末期・在宅看取り希望）への契約・初回訪問から同行、自宅での担当者会議に参加する機会を設定した。担当者として、かかりつけ医との連携の場面に立ち会う機会を設け、退院前カンファレンスの開催がなされないまま訪問開始となったケースを受け持つことで、改めてステーションにおける看護・医療情報の入手が困難な現状や、準備期間が少ない中での在宅療養にお

けるサービス調整の実際を見ることで、入院先の看護師との連携について必要なことを学ぶ機会とした。

- ・ 小児の訪問看護への同行や、医師の依頼による時間外（17 時～）の緊急訪問看護で、在宅での腹水除去の診療補助を経験する機会になった。
- ・ 1 ヶ月の訪問対象者数 16 名 のべ訪問回数 44 回、5 名に対し単独訪問 13 回を実施。医療保険 6 名（同行 10 回単独 11 回） 介護保険 10 名（同行 21 回、単独 2 回）、1 日平均 2.9 回、時間外訪問 1 回（同行）、新規契約同行 1 件、サービス担当者会議 1 件であった。
- ・ 2 ヶ月経過したところで、コーディネーター（看護協会専務理事）を交えての 4 者面談（本人・プリセプター・管理者）を実施した。

【研修会等】

- ・ 富山市 G ブロック居宅介護支援事業所研修会から、テーマ「緩和ケアについて」の講師として講義依頼を受けた。参加者は 13 事業所（24 名）。通常業務において、病院に所属する認定看護師とは直接交流することが少ないケアマネジャーにとって、今回緩和ケア認定看護師から直接講義を受けたことで、「緩和ケアを身近に感じることができた」「P C U の利用方法について知ることができた」「P C U に入院したら利用者との関係が途切れてしまう感じだったが、レスパイト利用もできることがわかった」「デスカンファレンスということ初めて知った」などの意見・感想があった。また、開催施設が特別養護老人ホームであったことから、ショートステイ・デイサービス等の施設見学を行い、社会資源の実際を知る機会とした。
- ・ 地域包括支援センターの研修の一つとして、地域の「認知症カフェ」を見学し、地域で行う介護予防の視点を学ぶ機会とした。
- ・ 看護協会主催の研修会に出席し、看護職の地域連携、地域包括ケア、これからの地域看護、地域での看取り等について学ぶ機会とした。

<3 か月目>

【訪問業務】

- ・ 在宅看取り事例 2 件を経験することができた。副担当していた事例は、臨終が休日であったことから、最期の場面には立ち会えなかった（主担当者のみ訪問した）。主担当していた事例においても臨終が深夜であったことから、主治医が看取りを行い翌朝連絡を受け、副担当者と共にエンゼルケア実施。更に両件のグリーフケア実施を計画した。
- ・ 病状変化から、入院となった利用者に対し入院先への面会（3 名）に同行し、病院の地域連携室や病棟の看護師との連携場面に立ち会い、カンファレンス以外

の方法で看護・医療情報交換がどのように行われているかを知る機会とした。

- ・ 訪問対象者数 19 名、のべ訪問回数 44 回、医療保険 8 名（同行 7 回、単独 18 回）、介護保険 11 名（同行 10 回、単独 9 回）、1 日平均 2.3 回、新規契約同行 1 件、在宅看取り 2 件、エンゼルケア 1 件、グリーフケア 1 件
- ・ 連日終了時のミニカンファレンスと振り返りシート記載を継続し、目標管理を続けた。開始 3 ヶ月目（前半終了）であり、月末に管理者との 2 者面談を行い、現時点での成果と課題を明確にし、後半における教育計画を再確認した。
- ・ ステーションの ICT 化に向け導入した i-Pad を用いた訪問を実施。

<4 か月目>

【訪問業務】

- ・ ステーションとしては時期的に利用者が減少しており、日々の訪問件数を伸ばすことはできなかったが、空いた時間を利用し、職員と共にステーション既存の「緩和ケアマニュアル」の見直し作業や職員へのミニレクチャー①「疼痛緩和について」の開催を計画した。
- ・ 受け持ち新規利用者に対し、看護計画の立案・説明、報告書作成、サービス提供書記入、利用料金の計算など一連の業務を一人で実施することを計画し、「看護に関する利用料」を実感することで、報酬制度とステーションの経営面を学ぶ機会とした。
- ・ 後半の課題であった定期巡回随時対応型訪問看護介護事業（連携型）におけるモニタリングの実際に同行し、地域を支援する制度や仕組みの中で、現場の看護師が行っている新しい取り組みを知り、生活者を支援する様々な方法を学ぶ機会とした。
- ・ 訪問対象者数 16 名、のべ訪問回数 41 回、医療保険 6 名（同行 3 回、単独 10 回）、介護保険 10 名（同行 7 回、単独 10 回）、1 日平均 2.4 回、サービス担当者会議 1 件、定期巡回随時対応型訪問介護看護モニタリング 2 件

【研修会等】

- ・ 職場を離れ、食事会を開催することで職員との親睦を図る場とした。

<5 か月目>

【訪問業務】

- ・ 後半の課題であった退院前カンファレンス出席の機会を、ようやく得ることができた。3 件（新規・継続）・2 カ所の病院（出向元以外）のカンファレンスに出席することで、カンファレンス開催までのステーションの看護師の実際の役割（情報・調整・準備）を知り、病院側がカンファレンスを効果的に開催するためのヒントを見出す機会とした。

- ・デスカンファレンスを開催（2件：在宅看取り、病院での看取り）。1件はカンファレンスを主催し、1件では補助者として関わることで、準備方法や、効果についてスタッフが学ぶ機会とした。
- ・出向期間前半では苦手としていた、訪問看護師による在宅のリハビリテーションや一人で行うトランスファーの実践にも取り組み、看護師としての実践能力向上を図る機会とした。
- ・先月に引き続き、ステーションと併設している居宅介護事業所職員との合同勉強会を開催し、ミニレクチャー②「臨死期のケアについて」を企画、ケアマネジャーの資質向上と交流を深める機会とした。
- ・ステーションで受け入れている「緩和ケア認定看護師教育課程」の受講者の実習において、訪問看護実践者であり、かつ緩和ケア認定看護師である指導者として接することで、より実践的な視点での学びを指導できる機会とした。

＜6か月目＞※予定を含む

【訪問業務】

- ・単独訪問や新規契約者への単独・同行訪問の継続。
- ・主担当者としての、サービス担当者会議への出席や他職種との協働を行い、訪問看護師として、自ら考え動く機会とする。
- ・ミニレクチャー③「スピリチュアルケアについて」を企画、職員の学びの場とした。

【研修会等】

- ・前半の2ヶ月目では、地域の居宅介護支援事業所のケアマネジャーという専門職を対象とした研修会を開催することができた。後半最終月を迎え、地域包括支援センターの協力を得、地域住民を対象とした茶話会（勉強会）を企画。長寿会参加者の方々に、緩和ケア認定看護師・訪問看護師として地域で活躍する場を設定した。

（6）出向期間中のコーディネーターによる支援

＜1か月目＞

出向看護師及び訪問看護 ST 管理者、プリセプターとの打合せを行った。出向看護師の振り返りシートをもとに報告を聞き、学んだ点や今後の計画について協議した。

＜2か月目＞

日本看護協会の協会ニュースに本事業が掲載されることになり、取材協力に向けて出向看護師及び訪問看護 ST 管理者と打合せを行った。

< 3 か月目 >

訪問看護 ST が同じ建物内にあるので、出向看護師が訪問に出かける時や帰所時に顔を合わせる機会があり、その度に声掛けをし、訪問の様子を聞いている。また、出向看護師への研修計画等について管理者から相談を受けている。

< 4 か月目 >

看護師出向元の病院看護部長・担当者及び出向看護師、訪問看護 ST 管理者、コーディネーターである看護協会の会長、担当者で事業の中間報告及び情報交換を開催

- ①出向看護師の実施状況報告
- ②訪問看護 ST 管理者から研修や事業評価報告 等
- ③今後の計画について

< 5 か月目 >

- ・冬季に入り、降雪時に車を運転しての訪問となるため、出向看護師へ安全運転を促している。
- ・出向看護師への研修計画等について管理者から相談を受けている。

< 6 か月目 >

3 月 18 日に「訪問看護における人材活用試行事業報告会」の開催を企画。病院及び訪問看護 ST、出向看護師の事業評価を行うとともに、その成果を県内の病院及び訪問看護 ST へ普及することにより、看護人材の「活用」のあり方の指針の一つとする。

5) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	9 人	11 人	人
訪問した延べ回数	26 回	17 回	回
主な業務内容	同行訪問：以下の見学とケアの一部実施 ➤ 日常生活ケア ・清潔援助：清拭・陰部洗浄・足浴・入浴介助・口腔ケア ・リハビリ・マッサージ ➤ 医療的管理 ・バイタル測定、全身状態の観察		

	・褥瘡予防、創傷処置、尿留置カテーテル管理、ウロストミー交換 ・胃瘻管理、胃瘻からの栄養注入、吸引、気管切開管理、CV ポート管理、在宅酸素療法 ➤ 精神的支援、家族支援 ➤ 看護記録の記載 ➤ 地域包括支援センター・居宅介護事業所での実習
主な利用者の状況	60～90 歳代：20 名 主な疾患　：悪性新生物、神経難病、認知症 独居 3 名　　家族と同居 7 名　　高齢者夫婦 9 名　　サ高住 1 名
できるように なったこと	<訪問看護についての理解> ・ 訪問看護の特色や富山県内訪問看護ステーションの状況、当訪問看護ステーションの特徴や役割について理解することができた。 ・ 訪問へ持参する物品についての説明を受け、診療材料などの病院とのコスト面の違いを実感した。 ・ 同行訪問を通し、利用者の病状や精神面、価値観に加え、家族背景や経済面、居住環境などからの広い視点での観察、アセスメント能力が求められることを学んだ。 ・ 多職種が連携し、協働して利用者の在宅療養を支えていく上での看護師の役割として、限られた訪問時間の中で、全身状態を観察し、予防的な介入も含め他の職種に発信していくことも大切になることを学んだ。 <訪問看護日常業務について> ・ 訪問看護ステーションでの 1 日・1 週間の業務の流れを理解することができた。 ・ 清潔援助、吸引、胃瘻からの栄養注入、スキンケア等を、スタッフ見守りの下で実施。 ・ ADL 全介助の利用者へ単独でケアを行う際の、工夫点や注意点を学んだ。 ・ 訪問看護師としてのマナーを学ぶことができた（玄関口の各家庭での対応方法、訪問時間が遅れる場合の連絡方法、各家庭内に応じた後片付け、等） ・ 公用車運転 ・ 看護記録記載 ・ 状態変化時の主治医報告方法やスタッフ・管理者への報告・相談方法の理解

	<多職種連携について> ・ 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所についての理解 ・ 居宅介護支援事業所の研修では、ケアマネジャーの役割や実際の業務、介護保険サービスのしくみについて学ぶことができた。 ・ 地域包括支援センターでの研修では、介護予防事業や認知症高齢者見守り支援事業など、地域住民の健康保持のため多くの事業を行っていることを、理解することができた。要支援認定を受けている方の訪問にも同行し、介護予防や自立を支える視点の大切さを実感した。また、病院を退院した患者が、地域でどのように生活しているか、どんな事に不安を感じているのか具体的に知ることもできた。 <在宅看取り：ケースからの学び> ・ 90 歳代男性、慢性疾患末期の利用者が在宅看取りとなり、その最期に同行訪問した。妻の動揺もみられたが、担当訪問看護師、ケアマネジャーが傍に付き添うことで徐々に落ち着かれ、かかりつけ医により死亡確認となった。身体的なアセスメントに基づき、今後起こりうる状況について情報提供を行いながら、不安を緩和できるよう寄り添い、在宅看取りを支える訪問看護師の実際の関わりを通し、学びを深めることができた。 <在宅療養を支える家族：ケースからの学び> ・ 医療ニーズの高い、神経難病の 60 歳代女性への同行訪問を通し、日中家族は仕事のため不在であるが、医療・介護の多職種連携により在宅療養が支えられている実際を知ることができた。また、夫は夜間吸引などの介護をしており、社会での役割を果たしながら長期に渡り介護を継続している家族の実際を知り、家族支援の大切さを改めて理解した。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 同行訪問したケースを振り返り、身体状況や療養環境など多面的なアセスメント、情報の整理も行い、今後単独でケアを実践できるようにする。 ・ 在宅療養を支える社会保障制度について自己学習を深める。 ・ がん末期の担当利用者への介入を通し、ニーズの把握に努め、意思決定支援、具体的援助方法について考える。 ・ 終末期の療養場所の選択は本人、家族にとって難しい意思決定となるため、訴えを傾聴しながら共に考えていく姿勢で関わっていきたい。

	・ 訪問先までの経路を覚え、安全に十分留意し公用車を運転し、時間に合わせ訪問できるようにする
--	--

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	6 人	1 0 人	人
訪問した延べ回数	2 1 回	2 3 回	回
主な業務内容	➤ 訪問前のミーティング ➤ 看護記録 ➤ 日常生活ケア ➤ 医療的管理 ・ バイタル測定・症状観察 ・ 排便コントロール、摘便、尿留置カテーテル交換 ・ CV ポート管理、内服管理 ・ 胃瘻管理・胃瘻からの栄養注入・腸瘻管理・腸瘻からの栄養注入（ポンプ使用） ・ 気管切開管理、吸引、胸水穿刺介助 ➤ 精神的支援 ➤ 家族支援 ➤ 緩和ケア ・ 終末期がん患者への精神的支援、症状緩和、医療用麻薬についての説明 ・ 生活アドバイス、家族支援 ➤ 多職種連携 ・ サービス担当者会議 ・ 連携ノートからのデイサービスやショートステイ中の情報収集 ・ 各家庭での連携ノートの記載 ・ ショートステイ・デイケア施設の見学 ・ 地域包括支援センター研修での認知症カフェ見学 ➤ ケアマネジャーへの緩和ケアについての研修会		
主な利用者の状況	年齢 小児：1 名 60～90 歳代：15 名 主な疾患 悪性新生物、神経難病、認知症 独居 2 名 家族と同居 9 名 高齢者夫婦 5 名		
できるようになったこと	＜訪問看護日常業務＞ ・ 一か月間の研修期間を終え、今月からは単独訪問を実施		

	日常生活援助 ・ 胃瘻管理・腸瘻管理・腸瘻からの栄養注入（ポンプ使用） ・ 気管切開管理、内服管理・吸引・CV ポート管理 ・ 利用者、家族への生活アドバイス、体重測定、腹囲測定 ・ 訪問看護指示書の見方、指示書を基にケアや処置の実施 ・ 介護保険サービス提供票についての理解、担当利用者の集金方法についての理解 ・ 在宅での薬剤処方の流れについて理解 <多職種連携> ・ 地域包括支援センターでの研修：認知症カフェ参加 ・ 在宅医へ電話・メールによる状態報告 ・ ケアマネジャー変更に伴うサービス担当者会議に参加 ・ 主治医、ケアマネジャーへの担当利用者の報告書記載 ・ 薬剤師との連携の理解 <在宅緩和ケア> ・ 終末期がん利用者の苦痛症状出現に対し、主治医へ状態報告し症状緩和について検討 ・ 症状悪化に伴う在宅での胸水穿刺の介助 ・ 終末期がん利用者、その家族の予期悲嘆への精神的支援 ・ 在宅では、疼痛出現時の状態を看護師が観察することはできず、本人や家族がレスキュータイミングを判断することになる。本人、家族が不安なく使用し、症状緩和が上手く図れるよう、丁寧な解り易い説明が大切になることを理解することができた。また、判断する家族の負担にも配慮が必要であり、判断が難しい時は電話でも相談に応じることを伝えた。 <独居高齢者へのサポート：ケースからの学び> ・ 独居高齢者が、デイサービスやショートステイ、ヘルパーなどの様々な介護サービスと、近隣の友人によるインフォーマルなサポートも得ながら、自分らしく在宅療養を継続している実際を知ることができた。 ・ 食事の準備や買い物などの家事を行うヘルパーの仕事の実際を知り、在宅療養での生活を支える介護という視点でのアプローチの重要性も学ぶことができた。
--	---

現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 単独訪問で、今後起こりうる症状を見据えたアセスメント、また皮膚トラブルなどの予防的な介入についても判断できるよう、スタッフのアセスメントやアドバイスから学びを深める。 ・ 医療ニーズの高い利用者への訪問の場合、時間超過することがあるため、段取りや時間配分を考えながら確実にケアを実施できるよう努める。 ・ 徐々に症状の進行がみられる終末期がん利用者への支援について、スタッフや主治医、ケアマネジャーと連携し検討していく。在宅看取りについての意思決定支援。症状緩和を確実に図ることで、安心感、在宅での穏やかな生活につなげていきたい。
------------------	---

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	8 人	1 1 人	人
訪問した延べ回数	2 5 回	1 9 回	回
主な業務内容	➤ 訪問前のミーティング ➤ 看護記録 ➤ 日常生活ケア ➤ 医療的管理（前月同） ➤ 看護計画立案・初期書類の作成 ➤ 多職種連携 ・ デイサービス施設の見学 ・ 再入院した利用者の病院面会 ・ 精神疾患利用者の情報提供のため、精神科病院へ同行訪問 ・ 訪問入浴サービス見学 ・ 在宅医、ケアマネジャーへの報告書記載 ➤ 緩和ケア		
主な利用者の状況	50～90 歳代：19 名 主な疾患：悪性新生物、神経難病、認知症 独居 5 名 家族と同居 8 名 高齢者夫婦 6 名		
できるようになったこと	<訪問看護日常業務> ・ 在宅でのリフト使用による入浴介助見学 ・ 新規利用者に対する看護計画の立案、書類の作成 ・ 高齢利用者を介護する家族への褥瘡予防や誤嚥予防についての指導 ・ 連携ノートの情報からのアセスメント ・ 高齢独居の利用者への食事の準備		

	・ 電話での利用者や家族の状態確認・アドバイス ・ 腹水穿刺の介助 ・ 指導者と共に介護保険サービス提供票の実績記入、点数計算 <多職種連携> ・ ADL 低下がみられる利用者へのエアマット使用についてのケアマネジャーとの連携 ・ デイサービス施設についての理解 ・ 訪問入浴サービスについての理解 ・ 精神疾患利用者をサポートするための多職種連携の理解 <在宅看取り> ・ クリニックからのテレビモニターの活用 ・ 在宅看取りに向けての家族への情報提供、精神的支援、エンゼルケア ・ 在宅看取りとなった遺族へのグリーフケア
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 新たに担当となった新規利用者への、状況に応じたケア方法や家族への指導について、スタッフと意見交換しながら、主体的に検討し実践していく。 ・ 介護職へ解り易く、褥瘡予防などのケア統一のための説明や指導ができるようになる。 ・ 緩和ケアについての勉強会を開催し、スタッフと共に在宅緩和ケアについて学ぶ。 ・ 定期巡回・随時対応訪問介護看護サービスについて理解する。

4 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	6 人	1 0 人	人
訪問した延べ回数	1 3 回	2 8 回	回
主な業務内容	➤ 訪問前のミーティング ➤ 看護記録 ➤ 日常生活ケア ➤ 医療的管理（前月同） ➤ 看護計画立案・初期書類の作成 ➤ 多職種連携		

	・在宅医、ケアマネジャーへの報告書記載 ・退院カンファレンス参加 ・サービス担当者会議参加 ➤ 在宅緩和ケア：グリーフケア ➤ 訪問看護ステーションスタッフへ、緩和ケア（疼痛緩和について）勉強会開催
主な利用者の状況	年齢 50～90 歳代：16 名 主な疾患：悪性新生物、神経難病、認知症 独居 2 名 家族と同居 9 名 高齢者夫婦 5 名
できるようになったこと	＜定期巡回・随時対応訪問介護看護サービスについて＞ ・定期巡回モニタリングに同行した。単身で介護度の高い高齢者であっても、住み慣れた地域で暮らすことを支えるために作られたサービスであることを知った。生活全般から身体症状への影響も考えアセスメントし、実際に生活を支えるヘルパーに解り易く伝えることが必要となり、訪問看護師の介護職への教育的な役割についても学ぶことができた。 ＜退院カンファレンスでの学び＞ ・終末期がん患者の退院カンファレンスに参加した。終末期の療養場所の選択は家族にとっても難しい選択となる。病院、在宅双方のスタッフが協働し、揺れる気持ちに寄り添い、意向に沿いながら迅速に対応していくことが求められることを実感した。 ＜自立を支える訪問看護の役割：ケースからの学び＞ ・神経難病による下半身麻痺の利用者への訪問では、昇降型浴槽での入浴介助を行った。日中は一人で過ごしているが、近隣の友人などのインフォーマルな支援も受けながら、お互いが支え合い、障害を持ちながら地域で自立して生活できるということの実際に触れ学ぶことができた。また、利用者のセルフケア能力をアセスメントし、できないことは補いながら、住み慣れた地域での自立を支えていく訪問看護師の役割を知ることができた。 ＜訪問頻度の少ない高齢者への介入からの学び＞ ・高齢で脳梗塞後遺症の利用者への、隔週 1 回の訪問では、訪問日に実際に観察した内容に加え、家族からの情報やヘルパー、デイサービス

	との連携ノートからの情報を元にアセスメントする必要がある。そして、介護職へ継続してもらいたいケアや注意を促したい点を言語化し、連携ノートを利用し解り易く伝えていく。短時間の訪問で、自ら訴える事のできない高齢者の些細な変化にも注意を払う観察力、アセスメント能力が求められると改めて実感した。 <緩和ケアについての勉強会> ・ 訪問看護ステーションスタッフへ、疼痛緩和についての勉強会を行った。スタッフからは、以前担当したケースから、フェントステブ[®]使用中の日常生活での注意点などの質問があった。在宅で症状緩和を図る場合に日頃困難に感じていることなど、具体的に知ることができ、アドバイスをすることができた。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 緩和ケアについて勉強会（2月：臨死期のケア 3月：スピリチュアルケア）を開催し、スタッフと共に在宅緩和ケアについて考える。 ・ 在宅看取りとなったケースの多職種でのデスカンファレンスを実施し、ケースからの学びをスタッフ間で共有し、今後のケアに活かす。

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる			
		時の 事業 開始 評価	1 か 月 後 の 評価	3 か 月 後 の 評価	時の 事業 終了 評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	4	5	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	2	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	5	5	5	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	5	5	5	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	4	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	3	4	5
8	訪問予定時間通りに訪問する		4	5	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	4	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	3	4	5	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	2	3	4	5
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	4	5	5	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	2	4	5
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	1	3	5
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	2	4	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	4	4	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	3	4	5
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	2	4	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	4	5	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	3	5	5
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	2	3	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	2	4	5
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	2	3	5
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	4	5
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	3	4	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5	5

(3) 病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

- ・ 患者が退院後に、住み慣れた地域でどのように生活しているのか、実際を知り、家庭ごとの生活様式や環境に沿ったケアの大切さも理解することができた。具体的に在宅療養をイメージしながら、退院後を見据えた看護介入を行うことで、円滑な退院支援に繋がると考える。
- ・ 経管栄養や気管切開の管理など、医療ニーズの高い患者も様々な在宅サービスを利用することで、在宅療養が可能となることを知り、今後、療養場所についての意思決定支援に活かすことができると考える。また、実際の訪問看護や介護職の介入を理解したことで、退院時に家族へ具体的な教育的支援を行う際に役立てることができると考える。
- ・ 訪問看護師として実際に看護展開をしたことで、在宅療養を支える上で、訪問看護師が必要とする情報を理解することができ、看護サマリーの記載や退院カンファレンスでの情報提供時に役立てたい。
- ・ 実際に在宅緩和ケア、在宅看取りの支援を経験できたことで、がん患者や終末期患者への、意思決定支援や在宅療養移行への精神的支援、家族支援に役立てることができる。
- ・ 訪問看護ステーションの一員として勤務することで、スタッフが日ごろ感じている在宅緩和ケア、在宅看取りに対する不安を共有することができた。この経験を、在宅緩和ケア、在宅看取りへの不安軽減に繋がる研修会開催に役立てたい。
- ・ 居宅介護支援事業所や地域包括支援センターでの研修を通し、ケアマネジャーの役割、専門性を知ることができた。介護予防事業など、健康保持のための事業を知ることができたことは、高齢者が地域で生活していくことを具体的にイメージすることに繋がった。
- ・ 在宅での様々な介護サービスを知ることができたことは、実際にケアプランを作成するケアマネジャーと連携する際、その患者が必要となるサービスを想定しながら情報提供することに活用できる。
- ・ 6 カ月間訪問看護ステーションに在籍し、地域で多職種と連携を図れたこと、また緩和ケア認定看護師として、地域での勉強会開催の機会を得たことは、顔の見える関係性を築くことができ、今後の円滑な地域連携に活かすことができると考える。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

- ・ 当院は DPC II 群病院、高度急性期病院であり、短い入院期間の中で、急性期医療と並行して退院後の生活を見据えた看護の提供が求められる。訪問看護師としての勤務経験を活かし、在宅療養の実際や、地域での医療、介護職の専門性についてスタッフへ伝えることで、院内の在宅療養支援に向けてのアセスメント能力、ケアの向

上に繋げたい。また、急性期病院からの退院は、在宅療養移行後も、しばらく不安定な状態が続くことが多く、患者・家族の不安も強いことが解った。すぐに再入院となるケースもあり、病院として退院後のサポート体制を整えることも必要だと感じている。急性期治療を終え、安心して在宅療養へ移行できるよう、退院後訪問などの具体的な取り組みを検討していきたい。

- ・ 訪問看護師や在宅医のサポートを受けながら、最期を自宅で迎えた終末期がん患者のケースでは、病状が進行する中で、多職種が連携し、在宅療養を支えていく実際に学ぶことができた。この学びを活かし、今後緩和ケア認定看護師として、療養場所を含めた意思決定支援や、終末期がん故の、より迅速で、予後を見据えた退院支援を実践し、役割モデルとなれるよう努めていきたい。また、病状への不安や家族サポート体制など、様々な理由から退院支援が困難となる事例も多く、実際の在宅療養をイメージし、具体的な解決策も提示しながら、相談や指導役割を担っていきたい。
- ・ 訪問看護師は、限られた訪問時間の中で、高いアセスメント能力が求められる。在宅療養移行後に、できる限り苦痛緩和が図れ、安心して療養できるよう、その患者の今後起こりうる身体症状や、トータルペインの視点でのアセスメント、家族状況など、継続看護に活かしてもらえる内容を情報提供することは、緩和ケアを担う病院看護師の役割だと考える。地域との連携を深め、病院、在宅の双方での質の高い看護、シームレスな緩和ケアに繋がるよう努めていきたい。また、地域での緩和ケアについての勉強会開催や、相談役割も積極的に担っていきたい。

（４）事業終了後の感想

訪問看護師として勤務し、地域医療を学ぶ貴重な経験をさせて頂いたと感じている。神経難病などの医療ニーズの高いケース、がん終末期、高齢夫婦、認知症や高齢独居など、様々なケースへの訪問を通し、病院を退院後に、患者は住み慣れた地域でどのように在宅サービスを受けながら生活しているのか、実際に知ることができた。今まで退院支援を行いながら、その患者の具体的な在宅療養のイメージができず、家族の介護不安にも上手くアドバイスすることができていなかったと思う。実際に訪問看護師として地域で他職種と連携を図り、在宅療養に携わることで得た知識は、今後退院支援を行う上で、患者・家族が安心して在宅療養に移行するための介入に結び付けることができると感じている。また、担当看護師として約３ヶ月間に渡り、病院を退院直後の訪問開始から、在宅での看取り、グリーフケアまで関わらせて頂いた終末期がん患者のケースでは、緩和ケア認定看護師として、多くのことを学ばせて頂いた。多職種の連携、家族の力が、本人の意思を最期まで支えることができたケースだと感じている。スタッフとともに、意見交換をしながらケアを進めていったことで、在宅緩和ケア、在宅看取りについて深く考えることができたと思う。

在宅療養を支える上で、介護職の力の大きさを実感した。高齢夫婦や高齢独居が今後更に増えることが予測され、医療ニーズと介護ニーズの両方からその人の生活を支援することが必要となる。病院から離れ、地域で訪問看護師として働く中で、介護職の専門性を知ることができ、また、看護師の専門性を改めて考える機会となった。それぞれの職種が役割を果たし専門性を発揮し、他職種について理解することが、円滑な多職種連携に繋がると感じている。

ケアマネジャーへの緩和ケアについての研修会を通し、終末期がん患者への関わりに不安を感じている方も多いことが解った。また、訪問看護ステーションのスタッフと共に在宅緩和ケアを実践した経験から、24 時間医療者が傍にいない環境で、主介護者となる家族へ解り易く情報提供し、看取りの支援を行うことの難しさも実感した。今後緩和ケア認定看護師として、地域でも緩和ケアについて伝えていき、少しでも在宅緩和ケア推進に向けた活動ができればと考えている。

初めは、訪問看護師として勤務することに不安、緊張もあったが、訪問看護ステーションのスタッフの方々にサポートして頂き、地域で多くの学びを得ることができた。この学びを病院で共有し、院内の看護の質向上に繋げていきたいと思う。

6) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる			
		事業開始時の評価	1か月後の評価	3か月後の評価	事業終了時の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	-	3	4	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	-	3	3	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	5	5	5	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	5	4	5	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	5	3	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	5	5	5	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	5	5	5	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	4	5	5	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	4	5	5	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	5	5	5
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	4	4	5	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	3	4	5	5
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	-	3	5	5
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	3	5	5	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	5	5	5	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	4	5	5
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	-	3	4	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	3	4	5	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	4	4	5	5
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	3	3	3	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	-	4	5	5
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	-	-	-	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	3	4	4	5
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	-	-	4	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	-	5	5	5

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

1. 看取り件数の増加：3 件（10 月～1 月） ※4 月～9 月の実績は 2 件
2. デスカンファレンスの増加：2 件（昨年度 1 件） カンファレンスを主催する際のマニュアルを作成した。
3. 研修期間の 1 ケ月を利用し、全職員との同行訪問を実施することができた。緩和ケア認定看護師との同行訪問をする機会を多く設定できたことや、ミニカンファレンスの場を設けることで、日頃からの緩和ケアに対する悩みや疑問を表出し、具体的に助言を受けることができたことや、緩和ケアサービス提供に対する安心感につながった。
4. 「緩和ケアマニュアル」の見直し改訂ができた。
5. ステーションの看護師が活躍できる場の開発（他職種の勉強会への参加、住民との交流）ができ、機能強化型ステーションとなった際の、地域貢献の場をイメージすることができた。
6. 関係職種に対する、緩和ケア認定看護師が所属する「看取り強化ステーション」という PR となり、医師やケアマネジャーから指名や相談を受けることができた。
7. 緩和ケア認定看護師の在籍により、ターミナルケアを含めた看護に対する不安の緩和、第 3 者から看護の承認を得ることによる安堵感がえられた。
8. 期間中に実習を受け入れた、緩和ケア認定看護師教育課程受講者に対する訪問看護ステーション実習指導を充実させることができた。
9. 常勤数の確保により、同行訪問頻度や年休消化率のアップ等により、職員の精神的ストレスの緩和につながった。
10. 期間中の収益は、約 120 万円（平均単価 10,000 円×120 回） 予定。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

1. 病院と地域の連携に強い看護師の育成。
 - ・ 訪問看護の実践経験を通して、入院患者の退院後の生活を見据えた支援を展開する（患者を生活する人と捉える）視点をもつ職員の育成。
 - ・ 地域資源の現状がわかり、効果的な連携のポイントがわかる職員の育成。
 - ・ 病院と訪問看護ステーションの看護師間の連携（看護情報提供書の内容や退院前カンファレンス等）に必要な、効果的な情報提供方法を見出す力の育成。
 - ・ 介護保険の流れや、実際の地域包括支援センターやケアマネジャーの役割を知ること、入院患者やその家族への的確な指導に繋げる力の育成。
 - ・ 訪問看護ステーションだけではなく、地域の看護職との連携力・活用力の育成。

2. 認定看護師が活躍できる場の拡充。

- ・ 病院の認定看護師による「看護外来」での活動に加え、ステーションの認定看護師としての実践で、より生活現場に沿った支援ができる認定看護師の育成。
- ・ 病院に所属しながら、地域における様々な健康レベルの看護実践ができる。
- ・ 認定看護師教育課程受講者における実習指導を行う機会が得られる。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

1. 看護師としての経験年数（給与の面やステーション職員の年齢構成）。
2. 4月～10月の期間は、複数名の実習生をほぼ毎日受け入れているため、出向者の同行訪問計画を効率よく計画することが困難となる。実習生のラッシュ期間を避け、開始できることが必要。

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

1. 地域資源について学ぶため、様々な事業所へ出向く機会を多く計画・企画。
2. 地域連携に関する研修会・会議等への参加を企画。
3. 日々のミニカンファレンスや毎週のプリセプターとの面談を計画。
4. OJT/OFF-JT を含め教育計画を見直し、振り返りシートを新たに作成。
5. 県看護協会主催の研修会の活用（研修先で、病院職員とも交流が図れる）。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

1. ステーションの教育体制：訪問看護実践以外の地域資源について学ぶ機会。
2. 出向期間と時期：出向者が、現場（日勤生活・職場環境・制度）に慣れ、様々な「場（特に入退院に関わる他機関連携など）」を経験するためには、3ヶ月程度の期間が必要であり、出向者らしい能力を発揮できるのは、4ヶ月以降。ステーションが、更にブラッシュアップ（量的な効果に加え、質的な効果を得られる）されるためには3ヶ月以上の出向期間（今回のような6ヶ月）が必要。
3. 可能であれば、各種認定看護師の出向。
4. 管理職ではなく、退院調整看護師や中堅看護師の出向。
5. コーディネーターの設置（できれば、看護協会）。
6. 病院長や看護部長、事務局長等の管理職が、自施設の地域の中で担うべき役割を明確化し、そのための課題と対策を見据えた高い先見性と事業への理解。
1. 出向者の行動力と向上心・目的意識。

⑥その他、事業を実施した感想

出向者が、現場（日勤生活・職場環境・制度）に慣れ、様々な場（特に退院に関わる他機関連携等）を経験するためには、3ヶ月程度の期間が必要であると改めて実感した。

期間が3ヶ月の場合、一人立ちしたところで終了となってしまう、「自分で考えて動く」の実践が不消化になってしまわないか。受け入れたステーション側も「育てて終わり」と言う喪失感だけとなり、モチベーションが維持できないのではないかと懸念される。

今回の事業を受託した目的は、機能強化型ステーションにむけた人員と看取り件数（数）と、地域住民に対する安心して最期を迎えることのできる「看取りの場」と「看取り支援のできる人材」（質）の確保であった。量の確保という点では、常勤職員が多い事のメリットを改めて実感した。また、今回の事業期間中に、訪問看護ソフトの変更とi-Pad導入による、業務の効率化を開始した。慣れない作業を進める中で、出向者に単独訪問を担ってもらえることで、各自が事務作業をする時間を確保することができた。看取り件数の確保という点では、ステーションとしての新規依頼ケースが少なく、看取り件数は3件にとどまった。質の確保という点では、悪性疾患・高齢者の終末期を迎えている利用者へ認定看護師と同行訪問を実施できたことで「心強かった」「的確なアドバイスにつなげることができた」という言葉がきかれ、職員の精神的な負担を軽減することができたと考える。常勤者が増えたことにより、ステーション内での緩和に関する職員間の会話時間や「同行訪問」の頻度が増えたことは、緩和ケア事例に留まらず、困難事例等においても、緩和ケア認定看護師が出向したことで、ターミナル期のケースを受け持つ際のスキルアップにつながったのではないかと感じている。今後、緩和ケア認定看護師が出向したことによる、職員の「緩和・ターミナル」に関する心理的な影響等は、出向期間が終了後第3者機関による調査結果で改めて評価する予定である。

今回は、当ステーションにおける学生等の実習期間が終了してからであったため、同行訪問やその他のOJTをスムーズに組み込むことができた。実習生を毎日2～3人受けながらでは、同行訪問の計画が難航したと思われる。

病院看護師の現状を身近に聞くことができ、改めてステーションとして効果的な連携に必要なヒントを得ることができた。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

- ・ 出向先である、ステーションの要望と出向元である病院のマッチングがスムーズに行われ、希望の人財を得ることができた。
- ・ 定期的な面談や伝達・調整等においても、事務的な手続き等の負担がなくスムーズに開催してもらうことができた。
- ・ 各種事務的な手続きにおいても、現場の負担が軽減された。

7) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

本事業を通じて出向者に期待したミッションは以下のことであった。

1. 研修生が、地域で働く看護職と知りあい、人事交流や情報交換をすることで、訪問看護や地域のサービス間連携について知識を深めることができる。
2. 研修生が、在宅療養は困難と思われた人に訪問看護等の様々なサービス・資源を活用した在宅訪問を経験することで、在宅ケアが展開できる。
3. 入院早期からの退院支援・在宅療養支援に向け、地域の医療介護サービスとの連携・調整力を、病院での退院調整及び在宅療養支援(看護ケア能力向上)に活かせる。

②出向者のミッションの達成状況

1. 医療ニーズの高いケース、がん終末期、高齢夫婦、認知症や高齢独居など、様々なケースへの訪問を通し、退院後に患者は、住み慣れた地域でどのように在宅サービスを受けながら生活しているのか、実際を知ることができたことにより目標は達成できたと評価した。また、富山市のケアマネジャーを対象とした居宅介護支援事業研修会において講師を務め、「緩和ケア」を理解し、身近に感じてもらうことができた。
2. 研修開始2ヶ月後から単独訪問を実施しており、在宅看取りのケースへの訪問も実施している。訪問看護師や在宅医のサポートを受けながら、最期を自宅で迎えた終末期がん患者のケースでは、病状が進行する中で、多職種が連携し、在宅療養を支えていく実際に学ぶことができたことにより、目標は達成できたと評価した。
3. 訪問看護師としての勤務経験を活かし、在宅療養の実際や、地域での医療、介護職の専門性についてスタッフへ伝えることで、院内の在宅療養支援に向けてのアセスメント能力、ケアの向上に繋げてくれることを期待したい。

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

出向者が訪問看護経験を活かして下記を実施することにより、院内の在宅療養支援に向けてのアセスメント能力やケアの向上につながると考える。

1. 地域の看護職と顔の見える関係を構築する
2. 院内研修会にて病院と地域の看護師間の連携方法について伝達する
3. 退院支援職員による退院支援会議における助言・指導
4. 院内での退院調整における指導・相談

以前から、短期間で見学中心のプログラムの訪問看護の研修には職員を派遣してきた。それに対して今回の事業は 6 カ月にわたり、訪問看護ステーションの一員として働くことで、在宅の特性を踏まえたアセスメントやケア、多職種連携などをしっかり吸収し、病院に戻って得たものを生かしてくれることと期待している。

まもなく、当院では「入退院支援センター」を立ち上げる。センターでは、さまざまな機関や職種と連携し、入院や外来とご自宅をつなぐ支援や相談に集約的に対応する予定である。そこで、地域連携室を中心に退院後訪問などの取り組みも強化し、病院を挙げて不安なくご自宅で生活できるように支えていきたい。また、認定看護師を地域の勉強会の講師に派遣するなど地域全体の医療・介護の充実に向けた取り組みも積極的にやっていきたいと思っている。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

緩和ケア認定看護師が同行訪問、または相談・支援を行うことにより、下記の効果が期待される。

1. 訪問看護ステーション職員の緩和ケア・看取り支援に対する不安の軽減
2. 終末期を在宅で過ごすことができるケースの増加
3. 在宅看取り件数の増加
4. 病院看護師とのデスカンファレンス件数の増加

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

1. 病院管理者、事務局にこの事業に対する必要性や期待を看護部長から説明し、理解を得ること。
2. 出向者が病院看護師として訪問看護ステーションへ出向し在宅看護の状況を知ることの必要性を理解し、出向への動機付けができるよう、円滑な在宅移行の体制づくりに向けた看護管理者としての思いも話し、出向者としての役割、目標を明確にして出向を依頼すること。
3. こうした出向は前例がないので、給与や昇給などの待遇面で出向者が不利益を被ることのないよう、事務部門とは入念に調整を図ること。

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

看護師本人が訪問看護に対する関心を持っていることが重要である。さらに、病院側だけでなく訪問看護ステーション側のメリットを鑑み、今後の地域医療に向けて Win-Win な関係を保てるよう考え、訪問看護ステーション側のニーズをふまえて出向させる看護師を選定した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・ 病院側と訪問看護ステーション側の双方が事業によるメリットを理解し、前向きに取り組むこと。
- ・ 今後、双方の連携強化が進むことやステーションとしての教育効果に期待できること。

⑥その他、事業を実施した感想

出向者は事業を通じ、急性期病院からの退院患者は在宅療養移行後もしばらく不安定な状態が続くことが多く、患者・家族の不安も強いことを理解した。すぐに再入院となるケースもあり、病院として退院後のサポート体制を整える必要性を感じたと言っている。急性期治療を終え、安心して在宅療養へ移行できるよう、退院後訪問などの具体的な取り組みの必要性も感じている。家庭環境に沿ったケアや介護サービス利用の流れ、福祉用具などを具体的に理解することができ、病院に戻ってから適切なケアやアドバイスができることも実感している。

病院としても、出向看護師が病院に戻って退院調整及び在宅療養支援(看護ケア能力向上)に活かせることを期待できると思う。しかし、出向者が病院に戻ってきた時に、今回のように認定看護師の専門性を有する者であれば、退院支援業務だけでなく、その専門分野における役割を考慮し、どの部署に配置するかを決定しなければならないと考えている。

また、協定書等の作成を担当した事務部門からは、職員協定書、出向契約などの例の提示があれば助かるとのことであった。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

1. 出向元の病院と出向先の訪問看護ステーションの間に立ち、調整していただいた。
2. 事前打合せ会を設けることにより、互いの疑問点や課題を確認できた。
3. 中間報告会を 1 月に設けることにより、出向看護師の実施内容や目標達成度を知ることができた。

8) コーディネーターによる評価

(1) コーディネーター業務の実施状況

①出向期間中の支援における課題

- ・今回、看護師の出向先である訪問看護ステーションは、同じ建物内であり、日常的に情報収集や情報交換がしやすい状況であったが、距離が離れている場合は、予め日程調整が必要である。訪問看護業務は、終日外出していたり、突発的に訪問や連絡が必要になったりすることが多いので調整が難しい。
- ・出向看護師が定期的（月1回）に病院へ事業報告すると計画していたが、実際は、病院、ST共に多忙であり、日程調整が難しかった。

②出向期間中の支援で工夫した点

- ・地域医療や訪問看護に関する看護協会主催の研修会等の受講を勧め、広く学ぶ機会を設けた。
- ・出向看護師の休暇や時間外勤務等の取り扱いについて、その都度、病院の人事管理部门と協議し、本人の不利益とならないように配慮した。

(2) 事業実施スキームに対する評価

①当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果

1. 病院側に対して、地域医療における訪問看護の必要性を啓発した結果、理解を得られた病院から、看護師の出向が実現できた。
2. 訪問看護 ST へ病院からの出向看護師を受け入れるにあたり、病院側と本人の待遇や身分、又将来にわたって不利にならない等を話し合うことができた。
3. 看護師出向制度について、病院の事務局に理解と協力を得ることができた。

②病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件

1. 県内の医療圏毎の地域性や地区診断を行い、在宅医療や訪問看護の状況を把握する。
2. 病院側へ施設内看護師が在宅における看護の状況を知ることの必要性を啓発。
3. 訪問看護 ST 側へ病院看護師の出向について趣旨等を説明し、理解や受け入れ体制の協力を得る。

③病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題

1. 現在、地域医療構想各医療圏調整会議において、病床の機能分化等が検討されており、その中で訪問看護の必要性を提言する。
2. 地域医療における訪問看護の重要性や、看護師を出向させることにより、病院として退院支援の仕組みを強化できること等を病院側へ啓発する必要がある。

3. 小規模 ST の大規模化や ST 同士の相互支援を推進するとともに、教育制度を充実し、出向看護師を受け入れやすくする必要がある。
4. 看護師出向制度に関する「職員協定書」や「出向契約書」等の共通の様式を病院と訪問看護ステーションへ提示できれば、この事業が推進しやすいと思う。

④その他、当事業を実施した感想

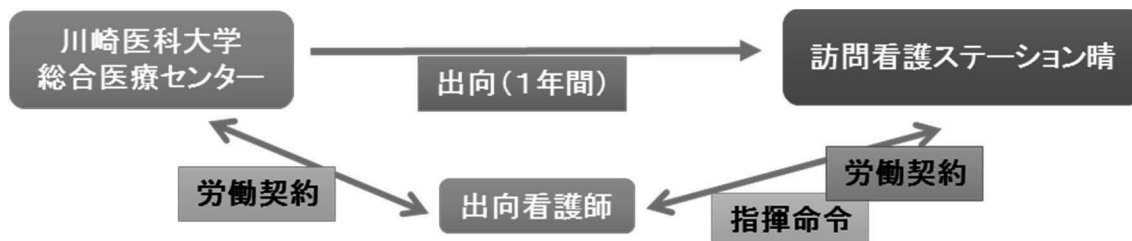
訪問看護従事者の質・量の人材確保を考えると、病院等の看護師が訪問看護 ST へ出向して在宅での看護を理解し、また、スキルを地域へ提供するこの事業は、ST、病院ともに成果が期待される。

しかし、実際は、出向看護師の身分保障や待遇を考えると、双方だけでは実施が難しく、今回は、日本看護協会からの事業協力謝金等で実現できている。研修期間中の出向者の給与や、ステーション側の指導にかかる労力や費用について、何らかの補助が受けられる仕組みが必要である。

病院看護師が直接訪問看護を実践するこのモデル事業の成果や予算等の保証の必要性を県に提言した結果、次年度は県主体、看護協会への委託による出向事業を実施できる見込みである。

7. 岡山県（川崎医科大学総合医療センター―訪問看護ステーション晴）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者 数（/ 月）	看護体制 看護職員数※	主な機能・特色
川崎医科大学総合医療センター	私立大学 法人	749 床	7 対 1 515 名	地域医療支援病院 看護師特定行為研 修指定機関 等
合同会社岡山在宅看護センター 訪問看護ステーション晴（はる）	営利法人	38 名	7 名 (4.3 名)	平成 27 年開設

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

出向期間	平成 28 年 9 月～平成 29 年 8 月 看護師 2 名が出向 (うち 9～11 月の 3 か月間、看護師 1 名の出向状況について本事業に協力)
------	---

川崎医科大学総合医療センターでは病院独自の取組みとして、訪問看護ステーションに看護師が出向する事業を平成 28 年 9 月よりスタートした。今後約 5 年間の事業期間を予定しており、初年度は、訪問看護ステーション晴に 2 名の看護師が出向中である。

2) 事業の背景と目的

(1) 背景

地域包括ケアシステムの中で、地域の方々が退院後に安心して在宅療養生活が送れる体制が求められている。その一つとして訪問看護ステーションは在宅看護の中心を担っており、地域活動を通して住民との交流を図り、ヘルスケアに寄与している実情がある。

川崎医科大学総合医療センターでは、地域の訪問看護ステーションに看護師が出向し、協働することで病院と訪問看護ステーションとの連携促進を図るとともに、看護師の在宅療養支援の理解と実践力を高めること、また継続的に出向事業を実施するこ

とによって、訪問看護ステーション側に医療依存度の高い利用者へ適切に対応できる人材(量的・質的)をある程度確保し、在宅療養を望む患者のニーズに応えることを目的に事業を計画した。

訪問看護ステーション晴は、川崎医科大学総合医療センターの近隣に平成 27 年 7 月に開設した。予防から看取りまで、地域で生活する人を看護師が身近に支えることを目指して立ち上げたステーションであり、医療処置や夜間緊急、看取りなどに安定して対応できるステーションとして地域で認知されつつある。経営の安定化を図っている途上であり、看護師 2 人の出向を病院から打診された際には若干不安もあったが、利用者が徐々に増加していることから受け入れ可能と判断した。

病院看護師が在宅療養支援の実際を経験することで、患者の入院から退院まで、また外来から生活の場につなぐ看護の支援について考えを深め、病院内で実践リーダーとなってもらいたい。また、また、近年の様々な疾患の外来治療の進歩は著しく、在宅療養支援においても、病院なみの知識・技術が求められることも多い。訪問看護ステーションにおいても、より専門的な知識・技術を習得していく必要性が高くなっている。病院看護師と訪問看護師が相互理解を深め、双方の強みと弱みを補完することのできる体制を構築したいと考えた。

(2) 目的

1. 生活の視点を持った看護の重要性を学び、急性期医療に活用する。
2. 訪問看護ステーションとの連携を通して当院の退院支援に活用する
3. 訪問看護ステーションにおける訪問看護や地域住民の健康増進・重症化予防の企画に参画し、急性期医療の経験を繋ぐことができる。
4. 訪問看護ステーションの利用者が増加し、経営が安定する。
5. 在宅医療・看護の教育・研修を急性期病院と訪問看護ステーションの協同で企画・運営し、地域における人材育成を図る。

3) 実施内容

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	退院調整部門勤務 副師長／看護師経験年数 18 年／年齢 40 代
----------------	-----------------------------------

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

・訪問看護ステーションの一員として、訪問に同行し訪問看護の実際を理解できる。

- ・訪問看護養成研修会の全日程を終了し、訪問看護師に必要な知識・技術・態度を訪問看護での場面において学習と結び付け、理解できる。
- ・訪問看護ステーションの職場環境に慣れ、業務内容を把握することができる。
- ・助言を受けながら利用者、家族に対して責任を持ち看護ケアを実践することができる。
- ・他の看護師に連絡・報告・相談ができる。

<2 か月目>

- ・助言を受けながら、ケアに必要な情報を関係各職種より収集できる。
- ・利用者、御家族の価値観を理解し、看護ケアに活かすことができる。
- ・助言を受けながら、必要な感染対策について理解できる。
- ・助言を受けながら在宅における医療処置、医療器材の管理について理解できる。
- ・在宅において、基本的看護技術を用いて安全な看護ケアを実践できる。

<3 か月目>

- ・看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報共有できる。
- ・利用者のケアプランに定められた時間内で、必要なケアを実践できる。
- ・助言を受けながら受け持ち利用者の情報収集、アセスメント、計画立案、修正、実践、評価を行うことができる。

<4 か月目>

- ・利用者の個性をとらえ、看護実践できる。
- ・多職種の役割を理解し、利用者にとって必要な情報提供や協力依頼ができる。
- ・在宅において看取りを望まれている利用者、御家族への精神的支援や医療関係者、関係職種との連携、協働について理解できる。

<5 か月目>

- ・慢性疾患のある利用者において、身体症状の変化だけでなく生活状況や生活行動なども含めたアセスメントを行い、異常の早期発見に気付くことができ、在宅医へ報告することができる。
- ・身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から個性を踏まえ、必要な支援を多職種へ提案できる。
- ・利用者、御家族や多職種からの電話連絡において、緊急性を対話の中から聞き出し、利用者の病態と情報から総合的に判断し対応することができる。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

病院看護師に在宅療養支援の実際を経験してもらうことで、患者の入院から退院まで、また外来において、生活の場につなぐ支援について考えを深め、利用者目線での退院支援・外来支援ができる看護師を育成する。そのために、まず、当ステーションの看護師と共に訪問看護の実践を行ってもらい、訪問看護の実際を学んでもらう。そして、病院と在宅の連携における課題について定期的に検証を行い、双方の課題解決に向けて解決策を提案していくことができるようにする。また、関連する在宅療養に関わる地域の資源の理解と実際の連携がはかることができるように、外部研修を行い、地域理解を深めてもらう。それにより、内外の連携が深められるようにする。

③病院が出向者に期待するミッション

1. 岡山市の地域包括ケアの実際を学び、地域での訪問看護の使命を理解することで、地域の人々への在宅療養支援のあるべき姿を描き表現できる。
2. 訪問看護師としての知識・技術・態度について学び、病院（入院・外来）での在宅療養支援に活かすことができる。
3. 在宅医療・看護の経験から外来-入院-在宅のプロセスをマネジメントし、効果的な退院支援及び退院後在宅療養支援体制を提案できる。
4. 在宅主治医と連携・協働の経験を通じて、当院での在宅主治医との連携強化のための方策を企画できる。

（４）実施体制

【事業計画】

1. 訪問看護ステーションに看護師２名が３か月間出向する（１クール３か月目途、延長もあり得る）。出向した看護師は「単独訪問できる」を目標にする。
2. 出向者は当院の経験年数５年以上の看護師とする。
3. 事業期間は約５年間とする。
4. 雇用は川崎医科大学附属川崎病院の職員として継続する総合・身分保障、手当や社会保障等事業者負担は出向先）契約は１年毎に取り交わす。
5. 医療事故などの責任については、病院・訪問看護ステーション双方が負う。

【出向する看護師の教育計画】

出向前：訪問看護に関する短期研修を受講

出向中：オリエンテーションと同行訪問、２か月目より単独訪問、３か月目より夜間・休日・時間外の呼び出し対応

出向後：訪問看護に関する中長期的研修の受講

【事業スケジュール】

2016 年 8 月：病院一訪問看護ステーションとの出向契約を結ぶ。

2016 年 9 月：2 名の看護師を訪問看護ステーションに出向開始(3 か月間)

2016 年 12 月：3 か月間の出向事業について評価し、出向事業の継続を検討。

【事業終了後】

- ・ 5 年間の継続事業とする。期間も 1～2 年間で長期に変更。
- ・ 出向者は、「在宅療養支援センター」に配置し、院内の退院支援に関するリーダーとなる。

（５）実施状況

＜1 か月目＞

- ・ 事業所概要の説明（提供するサービス内容・利用者の概要など）
- ・ 訪問看護の基本制度についての説明（医療保険・介護保険、訪問看護の報酬体系など）
- ・ 電子カルテの使用方法
- ・ 同行訪問による訪問看護の実践
- ・ 岡山県訪問看護師育成研修への参加
- ・ 退院前カンファレンスへの参加
- ・ サービス担当者会議への参加
- ・ 訪問看護ステーション主催の地域サロンへの参加
- ・ 岡山市主催の退院支援看護師養成研修への参加
- ・ リザーバー穿刺実習

＜2 か月目＞

- ・ 連携先の往診専門クリニックでの外部研修（3 日間）
- ・ 新規利用者の担当開始（1 か月目退院前カンファレンス参加者）：新規開始時の必要な手続き、訪問看護計画・報告書の作成についてのオリエンテーション
- ・ 在宅での終末期ケアの実際についての説明と実施
- ・ 在宅で使用する機器（PCA ポンプ、輸液ポンプなど）の説明
- ・ 単独訪問の実施：車の運転に関する注意や緊急時対応についての説明
- ・ 電話当番の実施（管理者のバックアップあり）：連携機関の緊急時連絡の方法などの説明
- ・ 岡山市主催の退院支援看護師養成研修への参加
- ・ 出向元で開催の医介連携の会への参加

<3 か月目>

- ・岡山市主催の退院支援看護師養成研修への参加（他の訪問看護ステーションでの実習）
- ・5名の担当利用者の受け持ち。
- ・出向元病院を受診している患者の在宅療養の調整を管理者と一緒に実施。

<4 か月目>

- 基本的に、当ステーションの訪問看護師とほぼ同様に訪問看護業務の実施を行う。
定期的に病院に帰り、学びや課題を病院へフィードバックする機会を持つ。
- ・月に1回病院での会議への参加
 - ・月に1回病院での病診連携の会への参加

<5 か月目>

- 基本的に、当ステーションの訪問看護師とほぼ同様に訪問看護業務の実施を行う。
- ・困難ケースの調整を管理者と一緒に行う。
定期的に病院に帰り、学びや課題を病院へフィードバックする機会を持つ。
 - ・月に1回病院での会議への参加
 - ・月に1回病院での病診連携の会への参加

<6 か月目>

- 基本的に、当ステーションの訪問看護師とほぼ同様に訪問看護業務の実施を行う。
定期的に病院に帰り、学びや課題を病院へフィードバックする機会を持つ。
- ・月に1回病院での会議への参加
 - ・月に1回病院での病診連携の会への参加

4) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	2 人	1 5 人	人
訪問した延べ回数	9 回	2 9 回	回
主な業務内容	・出向している訪問看護ステーションの事業所概要を理解する為に、提供するサービス内容、訪問看護の制度（医療保険、介護保険、訪問看護の報酬体制）、訪問看護利用者数や利用者状況の説明を受ける。 ・訪問する利用者の病態や状態を個人ファイルや記録より情報収集し、		

	同行訪問を行い、同行している看護師より病状や看護ケア、生活援助など必要なケアの説明を受ける。同行訪問する事で、在宅療養している利用者、御家族への対応や看護ケアについて理解する。 ・ 訪問看護師養成研修に参加し、日程を終了する。 ・ 退院前カンファレンスに参加する。 ・ 事業所が行っている、地域サロンへ参加する。(予防体操やかかりつけ医を持つ必要性について、健康相談) ・ サービス担当者会議に参加する。 ・ リザーバー穿刺実習。 ・ 退院支援看護師研修に参加する。(1日)
主な利用者の状況	<医療保険等の利用者> ・ 脊椎損傷者の利用者に対して、清潔ケア、排泄ケア、褥瘡処置、膀胱留置カテーテル管理、服薬管理、創傷処置。 ・ 統合失調症の既往もある多発性骨髄腫の利用者に対して、日常生活状況の確認やヘルパーとの情報共有(連絡ノート)、身体状態の確認、服薬確認、同居家族の思いの傾聴。 <介護保険の利用者> 脳血管疾患後の後遺症、糖尿病(2型)、脊椎損傷者、認知症(アルツハイマー型認知症)、大腿骨頸部骨折術後、胸部食道癌術後、頸部食道癌術後(永久気管孔あり)、循環器疾患、呼吸器疾患(在宅酸素使用)の利用者 訪問した利用者の実人数は17件。医療保険利用者の平均年齢は66歳、介護保険利用者の平均年齢は85.2歳であった。17件中独居は9名であった。
できるようになったこと	・ 訪問看護師養成研修に参加し、在宅療養において暮らしを支えるためには「日常生活援助には、その人が楽しみにしていること、生きがいを知らなければ支援できない」と学んだ。その学びを訪問看護の現場で行われている看護と結びつけることで、今までの看護を振り返ることができた。 ・ 看護師には医療と生活を結び付ける役割があり、訪問看護師の役割として利用者や家族が望む在宅療養を実現できるように医療機関や多職種と連携、協働することを学んだ。 ・ 医療保険と介護保険の制度の違いや、利用料金の自己負担分と保険外の実費分があること学んだ。

	・ 実際の訪問に同行し、訪問看護の実際を知ることができた。看護技術に関しては、病院での清潔援助や入浴介助、排泄介助、褥瘡処置や創処置などの経験もあり、安全にケアを提供できた。在宅で使用されている医療機器、福祉用具などの使用方法を知ることができた。 ・ 毎朝訪問前に1日の訪問スケジュールの確認や調整、病状に変化がある利用者や夜間の訪問など情報共有が必要な要件があれば伝達をし、利用者の状況把握を共有していることがわかった。医療関係者や多職種との連絡を電話やメール、FAX が使用されており、在宅看護における情報共有の重要性を学んだ。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 病院での業務内容と異なり、訪問看護ステーションの業務や訪問看護の実際を知ることができた。訪問時間内に必要なケアを提供し、訪問時の一般状態や生活状況から起こり得ることを予測するアセスメント力が重要であると学んだ。生活に視点を向け、限られた医療機器を用いて身体の変化をとらえる為にもフィジカルアセスメントが重要であると感じた。病院内で実施していない、リザーバー穿刺や尿道留置カテーテル（男性）については、ナースィングスキル（出向元の院内学習システム）で学習し、リザーバー穿刺については実技指導を経験することができた。在宅療養において実施されている医療処置や輸液管理、医療機器についても理解していく。 ・ 訪問看護ステーションの一員として看護を提供し利用者、家族が望んでいる在宅療養の姿を理解し、支援につなげていくことができる。 ・ 退院前カンファレンスに参加した利用者の方を担当することになり、今後担当看護師として在宅療養を支援していく。

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	7 人	1 2 人	人
訪問した延べ回数	2 7 回	3 3 回	回
主な業務内容	・ 訪問看護ステーションと連携のある往診クリニックへ外部実習に参加する（3日間） ・ 新規利用者の方を担当する（2名） ・ 1ヶ月目より訪問している利用者の方を、単独訪問する。 ・ 担当している利用者の訪問看護計画書、訪問看護報告書を作成する。 ・ 在宅療養を支援している、在宅医や多職種との情報共有を図る。 ・ 終末期看護。		

	・ 出向元で行われている医会連携の会に参加する。 ・ 初回訪問の同行が1件参加する。 ・ 夜間の電話当番開始となる。(4回/月) 対応できないことがあれば、責任者へ相談連絡できる体制。
主な利用者の状況	<医療保険等の利用者> 脊髄小脳変性症の利用者、肺癌末期、膀胱癌末期、進行性直腸癌末期、食道癌術後の利用者に対して、全身状態の観察、服薬管理、オピオイド使用状況確認、回腸ストーマ・ウロストミーの管理、輸液管理、上下肢の筋力アップ体操、褥瘡処置等実施。癌末期状態により毎日の訪問となる利用者と支えている御家族への精神的支援。在宅医・多職種との連携調整。 <介護保険の利用者> 自宅への訪問が12件中10件あり、2件はサービス付き高齢者住宅であった。訪問看護の内容としては、一般状態の確認と保清、排泄介助が主であり服薬管理やストーマケア、腹部や下肢のマッサージ、嚥下訓練など介護予防や病気の予防を図る。 訪問した利用者の実人数は19件。医療保険利用者の平均年齢は68歳、介護保険利用者の平均年齢は86歳であった。19件中独居は8名であった。
できるようになったこと	・ 連携のある往診クリニックでの実習では、訪問診療に同行させて頂き、在宅において病院と変わらない診療と治療を受けられることを知り、「家に帰りたい」の思いを叶えられる道があると知った。終末期で在宅療養されている方や御家族に対して、病状説明や意思決定支援に関わる医師、看護師、訪問看護師の役割を知ることが出来た。在宅で看取りを覚悟され療養している利用者・御家族の意向を確認しながら、関わる医療スタッフが情報共有し、終末期を迎える利用者と御家族の身体的・精神的苦痛が緩和・軽減できるように支援されている実際を学ぶことができた。 ・ 毎回同一者が訪問することがない為、訪問看護記録書を参考に情報収集を行い不明なことは担当看護師より情報提供してもらうことで、看護ケアの統一を図る。そして、訪問時の状態を訪問看護記録書に記載し、必要時には写真を撮り経過が解りやすくするなど情報共有方法について助言を受けながら実施することができた。 ・ 利用者に対して決められた時間内で、必要な看護ケアを提供し状態の把握をする。また、予測される状況を判断し、アセスメントすることが重要であり看護ケアや支援に繋げていくことを学んだ。

	・ 担当している利用者のストーマケアについて、ステーション内で手技方法について検討することができた。看護ケアに対して自分の考えを伝え、意見交換をすることで看護ケアを振り返ることができ、継続した看護ケアを提供していくためにも他者の看護ケアを知り、より良い看護ケアに繋げていく重要性を知ることができた。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 新規利用者を担当するようになり、在宅療養を支援していく為に必要な看護ケアを疾患や生活状況、利用されている社会資源、家族関係などからアセスメントし、コミュニケーションや生活状況からケアに繋げていく。利用者や御家族が望まれている在宅療養を理解し、看護ケアを検討し実施していく。 ・ 在宅診療医や多職種との情報共有の重要性を理解することができた。しかし、現状の報告はできるようになったが、在宅診療医や多職種に対して自分の意見を伝え、支援やケアに繋げることができていない。今後は必要と考えた支援やケアがあれば提案していきたい。 ・ 病状の進行と共に、身体状態にも変化がみられる為、限られた医療機器を用いて身体の異変に気づくことができるには、訪問時のバイタルサインチェック、一般状態観察の重要性を感じた。フィジカルアセスメント力を高め、異常の早期発見や日常生活状況を確認することで、身体の変化に気づける観察力を見につけていきたい。 ・ 難病や精神疾患に対する看護について、知識不足を感じた。制度についても理解ができていない為今後の課題とする。

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	7 人	1 4 人	人
訪問した延べ回数	2 7 回	3 8 回	回
主な業務内容	・ 退院支援看護師研修での訪問看護ステーション実習に参加する（他の訪問看護ステーション実習） ・ 初回訪問の同行（1 件） ・ 介護保険利用者であるが、経腸栄養の管理に退院直後は指導・管理を要す状態で、特別訪問看護指示書により医療保険で集中的な指導を行う。 ・ 担当している利用者の訪問看護計画書の評価、修正や訪問看護報告書の作成。 ・ 初めて訪問する利用者については、初回のみ同行訪問し必要な看護ケ		

	アについて説明を受ける。その後の訪問は、単独訪問となる。 ・ 夜間の電話当番（4 回／月）。 ・ 看護学校の在宅看護実習を受け入れており、訪問時に看護学生が同行することがあった。 ・ 学生のまとめの最終カンファレンスに参加する。
主な利用者の状況	・ 慢性呼吸器疾患の利用者の方が、急性増悪の為に介護保険利用であっても特別訪問看護指示書を受け医療保険に切りかわり、訪問看護の利用も期間内毎日訪問できることを学んだ。 ・ 以前家族内で訪問看護を利用され看取りケアを受けた家族より、訪問看護を利用したいと依頼を受けるケースがあった。 ・ 食道癌術後、胃癌術後であり退院後の在宅療養に訪問看護を利用され、退院後の状態観察や創処置、腸瘻管理、保清ケアなど状況に応じて多職種と連携し、情報共有を図り、安心して療養できる環境、看護ケアについて検討がされた。 ・ 訪問看護を利用されていたが、介護保険の区分変更により利用限度額の問題で、健康問題も安定していたこともあり、利用中止になる方、サービス付高齢者住宅入居者で関連施設のより住居に近い訪問看護ステーションの利用を希望され利用を中止される方もいた。 ・ 訪問した利用者の実人数は 21 件。医療保険利用者の平均年齢は 76 歳、介護保険利用者の平均年齢は 88 歳であった。21 件中独居は 7 名であった。
できるようになったこと	・ 担当している利用者のストーマケアについて、担当の皮膚排泄ケア認定看護師に現状報告し助言をもらい、装具の選定や手技の確認を行うことができた。 ・ 訪問先で対応困難なことや想定外なことが発生した場合には、在宅診療医や他の看護師へ報告し、指示を受けることができる。 ・ 訪問している利用者・御家族に対して、看護ケアに必要な情報をコミュニケーションから引き出し、ケアに繋げることを学んだ。 ・ 出向元へ 3 か月間の訪問看護の実際や、現状の報告ができた。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 慢性疾患や認知症により訪問看護を利用されている方に対して、身体機能の維持や生活習慣、生活環境の中からケアを提供することも必要であるが、その方がどのような人生を歩んでこられたのか、個人の価値観を理解することが重要であることを学んだ。様々な疾患を患い在宅療養している利用者・御家族の方に対して、住まれている場が安心できる環境となるように在宅療養を支えている関係職種の方々と連携をとり、訪問看護師として役割を担っていきたい。

	・ 出向元で治療を受けている利用者と、出向先の訪問看護ステーションを利用されている方もおられる為、病院と在宅をつなぐ役割としてスムーズな連携や協働ができるように働きかけていきたい。 ・ 退院前カンファレンスやサービス担当者会議など話し合いの場に参加し、意見交換ができるように在宅看護を学び、制度についても理解を深めていきたい。
--	--

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5 段階評価 1=できない～5=できる			
		の 事 業 開 始 時 の 評 価	1 か 月 後 の 評 価	3 か 月 後 の 評 価	の 事 業 終 了 時 の 評 価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	2	3	3
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	2	2
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができ	2	2	2	3
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	3	3	4
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	3	3	4
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	3	3	4
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	3	3	3
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	4	4	4
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	3	3
10	治療優先ではなく、生活を重視する	1	2	3	3
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスを	2	2	3	3
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	2	3	3	4
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	1	1	2
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	2	2	3
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	3	3	3	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	3	3	3	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	2	2	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	2	3	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	3	3	3	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	2	2	3
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	1	2	3
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	2	2	2	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	2	2	3	3
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	2	2	3	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	2	2	2	3
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	2	2	2	4

(3) 病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

- ・ 病院において退院支援職員を配置し支援している中で、退院後の生活に視点を向けた支援に苦慮している。今回、訪問看護ステーションへ出向し、在宅療養を支える訪問看護師の役割を理解できたことで、病院で治療を受け療養されている患者・御家族が望む療養生活を支援できるように訪問看護で学んだ知識を在宅療養の調整に活かしていきたい。
- ・ 病院内で退院前指導として医療処置や内服管理、移動動作などが多職種と検討されている。しかし、疾患や年齢的な問題や介護者の負担などもありスムーズ退院支援が進まないケースもある為、全てを病院で解決しようとするのではなく訪問診療や訪問看護、在宅を支援している多職種につなぐ働きかけや支援提供ができるようになりたいと考える。
- ・ 高齢者や認知症を患っている方などが病院に入院すると、環境の変化が身体的・精神的に影響を与え在宅療養が困難となるケースもある。その為、在宅療養を支援している関係職種の方と入院前の生活状況や支援状況の情報共有を図り、入院前・入院直後より治療方針に沿いつつ、在宅療養からの継続性のある看護ケアの実践が重要であると感じる。今後は専門チームと共に看護ケアを検討していきたい。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

- ・ 在宅医師、訪問看護師参加による早期多職種カンファレンスを開催している。退院支援が困難なケースなどを在宅医師や訪問看護師の視点からアドバイスを頂き、具体的な退院支援につなげる取り組みを行っている。今後も患者・御家族の思いを重視しながら、継続的なカンファレンスが開催できるように役割を担っていきたい。
- ・ 訪問看護師として実務にあたり、訪問看護師の役割や業務、在宅療養を支援している実態を理解することができた。今後はその経験を院内で伝達し、関係各職種との情報共有や連携の重要性を伝え、在宅療養は困難と判断されていた方が、望まれる在宅で生活ができるように病院と在宅をつなぐ役割として、在宅療養支援を強化していく。
- ・ 退院支援カンファレンスを活かし、早期より生活の視点から支援を提案し、看護ケアにつなげることができるように取り組んでいきたい。
- ・ 担当した利用者のストーマケアについて、認定看護師に相談し、助言を受けたことで適切な装具の選定や皮膚のケアを実施することができた。在宅でケアをしている訪問看護師と病院内の認定看護師が情報共有できることの必要性和看護ケアについて意見交換できたことで、看-看連携の強みを感じた。今後、認定看護師の専門的な知識や技術を、在宅療養を支援している職種の方々に貢献できるように提案していきたい。

（４）事業終了後の感想

病院の看護業務において、訪問看護師の方と接する機会がなく訪問看護師が在宅でどのような役割を担っているのかをはっきりと理解できていなかった。訪問看護ステーションに出向するまでに訪問看護師養成研修に参加することで、訪問看護師に必要な技術や知識、態度を学ぶ機会を頂いた。しかし、出向後に訪問看護師の一員として業務に携わる中で、今までに経験したことのない緊張感と責任感を感じた。なぜなら、訪問で異変に気付くことができなかつたらどうなるのか、自分が行った行為が最良の方法だったのかを考えると不安な気持ちと責任の重さは想像以上のものだった。病院では常に医師や医療者に相談できる状況下であり、直ぐに医療処置が行えるという自分にとって安心できる環境であることを改めて感じた。在宅での訪問看護師の役割として、暮らしの中で異変に気付くアセスメント力、在宅医や医療機関・関係職種との連携、調整力が必要であり、在宅療養を支援することの奥深さや訪問看護師の役割と重要性を目の当たりにした。その中で、訪問看護師が必要だと思う支援や援助があつたとしても、本人や家族の思いを尊重し、意向に寄り添いながら在宅療養生活を支援していくことの大切さを理解することができた。

訪問看護師を経験して思うことは、療養の場が医療機関から自宅・介護施設などに移行していく過程において、疾病や障害を抱えながらも社会の中で生活が営めるように必要な支援をアセスメントし、退院後の生活支援や自立支援に繋げることが退院支援に必要であると感じた。また、医療依存度が高く継続的なケアが必要な方や、在宅で残された時を過ごしたいと望まれ療養されている本人・家族の意思決定支援に看護師が介入し、在宅医、医療機関や関係職種と連携・協働しながら、望んでいる在宅療養生活へつなげることができる支援体制を構築していくことが今後の課題である。

5) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評 価 項 目	5 段階評価 1=できない～5=できる			
		時 事 の 業 評 開 価 始	の 1 評 月 価 後	の 3 評 月 価 後	時 事 の 業 評 終 価 了
1	訪問看護のサービス内容を理解する	3	4	4	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	2	3	4	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	5	5	5	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	5	5	5	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	5	5	5	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	5	5	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	5	5	5	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	4	4	4
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	4	4	5	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	4	4	5	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	3	4	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	4	5	5	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	3	3	4	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	3	3	4	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	4	4	4	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	3	3	4	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	3	4	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	3	4	5	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	3	4	5	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	3	4	4	4
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	2	3	4	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	2	3	4	5
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	2	3	4	5
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	2	3	4	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	2	3	4	4
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	4	5	5	5

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

<人材確保>

- ・ 退院調整に関わる職員であることから、基本的能力が高く、短期間で訪問看護にも慣れ、十分な訪問看護要員としても働いてくれ、事業所の体制も安定的になった。

<職員の負担軽減>

- ・ まだ開設後間もないステーションであることから、電話当番を少ない要員で対応をしていたが、電話当番が可能になってからは、一人が対応する日数が減ったことから、職員の負担感が減少した。
- ・ 病院の働き方としても、ワークライフバランスの考え方がしっかりとしており、働き方のメリハリがあり、当ステーションの残業が減った。

<連携の促進>

- ・ 病院との連携において支障があった際には、アプローチの糸口の提案及び実践をしてくれることで、より連携が促進された。

<相互理解の促進>

- ・ 当事業所の訪問看護師も、最新の病院の情報を得る機会が増え、相互学習ができている。

<広報>

- ・ この事業そのものが、近隣の病院・訪問看護ステーションの関心を集め、双方の広報活動にもつながっている。（地方新聞への掲載、講演会などでの活動報告依頼がある。）

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

連携の促進及び患者目線での必要な退院支援・外来支援の在り方を考える機会となっている。

出向職員が、退院支援調整に関わる部署の所属であり、所属病院を利用している利用者の問題であれば、特に連携に関する課題がある時、早い段階で病院側にその問題提示を図り、解決のための方策を講じてくれ、結果利用者の満足度も上がった。その意味で、オープンに利用者が、出向職員に患者の本音をぶつけてくれ、病院側が利用者の本音を知る機会にもなっている。

<病院看護の質の向上>

- ・ 利用者の生活を考えた病院での看護実践への提案ができる。
- ・ 病院では科ごとで行う看護実践に偏りがあるが、在宅では様々な看護技術を行う機会があり、技術向上に役立つ。

<広報>

- ・ 出向先への効果・メリットと同様。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

＜人件費と必要経費の負担＞

- ・ 病院に在籍したままの出向となることで、今回は当ステーションに転職すると仮定しての給与を算出し、差額を病院側が負担をする形で事業提携をすることになったが、病院と訪問看護の給与水準の違いから、人件費の課題はある。
- ・ 開始時の訪問車と駐車場貸借など高額な経費が負担となった。

＜出向職員の処遇＞

- ・ 出向元と出向先の処遇の違いの調整。（有休休暇などの労務規程）

＜出向職員のメンタルケア＞

- ・ 病院・訪問看護ステーション双方からの期待からの負担感もあり、双方の定期的なフォローが求められる。

＜行う医療処置の手技の確認＞

- ・ 病院ごとでルール化され違うこともあるかもしれないが、安全管理の上で看護師が行わない医療処置を、訪問看護では行っているものが多く、技術の経験がないものが多かった。病院の研修設備等を借りて、実施したが、事前にできることとできないことの確認は必要である。

＜いずれ去る人が関わることへの利用者側の抵抗感＞

- ・ 利用者によっては、担当者がかかわることでの抵抗感が強い場合があり、配慮が必要である。

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

1. 出向職員が訪問する利用者に対しては、病院からの出向職員であること、出向の目的を明確に説明すること。
 - ・ それにより、かなり率直に利用者が病院の課題を出向職員に話してくれるようになり、病院側の気づきにもつながっている。
2. 定期的（1か月に1回程度）病院に帰って、経過報告をしてもらう。
 - ・ 在宅と病院の情報交換だけでなく、出向職員自身のメンタルケアのフォローを受けられる。
3. 出向職員を2名ずつ、スライド形式で受け入れる。
 - ・ 出向職員同士で、双方に学びの共有を行ってくれ、学びの幅が広がっている。（一名には退院調整など連携に関わる機会の比重を多く、一名には訪問看護の実践そのものの機会の比重を多くして開始し、相互に情報共有をしてもらった。スライド形式で今後も受け入れていくため、先に出向している者から、次に指導・助言が行えるようにしていく予定。）
4. 処遇は、当ステーションの職員と同じにしてもらう。
 - ・ 出向期間中は、年間休日・有休休暇などは当ステーションの労務規程に準じて対応

をしてもらう。(有休休暇や福利厚生関連は、出向元と同様の扱い)

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

＜経営者・管理者間での理解と協力＞

- ・ 双方に応分の経済的負担
- ・ 責任の所在の明確化と身分の保証

＜フォローアップ体制の確保＞

- ・ 出向元・出向先双方でのフォローアップ体制の確保

＜訪問看護だけでなく、在宅療養に関わる資源についての学習機会の場の提供＞

- ・ 一つの訪問看護ステーションだけ伝えられることの限界があるため、2 者間だけでなく、地域の他の資源も巻き込んでいくこと。
- ・ 既存の研修の活用。

⑥その他、事業を実施した感想

今回病院から、在宅療養支援をきちんと理解をして、退院調整や外来支援ができる看護師を育成したいため、同じ地域で活動をしている当ステーションに看護師を出向させたいと申し出をいただき、出向を受け入れることになった。当ステーションは平成 27 年 7 月に開設したばかりで、事業そのものがまだ安定していないところもあり、出向開始直後は 2 人の増員の形となり、事業運営としてはギリギリのところではあった。しかし、利用者獲得もでき、少しずつ安定してきた時期でもあったため、2 人の出向は当ステーションの職員にとっても大きな刺激となり、更なる事業の安定へと繋がっていった。

なかなか人員確保が難しい状況の中で、2 人の人員が安定的に確保されることは、電話当番を含めての職員の負担軽減にもなっている。しかし、何よりもともと調和力の高い看護師が出向してくれたこともあり、当ステーションの看護師とも双方に学びあい、在宅と病院双方の視点での議論ができることが、看護の質を高めていると実感でき、うれしく思っている。

4 か月目からは、病院に定期的に帰ってもらい、在宅での学びのフィードバックをしながら、退院調整会議などにも参加してもらっている。病院と在宅の相互の行き来が活性化されることで、活きた退院調整ができるようになると思われる。その意味で、当ステーションに出向している機会を活かし、当ステーションでの訪問だけでなく、今後も様々な場に出て行ってもらいたいと思っている。また、近隣の医療機関やステーションも関心を示してくれているため、近隣機関も巻き込んで、看護師間の連携が促進されるように情報発信をしていきたい。

6) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

1. 岡山市の地域包括ケアの実際を学び、地域での訪問看護の使命を理解することで、地域の人々への在宅療養支援のあるべき姿を描き表現できる。
2. 訪問看護師としての知識・技術・態度について学び、病院（入院・外来）での在宅療養支援に活かすことができる。
3. 在宅医療・看護の経験から外来-入院-在宅のプロセスをマネジメントし、効果的な退院支援及び退院後在宅療養支援体制を提案できる。
4. 在宅主治医と連携・協働の経験を通じて、当院での在宅主治医との連携強化のための方策を企画できる。

②出向者のミッションの達成状況

1. 在宅療養患者のニーズを捉え、看護師長会等に報告している。
2. 十分な知識・技術とはいえないが一人で訪問看護を実施し、ある程度の評価を受けている。
3. 急性期病院の認定看護師等の人材を活用するためにどのように連携/アクセスすべきか現在訪問看護ステーションの立場で模索している。また、病院での体制については今後の課題である。
4. 在宅主治医やケアマネ、他の医療機関の看護職やMSW との交流を積極的に実施している段階。在宅主治医等のニーズから連携強化の方策を企画するのは今後の課題。

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

1. 生活者としての視点をもった医療・看護サービスの提供に繋がる。
2. 在宅医療・看護についての実体験をチーム医療の中で活用することで病院医療者等のケアマネジメント・ケースマネジメント力が向上する。
3. 訪問看護師との連携・協働を強化でき、カンファレンス・ミーティング等継続的な交流ができる。
4. 患者・家族が十分納得し、地域で暮らすことができれば在院日数の適正化等が図れ、急性期病院としての経済的効果が期待できる。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

1. 病態や治療・ケアについての情報共有・スキルアップの機会となる。
2. 人員の確保によって訪問件数、利用者数の増加が期待できる。(経済効果)

3. 人員の確保によって職員の中長期的な研修機会をつくりやすくなる。
4. 在院日数の適正化は、当事業での退院支援のあり方の検討を行い、今後の成果指標としたい。

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

1. 給与体系の違いによる差額の補てんが必要となる。
2. 出向希望がない場合の出向者の選出方法のありかた。
3. 訪問看護師についての十分な事前学習の機会を提供すること。
4. 病院勤務と訪問看護との違いによるリアリティショックの回避。

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

1. 病院組織の中に在宅療養支援センターを設置し、そのセンターへ配置とした。
2. 給与及び就労規則等については、訪問看護ステーションと協議を重ね合意の上契約書をかかわした。
3. 訪問看護ステーションへの出向について意義・目的・具体的方法等、頻繁に説明機会をつくり、全職員に周知しながら希望者を募った。
4. 出向する看護師は、看護実践経験が10年以上である程度の実践力を保証できリーダーシップが発揮できることを考慮し、決定した。
5. 事前に 出向者と事業所責任者とミーティングする機会を設け、関係構築に配慮した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

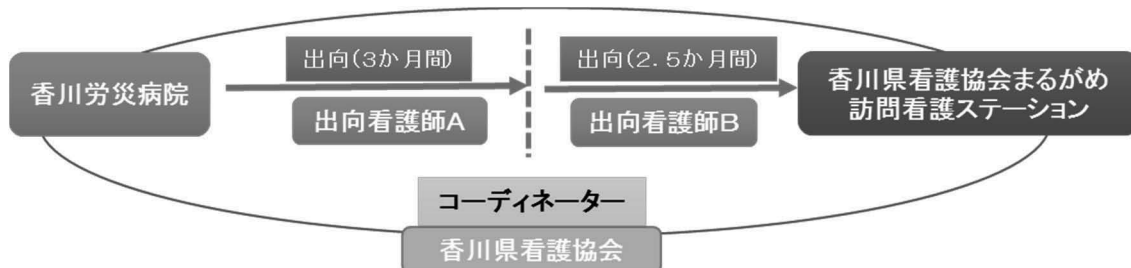
1. 人材確保（スキル・Motivation・リーダーシップ）
2. 経費負担の合意
3. 互いの組織・メンバーに目的を周知すること
4. 出向者のメンタルヘルスサポート

⑥その他、事業を実施した感想

1. 「実態」を認知するということ、「在宅/地域」のニーズを理解することで入院中或は外来等のなすべきこと、患者さんのセルフマネジメントの重要性、専門家以外からのサポートも必要であることなどがわかる。
2. 出向が長期におよぶので継続的なフォローアップの必要性である。
3. 事前に訪問看護の研修を受けていたのは効果的であった。
4. 病院という大きな組織での人間関係と、数人の小規模な組織での人間関係や在宅での患者との1対1の関係等の違いに戸惑いがある。そのため、十分なメンタルケアが定期的に必要である。

8. 香川県（香川労災病院－香川県看護協会まるがめ訪問看護ステーション）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護職員数 (実人数)	機能・特色
香川労災病院	独立行政法人	404 床	7 対 1 421 名	地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院 等
香川県看護協会まるがめ訪問看護ステーション	看護協会	37 名	8 名 (5.0 名)	看護協会立のステーション

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

コーディネーター	香川県看護協会
----------	---------

出向期間	1 人目：平成 28 年 10 月～平成 28 年 12 月（3 か月間） 2 人目：平成 29 年 1 月～平成 29 年 3 月（2.5 か月間）
------	--

2) 事業の背景・目的

(1) 背景

香川労災病院は、香川県中讃地域において急性期を担う中核病院である。地域医療支援病院として、紹介率 78.9%、逆紹介率 79.3%であり、地域医療連携の要件は満たしている。在宅復帰率も 85.6%であるが、患者が自宅退院を望んでも家族の意向や介護力の問題により、後方病院や老人施設への転院を余儀なくされているケースも少なくない。

患者や家族のニーズを理解して安心して住み慣れた家で生活ができるよう、看護師の退院調整能力を強化する必要がある。今回の訪問看護出向モデル事業で、訪問看護の実際を学び、実践することで、病院看護師の在宅療養支援機能の向上を目指すことを目的とする。

丸亀市は人口 10 万人当たりの一般診療所数が全国比 187%、病院では 87%と高い水準にある。介護施設数も充足していることから、在宅療養を続ける選択をする方が少なく、訪問看護もまだまだ地域住民に広く知られていない状況にある。

香川県看護協会まるがめ訪問看護ステーションは、平成 28 年 10 月で開設 3 年を迎えるが、上記のように市内は病院、介護施設等の資源が多いことから、訪問看護のニーズ拡大を図っていくことが課題である。本事業で基幹病院の看護師が訪問看護を学び、さらに地域の特性を知ること、病院と訪問看護ステーションの連携を強化し、急性期の基幹病院で治療を終えた方が住み慣れた自宅での生活を選択できるために必要な支援やネットワーク、新たな可能性を共に開拓していくための事業として参加したい。

(2) 目的

基幹病院の看護師が在宅看護を学び、さらに地域の特性を知り、急性期の基幹病院で治療を終えた方が住み慣れた自宅での生活を選択できるために必要な支援やネットワーク、地域の資源を理解し退院調整に役立てる。

訪問看護の実際を学び、健康の維持・増進への看護の力を学び、基幹病院の看護師へ広報するとともに訪問看護への関心と期待を醸成する。

3) 出向開始までのコーディネーターの支援

①地域や事業所におけるニーズの把握

香川県看護協会の 7 つの支部のうち、丸亀市を含む当該第 5 支部については、病院からの在宅復帰の流れがスムーズでなく、訪問看護ステーションの数も少ない。病院の退院調整や訪問看護の提供体制を強化していくことが課題となっている。

丸亀市で唯一の総合病院が香川労災病院である。労災病院ではシームレスケアとして大腿骨頸部骨折等の地域連携パスを整備し施設間連携に力を入れてきたが、今後は在宅復帰に向けた退院支援体制を強化するとともに、看護師の在宅療養支援機能を上げていく必要があると考えた

②病院や訪問看護ステーション等への説明・交渉

出向先の訪問看護ステーションとしては、モデル事業であることを鑑み、またステーションにとっても成長の機会と考え、看護協会立の 3 つのステーションのいずれかを想定した。3 つのステーションに出向可能な地域にある病院に事業の打診をした。高松市内の複数の病院から事業参画への意思表示をいただいたものの、香川県看護協会としては病院－在宅の地域連携がある程度整備されている高松市よりも、今後地域連携の強化が必要な丸亀市での実施を優先したいと考え、香川労災病院からまるがめ訪問看護ステーションの出向を実施できるよう、働きかけをおこなった。

③病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定

香川労災病院の承諾を得るために、日本看護協会担当者の趣旨説明も含めて説明会を開催した。当初、病院の事務局からは、全国の労災病院事業本部の了解が必要となり、出向形態での事業参画は難しいのではないかという懸念があった。看護部長からは是非事業に参加したいとの意向があり、可能な出向形態を内部で検討していただくこととなった。

コーディネーターは後日香川労災病院を訪問し、県協会が関与した助産師出向事業における出向の実施事例を紹介した。1か月以上の検討時間を経て、香川労災病院として「看護職員の在籍型出向」が可能という判断が得られた。

④出向条件の調整・出向協定書の作成支援

労災病院総務課長と、まるがめ訪問看護ステーション、香川県看護協会の間でメールをやりとりし、相互に確認しつつ進めた。特に災害補償と安全衛生、守秘義務のところは重点的に3者で確認した。出向協定については、助産師出向事業のコーディネーターの経験を活かして進めることができた。

⑤出向開始までの支援における課題

病院看護師に訪問看護を学ばせたいというニーズは高く、訪問看護ステーションへの出向や研修派遣を希望する病院は県内に複数あった。あえて今回は、県全体の状況を概観した上で、病院と在宅の連携強化が必要な地域で本事業を足掛かりにしたいと考え、粘り強く説明・調整を行った。

⑥出向開始までの支援で工夫した点

- ・出向元病院と出向先訪問看護ステーションの選定
- ・訪問看護ステーションと病院との関係調整、関係構築の支援

3) 実施内容① 出向1人目

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	退院調整担当部署勤務／がん看護専門看護師／看護師経験年数8年 ／年齢30代
----------------	--

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 訪問看護に必要なコミュニケーションや接遇が理解できる2. 訪問看護に関わることによるQOLの向上がイメージできる3. 家族・介護者への支援がイメージできる |
|--|

<2 か月目>

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 多職種（医師、理学療法士、ケアマネジャー、ヘルパー、病院看護師）との連携がイメージでき、必要時関係する職種と連絡・相談し、対応策を検討することができる2. 地域の特性による生活への影響や社会資源の活用がイメージでき、具体的に考えることができる |
|---|

<3 か月目>

多職種連携の中で、社会資源を活用し、その人にあった支援が行うことができる

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

1. 基幹病院の看護師が、地域の特性を理解し、基幹病院で治療を終えた方が住み慣れた自宅での生活を選択できるために必要な地域の資源を理解できる。
2. 行政や近隣の病院、介護事業所等と顔の見える関係を作り、自院に戻った際の退院調整に役立つようにする。
3. 利用者の健康の維持・増進のために役立つ看護の力を、訪問看護の実地で学び、自院の看護師に看護の魅力と訪問看護への関心と期待を醸成する。

③病院が出向者に期待するミッション

1. 出向者自身が訪問看護を経験し、在宅支援について理解する
2. 地域包括ケアシステムの病院外の施設や職種を知り、連携の窓口になる
3. 病院の在籍部署（患者サポートセンター）で退院支援の役割を果たす
4. 在宅支援のノウハウを病院看護師に伝達する
5. 病院看護師の看護実践力（退院支援を含む）教育計画の見直しのための情報提供

（３）実施状況

<1 か月目>

- ・ オリエンテーション：医療安全・感染管理・社会資源・急変時の対応・コミュニケーション（接遇）・連携
- ・ 訪問看護 e ラーニング受講（日本訪問看護財団実施）
- ・ 訪問看護推進研修会出席（香川県看護協会事業）
- ・ サービス担当者会参加：3 回
- ・ 退院前カンファレンス：1 回
- ・ 難病支援連携：かがわ総合リハビリテーションの地域支援員と作業療法士、中讃保健所の保健師とのカンファレンス（伝の心利用について）2 回
- ・ サービス付き高齢者住宅見学
- ・ 所内研修：トリロジー勉強会、リハビリ勉強会（2 回）ケースカンファレンス
- ・ あいさつ回り：丸亀市地域包括センター・丸亀市在宅医療介護連携支援センター・丸亀市医師会長・丸亀市社会福祉協議会（居宅）香川大学医学部附属病院地域連携室・多度津町の在宅医 2 か所・居宅介護事業所 5 か所
- ・ 同行訪問：5 2 件

<2 か月目>

- ・ 伴走型同行訪問及び時間差同行訪問 54 件
- ・ ターミナル利用者の急変時の対応を時間差訪問で経験
- ・ 単独訪問 6 件、訪問時間内での看護の組み立て方、コミュニケーション術、対応の多様化を知る
- ・ 在宅での点滴指示、報告、薬剤の受け渡しを経験し実情の問題点を知る
- ・ 在宅医療推進フォーラムに参加し、医師と市町村の連携など地域ごとの取り組みの実際を知る
- ・ 訪問看護師として、病院の（香川大学医学部附属病院）地域連携室実習を見学し退院調整看護師の役割や退院調整の実際を知る
- ・ 難病患者のマネジメント研修に参加しマネジメントの視点、地域の支援ネットワークの実際を知る

<3 か月目>

- ・ 単独訪問 29 件同行訪問 7 件
- ・ 主には出向元から退院したターミナル利用者に対しての定期訪問をとおして、ケアマネジャーとの連携の実際、意思決定支援について学ぶ
- ・ 丸亀市認知症カフェ事業に参加し、参加ボランティアスタッフとの交流、地域の参加者との交流を体験する

- ・ 出向元から依頼されたターミナル利用者の初回訪問を経験し課題を学ぶ
- ・ 所内研修：チェスト社、V I V O呼吸器について

（４）出向期間中のコーディネーターによる支援

<1 か月目>

出向開始初日には訪問看護ステーションへ行き、顔合わせをした。
その後、出向元の労災病院で2週間ごとに16時から1時間の会議を持った。看護部長、副看護部長、ステーション所長、コーディネーター、出向看護師がメンバーであった。

<2 か月目>

2週毎の会議は継続した。コーディネーターが出席できないときは打合せの記録をメールで送付してもらい確認した。
会議での報告や打合せ記録により、出向看護師は真摯に訪問看護に取り組んでおり、訪問看護の実践を通じて気づきや思考を深めていることが良くわかった。

<3 か月目>

2週毎の会議は継続した。コーディネーターが出席できないときは打合せの記録をメールで送付してもらい確認した。
会議での報告や打合せ記録により、出向看護師は真摯に訪問看護に取り組んでおり、訪問看護の実践を通じて気づきや思考を深めていることが良くわかった。

4）出向看護師による評価 ①出向1人目

（１）実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した 実人数	0 人	0 人	0 人
訪問した延べ 回数	24 回	28 回	0 回
主な業務内容	・ ほぼ全員の利用者のお宅に同行訪問し、看護ケアの実際を見学した ・ 緊急訪問に同行し、関係機関への報告・連絡等、対応の実際を見学した ・ 地域の医療機関、社会福祉協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者へ同行した ・ 丸亀市在宅医療介護連携支援センターを訪問し、事業内容と取り組		

	みについて話を聞いた ・介護保険利用者の担当者会議に同席した ・香川大学医学部附属病院の退院支援の実際について話を聞いた
主な利用者の状況	・神経難病で人工呼吸器を装着している利用者 ・がん術後のリンパ浮腫で医療リンパドレナージを必要とする利用者 ・がんおよび非がん終末期で在宅看取りをする利用者 ・服薬管理、インスリン注射が必要な認知症高齢夫婦のみ世帯の利用者 ・重度認知症の利用者 ・筋力低下により、ほぼ寝たきり状態にある利用者
できるようになったこと	・在宅で看護ケアを行う際に必要な物品を準備することができる ・利用者と家族の生活スペース、プライバシーに配慮した行動をとることができる ・訪問看護が医学的視点（予防、維持、管理）と生活を支える視点を持って関わることで、入退院のリスク、疾病の重症化、現状維持・向上につながる事が理解できた ・利用者だけでなく家族の心身の健康にも気を配り、利用者の生活は家族の健康があるからこそ成り立っているということが理解できた
現状の課題・今後取り組みたいこと	訪問看護師としての私の現状は、病院での看護ケア提供とは違い、決められた時間内で看護ケアを提供するということが課題となる。11/14からは伴走型同行訪問、時間差同行と訪問なる為、今後は観察ポイントを踏まえた看護ケアの組み立てと効率のよい無駄のない手順や段取りがとれるように取り組んでいく。 自院の退院支援看護師、がん看護専門看護師としての現状は、地域連携のネットワークがなく、顔の見える連携ができていないことが課題である。円滑な退院支援、がん患者の在宅移行をよりスムーズに行うためにも、顔の見える連携強化が必要であり、本事業期間中に地域の医療機関や関係機関を知っておく。

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	(単独) 3 人	(単独) 3 人	0 人
訪問した延べ回数	(単独・同行) 28 回	(単独・同行) 26 回	0 回
主な業務内容	・伴走型同行訪問及び時間差同行訪問を行った ・単独訪問を行った		

	・在宅医療推進フォーラムに参加した（11/23） ・在宅医療及び訪問看護推進研修事業における病院での見学実習（12/14 香川大学医学部附属病院） ・難病患者のマネジメント研修に参加（12/15）
主な利用者の状況	（同行訪問） ・がん術後のリンパ浮腫で医療リンパドレナージを必要とする利用者 ・服薬管理、インスリン注射が必要な認知症高齢夫婦のみの世帯の利用者 ・筋力低下により、ほぼ寝たきり状態にある利用者 （単独訪問） ・神経難病で人工呼吸器を装着している利用者 ・がん治療後及び終末期で在宅療養をしている利用者 ・誤嚥性肺炎後で高齢者夫婦のみの世帯で暮らす利用者 ・家族の介護力が乏しい認知症の利用者 ・筋力低下により、ほぼ寝たきり状態にある利用者
できるようになったこと	・6名の利用者宅の単独訪問ができるようになった ・訪問記録をすることができるようになった ・訪問看護計画書、訪問看護報告書、継続看護報告書を記入することができるようになった ・訪問時間内で行うケアや処置の流れや段取りを組み立て実施することができるようになった ・在宅での点滴施行において、主治医への連絡および段取り、穿刺・抜針の実際を理解した ・在宅で実際に点滴を施行した
現状の課題・今後取り組みたいこと	（利用者への支援） ・退院前カンファレンスから継続して訪問している利用者の状態が少しずつ悪化している。このまま在宅で過ごすか、入院をするか、利用者と家族の意思決定が必要な段階にある。今後、状態・状況をみながら適宜情報提供を行い、利用者と家族の意向を確認していきたい。 （地域連携） ・終末期がんで在宅療養中の利用者への訪問の中で、顔の見える連携の重要性を改めて学んだ。状態が悪い中での外来受診、急変時の対応の実際の場面から、連携先の状況を理解していること、誰に報告すると円滑な対応につながるかなど、日頃の連携から培った関係性が大いに活かされていた。その場面をみて、自院ではこのような場面で誰に連絡が来てどのように対応しているのか知らない自分がいい

	ることに気づいた。自院における地域連携の現状をより詳しく把握するとともに、対応窓口、報告ルートなどを確立し明確にすることが課題の一つだと感じた。
--	---

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した 実人数	3 人	3 人	0 人
訪問した延べ 回数	21 回	10 回	0 回
主な業務内容	・ 伴走型同行訪問及び時間差同行訪問を行った ・ 単独訪問を行った ・ 在宅医療及び訪問看護推進研修事業における病院での見学実習（12/21 香川医大）		
主な利用者の 状況	・ 神経難病で人工呼吸器を装着している利用者 ・ がん治療後及び終末期で在宅療養をしている利用者 ・ 誤嚥性肺炎後で高齢者夫婦のみの世帯で暮らす利用者 ・ 家族の介護力が乏しい認知症の利用者 ・ 筋力低下により、ほぼ寝たきり状態にある利用者		
できるよう になったこと	・ 6 名の利用者宅の単独訪問ができるようになった ・ 訪問記録、訪問看護計画書、訪問看護報告書、継続看護報告書を記入することができるようになった ・ 訪問時間内で行うケアや処置の流れや段取りを組み立て実施することができるようになった ・ 家族以外からのケアを拒否される利用者に対し、看護師によるケアが受け入れられるように関わりを持つことができた。 ・ 通院がやや困難な状態にある利用者の受診に際し、受診先に状態を伝えるなど連携をとった。 ・ 利用者の状態の変化に応じた清潔ケアの実施方法を提案し、実施することができるようになった。		
現状の課題・今 後取り組みたいこと	・ 全身状態が悪い中で在宅療養をしている利用者の初回訪問に同行した。訪問後すぐに看取りとなったが、訪問看護や福祉用具レンタルをしていない状態で妻が 3 週間程介護していた。その状況から、やはり見通しをもって生じる変化を本人や家族に伝え、早期から必要と思われる医療・福祉サービスにつなぐことが必要であると感じた。また自宅退院時は介護が要らない状態であっても、徐々に状態が悪くなった時に相談できる窓口が必要である。自院は退院後や外来通		

	院中の患者・家族が困った時に相談できる窓口が不明である。今後はそのような在宅療養をする患者・家族、それを支える多職種からの相談を受ける窓口の設置、もしくは明確化をしたい。 ・ 現在、在宅往診医がいるにも関わらず、自院に週 1 回通院している利用者がいる。自院の主治医の指示で往診医を依頼したが、うまく機能していない。自院がどこまでフォローするのか、往診医との連携はどうなっているのかなど不明確な点が多い。そのような点をきちんと整理していくことも退院調整看護師の重要な役割である。
--	--

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の 評価 の出 向 開始 時	1 か 月 後 の 評 価	の 評価 の出 向 終了 時
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	3	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	2	3	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	3	4
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	3	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	3	4
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	3	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	3	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	3	4
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	3	5
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	3	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	2	2	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	1	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	1	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	1	2	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	3	5
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	2	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	3	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	2	4
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	3	3	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	1	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	1	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

丸亀市の地域包括ケアシステムの取り組みと現状を知る中で、自院の役割とは何か、また自院の課題について考える機会を得た。自院は基幹病院として急性期医療を担っている。その一方で、急性期医療を終えた患者・家族への支援は充実していない現状である。患者や家族が退院後自宅で過ごす中で問題・課題となることの抽出や、潜在的問題に気づき支援につなぐことができる場・人材が必要である。本来なら病棟看護師が担う役割ではあるが現実的に困難であり、また病棟看護師の現状として、明らかに問題・課題がある症例はMSWや認定看護師に相談するという基盤があり、少なからず考える機会を奪われているように思う。しかし本事業を通して、問題・課題が生じるリスクがある段階で介入・支援策を検討し、在宅医療を支える多職種と連携していく必要性を感じた。患者サポートセンターの役割として、治療後の生活を見据えた関わりを持ち、円滑に地域に戻る、地域医療につなぐことができるシステムも必要である。

丸亀市近郊で在宅医を依頼できる医院の名前や場所を理解することができた。一部の医院へは訪問看護報告書の持参や患者の状態報告で実際に顔を見ることができた。そのため、在宅療養がしたい希望を持つ患者とその家族への情報提供の一つとなる。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

自院で行われた退院前カンファレンスに参加し、退院前カンファレンスの目的や意味を考えるいい機会となった。また香川大学医学部附属病院の地域連携室での実習を通して、他院の退院支援や退院前カンファレンスの実際を知ることができ、自院での退院前カンファレンスの在り方を検討していく必要性を感じた。今後取り組みたいこととしては、まずは退院前カンファレンスの前後での情報提供方法の確立である。カンファレンスが情報共有の場ではなく、退院後の生活において患者・家族が抱えている問題・課題に対する支援方法を具体化できる場となるための事前準備としての情報提供ツールを作成したい。その情報提供ツールを活用することで、在宅医療を支える多職種が疑問点や確認事項を事前に明確化し参加できるようにし、話し合うことに時間を割けるように会を円滑に進めることができるように整備したい。

在宅療養中の終末期がん患者の症例を通して、瀕死の状態になるまで訪問看護につながっていないのかと疑問を感じた。また自院の医師の指示のもと往診医を依頼したにも関わらず、ADLが低下している中で週１回自院の外来受診している矛盾している現状から、患者・家族が過ごしたい場所で苦痛なく過ごすことができるため医療ではないのか、またそれを目指した上での支援ではなかったのかなど様々な葛藤を抱いた。これらのことは、がん看護専門看護師として、また退院支援看護師としての私に患者と家族の生活の場でどのように過したいのかを明確にした上で、医学的所見を踏

まえ見通しを持ちながら、患者と家族の生活をより具体的にイメージして、潜在的問題を含めて早期からアプローチしていくことの重要性に気づくきっかけとなった。まずはこのことに気づき、ともに取り組もうとしてくれる仲間づくり、自身の活動の基盤づくりが急務である。がん看護専門看護師としての教育機能を活かし、在宅移行支援についての研修会の開催を行うなど病棟看護師に興味を持ってもらい、気づきを促す働きかけができる場を設けたいと考えている。

（４）事業終了後の感想

今まで病院・病棟勤務の経験しかなく、院外の看護職を体験し、その役割を理解する機会はほとんどなかった。今回、訪問看護ステーションの一員として３か月実働したことで、実習では体験することができない利用者・家族の変化を見ることができた。継続した訪問を行うことで利用者の身体的変化、在宅での利用者の表情や過ごし方を知ることができ、また患者・家族とも顔なじみとなり患者・家族の思いに触れることができた。今までは在宅療養中の患者と家族の経過やその姿を知らないまま退院支援をしていたため、患者や家族から「訪問看護ってどういうことをしてくれるの？」と聞かれると具体的に答えることができないことも多々あった。そのため、訪問看護の利用につながらないまま退院し、しばらくして再入院となっている事例もあった。しかし本事業において、訪問看護の実験を経験したことでより具体性を持って助言、情報提供ができるための知識が身についた。また３か月間出向することで、自院を客観的に捉える機会となり、自院の現状、連携の実際、退院前カンファレンスなどを、違った立場から体験することができ、自院の地域連携における課題を見出す一つの機会になった。

自院はケアマネージャーと連携をする機会は増えたが、訪問看護ステーションとの連携はまだまだ少ない。介護保険申請については比較的円滑に話が進むが、訪問看護の導入については自宅への訪問に抵抗がある、わざわざ訪問してもらわなくても自分でできていると思っている、何かあれば病院を受診すれば何とかかなると思っているなどで断られることが多かった。しかし今回、自身が実践して学んだことを利用者とその家族に伝えることで、より安心して在宅療養できるための選択肢の一つとして情報提供できると思う。患者・家族に訪問看護の必要性を適切にアセスメントし、予防的視点を含めた訪問看護が有効活用されることを促進していきたいと思う。

5) 訪問看護ステーションによる評価 ①出向1人目

(1) 出向者の到達度の評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の出向開始時の評価	1か月後の評価	の出向終了時の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	3	4
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	2	3	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	3	4
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	2	3	4
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	2	3	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	3	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	2	3	4
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	3	3
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	4
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	2	3	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	2	3	4
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	2	3	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	1	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	1	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	1	2	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	3	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	2	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	2	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	3	5
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	1	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	3
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	1	4
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	1	5

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

- ・ ステーションの職員として単独訪問が可能であり、報酬を算定できること
- ・ 出向者ががん看護専門看護師のため、その加算を算定できること（医療保険：専門性の高い看護師による同日訪問）
- ・ 出向元の病院内の情報がより詳細にわかること

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

- ・ 在宅療養を進めるにあたり、看護師の立場から見た地域の現状・資源・課題を見つけることができ、出向元での退院支援の課題を明確化でき具体的な援助行動がとれる
- ・ 在宅→病院→病気（障がい）を持ちながらの在宅療養の実際をみることで、課題の明確化ができ、利用者中心のより質の高い退院支援ができる

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

- ・ 研修期間中の計画的な教育計画
- ・ 単独訪問件数が少ない場合、報酬と給与差額が大きい
- ・ 出張日の休日、代休についての取り決め（出向元には土日祝の代休がない）
- ・ ステーションの訪問件数が減少した時、訪問看護の経験事例が少なくなる

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

- ・ 看護師賠償責任保険に入り、個人での事故に対応できるようにし安心して訪問に臨めるようにした
- ・ 広く地域の現状を把握し、また多機関との連携が学べるように、訪問件数は抑えた
- ・ がん看護専門看護師として、在宅での緩和医療が学べるようにターミナル期利用者へのかかわりを多く経験してもらった

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・ 病院では看護部だけの取り組みとせず、広く院内に周知し理解を得る
- ・ ステーションも関係各所に事業をアピールし顔の見える関係性づくりを行い、出向者が戻った後も連携が継続できるようにする
- ・ 出向者の経験や強みを事前に知ったうえで、在宅看護の実際をどう学んでもらうか計画的に行うことが重要
- ・ 出向者が学んで戻った後の取り組みや成果について、継続的にステーションにも情報共有ができる連携システムづくりを、コーディネーターを交えて計画していく

6) 実施内容② 出向2人目

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	退院調整担当部署勤務／看護師経験年数 15 年／年齢 40 代
----------------	---------------------------------

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

1. 訪問看護に必要なコミュニケーションや接遇が理解できる
2. 訪問看護で提供できる看護を見学し理解できる。
3. 在宅でいる患者・家族の生活について、訪問することでどのように生活しているのかを理解できる。

<2 か月目>

1. 利用者のケアプランをよみ、具体的な生活指導は何かを知ることができる。
2. 利用者の身体状態の変化を報告し、予測性をもって行動ができるよう考えることができる。
3. 在宅で必要な看護ケアを行う際に必要な準備をすることができる。
4. 必要時間関係する職種と連絡・相談し、対応策を検討することを学ぶ。
5. 利用者によってコミュニケーションをどのようにとっているのかを学ぶ。

<3 か月目>

1. 単独訪問を行うときは、契約時間内にケアを終わらすことができる。
2. ケアを行っていくことで困ったことや、利用者や家族からの悩みなどの相談などに対し迷ったり、悩んだりするときは相談し、報告することができる。
3. 自院に戻った時、退院支援を行う上で、入院時スクリーニングシートにチェックが入った所は、どのような退院支援・退院調整が必要なのかを理解できるツールを作成していく。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

1. 基幹病院の看護師が、地域の特性を理解し、基幹病院で治療を終えた方が住み慣れた自宅での生活を選択できるために必要な地域の資源を理解できる。
2. 行政や近隣の病院、介護事業所等と顔の見える関係を作り、自院に戻った際の退院調整に役立つようにする。
3. 利用者の健康の維持・増進のために役立つ看護の力を、訪問看護の実地で学び、自院の看護師に看護の魅力と訪問看護への関心と期待を醸成する。

③病院が outwarder に期待するミッション

1. outwarder 自身が訪問看護を経験し、在宅支援について理解する
2. 地域包括ケアシステムの病院外の施設や職種を知り、連携の窓口になる
3. 病院の在籍部署（患者サポートセンター）で退院支援の役割を果たす
4. 在宅支援のノウハウを病院看護師に伝達する
5. 病院看護師の看護実践力（退院支援を含む）教育計画の見直しのための情報提供

（３）実施状況

<1 か月目>

- ・ オリエンテーション：医療安全・感染管理・社会資源・急変時の対応・コミュニケーション（接遇）・連携
- ・ 同行訪問：医療保険利用者 20 回 介護保険利用者 39 回
- ・ 香川大学医学部附属病院 地域連携室への実習 2 日間
- ・ 利用者の担当者会出席 2 回
- ・ 居宅介護事業所への挨拶 1 か所

<2 か月目>

- ・ 介護&看護 EXPO（メディカルジャパン大阪）へ研修
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護 みちしるべ（香川県看護協会立）への研修 4 日間

（４）outwarder 期間中のコーディネーターによる支援

<1 か月目>

- ・ 2 人目の outwarder は訪問看護師養成研修を香川県看護協会を受講しているため、初日には訪問しなかった。
- ・ ステーションの利用者が outwarder の訪問を拒否するケースがあったとの報告が入った。訪問看護師が変わった場合、利用者によって訪問拒否があるのは珍しいことではないが、詳細確認と本人との面談をかねて訪問看護ステーションを訪問し、なぜ訪問を断られたのか等について outwarder と話し合いをした。

<2 か月目>

outwarder 元の看護部長、outwarder 先の訪問看護ステーション管理者との打ち合わせを行った。

7) 出向看護師による評価 ②出向2人目

(1) 実施状況の自己評価

※出向実施時期の都合により、出向1か月目までの評価となっている

1か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	0人	0人	0人
訪問した延べ回数	20回	39回	2回
主な業務内容	・ ほぼ全員の利用者宅に同行訪問を行い、看護ケアの実際を見学した ・ 地域の医療機関に往診依頼に同行した。 ・ 介護保険利用者の担当者会議に同席した ・ 香川大学医学部附属病院の退院支援の実際について研修に参加した。		
主な利用者の状況	・ 神経難病で人工呼吸器を装着している利用者 ・ がん術後のリンパ浮腫で医療リンパドレナージを必要とする利用者 ・ 服薬管理、インスリン注射が必要な認知症高齢夫婦のみ世帯の利用者 ・ 重度認知症の利用者 ・ 筋力低下により、ほぼ寝たきり状態にある利用者		
できるようになったこと	・ 訪問する患者の訪問目的を理解できる。 ・ 進行していく患者の病状に応じて、今後予測される病状を家族に説明し、介護力に応じてその都度介護負担の軽減につながる方法を指導する必要性を理解できた。 ・ 介護保険利用者の担当者会議に出席。困ることなどがある場合、事前に情報を担当ケアマネジャーと共有しておくこと。当日は目的、出席者の役割、司会方法などを学ぶことができた。 ・ 在宅で対応できる福祉用具の種類を知ることができ、利用者の方に提案することができる。		
現状の課題・今後取り組みたいこと	病院では、ほぼ毎日患者の状態を継続的に見ることができ、相談や必要な対応をすぐにできるが、在宅看護ではそれはできない。利用者によっては訪問回数も訪問曜日もばらばらであることから、次の訪問まで利用者・家族が安心して、生活を送ることができるのか、できないところはどこなのか、困ることに対し介護力を踏まえて判断していかなければならない。それを判断していくために、病状の変化の予測が必要で、そのためにはフィジカルアセスメントが非常に重要だと感じた。今後単独訪問を行うために、自身の判断の根拠を提示し、指導者の助言をもらう。		

	今後取り組みたいこととして、新しい利用者があれば、最初から関わっていきたい。また、自院に戻ればターミナルの患者も退院支援を行うことがある為、利用者・家族にどうかかわり、言葉かけや徐々に悪化していく病状をどのように伝えていき、介護者の介護方法なども学び、経験したいと思う。そうすることで、退院支援を行う上で必要な事柄が明らかになり、不安な家族に具体的に説明ができると思う。 学びたい事として、認知症の利用者が今後増えることを予想し、身寄りのない人、介護力がない認知症の利用者の場合、金銭面や食生活・清潔面など様々な問題に対し、多職種がどういう役割を持ち、どう連携しているのかということを学びたい。
--	---

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

※出向実施時期の都合により、出向1か月目までの評価となっている

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の出向 評価 開始時	1か 月 後の 評価	の出向 評価 終了時
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	3	
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	3	
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	3	
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	3	
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	3	
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	3	
8	訪問予定時間通りに訪問する	2	2	
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	3	3	
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	3	
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	2	2	
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	1	
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	1	
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	1	2	
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	2	
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	1	
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	2	
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	1	
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	2	2	
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	1	
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	1	
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	1	

8) 訪問看護ステーションによる評価 ②出向2人目

(1) 出向者の到達度の評価

※出向実施時期の都合により、出向1か月後までの評価となっている。

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の出向 評価 開始時	1 月 後 の 評 価	の出向 評価 終了時
1	訪問看護のサービス内容を理解する	1	2	
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	1	2	
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	2	2	
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	2	2	
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	2	2	
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	1	1	
8	訪問予定時間通りに訪問する	2	2	
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	2	
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	2	
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	1	2	
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	1	1	
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	1	
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	1	1	
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	1	1	
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	1	1	
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	3	
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	1	1	
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	1	
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	1	
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	2	
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	1	
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	1	2	
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	1	
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	1	

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

本事業の実施を通じて病院と連携強化を図ることを目的としていたが、出向者 2 人目に入って出向元からの退院患者の利用がないことや、出向元から退院した方が 3 か月を在宅ですごし再入院した際の情報交換も、以前と変わらずステーションからの継続連絡票のやり取りとなっており、連携強化に向けた取り組みがなかなか進んでいない。

研修による取り組みの方向性や、退院調整に効果的なシステム化については、今後も検討の必要がある。

本事業を通じて、地域包括支援センターや医師会医療介護連携室などと事業連携状況を話し合う機会を得ることができた。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

在宅療養を進めるにあたり、看護師の立場から見た地域の現状・資源・課題を見つけることができ、出向元での退院支援の課題を明確化でき具体的な援助行動がとれる。

在宅→病院→病気（障がい）を持ちながらの在宅療養の実際をみることで、課題の明確化ができ、利用者中心のより質の高い退院支援ができる。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

- ・ 出向者の在宅接遇研修のレベルを把握する必要がある
- ・ 出向者の在宅看護の理解度、レベルを把握して研修体制を整える必要がある
- ・ 出向元の病院全体としても在宅療養・医療に対する方向性、具体的な方針を明らかにしてもらい、この事業への理解や協力を得られるように事前準備が必要

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

- ・ 看護師賠償責任保険に入り、個人での事故に対応できるようにし安心して訪問に臨めるようにした
- ・ 広く地域の現状を把握し、多機関との連携が学べるように、訪問件数は抑えた
- ・ がん専門看護師として、在宅での緩和医療が学べるようにターミナル期利用者へのかかわりを多く経験してもらった

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

一人目と二人目の出向者がお互いに連携し、今後の方向性を見つけて実働していく際のサポート体制作り

⑥その他、事業を実施した感想

この事業を実施して、在宅療養が進んでいない当地域の問題点がさらに明確化された。本事業の実施を通じてこの問題の改善に取り組んでいくことがこれからの課題である。

一人目の出向看護師に広く在宅療養を知ってもらうことはできたと思う。労災病院からの退院患者のケースを受け持ち、自院の退院支援の課題等を考えてもらう機会にしたかったが、出向期間中は労災病院からの訪問看護依頼は3か月間でターミナル期の利用者3名（うち1名は当日依頼され当日に死亡したケース）であった。新規利用者に対して、退院前から継続した関わりを持つことを経験してほしかったが、機会に恵まれなかった。

また、時期的には他の機関からの依頼も月4件ほどと少なく、終了者が上回る月もありさまざまなケースを経験してもらえない現状があった

平成28年から丸亀市が丸亀市医師会に委託し医療介護連携室を設け、クラウドシステムを利用しての連携を勧めている。参加者は、このシステムを利用するにあたり登録が必要である。当初、出向元病院医師の登録はなかったが、この事業を通して看護部からの呼びかけで現在10名の医師が登録をした。利用者を通しての連携はまだできていないが、施設間の連携体制は徐々に整いつつある

出向者は一人目は30代、二人目が40代。30代は基礎教育で在宅看護論を学んだ世代、40代は学んでいない世代であり、基礎教育で在宅看護に触れる機会があった世代は、訪問看護の業務を学んでいく上で若干のアドバンテージがあったと考えられる。

病院では、基礎教育等で在宅看護に触れる機会がなく、病院看護しか知らない看護師も多い。在宅では解決のできない課題に取り組み、いかにその人らしく生活ができるかを常に考えながら看護を提供しなくてはならず、訪問看護を展開するには介護保険制度や地域の社会資源、他職種連携についてなど多岐にわたる知識が必要になる。在宅の現場を知らない病院看護師が学べる教育・研修・実習の機会が少ないのも、今後の課題だと感じた。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

出向前のお互いの調整時間が少なく、課題への取り組み方法を事前に協議する必要を感じた。また、出向元病院には看護師を出向させた前例がなく、本事業実施は困難ではないかと思われたが、事業参加の必要性について看護部長が強い意志をもって進められ、時間をかけて可能になった。

当ステーションには事務職がいないため、事業の費用計算をコーディネーターである香川看護協会に依頼した。コーディネーターは、出向開始時、出向元とのカンファレンス、課題発生時等には現地を訪問して確認・調整・指導し、出向元病院とステーションとの良好な関係づくりを支援した。

9) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

1. 出向者自身が訪問看護を経験し、在宅支援について理解する
2. 地域包括ケアシステムの病院外の施設や職種を知り、連携の窓口になる
3. 病院の在籍部署（患者サポートセンター）で退院支援の役割を果たす
4. 在宅支援のノウハウを病院看護師に伝達する
5. 病院看護師の看護実践力（退院支援を含む）教育計画の見直しのための情報提供

②出向者のミッションの達成状況

リレー型出向のため、以下のように評価する

■1回目（10月17日～1月15日）

1. 出向者自身が訪問看護を経験し、在宅支援について理解する
→カンファレンスや報告書から在宅支援について理解できている
2. 地域包括ケアシステムの病院外の施設や職種を知り、連携の窓口になる
3. 病院の在籍部署（患者サポートセンター）で退院支援の役割を果たす
→出向期間中に他施設へ訪問する機会を得て、顔の見える関係は作れたが、病院内の部署（患者サポートセンター）に配置され、実働開始から約1カ月のため、まだ十分に役割は果たせていない
4. 在宅支援のノウハウを病院看護師に伝達する
→退院支援専任看護師として担当部署で実践しながら伝達し始めている。看護部全体では今後伝達講習を計画している。
5. 病院看護師の看護実践力（退院支援を含む）教育計画の見直しのための情報提供
→看護部教育担当者の院内クリニカルラダーを見直す計画に情報提供の予定である

■2回目（1月16日～3月31日）

1. 出向者自身が訪問看護を経験し、在宅支援について理解する
→現在出向中であるが、カンファレンスや報告書から在宅支援について新しい知識は得ている。そのため理解度はまだ評価できない
2. 地域包括ケアシステムの病院外の施設や職種を知り、連携の窓口になる
3. 病院の在籍部署（患者サポートセンター）で退院支援の役割を果たす
4. 在宅支援のノウハウを病院看護師に伝達する
5. 病院看護師の看護実践力（退院支援を含む）教育計画の見直しのための情報提供
→現在出向中のため、まだ評価できない

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

1. 病院看護師が地域包括ケアシステムを理解し、在宅支援に対する認識を高めることができる
2. 教育計画を見直し看護実践力を高め、看護の質が向上する
3. 病院から退院後 1 カ月以内の訪問看護を行う機会を得る

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

出向先の訪問看護ステーションとの連携が深まる

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

1. 出向者の訪問看護に関する予備知識及び経験
2. 出向者への動機づけ（本人の興味だけではなく、病院として期待するミッションを伝える）
3. 病院組織の就業規則と出向という形式のマッチング

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

1. 在籍出向について病院組織の幹部への交渉（就業規則、給与、福利厚生等）
2. 人員配置上の工夫として患者サポートセンター設置のタイミングに合わせた
3. 出向者の研究テーマや興味のある看護分野に合わせて動機づけた

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

1. 就業条件を確保する
2. 出向期間中の連絡、相談、報告の時期や方法
3. 出向終了時の配置部署
4. 定員数を切らない人員

⑥その他、事業を実施した感想

この事業は「訪問看護人材活用試行事業」であるが、病院看護師が訪問看護を単独で行うようになるには時間を要する。出向先は訪問看護の知識やスキルを数か月で求めてくるが、出向元の目標は病院看護師が退院支援の認識を高めるというレベルであり、目的をすり合わせてはいるが、目標に多少のずれがあると感じる。

出向元としては当事業に参加したことで退院支援に関する当院の強み、弱みを明確にすることができ、看護実践力の底上げの準備として大変良い機会であったと考える。

今後、「訪問看護人材活用」とするならば、出向要件を整備した上で、十分な期間が必要であると感じた。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

日本看護協会との連絡及び出向先の訪問看護ステーションとの調整

10) コーディネーターによる評価

(1) コーディネーター業務の実施状況

①出向期間中の支援における課題

出向元、出向先が直接的にやり取りしづらい場合に仲介、調整を図る。

(2) 事業実施スキームに対する評価

①当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果

- ・ 出向元病院と出向先ステーションの関係作り。
- ・ 事業報告書作りへの支援。

②病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件

- ・ 病院と訪問看護ステーション双方の事情や立場を理解し、中立の姿勢で調整を行う
- ・ 事業の目的を理解し、目標達成への志向を持って関わる

③病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題

現在、香川県では病院看護師を対象とし、2日間程度（平成29年度は4日間に拡大予定）の短期の訪問看護研修を実施しているが、訪問看護業務の実際を理解するにはある程度の期間が必要であり、より長期間の研修の実施可能性について考えていく必要がある。

出向だけではなく、訪問看護についての理解を促進する取り組み（例：出向予定の看護師への集合研修等）も併せて必要ではないか。

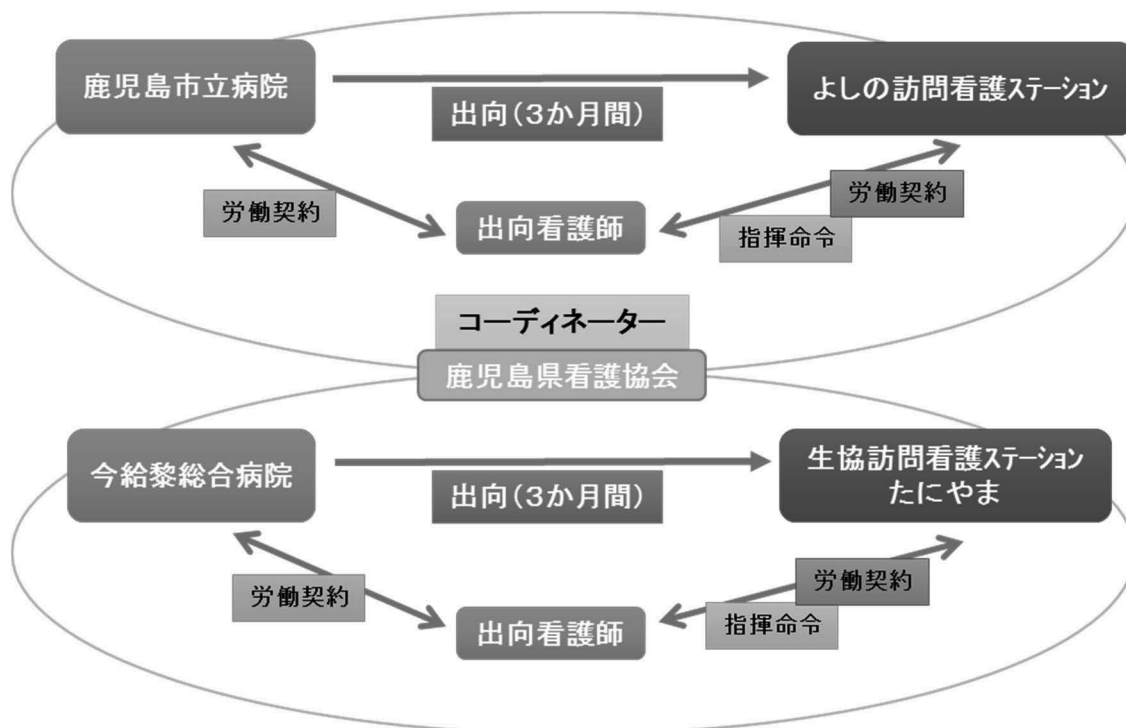
④その他、当事業を実施した感想

長期間の出向事業を通じて、急性期病院で働く看護職に現在の保健医療福祉の政策動向を理解し、在宅復帰支援に向けた病院看護師の役割を理解してもらうことが重要だと感じた。

出向事業のコーディネートを通じ、地域包括ケア体制の構築に向け、看護協会として取り組むべき課題が見えた。今後の活動に生かして行きたい。3月25日（土）には、看護協会の各事業の成果発表会を企画しており、急性期病院の看護職に一人でも多く参加してもらえよう広報し、理解促進を図りたいと考える。

9. 鹿児島県鹿児島市（鹿児島市立病院－よしの訪問看護ステーション）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護職員数 (実人数)	機能・特色
鹿児島市立病院	市町村	574 床	7 対 1 746 名	救命救急センター (三次救急)、小児救 急拠点病院、地域が ん診療連携拠点病院 等
よしの訪問看護 ステーション	医療法人	104 名	19 名 (14.0 名)	鹿児島市内で最大規 模の訪問看護ステー ションの1つ

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

コーディネーター	鹿児島県看護協会
----------	----------

出向期間	平成 28 年 10 月～平成 28 年 12 月（3 か月間）
------	----------------------------------

2) 事業の背景・目的

(1) 背景

地域包括ケアシステムの構築と推進が進められる中、急性期病院においても、在宅復帰へ向け退院支援の強化に取り組んでいる。しかし、実際、患者の退院後の在宅での生活のイメージができていないことや地域での社会資源の調整が行えていないなど課題が多く、患者のニーズに応じた支援が十分に行えていない現状である。そのため、今回病院看護師が訪問看護ステーションに出向することにより、円滑な在宅復帰支援のために必要な知識・技術・態度について学び、実践に活かす。

訪問看護ステーションの趣旨としては、訪問看護ステーションに従事する看護師は急性期医療を経験しているものの、急性期病院に従事している看護師は在宅医療に従事した経験が乏しい。急性期病院の看護業務に従事する看護師が出向し共同で訪問看護ステーションの業務に従事することにより相互の人的交流が芽生え、急性期医療の現場においても訪問看護ステーションの業務への関心が芽生え、将来的な人材確保のきっかけになることを目的とする。

地域包括ケアの中で急性期病院から速やかに在宅復帰を進めるため、急性期病院と訪問看護ステーションとの連携強化が重要である。質の高い患者目線の生活中心のケアや意思決定が切れ間なく行えるよう、本事業を通じて、病院と訪問看護ステーションの相互理解を深める。

(2) 目的

病院看護師が訪問看護ステーションに出向することにより、円滑な在宅復帰支援を進めるための訪問看護の専門的な知識・技術を学び、病院内で患者の在宅における状況に応じた看護ケアや退院調整業務におけるマネジメント能力を向上させる機会とする。

また、退院時の状況を訪問看護ステーションの多職種のスタッフに的確に情報伝達し、連携体制のあり方を学ぶ。

3) 出向開始までの調整・準備

(1) 出向開始までのコーディネーターの支援

①地域や事業所におけるニーズの把握

平成 28 年度の鹿児島県看護協会新規事業として、病院と訪問看護ステーション・介護施設の看護職の出向研修の検討を行うことを計画していたが 6 月中旬に日本看護協会から当該事業への参加打診があった。平成 28 年 6 月の理事会で事業を推進することを決定し、業務執行理事会、運営委員会で具体的な協力事業所の調査方法を検討した結果、7 月 2 日から 10 日間において県内の会員 200 名以上の 11 病院と常勤 7 名以上の訪問看護ステーション 9 か所に対して本試行事業への参加・協力の有無をアンケート調

査した。

その結果 2 病院の看護管理者から事業実施の意向があった。訪問看護ステーションからは当初、参加意向の回答はなかったが、本会から再度、趣旨を説明し参加要請した結果、2 か所から協力を得ることができた。

②病院や訪問看護ステーション等への説明・交渉

鹿児島市立病院においては、出向事業について看護部の意欲はあるものの、民間への出向という経験がこれまでなかったことから、本会役員が病院を訪問し病院長や事務長、総務課長等人事を所管する職員等へ昨年度の自治体病院の取り組みを説明し、協力を要請した。その結果、改めて在籍出向が問題なくできるか病院としても直接、昨年度日本看護協会の出向事業を実施した他県の市立病院に照会し、検討をすることとなった。本会からは昨年度出向を実施した病院の協定書を参考資料として提供した。看護部の熱意もあり病院が初めて民間への出向を決定し、本事業を実施することになった。

今給黎総合病院においてはこれまで助産師を離島に派遣するなど実績が豊富であったため、看護師の訪問看護出向事業に参加意思を得られた後は、病院全体で取り組む体制が整っていた。

2 か所の訪問看護ステーションには本会役員が訪問し、改めて事業説明を行った。

③病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定

コーディネーターは、協力事業者同士のこれまでの連携実績や出向予定看護師の居住地を勘案し、「鹿児島市立病院とよしの訪問看護ステーション」、「今給黎総合病院と生協訪問看護ステーションたにやま」のマッチングを想定した。平成 28 年 8 月 10 日に協力事業の関係職員を本会へ招いて担当者会議を行い、各協力事業者の最終的なマッチングを決定した。

④出向条件の調整・出向協定書の作成支援

本会からは昨年度に出向事業を実施した病院の出向協定書の書式を、参考資料として提供した。

出向協定書の作成や出向開始時期についてはマッチング協力事業間で日程調整を行うよう、担当者会議で決定した。その後、予定の日時で実施困難になったところはコーディネーターがメールで調整を行った。

⑤出向開始までの支援における課題

協力事業者の選定とマッチング作業に関しては、可能ならば前年度末から準備ができると実施時期の決定がゆとりをもって決めやすい。

⑥出向開始までの支援で工夫した点

出向前に、本会役員が病院の看護管理者・出向看護師と同行して出向先となる訪問看護ステーションを訪問し、施設や受け入れ状況と研修プログラム、訪問看護ステーション看護師派遣要項の確認を行った。

また、資料に記載されていない交通手段、訪問時の駐車方法、トラブル時の処理方法、制服のサイズ、帰院日の設定、中間カンファレンス等の設定など、出向のスムーズな実施に関わる項目について細部の確認を行った。

4) 実施内容

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	救急病棟主任／看護師経験年数 19 年／年齢 40 代
----------------	-----------------------------

鹿児島市立病院では出向の実施にあたり、以下の条件のもと出向者の選定を行った。

[出向者の選定条件]

- 1) 訪問看護に携わる看護師としてのスキルアップを希望する者。
- 2) 在宅療養支援の対処法について学びを深めたい者。
- 3) 研修の主旨・目的を理解し、行動できる者。
- 4) 鹿児島市立病院クリニカルラダー3 以上

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

訪問看護ステーションの概略を理解する。
1. 訪問看護ステーションの特徴、利用者の特徴、地域の特性について理解することができる
2. 訪問看護の制度(医療保険、介護保険)がわかる
3. 同行訪問を通して、利用者の生活様式を理解する。利用者が生活の場でどのような看護、関わり方をしているのか知る
4. 利用者の個別性や背景を知り、在宅看護でのケア方法を学ぶ
5. 同法人の他事業所見学を行い、事業所の役割を知る

<2 か月目>

全体像を把握できた利用者に対し、1 人で訪問看護の実際ができるようになる

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 訪問看護計画の立案、計画に基づいた療養援助ができる2. 利用者を通して、多職種、地域医療機関とどのように連携を取っているのか学ぶ3. 病院から在宅への訪問看護導入に現状を知る4. 訪問時、対応困難な問題発生した時は管理者へ相談、報告する |
|--|

<3 か月目>

退院調整の開始時期、内容について検討することができる

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 病院と訪問看護ステーションを繋ぐため必要な情報は何か、看護ケアの引継ぎ方法など検討することができる2. 訪問予定時間内にサービス提供ができるようになる3. 利用者、家族のニーズを充足できるような看護計画、介入していく |
|---|

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

救急病棟においては、在宅復帰支援の関わりが少ないことから、医療依存のある患者が在宅で療養するイメージができていくと考えられる。本事業を通し、医療依存がありながらも在宅で様々な社会資源を活用し、継続した医療と介護を受けながら地域で生活していることをイメージできる人材を育成する

1. 同行訪問を行うことで、スタッフと良好なコミュニケーションを図り、今後の看看連携が円滑に行えるようになる
2. 訪問看護の実際を体験し、訪問看護の知識や技術・工夫を学習し、単独訪問ができる
3. 多職種連携場面（サービス担当者会議、退院時共同指導）に参加し、看護師の役割と連携を理解する。
4. 単独訪問でコミュニケーション能力、マネジメント能力を養う。
5. 自宅だけでなく居住施設などへの訪問や、様々な社会資源を理解し連携を実践する

③病院が出向者に期待するミッション

円滑な在宅復帰支援を進めるための訪問看護の専門的な知識・技術を学び、病院内で患者の在宅における状況に応じた看護ケアや退院調整業務におけるマネジメント能力を向上させる機会となる。また、在宅に向けて退院時の状況を訪問看護ステーションの多職種のスタッフに的確に情報伝達し、連携体制を強化できる。今後、高度急性期病院の中で、在宅復帰支援を促進するために、病院看護師の役割について振り返り、退院支援看護師の育成にいかす。

(3) 実施状況

<1 か月目>

1. 訪問看護ステーション事業の概略を理解する
 - ① 利用状況と看護体制、疾病や年齢、医療器具、処置、地域の特徴や連携
 - ② 利用者との契約や主治医との連携方法
 - ③ ステーションの特徴（新生児から老年期、精神、末期、難病）
 - ④ 同行訪問で利用者の生活を見る。また、スタッフとの良好な関係を図る
2. 同法人の訪問診療や介護事業所を見学し、各々の役割を学ぶ
 - ① 訪問診療の同行（4日間） 訪問看護師が診療の補佐での同行
 - ② グループホームへの医療連携を行っている。グループホーム半日研修
 - ③ 同法人の居宅介護支援事業所。半日研修
3. 医療機関及び多職種連携への参加
退院時共同カンファレンス、サービス担当者会議
4. 院内の事例報告への参加、在宅研修への参加
5. 中間カンファレンス

<2 か月目>

1. 同行訪問を繰り返し、全体像を把握できた利用者に対し、1人で訪問看護の実際を行う。事例を通し、訪問看護の内容や処置、関連機関との連携、スタッフとのカンファレンスを行う
2. 各発達段階の利用者へかかわる（小児科から高齢者及び難病・終末期）
3. 精神障害者に関しては、在宅の様子を口頭で説明する
4. 退院時共同指導への参加、新規利用者への関わり、支援、訪問看護計画作成
5. ふれあい会食に参加、住民との啓蒙活動への参加
6. 事業所研修（介護老人保健施設・認知症デイ・ヘルパーステーション・住宅型有料老人ホーム）
7. 単独訪問及び特別指示書対応
8. 中間カンファレンス

<3 か月目>

1. 単独訪問をして計画書及び報告書作成（看護の展開）
2. 訪問予定時間にサービスが提供でき、時間内に終える
3. 利用者の在宅生活や環境がわかり、ケアに生かすことができる
4. 事業所研修（通所介護・通所リハビリ・小規模多機能型居宅介護・訪問入浴の実際）
5. 最終カンファレンス

（４）出向期間中のコーディネーターによる支援

<1 か月目>

中間カンファレンスに出席できなかった訪問看護ステーションでは病院から、帰院日における出向看護師とのカンファレンス内容を提供してもらった。

また、訪問看護ステーションの中間カンファレンスに出席したところでは、学びの状況等を確認した。

<2 か月目>

日本看護協会からのヒアリングについて協力事業者の日程調整を行い、役員がヒアリングに同行訪問した。

研修プログラムに沿って計画通り事業が推進されていたことを確認した。出向看護師が訪問や地域の事業への参加を通じ、訪問看護や他の社会資源の役割を肌で学べており在宅医療の可能性を見出したこと、出向で学んだことに基づき、帰院の際に院内でのケアの在り方を報告できたことを確認した。

出向元の病院においては、出向看護師の学びを踏まえて早速、中堅看護師長を訪問看護ステーションへ 1 日研修に派遣するなどの取り組みにつながったことが報告された。

<3 か月目>

最終カンファレンスに出向元の看護管理者とともに参加した。2 人の出向者が予定通り訪問看護の視点やスキルを習得できたことや、出向者の学びの姿勢や人間性が優れており、訪問看護ステーションのスタッフにも良い刺激になったこと等、双方に効果があったことを確認できた。

病院からは、今回の出向者の学びについて、院内の報告会等で積極的に共有を図っていくことが報告された。

5) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	7 人	7 人	人
訪問した延べ回数	16 回	9 回	回
主な業務内容	・ 訪問看護ステーションの業務内容・特徴、地域の特性について説明をうける ・ ケアマネジャーより介護保険の概要、サービスの手続き・種類について説明をうける。在宅の福祉用具設置に同行 ・ 同法人内グループの見学実習(1日) ・ 在宅訪問診療に同行 ・ 同行訪問を行い、在宅での看護ケア、利用者、家族への関わりを学ぶ ・ 理学療法士と訪問リハビリに同行 ・ 特別訪問看護指示書の点滴実施。同行訪問3回、単独訪問4回		
主な利用者の状況	<医療保険の利用者> ・ パーキンソン病、多発性硬化症、末期癌の利用者に対し、清潔ケア、排泄ケア、内服管理などを実施。 ・ 18トリソミー、低出生体重児の小児に同行訪問 <介護保険の利用者> ・ 脳梗塞後遺症、慢性心不全、SLE、コウストミー、ウロストミー保有の利用者、乳癌術後、認知症の利用者に対して、清潔ケア、排泄ケア、リハビリ、ストーマ管理を実施。 ・ 年齢は1歳～96歳と幅広く、介護度も要支援2～介護5まで認知症初期の利用者から、全介助が必要な利用者を知った。 ・ 自宅で過ごされている利用者、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付高齢者住宅と住んでいる場所、生活様式も様々であることがわかった。		
できるようになったこと	・ 医療保険、介護保険の違い、在宅がん医療総合診療科の適応利用者は毎日訪問ができることを学んだ。 ・ 在宅は利用者の生活があり、生活の場に療養環境があることを知った。現在の状態を維持し、低下させないために必要な援助を行っていくことを学ぶ。 ・ 介護サービスを利用するまでの手続きの流れ、在宅サービスの種類、地域密着型のサービスについて学ぶ。ケアマネジャーがケアプランを		

	立案、目標設定し、他職種からの視点で計画修正を行い、利用者の思いに沿ったケアプランが立案させていることがわかった。また、目標は、利用者、家族の意向、生活習慣にあわせて、生活レベルにあった目標にすることが大切だと学ぶ。 ・ 在宅訪問診療では、短時間で残薬チェック、診療の補助を行っていた。医師には情報を簡潔に伝え、利用者からは困っていることなどを聞き出し、スムーズに診療が行えるように介助していくことを学ぶ。 ・ バイタルサイン、胸部、腹部症状のチェック、皮膚状態、排尿・排便状況、食事摂取量を確認し必要なケアを考える。家族、施設職員から情報を得る。訪問終了後は記録に残し、情報をスタッフに報告し、情報共有をすることを学ぶ。 ・ 浸出液がある創に対して、オムツラップを使用し浸出液の吸収と除圧が可能であることを知る。 ・ 保清は、物品の使用量を最小限にするために洗浄後は石鹸を拭き取ってから水で流す工夫をしており実施できるようになった。 ・ 在宅介護をしている家族の精神的フォロー、身体的フォローも大切であり、介護者が行っている方法を確認し不足している点や、安全・安楽にできるのであれば指導していく必要性を学んだ。 ・ また、介護者に疲労がみられたらケアマネジャーに報告、通所サービス、ショートステイの検討など利用者、家族を支えていくことを学んだ。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 在宅での医療処置を行いながら生活できていることを知った。日々の観察、家族、多職種からの情報収集を基に、フィジカルアセスメント、バイタルサインチェックの力を向上させ、対象の変化に気づき対処できるようにしていきたい。 ・ 担当利用者を通して、医療機関、多職種との連携を実践していく。 ・ 退院前カンファレンスに参加した利用者が、自宅に帰りどのような生活を送っているのか、カンファレンス前後の状態把握を行い、必要な援助が提供できるようになる。

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	11人	10人	人
訪問した延べ回数	17回	15回	回
主な業務内容	・ 乳癌術後、化学療法中の利用者の担当看護師となり単独訪問		

	・ 特別訪問看護指示書の点滴実施、保清介助 ・ 地域ふれあい会に参加。訪問看護の周知広報活動 ・ 法人内介護老人保健施設で見学実習(2日間) ・ 法人内ヘルパーステーション事業所のヘルパーと同行し生活援助(半日) ・ ALS、脊髄小脳変性症利用者へ同行訪問し状態観察、清潔援助 ・ ALS、乳癌術後利用者の退院前カンファレンスに参加 ・ 医療連携にてグループホーム入居者の状態観察
主な利用者の状況	<医療保険> ・ 発熱、栄養不良のため特別訪問指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書にて点滴実施。 ・ ALS で気管切開、呼吸器装着中、胃瘻あり、全介助の利用者を自宅で介護 <介護保険> ・ 認知症で独居の利用者や、家族は同居しているが日中はデイサービス、訪問看護、介護を受け生活をしている利用者に対して、内服管理、リハビリ、清潔ケアを実施。 ・ 脳梗塞後遺症、慢性心不全、SLE、コウストミー、ウロストミー保有の利用者、乳癌術後、清潔ケア、排泄ケア、リハビリ、ストーマ管理実施。
できるようになったこと	・ 利用者の担当者会に参加。利用者の思いを傾聴し何を必要としているのか、目標をどう設置するのか話し合い全員で共通理解していくことを学んだ。利用者が医師の前では話せないことを伝え、自宅での生活、訪問看護報告を行った。 ・ 特別訪問看護指示書でバイタルサインチェック、状態観察を行い、点滴実施することができるようになった。この時必要な清潔ケアを判断し実施できるようになった。 ・ 福祉用具使用の説明を家族に行った。自分自身、介護者の身体を守り、安全なケアを行っていく必要性を学ぶ。 ・ 介護保健施設では、認知症・慢性疾患の利用者も多く、入所当初から看取り目的で入所してくる方もいることも知った。生活の場、介護の場であり医療的対応には限界があるが、病状を細やかにチェックし、異常時はすぐに家族、主治医に報告していることを学んだ。「抑制帯0」の取り組みを行っており、本人の行動パターン、注入時間の考慮、目の届く場所での注入と個々に合わせてケアを行っていることを知った。

	・ 認知症の利用者には、現状維持・機能低下予防の支援を行い、介護者の体調にも考慮していくことを学ぶ。 ・ 在宅でも、呼吸器・吸引・ネブライザーと病院と同じような医療を受けられる。生活の場であるため各家族の工夫(点滴架が竹の棒、日用品が吸引の水入れ、物品の配置)を知った。 ・ ターミナル利用者は状態変化も早く、家族の気持ちも変化しやすい。家族の思いをサービス提供に繋げるためにはケアマネジャーとの連携も密にとっていかなければいけないと学ぶ。 ・ ヘルパーは生活支援であり、洗濯物の量、ゴミ箱の中身から利用者の状態を把握していることを知った。絨毯の段差、家具の配置、コード類の整理を行い転倒しない環境整備を行い、生活の質を整えていることを学ぶ。
現状の課題・今後取り組みたいこと	・ 訪問時間内に必要な情報収集を行い、その情報を基にアセスメントして的確に状態把握し、ケアの提供ができ、必要時医師に報告できるようにしていきたい。 ・ 本人、家族のニーズを充足するための情報収集を行い、何が必要なかを考え計画立案、介入ができるようにし、多職種との連携・調整がスムーズにできるようにしていきたい。 ・ 生活環境の中に療養する場があるので、生活背景、利用者の特徴をふまえ環境を整えられるようになる。 ・ 家族の思いを傾聴し、健康状態、体調の変化に気を配ることができるようになる。 ・ 在宅で生活していくには、病院ではどのような援助が必要なのか、何の準備をしていたら在宅にスムーズに移行できるのか考えながら訪問を行っていく。

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	4 人	6 人	人
訪問した延べ回数	1 4 回	1 9 回	回
主な業務内容	・ 担当利用者の単独訪問を行い、病状チェック、不安の傾聴、清潔ケア、リハビリを実施。 ・ 在宅がん医療総合診療の利用者に対し、点滴実施 ・ 小規模多機能型居宅介護施設の見学・研修(1 日) ・ 認知症デイサービス見学・研修(1 日) ・ 通所リハビリテーション見学・研修(1 日)		

	・ 脊髄小脳変性症利用者へ状態観察、清潔援助の実施 ・ 新規利用者のサービス担当者会への参加 ・ 長寿あんしん相談センターの役割についての説明を受ける
主な利用者の状況	<医療保健> ・ 在宅がん医療総合診療でターミナルの利用者 <介護保険> ・ 慢性心不全、SLE、コウストミー保有の利用者、乳癌術後、清潔ケア、排泄ケア、リハビリ、ストーマ管理を実施
できるようになったこと	・ 担当利用者への、病状観察を行い、リンパマッサージを行いながら利用者の思いを傾聴した。触れ合いながら思いを聴く大切さを感じた。 ・ 病状悪化時の緊急連絡先が総合病院であり、主治医への連絡に戸惑った。病状悪化時利用者は不安が強くなるため、往診に来てくれる地域のかかりつけ医へ変更したほうがいいのか、主治医に相談した。総合病院などの場合、平日、休日、夜間と細かく緊急連絡先を決める必要があると学んだ。 ・ ケアマネジャーへ現状報告を行い、今後のサービス・支援内容の情報交換を行うことができるようになった。 ・ 利用者の目標達成のため、理学療法士に筋力、日常生活動作の評価を行ってもらい理学療法士の訪問リハビリも提供することになった。利用者の思いを聴き、目標を共有し多職種で連携してサービス提供していくことを学んだ。 ・ 末梢静脈点滴挿入困難な利用者へ、皮下点滴を実施。挿入時の注意点を学び、点滴速度の管理、皮下の観察を行った。 ・ ターミナル利用者の意識レベル低下、血圧低値、尿量減少がみられていたため、主治医へ訪問診療を早め行ってもらおうよう、ケアマネジャー、施設職員にも情報提供を行った。家族が一緒の際は、利用者の若い頃の話、人柄など楽しく話をしながらケアの提供を行うことができた。 ・ 訪問時間内に、情報収集、ケアの提供ができるようになった。福祉用具を使用し、全介助の利用者も1人で体位変換出来るようになった。 ・ 小規模多機能型居宅介護施設は、地域密着型であり近所の人を巻き込んでその人を支える、地域から離さないサポート、地域の中で生きることを支える支援を行っていることを学んだ。また、自宅を中心に「通い」「宿泊」「訪問」といったサービスを提供しており、一人ひとりの思いやこれまでの生活スタイルに合わせた支援を行い、看取りまで行っていることを学んだ。

	・通所リハビリテーションは、お迎えに行った時からリハビリは始まっており、表情、声のトーンから状態把握を行い、気持ちのモチベーションを高める声かけを行っていることを学んだ。 ・長寿あんしん相談センターは、地域の元気な高齢者へ介護予防を推進しており、地域で自立した生活が送れるように「自助」「共助」「互助」「公助」の考えから、本人の出来ることを活かして介護予防プランを作成していることを学んだ。高齢者の虐待防止の早期発見にも努めており、顔の見える関係で多職種との連携を図っていることを学んだ。
現状の課題・ 今後取り組み たいこと	・在宅、施設において病院と同じような医療が行われており、個々の特性・特徴に合わせたケアを実施していることを学んだ。入院早期にケアマネジャーと協働し、介護連携カンファレンスを実施し、「帰せる医療」を目標に看護計画を立案し、実施・評価していく。 ・患者がどのようなことを望んでいるのか自己決定を支援する。 ・どのような介護サービスがあるのか、介護サービスを受けるにあたっての手続きなど MSW やケアマネジャーと協働し、退院してから介護サービスを受けるまでの期間を短くし、患者が少しでも安心して退院できる状況をつくる。

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時 の評価	1か月後の 評価	の事業終了時 の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	4	4
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	3
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	4	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	4	4
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	4	4
8	訪問予定時間通りに訪問する	1	2	3
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	4
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	2	3	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	2	3	4
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	2	3
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	3	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	2	3	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	3	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	3	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	3	4
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	3	4
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	2	3	4
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	3	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	3	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	2	3	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	2	3	4
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	3	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

- ・ 在宅は利用者の生活の場に療養環境があり、日常生活へ密着した着眼点を持つことが大切であり、何を改善したら「その人らしい」で生活が送れるかを考え、医療と生活の視点でサービスを提供することを学んだ。
- ・ 病院で「病院という環境下でやらなくていけない医療・看護」から、患者主体で考え「退院後患者が続ける疾病管理」という視点でイメージし、入院早期からケアマネジャー、MSW、多職種と連携し退院調整を行っていききたい。医療依存の高い患者は退院前カンファレンスを充実させ、良好な人間関係、顔の見える関係を構築し在宅移行がスムーズに行えるようにしていきたい。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

- ・ 急性期医療を提供した後、患者は暮らしの場面に戻っていくという視点、患者の背景から退院後の生活を予測し、患者・家族と共有する視点を持ち、入院早期にケアマネジャーと協働し、介護支援連携カンファレンスを実施する。
- ・ 「これからどう生きていくのか」、患者がどのようなことを望んでいるのか、どのような療養生活を送ることが最善なのかを考え、自己決定を支援する。
- ・ 食事・排泄・移動といった生活動作の方法も、患者の自立・自律に向けた方法で考え、患者・家族ができるシンプルな方法・在宅で継続可能な方法を提供する。
- ・ 患者中心とした関わる多職種で、情報共有、到達目標の共有ができるカンファレンスが開催できるようにしていきたい。

（４）事業終了後の感想

急性期医療を提供した後、患者はどのような状態でどのような支援を受けているのか経過を知る機会がなく、また、訪問看護にも興味があったが漠然としたイメージでしかなかった。今回の事業に参加し在宅医療の現状、訪問看護の実際を知ることができ、とても充実した研修となった。

初めての同行訪問の時は、多くの高齢者が何らかのサービスを受けて自宅で過ごしていること、施設での看取り、病院と同じような医療機器に囲まれて自宅で過ごしている利用者を知り驚きが多かった。自宅だけでなく有料老人ホーム、グループホームを終の棲家としていることも知り高齢者が地域で生活し、それを支える社会資源があること、シームレスなサービスを提供し、全介助の利用者も在宅における生活を支援していることを学んだ。

病院では、治療が主であり「診療の補助」が多く、業務に追われていることが多い。医療機器、レントゲン、採血データーと確認手段が多くあり、医師も近くにいるためすぐに報告ができる環境にあるため、フィジカルアセスメント能力が不足していると感じる。

訪問看護では、バイタルサイン、いつもと違うという変化を見抜くこと、多職種からの情報、生活状況からの状態把握と多方面から利用者を観察しアセスメントすることが重要であることを学んだ。医師に報告するレベルなのか、経過観察でよいのかその場の観察で判断する難しさもあることを学び、責任の大きさを感じた。

訪問時間は利用者のためだけの時間であり、ゆっくりと関わることができた。リンパマッサージや足浴を行いながら、利用者の思いを聴くことができ、何を必要としているのか、どのサービスを利用すれば生活維持できるのか、疾患重視ではなく、生活を支える視点で関わられるようになってきた。この関わりから、病院でも、もっと患者、家族のこれまでの生活歴、どう生きていきたいか話を傾聴する時間も持つようにし、「その人らしい」生活が援助できる看護介入ができるようになりたいと感じた。家族の体調や精神的支援も重要であり、訪問看護師の労いの声掛けで家族の気持ちが和らぎ、安心感につながると実感した。

病院では、全介助の患者の体位変換は2人の看護師で行っているが、訪問看護は1人で体位変換をしなくてはならない。福祉用具の利用や、ボディーメカニズムを理解し、身体的負担軽減の援助方法を学び、福祉用具の活用を推進していくようにしていきたい。

研修最終週、それまで関わってきた利用者が状態悪化してきた。研修当初は看取りの時モニターがなくて不安はないのかと思っていた。しかし、バイタルサイン、呼吸、意識レベルをしっかりと観察しモニターがなくても看取りができることを学んだ。

一緒にいる家族と話をし、家族から「最期の時に、楽しい時間が過ごせて本人も喜んでいのかも」と言われたときは、とても嬉しかった。今まで住み慣れた家、家族、思い出の品に囲まれて最期を過ごせるのは在宅ならではの醍醐味であると感じた。

今回の事業で訪問看護ケアを学び、病院から在宅へ看護を繋げる事で、利用者が長期にわたり自宅で日常生活を送れる事を学んだ。患者・家族の自己決定支援、病院で「病院という環境下でやらなくてはならない医療・看護」から、患者主体で考え「退院後患者が続ける疾病管理」という視点でイメージし、他職種との連携、社会資源の活用をすることにより、看護師として円滑な退院支援に繋がられ、スムーズな在宅移行、入院日数の短縮化も図れるのではないかなと思う。

6) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時 の評価	評価1か月後の の	の事業終了時 の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	2	4	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	3
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	4	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	3	4	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	1	3	3
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	3	4
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	3	4
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	2	3	5
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	3	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	2	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	3	5
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	2	3	5
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	3	5
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	2	3	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	3	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	3	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	2	3	4
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	3	4
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	1	3	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	2	3	4
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	2	3	5
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	3	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	1	3	5

（２）事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

- 出向看護師を受け入れることで、訪問看護師としての意識やモチベーションが高くなった
- お互いの交流から、病院看護と在宅看護の違いを再確認できた（カンファレンス）
- 人員に余裕が生まれ、特別指示書への対応がスムーズにできた
- 複数名訪問での対応ができた
- 出向看護師がアロママッサージの知識があり、利用者へ実施したことからステーション内での勉強会講師をお願いし実施した
- 出向看護師が訪問看護に興味があり、問題意識も高くスタッフと溶け込みが早かった。また、スタッフも刺激を受けながら実施出来た
- 事業期間中、出向先（市立病院）から、救命救急センター看護師長・循環器疾患主とした病棟看護師長・外来検査治療室看護部長・外来看護師長が看護管理者見学研修を当ステーションにて行った

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

- 訪問看護の業務の実際が理解できる
- 利用者訪問を行うことで、生活が見え必要な課題が見える。その上で、継続看護・退院指導の準備を一緒に考えることができる
- 地域の医療介護のシステムを理解し、様々な社会資源や多職種の役割が理解できる
- 上記を理解することで、「在宅復帰できるには、」医療をスリム化できるかなど検討し在宅復帰できるタイミングを図れるようになり、退院支援の向上につながる
- 病院とステーションが連携強化できる

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

- 出向者が訪問看護を学びたいと希望していることは必要である
- 出向手続き
- 給与の問題
- 期間中の研修が、時間外に行われる場合の給与等の扱い

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

- 事業の目的をステーション内で共有するため報告した
- 全スタッフに同行し、お互いの人間性を知りえ、早く慣れるよう配慮した。
- また、昼食は一緒の時間を設定した。その時間で更に個人の興味や趣味について共感できた
- 1 か月経ち、歓迎会を行った

- 訪問ではその担当看護師が指導し、全体については管理者で対応した
- 研修に対しては、聞いてほしい研修は参加してみてはと声かけして、在宅医療の実際を聞いてもらった
- 地域の高齢者の集まりに参加してもらった
- 明輝会の介護事業所を研修してもらい、事業所の内容や様子を体験してもらった
- 利用者には、出向看護師の説明をして受け入れて頂いた

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- 訪問看護に興味や意欲がある看護師が出向すること
- 病院看護管理者の出向で、帰ってからの組織へ伝達の影響力があることが必要
- ステーション管理者及びスタッフの迎え入れる理解と協力
- 退院調整看護師の研修の位置づけ
- スタッフの長期研修、介護休暇、育児休暇の期間の出向は有効かと考える
- 出向先として、新患がある程度あること、医療依存度（特別管理加算・複数名加算）が高い利用者の受け入れ実績がある方がよい

⑥その他、事業を実施した感想

- 急性期病棟からの出向で、「医療依存度が高い利用者・高齢世帯・独居・独居の終末期」を経験し、家族の形や関係性など一緒に話し合うことができたことは、改めて在宅看護・継続看護を考える機会になった。
- 教育に関しては、十分な看護経験があり早期から単独訪問が可能であった
- 出向者と話す中で、育児休暇からの病院復帰でなく近隣のステーションへ出向扱いで勤務して頂き、一年後病院復帰はどうか。人材活用や看護師として仕事が続けられる環境も検討してみてはと考える
- 当事業所が魅力ある事業所になれるように、今回の事業を通し更に交流を深めていきたい

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

- 中間・最終カンファレンスにスタッフも参加していますが、コーディネーターの参加で看護協会の事業に対する思いやこれからの取り組み、行政の流れなどスタッフとともに聞けた為、スタッフへの有効な還元となった。

7) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

円滑な在宅復帰支援を進めるための訪問看護の専門的な知識・技術を学び、病院内で患者の在宅における状況に応じた看護ケアや退院調整業務におけるマネジメント能力を向上させる機会となる。また、在宅に向けて退院時の状況を訪問看護ステーションの多職種のスタッフに的確に情報伝達し、連携体制を強化できる。今後、高度急性期病院の中で、在宅復帰支援を促進するために、病院看護師の役割について振り返り、退院支援看護師の育成にいかす。

②出向者のミッションの達成状況

在宅は利用者の生活の場に療養環境があり、同行訪問することにより、看護師として、日常生活へ密着した着眼点を持ち、そこから何が問題点か、何を改善したら「その人らしい」生活が送れるかを考え、医療と生活の2つの視点でサービスを提供することを学んだ。利用者が必要としているサービスの提供、病院、ケアマネジャーとの連携を図ることができた。医療依存度の高い患者に対して「病院と在宅」「医療と介護」をつなぎ、包括的・継続的なサービスを提供することが必要であり、そのケアマネジメントを行う看護職の役割を学んだ。

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

病院から在宅復帰を促進するためには、地域の医療機関、訪問看護ステーションとよりスムーズな連携が不可欠であり、病院の看護職にとっても訪問看護サービスが提供されるしくみなど介護保険・社会資源について実際を見て理解する機会となった。

1月30日に、看護職190人を対象に、研修報告会を開催した。報告会の中で、今回病院がモデル事業に取り組んだ経緯について説明を行った。報告会終了後、出向看護師への声掛けなど多くの反響があった。今後看護部全体に広げていくことを目標に、出向看護師がリーダーシップを発揮し退院支援研修など小集団でのファシリテータとして情報伝達・共有を行い退院支援看護師の育成にいかすことができる。

また、がん末期、医療依存の高い患者は在宅での課題など検討するために、退院支援カンファレンスをさらに充実させ、訪問看護ステーションの看護師、ケアマネジャーと顔の見える関係づくりを構築していく。今後の看看連携会議につなげていきたい。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

高度急性期病院の救急病棟の看護師が出向したことにより、専門的な知識や日常と違う視点で利用者を見て考える機会となり、学びになった。

研修生を受け入れることにより、多くのことに気付かされ、自分たちも勉強する機会となった。訪問看護ステーションの看護師と顔の見える関係づくりにつながった。

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

- ・在籍出向になるため、出向者に不利益とならない労働条件の維持
- ・自治体病院と民間施設との給与差額に対する調整（期末手当を含む）
- ・労働時間、休暇など
- ・出向期間、時期
- ・3 か月間の出向元（部署）の欠員補充（今回は欠員のまま実施）

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

1. 出向看護師の選出について

- ・一般病棟は、入院基本料 7:1 維持および 7:1 入院基本料算定要件である夜勤時間 72 時間を維持するための夜勤従事者数が減るため、長期間の出向は厳しいと考え、一般病棟以外の部署を選択した。
- ・出向先の近くに居住している方が、土地勘があり車での単独訪問も円滑に進められると判断し選出した。
- ・看護師経験年数、経験部署、ラダーレベル 3 以上、職員の意向を考慮した。

2. 出向方法、実施内容について

- ・訪問看護ステーション看護師派遣実施要項を作成し、事前課題、研修記録、研修評価、研修終了レポート、経験チェックリスト、インシデント発生時の対応、などについて出向先と打ち合わせを行った。
- ・出向中の連絡はメールでのやりとり、所属部署師長を連絡窓口とした。
- ・出向後 2 週目、6 週目に帰院日を設け、院内で研修の進捗状況についてカンファレンスを行った。特に調整の必要はなかった。
- ・最終日には、出向先で最終カンファレンスを行い訪問看護ステーションの全スタッフの評価・意見を聞くことができた。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・マッチングの条件
- ・他県の成功モデルの提示により、院内での交渉がスムーズに行えた。

⑥その他、事業を実施した感想

当院では既に、自治体病院から民間の施設への助産師出向支援事業として、1～3 か月間の研修に取り組んでいる。看護師の訪問看護ステーションへの出向については今回初めての取り組みであり、3 か月間という長期間にわたる出向事業に参加でき、地域と

の連携強化の機会となった。今後も継続して取り組み、高度急性期病院における在宅復帰支援を促進していきたいと考える。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

- ・出向前 初回打ち合わせへの参加
- ・出向中 2 か月目 日本看護協会からのヒアリングに同席
(看護師を訪問看護ステーションに出向させようと決めた経緯や出向に期待するものについて)
最終カンファレンス参加

8) コーディネーターによる評価

(1) コーディネーター業務の実施状況

①出向期間中の支援における課題

出向者の訪問看護ステーションにおける研修プログラムは、各施設でそれぞれの人材育成・活用の視点から作成されたものに基づき、実施した。

次年度は、本事業に参加している他県の状況も参考にしていきたい。

②出向期間中の支援で工夫した点

定期的なカンファレンスを計画・実施し、カンファレンスを活用した情報の共有が図れた。日程調整も互いに配慮しながら開催できた。また、突発的な事故やトラブルの発生もなく、臨時的な対応に迫られることがなかった。このことは、臨床現場での慎重な対応や判断があったと考える。

(2) 事業実施スキームに対する評価

①当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果

コーディネーターとしては、他県の事業推進方法を情報提供することにより、これまで前例がなかった自治体病院から訪問看護ステーションへの出向を実現することができた。

本事業に参加することで、病院、訪問看護ステーションにおける事業展開が把握でき、鹿児島県看護協会の新たな事業企画や地域包括ケア体制づくりにも役立てることができた。

②病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件

1. 本事業の狙いと今後の看護職の人材確保の視点を理解しておくこと

2. 相談があったら即対応できる体制づくり（役員・職員の事業の理解）
3. 病院と訪問看護ステーションの担当窓口の方との連携

③病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題

当該協力事業者のみで成果を共有するのではなく、本会として報告会を開催し、広く県下の病院や訪問看護ステーションに情報提供していく必要がある。

また、県協会事業としても計画し、今後、訪問看護ステーション以外の診療所、介護施設を含めて協力事業者を増やし、地域の在宅医療、包括ケアの充実を図る必要がある。

④その他、当事業を実施した感想

病院看護師が在宅看護を学ぶニーズは高く、地域連携室に従事する看護師や退院調整看護師など特にその必要性があると考ええる。各施設の設置主体による出向への課題があったが、本事業により自治体病院が「出向」のスキームを得たことは、本県全体に与える影響は大きい。また、医師には「専門研修」という、組織や施設を超えた研修システムが確立している。看護師にとって「在宅看護」が専門研修等の位置づけとなるよう発展し、継続していく必要があると考える。

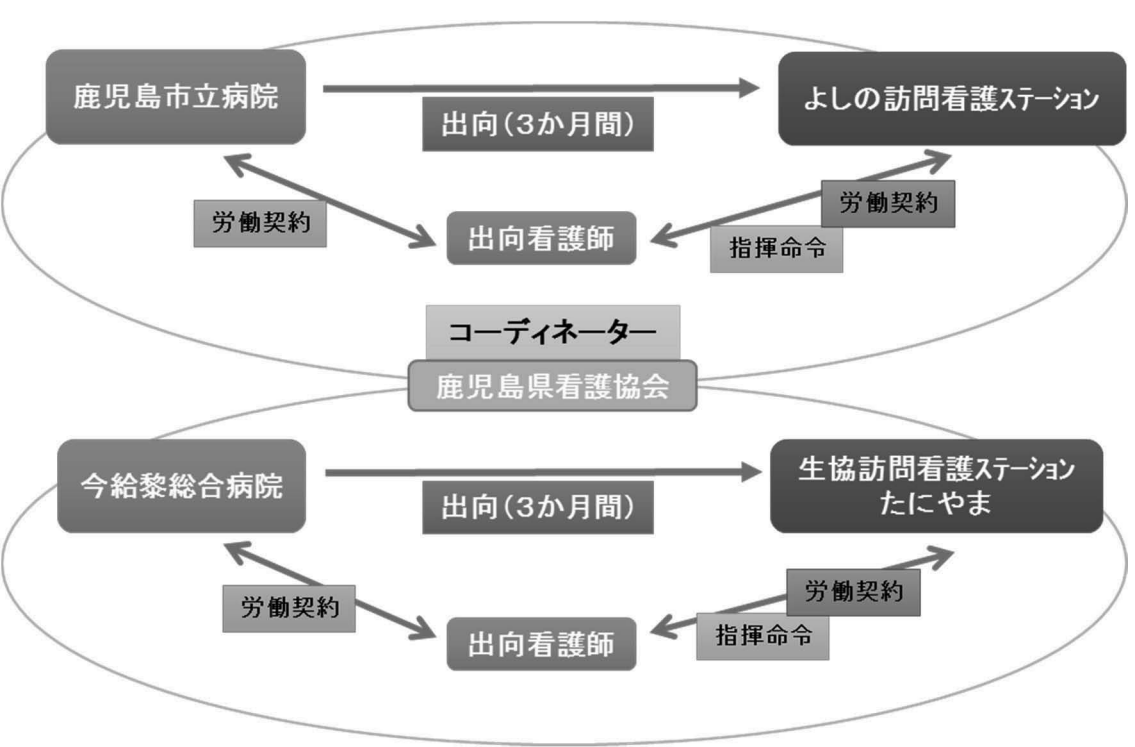
また、鹿児島市立病院においては本試行事業中に、中堅看護師長4名を訪問看護ステーションでの1日研修に派遣したり、出向終了後には退院支援ナースを中心に伝達研修会に取り組む等、本事業を足掛かりとして病院看護師が在宅看護を学ぶ機会を広げている。

今給黎総合病院においては出向終了後、出向看護師地域連携室で退院支援を行うよう配置転換がなされた。今後、全看護職員を対象として3月までに3回の伝達研修を予定されている。

このように、本事業が病院における在宅支援強化の体制作りの一助を果たすことができ、コーディネーターとしてもやりがいのある事業であった。

10. 鹿児島県鹿児島市（今給黎総合病院－生協訪問看護ステーションたにやま）の事例

1) 事業スキーム



施設・事業所名	設置主体	病床数 利用者数 (/月)	看護職員数 (実人数)	機能・特色
今給黎総合病院	公益法人	450 床	7 対 1 471 名	地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、訪問看護部門あり
生協訪問看護ステーションたにやま	医療生協	190 名	23 名 (16.0 名)	機能強化型ステーション I

※看護職員数は実人数 訪問看護ステーション等の（ ）内は常勤換算数

コーディネーター	鹿児島県看護協会
----------	----------

出向期間	平成 28 年 10 月～平成 28 年 12 月（3 か月間）
------	----------------------------------

2) 事業の背景・目的

(1) 背景

今給黎総合病院は退院調整部門を有する病院であり、これまでに退院支援・調整や社会資源・制度、地域連携に関する教育等を行ってきた。しかし、病院看護師に求められる在宅看護の視点や退院支援・調整が入院早期からスムーズに実施されず、患者・家族に満足いく退院支援・調整を提供できていない現状があった。

また、生協訪問看護ステーションたにやまにおいては、機能強化型訪問看護ステーションとして医療依存度の高い方や小児、看取りを重点課題とし地域で看護活動を展開している。この間、病院と連携する中で入院中から在宅生活を視野に入れた支援に訪問看護師がもっと関わる事が必要と感じていた。

今回、この事業に参加することで病院と訪問看護ステーションとの連携強化を行い、地域連携における病院と訪問看護ステーションの課題を明らかにし、解決に向けた実践に取り組みたいと考えた。

(2) 目的

＜病院側＞

出向者が、在宅療養支援のスキル(知識・技術)を学び習得し、院内の教育・指導に活かし、患者・家族が満足する看護および退院支援・調整を提供できる。

＜訪問看護ステーション側＞

出向看護師を受け入れることで、マニュアルを整備し、病院における退院支援に訪問看護師として効果的に関わる方法を基準化する。また、出向期間中はマンパワー支援として活用する。

3) 出向開始までの調整・準備

(1) 出向開始までのコーディネーターの支援

①地域や事業所におけるニーズの把握

平成 28 年度の鹿児島県看護協会新規事業として、病院と訪問看護ステーション・介護施設の看護職の出向研修の検討を行うことを計画していたが 6 月中旬に日本看護協会から当該事業への参加打診があった。平成 28 年 6 月の理事会で事業を推進することを決定し、業務執行理事会、運営委員会で具体的な協力事業所の調査方法を検討した結果、7 月 2 日から 10 日間において県内の会員 200 名以上の 11 病院と常勤 7 名以上の訪問看護ステーション 9 か所に対して本試行事業への参加・協力の有無をアンケート調査した。

その結果 2 病院の看護管理者から事業実施の意向があった。訪問看護ステーションからは当初、参加意向の回答はなかったが、本会から再度、趣旨を説明し参加要請した結果、2 か所から協力を得ることができた。

②病院や訪問看護ステーション等への説明・交渉

鹿児島市立病院においては、出向事業について看護部の意欲はあるものの、民間への出向という経験がこれまでなかったことから、本会役員が病院を訪問し病院長や事務長、総務課長等人事を所管する職員等へ昨年度の自治体病院の取り組みを説明し、協力を要請した。その結果、改めて在籍出向が問題なくできるか病院としても直接、昨年度日本看護協会の出向事業を実施した他県の市立病院に照会し、検討をすることとなった。本会からは昨年度出向を実施した病院の協定書を参考資料として提供した。看護部の熱意もあり病院が初めて民間への出向を決定し、本事業を実施することになった。

今給黎総合病院においてはこれまで助産師を離島に派遣するなど実績が豊富であったため、看護師の訪問看護出向事業に参加意思を得られた後は、病院全体で取り組む体制が整っていた。

2 か所の訪問看護ステーションには本会役員が訪問し、改めて事業説明を行った。

③病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定

コーディネーターは、協力事業者同士のこれまでの連携実績や出向予定看護師の居住地を勘案し、「鹿児島市立病院とよしの訪問看護ステーション」、「今給黎総合病院と生協訪問看護ステーションたにやま」のマッチングを想定した。平成 28 年 8 月 10 日に協力事業の関係職員を本会へ招いて担当者会議を行い、各協力事業者の最終的なマッチングを決定した。

④出向条件の調整・出向協定書の作成支援

本会からは昨年度に出向事業を実施した病院の出向協定書の書式を、参考資料として提供した。

出向協定書の作成や出向開始時期についてはマッチング協力事業間で日程調整を行うよう、担当者会議で決定した。その後、予定の日時で実施困難になったところはコーディネーターがメールで調整を行った。

⑤出向開始までの支援における課題

協力事業者の選定とマッチング作業に関しては、可能ならば前年度末から準備ができると実施時期の決定がゆとりをもって決めやすい。

⑥出向開始までの支援で工夫した点

出向前に、本会役員が病院の看護管理者・出向看護師と同行して出向先となる訪問看護ステーションを訪問し、施設や受け入れ状況と研修プログラム、訪問看護ステーション看護師派遣要項の確認を行った。

また、資料に記載されていない交通手段、訪問時の駐車方法、トラブル時の処理方法、制服のサイズ、帰院日の設定、中間カンファレンス等の設定など、出向のスムーズな実施に関わる項目について細部の確認を行った。

4) 実施内容

(1) 出向者の選定

出向者の プロフィール	急性期病棟勤務／看護師経験年数 20 年（うち訪問看護経験 1 年） ／年齢 50 代／介護支援専門員資格保有
----------------	--

(2) 目標設定

①出向看護師による目標設定

<1 か月目>

在宅患者の生活を知り、訪問看護の知識・技術を学ぶ。

1. 同行訪問で訪問看護の実際を理解する。
2. 在宅看護の現状を知り、訪問看護師の業務や報酬体制・利用者負担を理解する。
3. 訪問看護の利用者の特徴を理解する。
4. 訪問看護を利用している療養者や家族の状況を理解し、それに合わせた看護ケアを学ぶ。
5. 在宅療養での他職種連携について理解する。（担当学会議・退院支援カンファレンスなどに参加する）
6. 訪問看護ステーションスタッフと良好なコミュニケーションをとる。
7. 利用者・家族と良好なコミュニケーションをとる。

<2 か月目>

訪問看護の実際、ケアの展開が指導を受け、実践できる。

病院看護師として現在の問題点を明確化し、病院と在宅の連携の強化について学ぶ。

1. 在宅看護における、必要な知識・技術を習得する。
2. 訪問看護計画に基づいた療養支援を行う。
3. 病院から在宅への訪問看護導入の現状を理解する。
4. 病院看護師と訪問看護師の役割の違いについて把握する。
5. 退院時カンファレンスに参加し、退院支援内容の立案、在宅療養の開始を理解する。

<3 か月目>

退院調整の開始時期・内容について指導者と検討することができる。

病院と訪問看護ステーションの連携を行う上で何が必要か、課題・問題点を明確化する。

1. ひとり立ちができ、訪問看護計画を立案し、訪問看護のケアを単独で提供することができる。
2. 訪問看護を行うことで必要と思われる看護ケアのあり方について理解できる。
3. 病院と在宅を繋ぐ看護ケアの引き継ぎの課題・問題点を明確化する。
4. 訪問看護と病院看護の違いについて理解することができる。

②訪問看護ステーションによる出向者の育成方針

訪問看護を実践する中で、病院と在宅の看護の役割や連携を学び、研修終了後は、院内での職員教育や退院支援が効果的に実践できるようになることを目指す。

③病院が出向者に期待するミッション

出向者が、在宅療養支援のスキル（知識・技術）を学び習得し、院内の教育・指導に活かし、患者・家族が満足する看護および退院支援・調整を提供できる。

（３）実施状況

<1 か月目>

- ・ 初日は、事業所内でのオリエンテーションを実施（事業所の方針、年間スケジュール、業務マニュアル、医療保険・介護保険の区別、記録物等業務に関する事項の説明）。
- ・ 2 日目以降は、1 日 3～4 件の同行訪問を実施。同じ利用者の 2 回目以降の訪問は、主に実践し、少しずつ単独訪問へ移行した。訪問回数 7 4 回（同行訪問 67 回・単独訪問 7 回）
- ・ サービス担当者会議参加（3 回）
- ・ 生協往診クリニックのカンファレンス参加（1 回）
- ・ 訪問看護師現任研修会参加
- ・ 鹿児島市在宅医会事例検討会参加

<2 か月目>

- ・ 訪問回数 65 回（同行訪問 33 回・単独訪問 3 2 回）
- ・ 退院前カンファレンス参加（2 回）
- ・ サービス担当者会議参加（2 回）
- ・ 癌末期の利用者の担当看護師となり、退院前カンファレンス・自宅でのサービス

担当者会議に参加、往診に同行訪問し、訪問看護を実践。

- ・ 受け持ち利用者の看護計画書作成、他記録物作成
- ・ 看護学生の同行訪問

<3 か月目>

- ・ 訪問回数 68 回(同行訪問 3 回・単独訪問 65 回)、内緊急訪問 5 回含む
- ・ 受け持ち利用者の看護計画書・情報提供書・報告書作成
- ・ 看護学生の同行訪問
- ・ エンゼルケア 1 回

(4) 出向期間中のコーディネーターによる支援

<1 か月目>

中間カンファレンスに出席できなかった訪問看護ステーションでは病院から、帰院日における出向看護師とのカンファレンス内容を提供してもらった。

また、訪問看護ステーションの中間カンファレンスに出席したところでは、学びの状況等を確認した。

<2 か月目>

日本看護協会からのヒアリングについて協力事業者の日程調整を行い、役員がヒアリングに同行訪問した。

研修プログラムに沿って計画通り事業が推進されていたことを確認した。出向看護師が訪問や地域の事業への参加を通じ、訪問看護や他の社会資源の役割を肌で学べており在宅医療の可能性を見出したこと、出向で学んだことに基づき、帰院の際に院内でのケアの在り方を報告できたことを確認した。

出向元の病院においては、出向看護師の学びを踏まえて早速、中堅看護師長を訪問看護ステーションへ 1 日研修に派遣するなどの取り組みにつながったことが報告された。

<3 か月目>

最終カンファレンスに出向元の看護管理者とともに参加した。2 人の出向者が予定通り訪問看護の視点やスキルを習得できたことや、出向者の学びの姿勢や人間性が優れており、訪問看護ステーションのスタッフにも良い刺激になったこと等、双方に効果があったことを確認できた。

病院からは、今回の出向者の学びについて、院内の報告会等で積極的に共有を図っていくことが報告された。

5) 出向看護師による評価

(1) 実施状況の自己評価

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	20 人	24 人	人
訪問した延べ回数	42 回	32 回	回
主な業務内容	➤ 事業所内オリエンテーション・2016 年度組織。事業活動方針説明・訪問看護療養費（医療保険）・限度額適用の説明を受ける。 ➤ 1 日 3～4 件の同行訪問施行し、利用者のオリエンテーションを受ける。 ➤ 訪問看護師現任研修会参加（おむつの使い方の研修・分野別学習会－慢性疾患管理シートの活用事例について） ➤ ステーション内カンファレンス参加（2 回） ➤ 担当者会議に出席（3 回） ➤ 往診カンファレンスに参加（1 回） ➤ 鹿児島市在宅医師事例検討会出席（1 回） ➤ ステーション内部会参加（事例検討会あり）（1 回） ➤ 訪問回数（同行訪問 67 回・単独訪問 7 回）（計 74 回） ➤ 胆嚢癌看取りの利用者の単独訪問を実施（3 回）		
主な利用者の状況	<医療保険等の利用者> ・ 糖尿病・パーキンソン病・脳性麻痺・慢性閉塞性肺疾患・脊髄損傷・膀胱がん・低酸素症・筋委縮性側索硬化症・胆嚢がん・脊髄小脳変性症・心不全・肺がんの利用者にバイタルサイン測定、一般状態観察、清潔ケア、排泄ケア、内服管理、入浴介助などを実施した。 ・ 精神遅延・心房中隔欠損・心不全の利用者に生活状況観察・BiPAP 管理を実施した。 <介護保険の利用者> ・ 筋委縮性側索硬化症・多発性硬化症・糖尿病・狭心症・脳梗塞後遺症・パーキンソン病・アルツハイマー型認知症・慢性腎不全・S 状結腸がん・頸椎後縦靱帯骨化症・慢性腎不全・顕微鏡的多発血管炎・MS・骨髄増殖性疾患・直腸がん・第 12 胸椎圧迫骨折・大動脈不全症・関節リウマチの利用者に対し、清潔ケア、入浴ケア、ストーマ管理、排泄ケア、日常生活のアドバイス等を実施。 <その他> ・ 往診カンファレンス・ステーション内カンファレンス・担当者会議・		

	鹿児島市在宅医会事例検討会参加
できるように なったこと	<利用者・家族の状況に合わせた看護ケア> ➤ 在宅療養者が生活する場で適切な看護を提供する必要があり、利用者の生活を変えないようにする事が大切であり、利用者・家族の個々の介護方法を尊重し、ケア後は家族の負担が軽減されるようケア前の状態に復元することを学んだ。 ➤ 高齢者の多くが老老介護であり、ケア時にシーツや寝衣を汚染で洗濯物が増えると家族の負担が増す。また、おむつの利用方法や使用後の処理方法など違い、個々の利用者に応じて対応することを学んだ。 ➤ 利用者が自宅で暮らせる工夫が随所にある。（全盲の利用者が指先につけたゴムで測定部位を明確にし、自己血糖測定が可能・電話番号の数字をダンボールで作り手触りで確認可能・使用物品の場所を変えない約束・緊急時の電話のかけ方をシミュレートする等 ➤ 終末期を迎える家族に、看取りの過程で予測される心身の状態とその対応についてパンフレットを用いて説明を行った。家族の受け入れ状況を確認しながら精神的フォローの難しさを学んだ。また、在宅での終末期の看取は、苦しくないように、痛くないように、寂しくないようになど提案することを学んだ。 ➤ 10 日間の入院により下肢筋力低下を引き起こし歩行困難となった利用者に退院時から関わり、入院前の歩行状態にまで回復するために2ヶ月間を要した。利用者・家族・訪問看護師・理学療養士の日々の介入や努力が必要であることを理解した。病院で入院前の状況を理解し、入院中は早期離床に努め、ADL の低下防止するための援助が重要であることを学んだ。 <在宅療養における利用者の負担> ➤ 訪問看護の費用は高額であり、訪問看護師は常に「1回の訪問看護費用に見合ったケア」を第一に考え看護していることを知った。私自身も自己の看護ケアが訪問看護の費用に見合うケアができているかどうかを考えるようになった。 <他職種連携> ➤ 担当学会議に出席し、医師・訪問看護師・介護支援専門員・在宅サービススタッフ・福祉用具スタッフ・訪問入浴スタッフ・本人・家族の全員で会議を行い状況を報告し目標を共有することで多職種が一貫した対応ができる事を学んだ。（筋委縮性側索硬化症で人工呼吸器使用中の利用者に対し、ディケアへの参加を目標設定し各専門職の意見交換をすることができた）

	➤ 統一した慢性疾患管理シートを使用し、地域全体で連携を図っていることを学んだ。（透析中の利用者・心不全の利用者など）事例検討会を開催して情報共有していることを学んだ。 ＜訪問看護師間の情報共有＞ ➤ 訪問看護は個々の利用者によりケアの仕方に違いがあるため情報共有は詳細な記載が必要であることを学んだ。統一したケアが行えるように、受け持ち看護師がカルテの「ケア表」に図や写真を用いて記載していることで、誰が訪問しても同じ看護ができる工夫があった。また、家族や他の訪問看護ステーション・ヘルパーと連絡ノートで情報を共有することができた。 ➤ 病院では相談する人が多くいるが、単独訪問では、訪問先で一人で判断し実践する必要もあった。自己のアセスメントに不安もあったが、訪問看護ステーション内で常にディスカッションが行われているので、情報共有することができ不安なく訪問看護することができた。 ＜利用者・家族とのコミュニケーションの必要性＞ ➤ 利用者は、家族への遠慮・不満・感謝・焦りなど様々な心の葛藤があることを知った。また介護している家族も同様であり、精神的フォローの必要性を学んだ。 ＜在宅困難者と決めつけないこと＞ ➤ 在宅医事検討会に出席し、訪問診療医師から「在宅困難者とは誰が決めたのか、病院での医療従事者ではないか」という指摘があった。医療従事者やその他多くの人が在宅療養を理解していないことがわかった。在宅困難者と決めつけず検討することが大切だと学んだ。
現状の課題・今後取り組みたいこと	➤ 指定された時間内でケアできるよう情報を把握し、訪問先で判断するアセスメント力を向上させ、利用者の変化を見逃さないようにしていきたい。 ➤ 訪問看護に来てもらえて良かったと利用者・家族思ってもらえるケア・援助をしていきたい。（気持ちのよいケアで信頼づくり・確かな技術） ➤ 医療保険・介護保険での訪問看護の違いなどについて理解を深めたい。 ➤ 病院では理学療法士が行っているマッサージや関節可動域訓練を訪問時に施行する必要があるため習得していきたい。 ➤ 在宅では必要物品の不足が考慮される。家族に負担がかからない配慮が必要である。訪問先に合わせたケアを行っていきたい。

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	19 人	11 人	人
訪問した延べ回数	39 回	26 回	回
主な業務内容	➤ 同行訪問による利用者のオリエンテーション 33 回受ける。 ➤ 単独訪問 32 回（医療保険等の利用者 20 回・介護保険等の利用者 12 回） ➤ 担当者的会議 3 回（退院時病院にて担当者的会議 1 回）（受け持ち患者-病院にて担当者的会議 1 回・自宅にて担当者的会議 1 回） ➤ 厚生連病院入院中の胆嚢癌の患者が自宅療養希望にて受け持ち看護師となる。初回サービス担当者的会議から初回訪問・情報収集・訪問看護計画作成・緊急連絡表作成を行った。 ➤ 受け持ち利用者宅へ、医師の自宅往診に付き添い情報収集を行った。 ➤ ステーション内部会参加（事例検討会あり） ➤ 看護学生と同行訪問し指導した。 ➤ 同行訪問にて訪問看護師に利用者のオリエンテーション 1 回行う。 ➤ 緊急訪問 1 回（緊急訪問し、鼻出血止まらず救急車要請し対処する） ➤ 11 月新規にてオリエンテーションを受けた利用者 9 人 ➤ 11 月単独訪問利用者 33 人、のべ訪問回数 65 回		
主な利用者の状況	<医療保険等の利用者> ・ 糖尿病・パーキンソン病・脊髄損傷・膀胱がん・低酸素脳症・筋萎縮性側索硬化症・脊髄小脳変性症・心不全・肺がん・慢性呼吸不全・直腸がん・胆嚢癌がん・胆嚢癌の利用者に全身状態観察、清潔ケア、排泄ケア、点滴、肺ケア、気切部・胃瘻部管理、上下肢関節可動域訓練、マッサージ、皮膚の観察、呼吸器の管理等を実施した。 - 心不全の利用者に心不全チェックリストの記入と BiPAP の管理を実施した。 - 膀胱がんの利用者の往診介助と褥瘡処置を実施した。 <介護保険等の利用者> ・ 全身性エリテマトーデス・心不全・僧帽弁狭窄症・パーキンソン病・慢性腎不全・認知症・顕微鏡的多発血管炎・骨髄増殖性疾患・直腸癌・大動脈不全症・うっ血性心不全・慢性呼吸不全・脳出血・認知症・関節リウマチの利用者に全身状態観察、清潔ケア、入浴介助、排泄ケア、点滴、上下肢関節可動域訓練、マッサージ、皮膚の観察を実施した。 ・ 担当者的会議 3 回（病院訪問による担当者的会議 2 回・受け持ちサービス		

	担当者会議 1 回)
できるように なったこと	<訪問看護師として知識・技術の習得> ➤ 訪問看護師は単独訪問にて緊急時は正確な判断が必要である。フィジカルアセスメントやバイタルサインの必要性を学んだ。長時間の鼻出血が止まらない利用者の緊急訪問行い、緊急時の対応をシュミレーションしておくことの必要性を学んだ。 ➤ 訪問看護師の排泄処置に関わる必要性的な技術の重要性を学んだ。便意の感じられない脊髄損傷の患者も、摘便・マッサージ・浣腸を施行し、指ブジーにより肛門収縮を感じることで全ての便の排泄を確認することが可能となった。排泄介助を行うことでオムツを使用することなく生活することが可能であることを知った。 ➤ 在宅療養における褥瘡悪化による処置の難しさを学んだ。病院では、褥瘡悪化時はその日に対処が可能だが、在宅では状態を把握し電話連絡やファクス・メールで状態を報告する必要がある。訪問看護師・在宅医師などとの連携の必要性を感じた。 ➤ 長期在宅利用者や家族は、毎日の生活の中で色々な工夫をされていた。寝衣やシーツの皺がない・ルート類は必ずガーゼや布で保護・保湿剤の塗布・オムツを利用者に合うようにカットする等の工夫していることを知った。24 時間の介護の中での創意工夫を知ることが出来た。 <訪問看護計画に基づいた療養支援> ➤ 病院では一つのマニュアルを覚えることで処置可能となるが、訪問看護では一人一人のケアをケア表に添って行う必要があり習得するのに時間がかかった。また、家族と共にケアをする必要があり家族との連携が重要であると学んだ。 家族と共にケアすることで家族とのコミュニケーションを図ることもできた。 <病院から在宅への訪問看護導入・退院時カンファレンス> ➤ 新規利用者の受け持ち看護師になり訪問看護の流れを知った。胆嚢がんのステント留置されている利用者の受け持ち看護師となった。病院で開かれた退院前担当者会議に本人・家族・医師・ケアマネ・病棟看護師・訪問看護師・栄養士・理学療養士・訪問入浴看護師・ディサービス看護師の参加し、現在の病状や今後起こりうる可能性の説明、各職種からの問題点などについて話し合った。多職種にて目標を明確化し関わっていることの重要性を学んだ。 ➤ 訪問診療医師の初回往診に同行した際、利用者の趣味である俳句を医

	師がプレゼントした。その時の利用者の表情を忘れられない。利用者が何を求めているのかを理解し会話することの必要性を理解できた。まず利用者のことを知ることが信頼関係を構築する手段となることを学んだ。 ➤ 新規サービス担当者会議出席し、在宅療養を継続するために利用者・家族・福祉用具業者・介護支援専門員と共に自宅で生活する際の問題点や改善策を考えケアプランを作成していることを学んだ。 ➤ 退院 1 日目から緊急対応が出来るような体制が整っていた。(連絡体制・緊急対応・地図) また、訪問看護師は短時間で看護計画を始めとする書類を作成する必要がある、スムーズな在宅療養を継続するためには、病院看護師からの看護様サマリーが重要であると理解できた。 ＜病院看護師と訪問看護師の役割の違い＞ ➤ 病院では治療や処置が中心となりがちであるが、在宅においては 24 時間生活している場に訪問看護師が出向き、1 人ひとりの生活に真剣に向き合っていることを学んだ。また、信頼関係を築き上げることでケア介入が可能になっていることを学んだ。 ➤ 家族・本人の意思を尊重することが必要であり、たとえ病気が悪化する可能性があっても強制することができないことを学んだ。(内服していない利用者に無理やり受診させることができない・清潔保持できないからと無理やり入浴介助できない) 日々解決策を検討することが重要であることを学んだ。
現状の課題・ 今後取り組み たいこと	➤ 長期在宅利用者や家族は、毎日の生活の中で色々な工夫をされている。日々の援助の中で利用者の訴えや悩み、困っていること、必要な事、要求などを理解し早急な対応を行う。 ➤ 訪問看護において、訪問時のアセスメントと、的確な看護技術の習得が必要である。少しの変化を見逃さず早期発見をする。 ➤ 判断に迷った時は、ステーションにて相談しその後の対応ができるようにする。 ➤ 病院と在宅をつなぐ看護ケアの引き継ぎの課題・問題点を理解する。 ➤ 訪問看護と病院看護の違いについて理解する。 ➤ 患者・家族との人間関係を構築し、在宅時における指導ができるようにする。

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	15 人	12 人	人
訪問した延べ回数	38 回	30 回	回
主な業務内容	➤ 同行訪問による利用者のオリエンテーションを受ける（1 回） ➤ 単独訪問（62 回） ➤ 緊急訪問（単独訪問 3 回・同行訪問 2 回 計 5 回） パーキンソン病の発作・嘔吐・PEG 閉塞・吸引依頼・咳嗽出現による相談 ➤ 受け持ち利用者の情報提供書作成 1 件 報告書 1 件作成 ➤ ステーション内部会参加（事例検討会あり） ➤ 看護学生と同行訪問し指導した。 ➤ 同行訪問にて訪問看護師に利用者のオリエンテーション行う（5 回） ➤ エンゼルケア 1 件		
主な利用者の状況	<医療保険等の利用者> ・ 脊髄損傷・前立腺癌・低酸素脳症・筋委縮性側索硬化症・パーキンソン病・脊髄小脳変性症・心不全・肺癌・慢性呼吸不全・直腸癌・13 トリソミーの利用者に全身状態観察、清潔ケア、排泄ケア、点滴、肺ケア、気切部・胃瘻部管理、上下肢関節可動域訓練、マッサージ、皮膚の観察、呼吸器の管理等を実施した。 ・ 心不全の利用者に心不全チェックリストの記入と BiPAP の管理を実施した。 ・ 膀胱がんの利用者の往診介助と褥瘡処置を実施した。 ・ 胆嚢がんにて終末期の利用者のエンゼルケアを行った。 <介護保険等の利用者> ・ 僧帽弁狭窄症・アルツハイマー型認知症・頸椎後縦靱帯骨化症・関節リウマチ・骨髄増殖性疾患・直腸がん・脳出血・認知症・腰椎圧迫骨折の利用者に全身状態観察、清潔ケア、入浴介助、排泄ケア、点滴、上下肢 ROM 関節可動域訓練、マッサージ、皮膚の観察を実施した。		
できるようになったこと	<在宅療養をささえる訪問看護師として大切なこと> ➤ 昼夜を問わず緊急連絡があり急いで訪問する必要がある。車での移動が多く緊急訪問時に慌てないように、緊急訪問する際の手順を理解しておく必要がある。日々の訪問の際に起こりうる可能性を理解しておくことが緊急時に的確な対応ができることを学んだ。的確な対応が利用者の安心感へ繋がり在宅療養を継続可能となることを学んだ。		

	➤ 病院においては判断に迷ったときはその場で相談し対処することが可能であるが在宅においては自己判断する力が必要であり、判断を間違えると悪化を招く可能性がある。訪問看護師のアセスメント力と介護者への指導の必要性を学んだ。（特に皮膚トラブルを起こしやすい利用者が多かった）今回、今給黎総合病院の皮膚・排泄ケア認定看護師へ相談し対処することができた。いつでも専門看護師や認定看護師へ連絡・相談が可能となる事で、安心して訪問でき知識・技術の向上を図れると考えた。 ➤ 在宅療養においては人工呼吸器や BiPAP 装着呼吸器の利用者も多く、看護師として専門的知識・技術を習得し訪問する必要性を感じた。施設入所中の知的障害のある SAS の利用者が、夜間に BiPAP を触り設定が変更されていた。人工呼吸器チェック表をもとに管理しているため早期発見が可能であった。訪問看護師の人工呼吸器への知識があることで異常の早期発見につながると考える。 ＜終末期ケアを経験して＞ ➤ 胆嚢がん終末期の利用者のエンゼルケアを通して自分の弱った姿を見せたくない為、3 人の子ども以外との面会謝絶した利用者のエンゼルケアに同行させてもらった。自宅にて洗髪・更衣・化粧・家族ケアを行うことができた。自宅退院後 1 日にて死去されたため、訪問看護関わったのは一晩であったが、家族は本人の意思を尊重し自宅で過ごすことが出来たと感謝していた。私自身が「死＝別れ」「最後は家族と一緒に」と一方的に考えていた。その人の意思を尊重することの重要性を学んだ。 ➤ 医療従事者の終末期のケアを通して利用者は元看護師であり、夫（医師）の「妻のできることを全て取り上げたくない」という意思を尊重しケアした。利用者は認知もあり、また同業者であることから苦痛・不安を訴えることはなかった。自宅療養できるぎりぎりまで自宅にて過ごすことができた。訴えない利用者の気持ちや状況を把握することも重要だと学んだ。 ＜多職種との連携＞ ➤ 介護支援専門員は、病院へ入院した利用者が在宅療養開始になったときスムーズな継続が出来る様に、病院・家族へ連絡し病状や状態を確認し、その結果を訪問看護師へ連絡し情報共有を行い、退院後の訪問がスムーズにいくよう配慮されていることを学んだ。 ➤ 施設入所利用者をめぐる多職種との連携 知的障害のある利用者が施設入所中に感情失禁・暴力行為などの問題
--	---

	行動があり、施設内でも生活困難状態になっていたため、ソーシャルワーカーや施設の担当者・訪問看護師・家族を含めどのように対応していくか情報共有を行った。内容をカルテに記載し統一した対応が図れるようにする必要性を学んだ。統一したケアを行うことで利用者・施設入所者・施設スタッフが安心して生活することが可能になった。 <病院と在宅をつなぐ看護ケアの引き継ぎの課題・問題点> ➤ 病院退院時の看護サマリー 訪問開始時に在宅での生活や状況・病状・利用者・妻の希望などを中心にカルテに記載し看護計画を立案する。短期間で看護計画立案し訪問が開始されるため、利用者からの情報では把握しきれないところもある。退院時の看護サマリー・情報提供書が連携の第一歩になると考える。今回病院からの看護サマリーが届かず病状の把握ができないまま再入院となった。連携が途絶えると、継続看護が困難になると感じた。 ➤ 訪問看護のカルテには患者プロフィールが詳細に記載されていた。そのカルテを見ることで利用者を理解することができた。利用者がどういいう人生を送ってきたかを知ることで「何をして欲しいか」「どのように生きていきたいか」を理解する一歩であることを学んだ。私たち病院看護師が目の前にいる患者だけでなく元気な時の患者を知ることが必要である。訪問看護師と病院看護師が気兼ねなく連絡し合えると情報共有がスムーズに行くのではないかと考える。
現状の課題・今後取り組みたいこと	➤ 在宅療養において介護者がどれだけ工夫して 24 時間介護しているかということを知ることができた。皮膚脆弱な利用者への配慮・シーツや寝衣の皺防止・ルート類の保護・清拭時の保温など配慮を見習わなければいけないところが沢山あった。 ➤ 利用者が何を求めているかを知ることが大切であり、「生活を支える看護」の必要性を知った。そのためには利用者がどのような生活を送ってきたか・何を求めているのかなどの詳細な情報収集を行っていききたい。 ➤ 今回の出向にて訪問看護と病院での看護の違いを理解することができた。病院看護師も訪問看護体験ができると、在宅療養の実際を見ることで退院後の生活を理解することができ退院指導・退院支援に役立てることができた。 ➤ 訪問看護においては、次回の訪問まで利用者・家族が「看護師を必要としない状況」にもっていけるかが大切である。多職種の連携が継続看護をスムーズにする。病院において看護サマリーは「どこまで出来

	て、どこが不安である」としっかり明記しておく必要がある。 ➤ 訪問看護におけるアセスメント能力と看護技術の習得の必要性を痛感した。一人で判断することの難しさと不安を感じた。知識・技術アップを図っていきたい。何かあった時に認定看護師や専門看護師と相談するシステムがあるとよい。 ➤ 医療従事者が「在宅療養は無理」と考えずに、まず本人・家族の希望を優先し、そのためにはどうすればよいかを考え、多職種での連携を深めていきたい。
--	---

(2) 訪問看護業務に関する自己評価

	評 価 項 目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時 の評価	1か月後の 評価	の事業終了時 の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	1	2	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	2	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	2	4	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	2	4	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	2	4	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	1	4	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	1	2	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	2	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	2	2	4
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	2	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	1	2	4
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	2	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	2	2	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	2	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	2	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	2	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	2	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	1	5
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	－	－	5
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	2	2	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	1	5
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	4	4	5
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	2	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	2	3	5

（３）病院業務への活用と今後の取り組み意向

①病院での業務や地域との連携において活用できると考えた点

病院での入院状況・ADL 低下により在宅療養が難しいと医療従事者が判断しないことが重要である。多職種・家族など様々な連携・協力により在宅療養は可能になることを理解し、入院早期からの退院支援・調整を行うことが必要である。入院１週間以内の退院支援カンファレンスをする際に、病気になる前・障害を持つ前の“その人”がどういう人生を送ってきたのかを理解し、患者・家族とともに目標を設定すること必要である。

また、退院前の退院支援カンファレンスを充実させることで、多職種の連携がスムーズにいき、皆で情報を共有でき患者も含めて同じ目標に進むことが可能となる。会って話し合うことでその後の連絡がしやすく連携が図りやすいことを学んだ。退院指導に関しても、自宅と病院では環境の違いによりスムーズに行かないことが多い。訪問看護師や理学療法士・訪問入浴看護師等その他の関連した多職種で退院後の生活について検討、話し合うことで在宅療養がスムーズにいくと思う。

病院では医療方針が先立つことがあるが、訪問看護においては利用者が主役となり利用者中心の看護が可能であった。病院においても、病室という限られた空間の中に少しでも「生活」を取り入れ「気付きの看護」を可能にしていきたいと思う。

病院入院中、外泊時の訪問看護活用により在宅療養に移行した事例を知ることができた。在宅療養の現状を今回の出向にて知ることができた。患者・家族は在宅療養への不安は強いと考えられ、外泊時に訪問看護を利用し今後を検討しても良いのではないと思う。

訪問看護において判断を迷うことが度々あった。病院勤務の専門看護師や認定看護師との連携が可能になると、安心して訪問出来ると考える。

訪問看護においては、単独訪問であり、誰が訪問しても同じケアを行う必要がある。受け持ち看護師がカルテに詳しくケア方法や注意事項を記録しており統一したケアを行うことができた。また日々患者の対応について話し合い、その場で対応策を検討し行動していた。不安や疑問に思ったことをその場で解決することの重要性を学ぶことができた。病院では、なかなかカンファレンスの時間を取れないことが多い。カンファレンスが行われるまで待つのではなく、その場で検討し対策を立て統一したケアを行っていききたい。

②訪問看護の経験を踏まえて、今後病院において取り組みたいこと

今回の出向にて訪問看護の実際を知ることができ、早期退院支援・調整の必要性を学んだ。入院１週間以内の退院支援カンファレンスを患者・家族を含めた話し合いを持ち目標設定を共有していきたいと考える。その際に患者・家族の思いを理解しズレのない退院支援を行っていききたい。

また、必要時にケアマネへ連絡し退院後スムーズな在宅療養が可能となるよう連携を深めていきたい。現在退院支援看護師が連携を取っているが、今後は受け持ち看護師が中心になりケアマネ・訪問看護師との連絡を取ることで継続した看護が可能になると考える。

退院時指導において身体的な退院指導でなく生活を見据えた退院指導を行っていきたい。そのためには退院前に看護師による在宅訪問や病院での在宅シミュレーションによる退院指導も取り入れていきたい。

退院一週間前に多職種退院時カンファレンスの定着を行い多職種の連携を深めたい。意見交換・情報共有をすることで病院勤務者には見えない問題点が明らかになり在宅療養がスムーズに行くと考えられる。また、今後連絡を取りやすく連携強化を図れると考える。

病院勤務している医療従事者にとって在宅療養は理解しづらいものである。訪問看護ステーションに研修に行くことで在宅療養を理解することが可能になるのではないだろうか。また、訪問看護ステーション出向の経験談を伝達することで理解を深めることも重要であると考ええる。

（４）事業終了後の感想

私は、元々訪問看護・在宅療養に興味があった。今回実際に訪問看護を経験し、決められた時間に一人の患者の事を考え精一杯のケアができる事で充実感を感じることができた。また患者・家族から「ありがとう、来てもらえて助かった」という言葉を頂き嬉しく、楽しく看護をさせてもらった。単独で訪問するために、不安や心配なことも度々あったが、訪問看護ステーションで皆が快く相談に乗ってくれディスカッションすることができ有意義な時間を持つことができた。

訪問看護の利用者は療養環境や生活背景が一人一人異なり、自分の考えている常識と違うことが度々会った。一人一人に合わせた看護が必要であり、いかに利用者主体の看護をするかを考える事が重要であった。在宅療養が継続できるかどうかは訪問看護師の関わりが大きな鍵を握っていると思う。訪問看護開始1日目から緊急訪問できるようなシステムも構築しており、病院から訪問看護ステーションへの情報共有がスムーズに行くことで在宅療養の継続が可能になると考える。

病院においては、患者は家族に本音を話す事が多いが、在宅においては日々の不満や不安を訪問看護師にこっそり話をする事も度々あった。ぎりぎりのところで自宅で生活している利用者も多く、訪問看護師の「気付き」がとても大事であることを学んだ。在宅療養継続では患者だけでなく家族のフォローも欠かすことができないと考える。

入院中に在宅困難といわれたターミナルの患者が、自宅での在宅療養を「ここ（自宅）でも、病院にいるのと同じ治療がしてもらえる。安心している」と話していた。多職種が何かあったら相互連絡できる環境を構築しているために可能となっていることを知

った。多職種との連携、顔の見える関係づくりの重要性を学ぶことができた。患者・家族・医療者間での退院に向けたゴールを共有し、入院早期からの退院支援調整を行い、患者の思いを傾聴し、ズレの調整やゴールの調整を行っていききたい。

今まで、不安をかかえたまま自宅退院となった患者もいたが、私自身が在宅での生活を想像できなかったため対処することが出来なかった。入院生活は患者の日常生活と全く異なっているという意識が不足していた。身体的な退院指導だけでは不十分であった。今回訪問看護を経験し、在宅療養を理解することで、退院する患者の生活を十分に考えた退院支援を考えることが可能になった。

今回の出向後に、病棟勤務より退院支援看護師専従として業務することになり、当院における退院支援・調整に関わることになった。病院看護師へ「退院した患者がどのような生活を送っているか」「患者が生活を続けるために、訪問看護師がどのような苦勞をしているか」を伝達することで訪問看護・在宅療養への関心を深め理解を得ていきたい。急性期病院の看護師は、在宅をイメージできない・在宅でのサービスの利用方法がわからない事が多いと思われる。院内における退院支援・退院調整の役割を明確化できるよう教育・研修を行い一人ひとりの看護師の能力を高めていきたい。また、退院支援看護師として個々の患者と家族に退院支援を行うことに加え、院内のシステムづくり連携体制の構築を図っていききたい。

私は、今回訪問看護 e ランニングを受講しながら訪問看護を学ぶことができた。在宅では看護師自身のフィジカルアセスメントが必要であり、五感を使って小さな気づきが必要であると感じた。

訪問看護ステーション看護師・在宅診療看護師・訪問診療医・介護支援専門員・訪問入浴看護師・介護ヘルパーと共に働けたことに感謝している。この出会いを連携につなげていきたいと考える。

6) 訪問看護ステーションによる評価

(1) 出向者の到達度の評価

	評価項目	5段階評価 1=できない～5=できる		
		の事業開始時 の評価	評価1か月後の の	の事業終了時 の評価
1	訪問看護のサービス内容を理解する	1	2	5
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する	1	2	4
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる	3	4	5
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる	3	4	5
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	3	5	5
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	4	5	5
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる	3	5	5
8	訪問予定時間通りに訪問する	3	5	5
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する	2	5	5
10	治療優先ではなく、生活を重視する	2	5	5
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	2	5	5
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く	3	5	5
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	2	4	5
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	2	3	4
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う	2	3	4
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける	2	3	4
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	3	4	4
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	2	3	5
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	2	3	5
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する	1	3	5
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する	1	3	5
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する	2	3	4
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する	1	3	5
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる	4	4	5
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	1	2	5
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける	2	3	5

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施によるステーションに対する効果・メリット

- ・ 同行訪問を実施する中で、看護技術や業務手順を見直す機会となった。
- ・ 出向者が単独訪問が出来るようになったことで、新規利用者の受け入れ拡大や他の看護師の業務にゆとりができ、業務整備につながった。
- ・ 法人外の看護師を受け入れることで、ステーション内が活性化した。

②事業の実施による病院に対する効果・メリット

- ・ 退院後の在宅生活を実際に見ることで、入院中に退院後の生活を予測した準備が必要な事を学ぶことが出来た。また、日々の訪問看護の実践や退院前カンファレンス・サービス担当者会議を通じで多職種との連携や継続看護の必要性が理解され、退院支援や看護師教育に役立つと考える。
- ・ 訪問看護の周知広報にもつながる。

③病院からの出向者（研修者）を受け入れる上での課題

- ・ 病院における出向者の役割を理解し、受け入れることが必要。
- ・ 訪問看護側もメリットがないと難しいので、人選は慎重に行い、決定前に受け入れ側にも相談出来るとよい。今回の出向者は、目的意識が高く優秀な人材であり、受け入れ側もメリットが大きかった。

④病院からの出向者（研修者）を受け入れる上で工夫した点

- ・ 通勤方法については、双方で話し合い、公共交通機関を利用することになった。
- ・ 訪問看護に必要なユニフォーム、訪問看護物品等は事前に準備し、研修に支障のないようにした。
- ・ 職員会議で、事業の内容を職員全員が理解できるように学習会を行い、職場環境を整えた。
- ・ 研修中は、出向者とコミュニケーションを密にとり、研修が楽しく進められるようにした。
- ・ 訪問看護を実践するうえでの問題は、日々解決できるように助言・指導した。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

- ・ 事業の内容をよく理解し、病院と訪問看護ステーション側が連携しすすめること。
- ・ 事業の実施中も目的に沿った研修が出来ているか、定期的に評価する時間と振り返りの場を確保すること。
- ・ 出向者がしっかりとした目的意識を持って、研修に臨むこと。

⑥その他、事業を実施した感想

- ・ 実施前は、訪問看護ステーションにさほどメリットはないだろうと考えていたが、実施していく中で、一人の訪問看護師として成長していくことが、利用者や他の看護師にも良い影響を与え、職場が活性化した。特に、新規利用者も多く忙しい時期だったが、マンパワーとして貢献してもらえた。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援

- ・ 出向前の打ち合わせでは、事業がスムーズに実施できるように助言を受けた。
- ・ 出向中は月 1 回、進捗状況や課題を確認した。

7) 病院による評価

(1) 出向者の状況

①出向者に期待したこと(ミッション)

出向者が、在宅療養支援のスキル(知識・技術)を学び習得し、院内の教育・指導に活かし、患者・家族が満足する看護および退院支援・調整を提供できる。

②出向者のミッションの達成状況

1. 3 か月という期間の中で、多くの同行訪問や単独訪問などを通して、病院では知ることの出来ない患者を生活者として支援する在宅療養の場面を体験できている。
2. 出向後半では、「利用者」をひとり持たせていただき、サービス担当者会議や退院前カンファレンスなどの情報提供・共有の重要性や、多職種との連携・地域との連携、社会資源の活用方法などの实际が学べている。
3. 今までの転院患者が自宅退院も可能であるという理解と、具体的な調整内容を考えられるようになった。
4. 訪問看護師の業務や訪問看護師と病院看護師の役割の違いを把握し、連携するためには何が必要か当院の課題や問題点も明らかになったと思う。

以上のように、この実践を通じて出向者の在宅療養支援のスキル(知識・技術)は習得できたのではないかと思う。

(2) 事業スキームに対する評価

①事業の実施による病院に対する効果・メリット

1. 出向者による伝達講習(全看護職員)を実施することで、訪問看護に対する理解の拡大につながると考える。
2. 出向者を一般病棟から退院調整部門に異動させ、学んだスキルで退院支援の質の向上や地域と病院の連携を強化し、円滑な退院支援につなぎ活かせられると考える。

3. この事業の実施に伴い、出向者だけではなく施設間の顔の見える関係づくりができた。

②事業の実施による訪問看護ステーションに対する効果・メリット

多くの単独訪問、退院前カンファレンスやサービス担当者会議に出席し、病院と在宅サービスを連携するなど、出向期間中はマンパワー支援ができたのではないと思う。

③ステーションに看護師を出向（研修）させる上での課題

1. 出向者の選出
2. 出向者の在籍部署の人員確保
3. 出向期間の時期の検討（今回、10月～12月と年末であった。）

④ステーションに看護師を出向（研修）させる上で工夫した点

1. 出向者について
 - 1) 出向対象者の選定：出向終了後の教育・指導、活動等を考えある程度の責任のある立ち位置にいる者として、中間管理職の主任であり、当院の教育ラダーL4以上の者とした。
 - 2) ケアマネジャーの資格を有しているが、資格に関連する業務は未経験であるため、出向前の事前学習として、日本訪問看護財団の「訪問看護eラーニング」の受講を勧めた。
2. 出向（研修）内容について
 - 1) 事業開始にあたって、訪問看護ステーションに出向き、出向者の月ごとの目標等を提出し、打ち合わせを行った。
 - 2) 施設間の勤務時間や休日数の違いがあり、出向者の了承を得て出向先の勤務時間・休日とした。
 - 3) 出向者にて看護職賠償責任保険の加入手続きを9月に実施。
 - 4) 今回新たに事務部に協力をもらい協定書の作成や訪問看護ステーション看護師派遣要綱を作成した。
 - 5) 出向期間中は帰院日を設け、出向中の状況報告・共有を定期的（1回／月）に行った。

⑤当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件

1. 双方の責任者（看護部・事務部）が事業に理解があること。
2. 出向者は、出向終了後に看護職員に教育・指導できる職位（当院では主任クラス）の意欲のある看護師であること。
3. 訪問看護ステーション側の教育体制

4. 出向者をまじえた双方の定期的な事業評価

⑥その他、事業を実施した感想

1. 働きやすい職場環境で出向者が早く訪問看護ステーションに慣れ、訪問看護ステーション側の配慮に感謝している。
2. 今回の事業に参加し在宅療養の現場を知り、訪問看護の知識・技術を学び、さらに当院の課題や問題点が明確になり、今後の看護職員への退院支援や院内の教育・指導に活かせられると期待している。
3. このような取組み（事業）の機会があれば、また参加させていただきたい。できれば、今後も訪問看護ステーションと連携して続けていきたいと考えている。

⑦出向前・出向中のコーディネーターによる支援について

1. 今回の事業への参加のきっかけ
2. 施設間の連絡・調整
3. 事前打ち合わせや定期的な事業評価への参加と支援
4. 協定書や看護師派遣要綱の作成時の助言等

8) コーディネーターによる評価

(1) コーディネーター業務の実施状況

①出向期間中の支援における課題

出向者の訪問看護ステーションにおける研修プログラムは、各施設でそれぞれの人材育成・活用の視点から作成されたものに基づき、実施した。

次年度は、本事業に参加している他県の状況も参考にしていきたい。

②出向期間中の支援で工夫した点

定期的なカンファレンスを計画・実施し、カンファレンスを活用した情報の共有が図れた。日程調整も互いに配慮しながら開催できた。また、突発的な事故やトラブルの発生もなく、臨時的な対応に迫られることがなかった。このことは、臨床現場での慎重な対応や判断があったと考える。

(2) 事業実施スキームに対する評価

①当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果

コーディネーターとしては、他県の事業推進方法を情報提供することにより、これまで前例がなかった自治体病院から訪問看護ステーションへの出向を実現することができた。

本事業に参加することで、病院、訪問看護ステーションにおける事業展開が把握でき、鹿児島県看護協会の新たな事業企画や地域包括ケア体制づくりにも役立てることができた。

②病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件

4. 本事業の狙いと今後の看護職の人材確保の視点を理解しておくこと
5. 相談があったら即対応できる体制づくり（役員・職員の事業の理解）
6. 病院と訪問看護ステーションの担当窓口の方との連携

③病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題

当該協力事業者のみで成果を共有するのではなく、本会として報告会を開催し、広く県下の病院や訪問看護ステーションに情報提供していく必要がある。

また、県協会事業としても計画し、今後、訪問看護ステーション以外の診療所、介護施設を含めて協力事業者を増やし、地域の在宅医療、包括ケアの充実を図る必要がある。

④その他、当事業を実施した感想

病院看護師が在宅看護を学ぶニーズは高く、地域連携室に従事する看護師や退院調整看護師など特にその必要性があると考えます。各施設の設置主体による出向への課題があったが、本事業により自治体病院が「出向」のスキームを得たことは、本県全体に与える影響は大きい。また、医師には「専門研修」という、組織や施設を超えた研修システムが確立している。看護師にとって「在宅看護」が専門研修等の位置づけとなるよう発展し、継続していく必要があると考えます。

また、鹿児島市立病院においては本試行事業中に、中堅看護師長4名を訪問看護ステーションでの1日研修に派遣したり、出向終了後には退院支援ナースを中心に伝達研修会に取り組む等、本事業を足掛かりとして病院看護師が在宅看護を学ぶ機会を広げている。

今給黎総合病院においては出向終了後、出向看護師地域連携室で退院支援を行うよう配置転換がなされた。今後、全看護職員を対象として3月までに3回の伝達研修を予定されている。

このように、本事業が病院における在宅支援強化の体制作りの一助を果たすことができ、コーディネーターとしてもやりがいのある事業であった。

Ⅲ. 成果と課題

1. 出向看護師における成果と課題

1) 訪問看護業務の習得過程

計 11 名の出向看護師による訪問看護業務の習得状況について、出向者本人と出向先の訪問看護ステーションがそれぞれ出向開始時、1 か月後、3 か月後、出向終了時（3 か月以上の出向の場合）に下記の 26 項目の評価票により、「1. できない」～「5. できる」の 5 段階で評価を行った。

次頁より、①出向看護師による自己評価、②訪問看護ステーション（管理者または教育担当者）による評価をレーダーチャートにまとめ、訪問看護業務の習得過程を時系列で整理した。

<訪問看護業務の習得状況 評価項目>

1	訪問看護のサービス内容を理解する
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる
8	訪問予定時間通りに訪問する
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する
10	治療優先ではなく、生活を重視する
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する
18	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する
19	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする
20	訪問後、速やかに訪問記録を付ける
21	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する
22	地域の保健医療機関・サービスを把握する
23	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する
24	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する
25	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる
26	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く

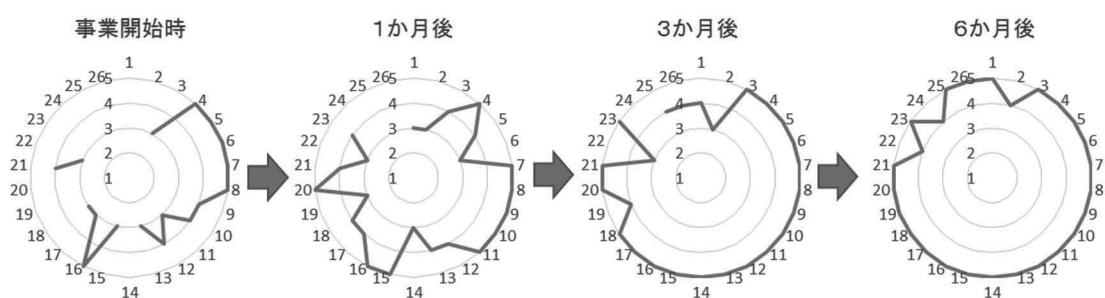
※実際に評価に使用した評価票から若干順序を入れ替え、類似する項目ごとに並べ替えを行っている

【注】

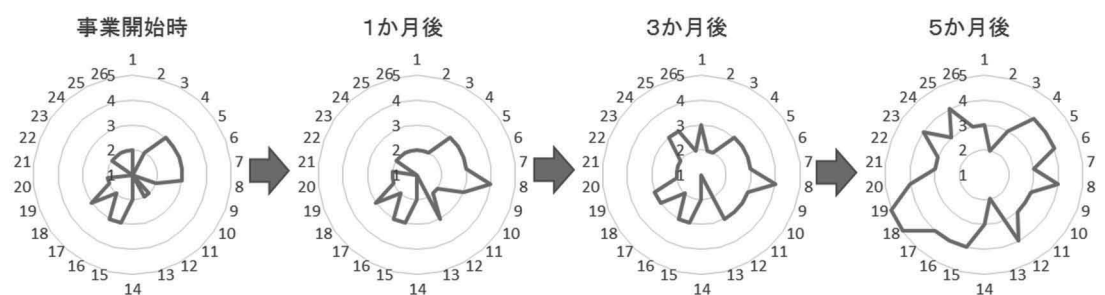
- 出向看護師名の表記（Aさん～Kさん）は、（１）出向看護師による自己評価、（２）訪問看護ステーションによる評価 で共通である。
- 報告書作成時点（平成 29 年 2 月）で出向期間が終了していない場合は、報告書作成時点における習得状況の評価を掲載している。
- 評価時点で出向看護師が当該業務を全く経験していない等の理由で、その項目についての評価が空欄となっている場合がある。

（１）出向看護師による自己評価

Aさん



Bさん



Cさん



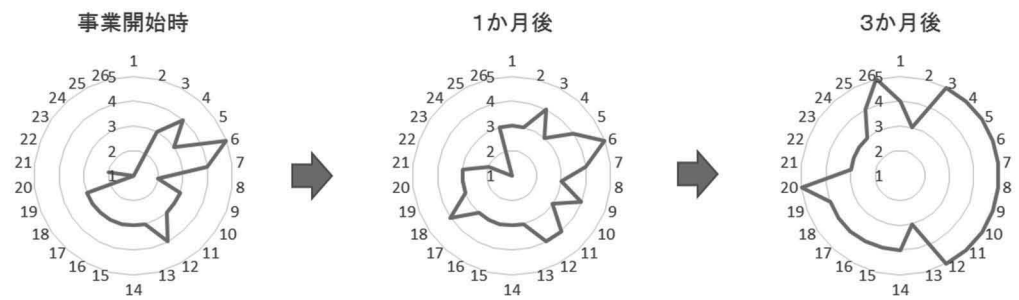
Dさん



Eさん



Fさん

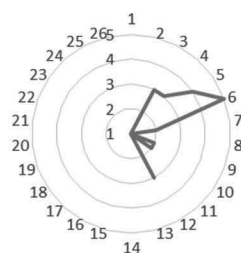


Gさん

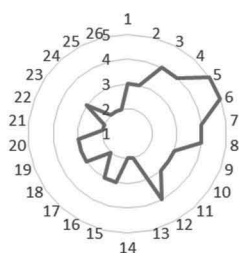


Hさん

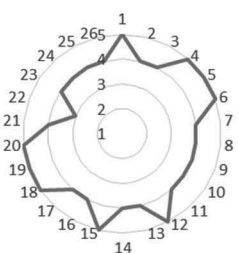
事業開始時



1か月後

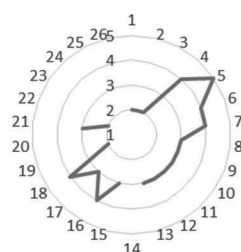


3か月後

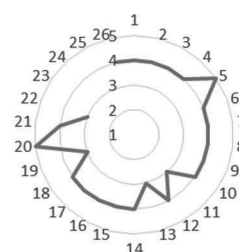


Iさん

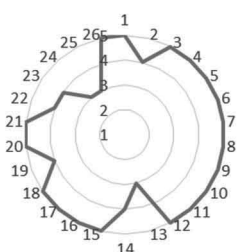
事業開始時



1か月後

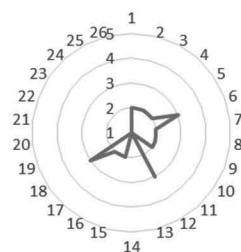


3か月後

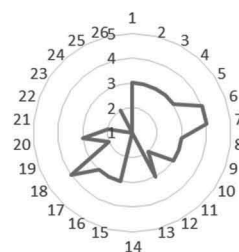


Jさん

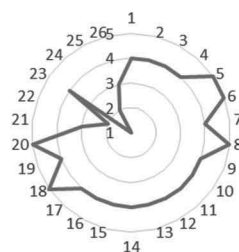
事業開始時



1か月後

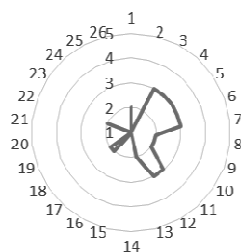


2か月後

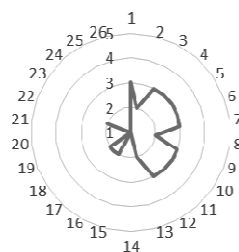


Kさん

事業開始時の評価

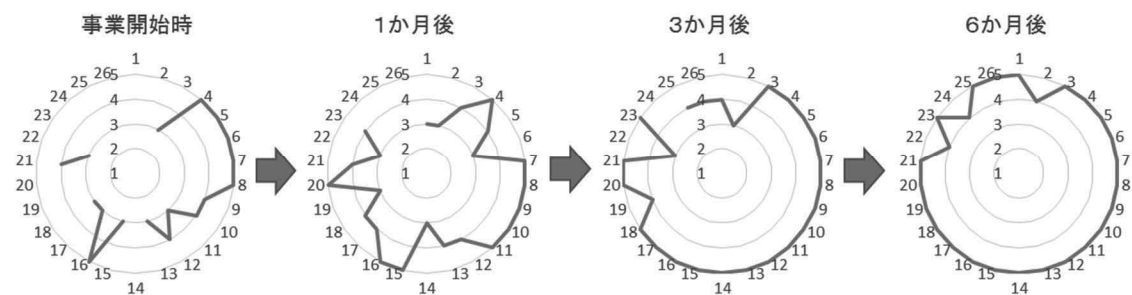


1か月後

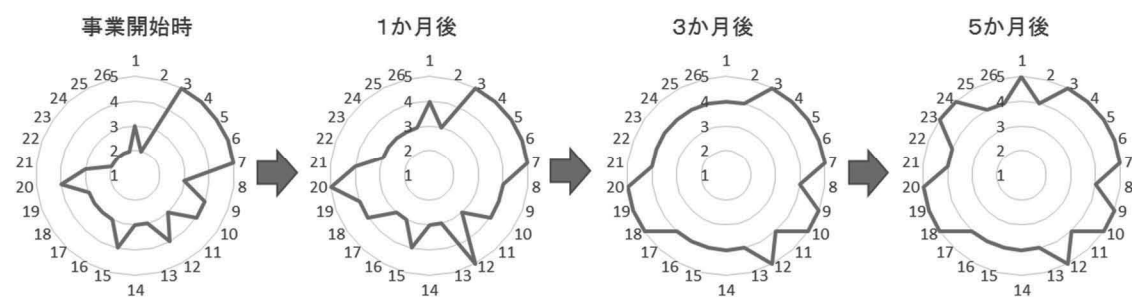


(2) 訪問看護ステーションによる評価

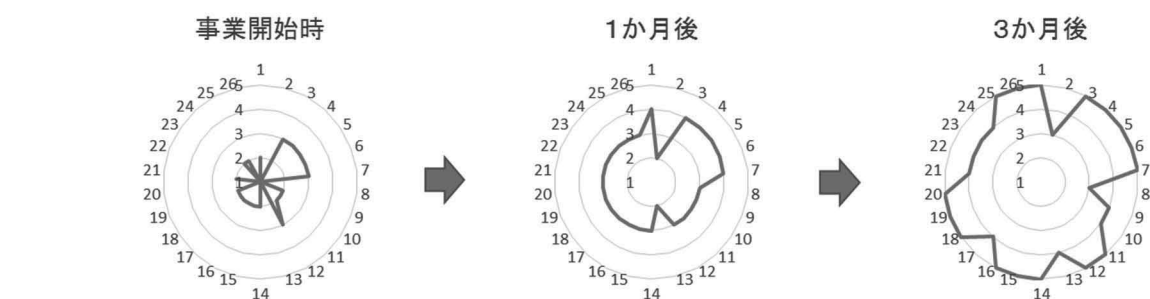
Aさん



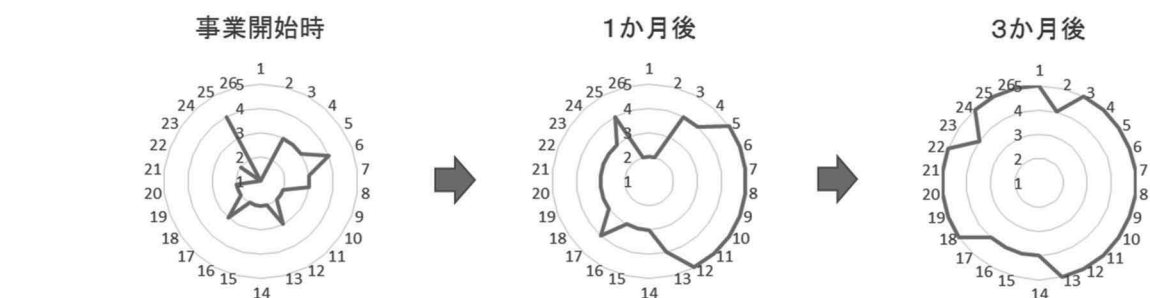
Bさん



Cさん

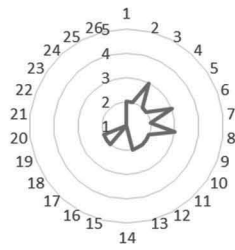


Dさん

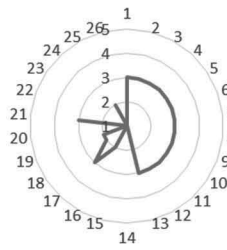


Eさん

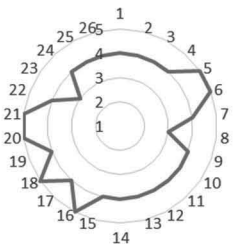
事業開始時



1か月後



3か月後

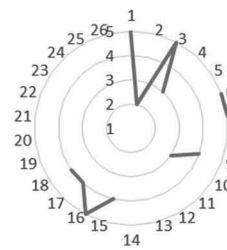


Fさん

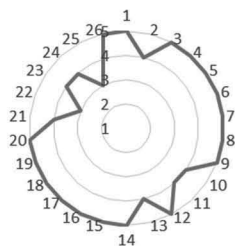
事業開始時



1か月後

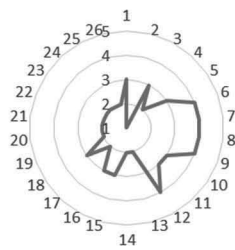


3か月後

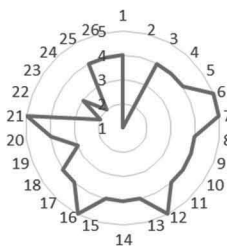


Gさん

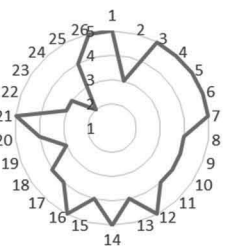
事業開始時



1か月後

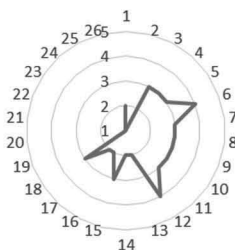


3か月後

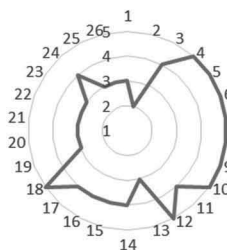


Hさん

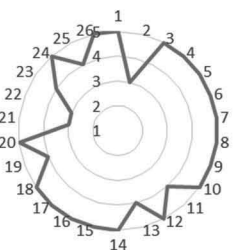
事業開始時



1か月後



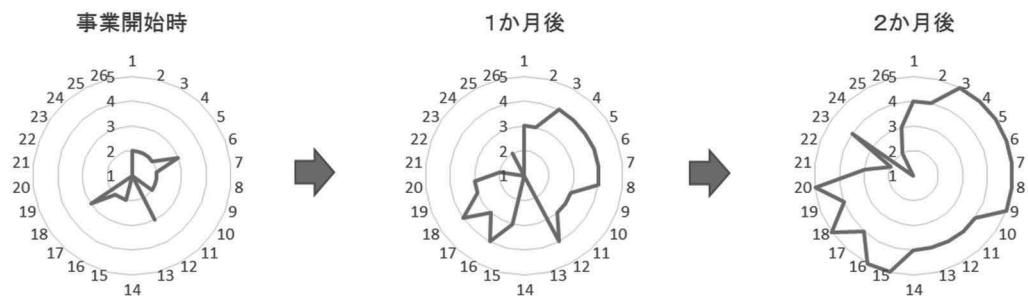
3か月後



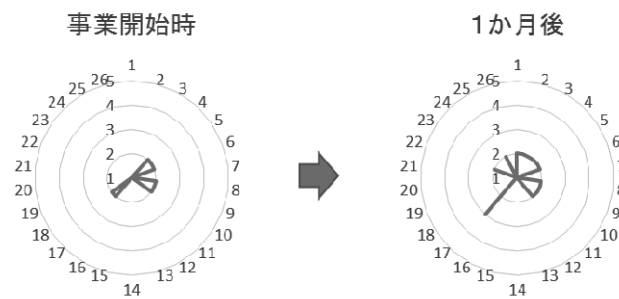
I さん



J さん



K さん



（３）訪問看護業務の習得状況まとめ

それぞれの出向看護師による自己評価と、訪問看護ステーションによる出向者の評価は概ね同様の傾向を示していた。また、11名の評価の推移を比較すると、比較的早い段階で習得できる項目から、習得に時間がかかる項目まで、一定の傾向があることが読み取れる。

評価票の26項目を、次頁のように「1. 制度・報酬に対する理解」「2. コミュニケーションスキル・マナー」「3. 利用者本位の視点・利用者の個別性に合わせた看護提供」「4. マネジメント能力・他職種との連携調整能力」の4群に分類し、訪問看護業務の習得過程を整理した。

「1. 制度・報酬に対する理解」(No. 1、2)は、事業開始時には評価が低く、事業終了時には評価が上がっているものの、他群に比べると達成度が若干低くなっている。

訪問看護の制度・報酬体系は非常に複雑であり、現職の管理者や訪問看護師にも理解が難しい面がある。出向者が短期間のOJTで制度・報酬を理解するのは難しいことから、訪問する際に最低限知っておくべき制度・報酬の仕組みについては、事前学習等で補完しておくことも必要ではないか。

「2. コミュニケーションスキル・マナー」(No. 3～8)の群については、事業開始時から比較的评价が高く、1か月後にはほぼ達成できている出向者が多かった。出向者がある程度病院で経験を積んだ中堅～ベテラン層であったこと、各病院で出向者を選定する際には「訪問看護への興味・関心があること」を必須要件としていたことから、訪問看護を行う上での前提となるこれらのスキルは高かったと考えられる。

「3. 利用者本位の視点・利用者の個別性に合わせた看護提供」(No. 9～20)の群については、事業開始時の評価はやや低い。1か月後以降、単独訪問を開始してから評価が上がり、事業終了時にはほぼ達成できている。同行訪問で利用者ごとに異なる在宅療養の実際を知り、訪問看護師が一人一人の状況に合わせてどのように看護を展開するかを間近で見た上で、単独訪問で自ら考え、判断する経験を積み重ね、「利用者本位の視点」「個別性への対応」が培われていったと考えられる。

「4. マネジメント能力・他職種との連携調整能力」(No. 21～26)の群は、事業開始時の評価は概ね低い。これらは単独で訪問が出来ない段階で担うことは想定し難く、出向開始時に評価が低いのは当然のことといえる。1か月後以降、単独訪問を開始してから評価が上がるが、3群に比べると達成度はやや低い傾向にある。

マネジメント・他職種との連携調整能力は、病院における退院支援・在宅療養支援でも不可欠なスキルであるが、他項目に比べて習得には若干時間がかかるといえる。

＜訪問看護業務の習得過程＞

1. 制度・報酬に対する理解	
1	訪問看護のサービス内容を理解する
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する
2. コミュニケーションスキル・マナー	
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる
8	訪問予定時間通りに訪問する
3. 利用者本位の視点・利用者の個別性に合わせた看護提供	
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する
10	治療優先ではなく、生活を重視する
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける
17	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する
18	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する
19	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする
20	訪問後、速やかに訪問記録を付ける
4. マネジメント能力・他職種との連携調整能力	
21	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する
22	地域の保健医療機関・サービスを把握する
23	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する
24	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する
25	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる
26	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く

2) 成果

①在宅療養可能な患者像の広がり

訪問看護師として在宅療養の現場を経験することにより、「在宅療養できる患者」のイメージが大きく変わった、という感想が多くの出向看護師から得られた。病棟では「家に帰るのは難しい」と判断していた医療依存度の高い利用者や、日中独居のような家庭での介護力が低い利用者の在宅療養の様子を見て最初は驚いたが、訪問看護の業務内容を理解し、他職種やサービスの役割を知るうちに、「家に帰れないことはない」と考えるようになった。

②在宅で患者（利用者）を支える他職種やサービスへの理解

出向者は、訪問看護としての同行訪問・単独訪問の実施以外に、退院調整カンファレンスやサービス担当者会議等への出席、地域包括支援センターや介護施設の見学など様々な機会を通じて、在宅療養者を支える他職種の専門性や、サービスの役割を学んだ。介護保険サービスの種類の多さや、在宅医療の物品・器材、介護用品の豊富さを知り、それらの組み合わせで在宅療養が継続できているケースを実際に見ることで、①の在宅療養可能な患者像の広がりにつながっていた。

③患者（利用者）本位のケアを行うための看護師の役割の理解

訪問看護の利用者は療養環境や生活背景が一人一人異なり、個別性に配慮した「利用者本位」の看護が必要となる。病院の入院治療と異なり、在宅では同じような疾患・状態であっても利用者によって器材や医療材料が違い、家庭環境や経済状況によっても在宅療養の様子が一人一人異なっている。出向者は最初は驚きや戸惑いがあったが、本人や家族の意向を汲みながら、それぞれの条件の下での看護の役割を考えるようになった。

3) 課題

①病院の退院支援体制の見直し

本事業では、地域で日頃から患者（利用者）をめぐる連携協力関係のある病院と訪問看護ステーションのペアがほとんどを占めた。出向者が、出向元（病院）から退院して出向先（訪問看護ステーション）の利用を始めたケースに関わる機会もあった。出向者は訪問看護師の立場から、自院の退院調整カンファレンスのあり方や、看護サマリーの記入内容を評価し、「効率的なカンファレンスが行われていない」「訪問看護に必要な情報がサマリーに記載されていない」等の課題を見出した。これらは自身の病院業務への反省につながるとともに、「カンファレンスに役立つ情報提供ツールを作成したい」「看護サマリーの様式改善を提案したい」等、病院の退院支援体制の見直しに取り組みたい意向が示された。

2. 訪問看護ステーションにおける成果と課題

1) 成果

(1) 訪問看護ステーションの人材確保

出向者は概ね2か月目（早ければ1か月目の後半）から単独訪問を実施できるようになり、訪問看護ステーションとしては期間中の訪問件数が増加し、収益増につながったという評価が複数のステーションから得られた。

一方で、出向期間中に利用者数が思うように伸びなかったり、入院等で利用者が減少したり、あるいは看護小規模多機能型居宅介護のように定員制・包括報酬のサービスでは、出向者の単独訪問で件数が増えることはなく、期間中の収益増にはつながらなかった、という評価もあった。

ただし、直接的な収益増にはならない場合でも、ステーションとして人材確保の効果は得られた。短期間でも職員が1名増えたことで勤務体制に少し余裕が生まれ、他の職員の残業削減や休暇取得につながったという評価があった。

また、出向者がオンコール当番を担えるようになり、他の職員のオンコール待機回数が減って負担軽減につながったこと、冬期間のため職員本人や子どもの急病で欠員が出ることがあったが、出向者がカバーしてくれた等の効果が指摘された。

(2) 病院と訪問看護ステーションの連携強化

本事業では、平成27年度事業に引き続き、地域で日頃から患者（利用者）をめぐり連携協力関係のある病院と訪問看護ステーションのペアがほとんどを占めた。

出向者が、出向元（病院）から退院して出向先（訪問看護ステーション）の利用を始めたケースに関わる機会も多く、出向者は訪問看護師の立場から、自院の退院調整カンファレンスのあり方や、看護サマリーの記入内容を評価し、改善すべき課題を見出していた。出向終了後、出向者が院内でこれらの課題をフィードバックすることにより、病院の退院支援システムや看護師の退院支援スキルが向上し、在宅領域との連携がより円滑になることが期待できた。

また、本事業の実施を通じて、出向者だけでなく看護管理者同士が顔見知りとなって意見交換・情報共有の機会を持ったことにより、「地域で看護人材を確保・育成・活用すること」について認識を共有できるようになった。互いの課題やニーズを共有できたことにより、出向期間中から、病院の看護師長が訪問看護ステーションで研修を行うといった連携強化の取組みに発展する効果がみられた。

(3) 訪問看護ステーションのスタッフへの支援・刺激

出向看護師は、訪問看護師としては初心者であるものの、病院看護師としては様々な領域で豊富な経験とスキルを積んだ人材である。出向先の訪問看護ステーションで

は、出向期間を出向者の研修期間と捉えるだけでなく、ステーションのスタッフにも教育的な効果が得られるよう、出向者が講師を務める学習会や、技術指導の機会を設けたところがあった。

認定看護師が出向したケースでは、出向者が全職員と同行訪問し、同行訪問時やカンファレンスで職員が日頃のケアに関する悩みや疑問を出向者に相談し、助言を受け、職員の不安の軽減につながったという効果が得られていた。

また、「急性期病院の看護師（出向者）に、最新の治療や疾患の情報を教えてもらい、

スタッフの刺激になった」という効果も複数のケースで指摘された。

病院看護師が訪問看護の現場を知る機会がないのと同様に、訪問看護や看護小規模多機能型居宅介護など在宅領域に従事する看護師は、病院の診断・治療や患者の動向をリアルタイムで知る機会が少ない。疾患やケアについて出向者から助言を受けることで、訪問看護のスタッフには安心や刺激につながっており、また出向者にとっても出向先への適応がスムーズになり、モチベーションを維持して訪問看護に取り組むことができたと考えられる。

（４）病院と地域の連携強化

出向先の訪問看護ステーションでは、同行訪問・単独訪問の実施以外に、出向者を地域のカンファレンス、サービス担当者会議等の多職種が集まる機会に積極的に参加させ、在宅療養を支える多職種協働の実際が見られるよう、配慮していた。「訪問看護ステーションで教えられることは限られており、地域の他の資源の力も借りて学習機会を提供したい」との意見もあり、訪問看護ステーション側では出向者に対し、訪問看護のマンパワーとしてだけでなく、地域の在宅療養支援の現状を学び、成果を病院と地域の連携強化に生かしてほしいという期待が大きかった。

また、認定看護師が地域のケアマネジャーを対象に緩和ケアの講義をする機会を設けたり、出向者が地域の高齢者の集まりに参加して、日頃不安に思っていることや病院に対する要望などを聞く機会をつくったケースもあった。これらの活動は、地域の住民や他職種にとって、病院（および病院看護師）の存在・役割の認知度向上につながる効果があった。

２）課題

①訪問看護ステーションの受け入れ体制

ステーションの受け入れ体制としては、固定のプリセプターを置くかどうかは別として、出向者の教育・研修にあたる指導力と時間的余裕のあるスタッフの確保が重要という意見が得られた。特に出向開始１か月間は、訪問看護と病院看護のアセスメントの視点の違い、業務内容の違い等による戸惑いや混乱が起こりやすく、その都

度、管理者やスタッフによる相談、支援が必要である。こうした支援体制を考えた場合、小規模で管理者自らも訪問で不在がちなステーションでは出向者の受け入れが難しく、ある程度の人員規模は必要ではないかという指摘があった。

一方、マンパワーが最も逼迫しているのはそうした小規模ステーションであることから、今後出向事業の普及を図る際には、小規模ステーションでの実施方法の検討が必要との指摘もあった。例えば病院看護師が大規模ステーションへ出向し、大規模ステーションのスタッフが小規模ステーションへ出向する２段階の仕組みや、一度大規模ステーションで出向を経験した病院看護師が小規模ステーションに出向する仕組みが考えられるが、本事業では具体的な検討には至らなかった。

②出向受け入れに係る費用や準備の負担軽減

出向看護師が、スタッフとして訪問看護で収益をあげられるようになるまでの研修期間（概ね１か月間）の給与や、出向者が使用するユニフォーム、訪問バッグ、訪問用自転車などの用意、また出向期間中の病院と訪問看護ステーションの給与差額について、全て訪問看護ステーションが担うことは負担が大きく、費用について一部補助が受けられる仕組みが必要という指摘が多かった。

③病院と訪問看護ステーションの給与格差

一般に同条件の看護師で比較した場合、訪問看護ステーションの基本給額は病院よりも低い傾向にある。本事業のペアも概ねそのような傾向であり、基本給額で６～７万円の差があったケースもみられた。

本事業では、給与額に差があることを前提として、差額分を事業協力謝金から適宜補填してもらう事業スキームを提案したが、「そもそも給与格差が大きいままでは、出向事業や訪問看護の人材確保が進まない」として、訪問看護師の処遇改善の必要性を指摘する意見もあった。

３．病院における成果と課題

１）成果

①出向者の在宅療養支援能力の向上

出向者は、訪問看護の対象者の状況や、訪問看護の提供の仕組み、他サービス・他職種との連携調整など一連のプロセスを理解できたと評価された。また、訪問看護師としての立場から病院の退院支援に関わることで、病院の退院支援カンファレンスのあり方、看護サマリーの記載内容等について課題を見出し、改善策を考えるようになった。帰院後にこれらの課題がフィードバックされ、病院の退院支援システムや看護師による退院支援の質向上につながることが期待されていた。

②訪問看護ステーションとの連携強化

本事業では、平成 27 年度事業に引き続き、地域で日頃から患者（利用者）をめぐる連携協力関係のある病院と訪問看護ステーションのペアがほとんどを占めた。

出向者が、出向元（病院）から退院して出向先（訪問看護ステーション）の利用を始めたケースに関わる機会も多く、出向者は訪問看護師の立場から、自院の退院調整カンファレンスのあり方や、看護サマリーの記入内容を評価し、改善すべき課題を見出していた。出向終了後、出向者が院内でこれらの課題をフィードバックすることにより、病院の退院支援システムや看護師の退院支援スキルが向上し、在宅領域との連携がより円滑になることが期待できた。

また、本事業の実施を通じて、出向者だけでなく看護管理者同士が顔見知りとなって意見交換・情報共有の機会を持ったことにより、「地域で看護人材を確保・育成・活用すること」について認識を共有できるようになった。互いの課題やニーズを共有できたことにより、出向期間中から、病院の看護師長が訪問看護ステーションで研修を行うといった連携強化の取組みに発展する効果がみられた。

③他の病院看護師における訪問看護への関心・理解の促進

出向者が訪問看護で学んだ成果が、出向元の病院の看護にどのように反映・普及するかは現段階では評価できず、中長期的な視点での評価が必要である。

しかしながら、本事業では「看護師の訪問看護ステーションへの出向」という取組みが病院の同僚看護師の関心を呼び、訪問看護の理解促進のきっかけとなるという、副次的な効果も認められた。

④出向事業を通じた病院・病院看護師の役割の広報

出向先の訪問看護ステーションでは、同行訪問・単独訪問の実施以外に、出向者を地域のカンファレンス、サービス担当者会議等の多職種が集まる会議に参加させたり、出向者の専門領域についてケアマネジャー向けの講義を行ったり、地域住民の催しに参加させたりと、地域に出る機会を積極的に設けていた。これらの活動は、地域の住民や他職種にとって、病院（および病院看護師）の存在・役割の認知度向上につながる効果があった。

また、出向事業という新しい取組みそのものが近隣の病院や訪問看護ステーションの関心を集め、取材や講演依頼など、双方の広報活動につながっているという効果も指摘された。

2) 課題

①病院の看護人材確保

病院として出向事業に取り組む上での最大のネックは看護人材確保であり、「入院基本料等の要件を満たす最低限の人員数が維持できなければ、外部に出向させることは難しい」というのが看護管理者の共通見解であった。

出向事業への協力意思を示した病院において、看護師不足で出向を断念したケースはなかったものの、特に一般病棟勤務の看護師を出向させる場合、7対1入院基本料の人員確保や月平均夜勤時間72時間要件との両立が必要であり、看護管理者は所属部署への説明や、出向可能な時期の調整に時間を要していた。

本事業では協力病院が決定してから出向を開始するまでの時間が短く、短期間での調整を余儀なくされたという背景もある。今後、病院として出向事業を継続していくためには、「調整・準備期間に半年ほどあれば良い（年度当初に事業を決定し、10月頃の開始を目指す）」「継続出向だけでなく、部分的な出向（週2～3日訪問看護勤務、残りは病院勤務とする等）も検討すべき」という意見があった。

②病院と訪問看護ステーションの給与の差額補填

一般に同条件の看護師で比較した場合、訪問看護ステーションの基本給額は病院よりも低い傾向にある。本事業のペアでも概ねそのような傾向であり、出向者を訪問看護ステーションで雇用した想定で給与を算出したところ、基本給額で病院と6～7万円の差があったケースもみられた。

病院としても訪問看護ステーションとの給与差額を全額負担することは厳しく、何らかの給与差額を補填する補助があれば出向に取り組むやすいとの意見があった。

③院内の関係者の理解

病院としては、出向期間は看護師数が1減少することになり、出向者の所属部門の他の看護師の業務に影響を及ぼす事業である。出向事業の意義・目的について看護管理者が看護部内や出向者の所属部門の上司に対して説明し、出向期間中の業務の割り振り等について協力を求めることが必要である。

また、出向協定書の作成等では事務部門の協力が不可欠であり、事務部門にも出向事業の意義・目的を説明し、理解を求めることが必要である。

4. コーディネーターにおける成果と課題

1) 成果

(1) 病院・訪問看護ステーションからみた効果

「コーディネーター介在モデル」で出向を実施した病院と訪問看護ステーションからは、コーディネーターが介在したことによるメリットとして、以下の3点が挙げられた。

①双方の立場・状況に配慮した調整

日頃から患者（利用者）をめぐり連携がある病院と訪問看護ステーションであっても、互いの看護人材確保状況や、業務の繁忙期、看護師の働き方等についてはあまり関知していない場合が多い。本事業では、病院と訪問看護ステーション双方の事情がわかり、看護師の業務内容を把握したコーディネーターが介在することで、両者の視点のすりあわせが出来、相互理解のもとで条件調整がスムーズに運んだという評価があった。

また、病院と訪問看護ステーションの希望する出向条件に齟齬が生じた場合、どちらか一方に偏らず、双方にメリットのある条件を模索する上でもコーディネーターは役割を果たしていた。当初、病院が出向させたい人材と、訪問看護ステーション側が希望する人材が異なっていたケースでは、コーディネーターが調整に入ることで、ステーションが希望する出向者を得ることができた。

②定期的な進捗管理とフォローアップ

出向看護師にとって、病院から訪問看護ステーションへの出向は業務内容、勤務環境、通勤経路等が大きく変化し、出向開始当初は身体的・精神的な負担も伴うものである。コーディネーターが出向者との面談や細やかな声掛けを行ったことにより、出向者の緊張や不安を緩和し、スムーズな事業実施につながったとの評価があった。

出向者のフォローアップのためにも、出向元と出向先は定期的な情報共有が必要であるが、病院も訪問看護ステーションも看護管理者の業務が多忙であり、打合せの日程調整や記録の共有に時間を割くことが困難になりがちである。コーディネーターが介在したモデルでは、コーディネーターが両者のスケジュール調整をして定期的に打合せを設定したことにより、病院側は出向者の業務内容や習得状況を適時把握し、必要に応じて出向者と相談・助言の機会をもつなどフォローアップを行っていた。

③事業評価の実施体制の維持

出向元である病院にとって、出向看護師は単なる労働力として送り出しているのではなく、訪問看護業務を学び成果を病院に持ち帰るというミッションを担っている。

そのため、出向者の訪問看護業務の習得状況を定期的に把握し、ミッションの達成を目指すプロセスが重要になる。しかし、前述のように病院、訪問看護ステーションは業務多忙であり、日々の業務の忙しさに紛れて日程調整や評価記録に時間を割くことが困難になりがちである。今回、コーディネーターにより打合せの日程調整や定期的な評価実施が促されたことで、多忙な中でも事業評価を行う体制が最後まで維持できた、という評価があった。

（２）出向事業の周知・普及効果

本事業でコーディネーターを担った都道府県看護協会や、市立大学の看護教員は、日頃から本務において都道府県・市町村行政、病院、訪問看護ステーション等に幅広いネットワークを持っており、看護に関する情報収集力・発信力が高い。また、病院や訪問看護の業務内容を把握するだけでなく、今後の医療・介護提供体制改革のもとで、地域で必要となる看護人材の質・量や、病院、訪問看護にこれから求められる役割についても知見を有している。

コーディネーターへのヒアリングでは、病院と訪問看護ステーションのマッチングの際、「簡単に成立可能なペア」ではなく、地域における影響・波及効果を期待したマッチングに注力したという回答が得られた。特に出向元となる病院の選定については、「地域で基幹的な役割を担っている公立病院が出向に取り組めば、他病院への波及効果が大きい」等、出向のモデル事例として成功させ、地域における周知普及につなげていきたいという意図が働いていた。

また、コーディネーターは行政とのネットワークや看護情報の収集・発信力を活かし、出向事業を地域で普及するための活動を行っていた。都道府県行政に働きかけ、次年度以降に都道府県事業で病院から訪問看護ステーションへの出向を実施できるよう情報提供を行ったり、地域の新聞・ＴＶ等のメディアから取材を受け、出向事業をＰＲする役割も担っていた。

２）課題

本事業でコーディネーターが実施した支援については、協力事業者から概ね評価が得られているが、さらにコーディネーターに期待する支援内容としては、「出向協定の締結にあたる支援の充実」が挙げられた。

看護師の出向は病院・訪問看護ステーション双方になじみのない仕組みのため、出向協定の締結にあたり、協定項目に漏れがないか、労働法規を遵守した内容になっているか不安だったという意見が複数の看護管理者から聞かれた。特に病院の場合、出向協定の締結に向けては事務方のサポートが不可欠ではあったが、コーディネーターにもっと労働法規や社会保険の知識をサポートしてほしいという要望があった。

第3章 考察

I. 効果的・効率的な出向の実施方法

1. 出向期間の妥当性

本事業では、全国8か所・10ペアにおいて、2か月～6か月にわたる様々な出向期間・出向パターンを試行的に実施した。

平成27年度事業で行ったニーズ調査では、病院側はより短期間の出向、訪問看護ステーション側はより長期間の出向を希望する傾向にあった。本事業の実施状況にもとづき、病院と訪問看護ステーション双方にメリットがあり、かつ「病院看護師の在宅療養支援能力向上」という目的に照らして妥当な出向期間はどの程度なのか、検討を行った。

まず、数日から数週間の研修では「自分で考え、判断し行動する」レベルまでの到達は難しく、出向で単独訪問を経験することにより看護師のスキルアップが図れるという認識は、出向事業を実施した病院看護管理者、ステーションの管理者に共通していた。

出向者による自己評価や、ステーション管理者の評価から訪問看護業務の習得状況をみると、3か月間の出向で一連の業務を習得し、訪問看護師として概ね独り立ち可能なレベルに達したことが示された。ただし、評価票の26項目の中ではマネジメント能力、他職種との連携・調整能力の評価が3か月後時点では他項目より若干低く、より長期間の出向でさらに在宅療養支援の能力向上が図れると考えられた。

ステーションや病院の看護管理者に行ったヒアリングでも同様に、訪問看護業務の一通りを習得するには3か月という期間は適当であるが、①出向者が自ら行動を起こしたり、自身の専門性を発揮できるようになる、②訪問看護ステーションにとってのコストベネフィットを考えると、3か月間では短いという意見が複数あった。

一方、病院側の目的や体制からすれば、同じ看護師が継続して6か月以上出向することは難しいため、リレー式の仕組み等でトータルの出向期間が長期間確保できれば良いのではないかという意見もあった。

また、長期間継続する仕組みとしては、フルタイムの出向ではなく、部分的な出向（週2日訪問看護ステーション勤務、週3日病院勤務など）も病院、訪問看護ステーション双方からニーズがあることがわかった。本事業では検証できなかったが、今後、労働法規等の整理をふまえた上で検討の余地があると考えられる。

2. 出向条件の調整

本事業で出向を実施した病院は公立病院・公的病院が多く、出向協定の締結に至るまでに、院内の調整や訪問看護ステーションとの調整が難航したケースもあった。

公立病院や公的病院の組織機構によっては、出向の可否について所管部局や本部の

判断が必要となり、病院長の一存では出向が決められないケースがあった。また、公立大学の附属病院では、職員の身分が「公立大学法人職員」と「自治体職員（病院への出向者）」の2通りに分かれており、「自治体職員」の身分のまま本事業に参加した場合「二重出向」になるということで、身分の変更等が必要になったケースもあった。

病院看護師の働き方として「出向」はほとんど前例がないため、本事業に協力した病院、訪問看護ステーションでは、処遇等で出向者が不利益を被ることなく、出向元・出向先双方の希望を活かした出向条件を整えるために、事務担当者を含めて双方の関係者が調整に時間をかけていた。

出向条件の調整に付随する煩雑さの原因は、制度や就業規則上で出向が難しいというより、前例がないため、必要な手続きが明確になっていないことであると考えられる。本事業ではコーディネーターによる支援も含め、出向条件の調整段階で病院、訪問看護ステーションに十分な支援を提供できなかったことが課題である。今後、病院看護師の訪問看護出向について、労働法規や関連法規遵守のもと、必要な手続きや協定書に盛り込むべき要件を整理したガイドラインを作成することにより、出向に対する理解が進み、関係者の事務負担軽減も図ることができるのではないかと期待される。

3. コーディネーターの役割

本事業でコーディネーターが介在したケースでは、①双方の立場・状況に配慮した調整、②定期的な進捗管理とフォローアップ、③事業評価の実施体制の維持など、円滑な出向事業の実施に向けた支援が得られていた。また、地域の医療介護提供体制や今後の政策動向について見識のある都道府県看護協会や大学の看護教員がコーディネーターを担うことにより、行政への事業提案や出向事業の広報活動など、地域での周知普及の取り組みにつながっていた。

日頃から連携協力関係にある病院と訪問看護ステーション間で出向を実施する場合、コーディネーターなしでも円滑な事業実施は十分可能である。とはいえ、出向実施経験のない病院と訪問看護ステーションが二者で取り組む場合、出向条件の調整や協定締結まで相当の時間と労力を要する。また、病院と訪問看護ステーションの看護管理者はそれぞれ多忙な業務を抱えながら、事業進捗管理を二者で進めていくことになる。

コーディネーターの支援によって、病院と訪問看護ステーションの書類作成、日程調整等の事務負担が軽減されれば、あらたに出向に取り組む事業者が増え、病院看護師の在宅療養支援能力向上の機会が増えることが期待される。

本事業を通じて整理したコーディネーターの役割、および業務実施にあたっての留意点は以下のとおりである。

＜訪問看護出向事業 コーディネーターの役割＞

- ① 地域の病院や訪問看護ステーションに対して出向事業の意義と目的、効果を周知し、参加促進を図る。
- ② 出向を実施する病院、訪問看護ステーションを選定し、マッチングを行う。
- ③ 出向実施前・実施中を通じて、病院と訪問看護ステーションの協議の場を設ける等、良好な関係性の構築を図る。
- ④ 出向の実施に向け、出向元（病院）、出向看護師、出向先（訪問看護ステーション）の3者のニーズのすり合わせを行う。
- ⑤ 出向期間・賃金・労働条件等の具体的な出向条件の調整にあたり、病院と訪問看護ステーションを支援する。
- ⑥ 出向契約書（協定書）の作成を支援する。
- ⑦ 出向実施中・終了時に、病院、出向看護師、訪問看護ステーションの間で事業の評価・振り返りを実施し、成果や課題を関係者間で共有する。

＜業務実施にあたっての留意点＞

- ・ 病院と訪問看護ステーション双方の立場を理解・尊重し、双方がメリットを得られる出向の仕組みを検討する。
- ・ 地域の医療看護提供体制の今後の動向をふまえ、中長期的な観点から出向事業のメリットを説明する。
- ・ 特に出向条件（給与、社会保険、労働時間等）の調整にあたっては、病院と訪問看護ステーション双方の理解に齟齬が生じないように、協定書等で明文化するための支援を行う。

4. 長期型出向・リレー型出向

1) 長期型出向

本事業で実施した長期型出向では、長期間にわたることの困難は特に指摘されず、出向看護師はスタッフとして訪問看護ステーションの活動や収益に貢献し、信頼を得ていた。訪問看護業務の習得状況の評価（出向者自己評価、訪問看護ステーション管理者による評価）においても、出向3か月後以降は出向者本人比でさらに評価が上がっており、長期間の出向が在宅療養支援のスキルアップにつながっていることが伺われた。

長期型出向の実現は、病院の看護人材確保状況、看護管理者による自院看護師育成方針や地域の看護人材育成に対する貢献意識に依るところが大きい。本事業で3か月の出向を実施した病院では、出向者のスキルアップと訪問看護ステーションへのメリット双方を勘案した結果、3か月間の出向ではやや短かったと判断し、人材確保の目途があれば、さらに長期間の出向を実施したいとの意向を示していた。

長期型出向を円滑に実施するためには、①出向期間中の研修・教育計画の明確化、②出向元による出向者のフォローアップ体制 が重要と考えられる。出向して2か月目以降は単独訪問が始まり、次第に訪問看護ステーションの収益に貢献していけるようになるが、ステーション側としては、出向者は単なる労働力の補充ではなく、「訪問

看護を学んで成果を病院に持ち帰る」というミッションを担っていることに十分配慮が必要である。出向期間を通じての研修・教育計画を明確に示し、出向者がモチベーションを維持しながら長期出向ならではのスキルアップが図れるよう、支援を続けることが重要である。

また、長期間病院を離れることへの出向者の不安についてはフォローが必要であり、出向元である病院は、定期的に帰院日を設ける等、出向者へのフォローアップ体制が求められる。

2) リレー型出向

1人2～3か月の短期間出向を連続させるリレー型出向の場合は、受け入れる訪問看護ステーションの研修・教育機能が鍵になると考えられる。現状の病院における看護人材の確保状況から考えると、同じような看護スキルや経験年数の看護師を2人揃えてリレー式で出向させることは難しいため、リレーの1人目と2人目では、開始1か月間の研修内容や単独訪問の導入時期も異なってくることが想定される。したがって、リレー型の場合、訪問看護ステーション側に出向者の状況に合わせた指導・教育を行う十分な体制がなければ、却ってステーションの負担が増すということも危惧される。

一方、学生実習や研修の受け入れが多く、未経験者の採用実績が多い等、指導・教育体制が整っている訪問看護ステーションにおいては、リレー型出向は長期間にわたりマンパワーを補充するための一方策として有効ではないかと考えられる。

5. 看護小規模多機能型居宅介護への出向

1) 看多機のサービス概要の理解

看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は、通い・泊まり・訪問介護・訪問看護の4種のサービスを一体的に提供する地域密着型サービスである。

看多機事業所への出向を実施したケースでは、当初、出向者が看多機の機能や看多機における看護師の役割をつかめず戸惑ったという報告があった。看多機は4種の機能をもつサービスであるが、利用の仕方は利用者によって様々であることや、看多機では訪問看護ステーションに比べ自宅への訪問件数が少ないため、事業所内での通い・泊まりのケアから在宅療養の全容をイメージするのが難しいことなどが原因として考えられた。出向者は2か月目には看多機での看護師の役割をつかみ、介護職とも協働し、スタッフの一員として貢献できていたが、出向開始1か月間の研修でどのようにサービスへの理解を深めるか、出向の実施体制に課題を残した。

看多機のパンフレットやマニュアル等を読んでも、なかなか看多機での看護師の働き方まではイメージできないため、研修内容を工夫してはどうか、との意見があった。具体的にはまず訪問看護ステーションへの出向（研修）で同行訪問から入り、在

宅での療養の様子、他職種や他サービスとの連携の仕方などがある程度学んだ後、看多機事業所内での業務に移るなど、看多機のサービス概要を段階的に理解できる研修体制である。

サービスの概要と看護師の役割が理解できれば、看多機への出向は、利用者一人一人に合わせたオーダーメイドの看護・介護、介護職との連携協働を実体験できる機会であり、高い研修効果が期待できる。

2) 出向による看多機事業所にとってのメリット

訪問看護とは報酬体系が異なり、看多機は定員制・包括報酬体系のサービスである。訪問看護では出向者が単独訪問した分、件数が増え収益増を見込むことができるが、看多機はスタッフが増えても利用者増や件数増にはつながらないため、出向によるマンパワー確保がもたらすメリットとしては、訪問看護ステーションと同列には考えられない。今後、都道府県等による事業化を図る場合、看多機での出向受け入れに係る費用補填については別途検討が必要である。

本事業で出向を実施した看多機事業所では、収益的なメリットはなかったものの、出向者が加わったことで「他のスタッフが休暇取得しやすくなる」「急性期病院の治療や疾患の動向が聞けて他のスタッフの刺激になった」等の効果が得られていた。

II. 病院看護師の多様な職務や属性に応じた出向の実施方法

1. 育児短時間勤務の看護師による出向

育児短時間勤務者による出向を実施したケースでは、出向者は午前中同行訪問や単独訪問に従事し、午後は終業時間までステーション内で書類作成やPC入力を行った。出向先のステーションの訪問スケジュール上、短時間勤務者は午後の訪問に出ることが難しく、また出向開始時期が遅かったため、訪問看護の件数としては少なかったが、出向者は経験した訪問看護業務の一通りを習得し、短期間でスキルアップを図ることができていた。

短時間勤務者の場合、短期型出向では経験できる業務内容に制約があることから、可能であれば長期型出向の実施により、育児と両立しながら在宅療養支援のスキルアップを図ることができると考えられる。

2. 専門看護師・認定看護師による出向

本事業では、3か所で専門看護師・認定看護師（いずれもがん看護関連）による出向を実施した。

それぞれが順調に訪問看護業務を習得し、ステーションのスタッフとして収益に貢献するとともに、専門・認定看護師としての専門性を活かして、他のスタッフや他職種への支援・助言を行っていた。

こうした専門性の高い看護師が病院から地域へ出るスキームとしては、地域の訪問看護師と連携しての同日訪問（診療報酬の在宅患者訪問看護指導料を算定）の仕組みがあるが、領域は緩和ケアと褥瘡に限定されており、多様な領域にわたる専門性を持った看護人材が地域に出る機会に限られている。出向の仕組みが認知されることにより、病院の専門人材が地域の訪問看護ステーションに出向して支援・助言を行うとともに、訪問看護で培った在宅療養支援能力を自院の退院支援や、専門領域でのケアに反映していくことが期待される。

専門看護師・認定看護師による出向の実施に関しては、①訪問看護ステーションにおける出向者の専門性の活かし方、②出向で培った在宅療養支援能力の病院での活かし方について、検討が必要である。①については訪問看護ステーション側からの期待も大きいが、訪問看護ステーションが期待する業務内容と、出向者が自身の専門性で貢献しようと考えている業務内容に齟齬が生じる場合もある。事前の打合せで「専門看護師・認定看護師として訪問看護に提供できること」「訪問看護ステーションとして専門看護師・認定看護師に期待すること」を突き合わせて確認し、研修や業務の計画に組み入れておくことで、双方のスキルアップが期待できる。

また、②については、出向元の病院の看護管理者による配慮・工夫が求められる。専門・認定看護師は、それぞれの専門領域の業務で能力を発揮し研鑽を積むことも重要であり、退院支援部門等への配置は病院として難しい場合もある。訪問看護への出向で培った在宅療養支援能力を院内でどのように活かすか、仮に出向前後で部署や職位の異動がなくても、出向者からの報告や提案の機会を設け、院内で共有する機会をもつことが望ましいと考えられる。

Ⅲ. 訪問看護出向事業の普及に向けて

本事業では、①出向事業の普及と継続性の確保に向けた仕組みの検討、②病院看護師の職務や属性に応じた出向の検討 を目的とし、全国8か所10ケースで様々な出向パターンの実施・検証を行った。準備期間や出向期間の短さにより期待した最大効果が得られなかったケースもあるが、いずれのケースにおいても、「病院看護師の在宅療養支援のスキルアップ」と「訪問看護ステーションへの人材支援」の2つの効果を確認することができた。

8か所中5か所ではコーディネーターが介在するモデルを実施し、コーディネーターの業務内容や、実施上の留意点を整理した。出向を実施する病院や訪問看護ステーションの事務負担を軽減し、出向事業の周知普及を図るために、コーディネーターによる支援は有効である。今後、コーディネーターの介在するモデルの都道府県等での事業化に向け、関係各所に情報提供を行っていくことが課題である。

長期型・リレー型出向や、育児短時間勤務の看護師の出向、認定看護師・専門看護師による出向についても、それぞれ出向者・出向元・出向先に過度な負担がかから

ず、何らかのメリットが得られる仕組みとして実施することができ、実施上の留意点をまとめることができた。本事業で実施した様々な出向パターンを例示し、地域の状況や病院・訪問看護ステーションのニーズに合った出向の選択肢を広げていきたい。

訪問看護出向事業の実施にあたり、最大のネックとなるのは病院の看護人材の充足状況である。病床規模を問わず、看護人材の不足感をもつ病院が過半を占める状況だが（日本看護協会 「2016 年 病院看護実態調査」）、一方で、近年の地域医療構想や診療報酬改定の方角性をふまえ、病院では在宅部門の拡充、退院支援機能の強化、病床転換などの動きが進みつつあり、今後の看護人材確保・育成のあり方にも影響が予想される。在宅療養支援・退院支援の強化を目指す病院ではそれらの業務に対応し得る看護人材の育成が不可欠であることから、在宅領域に強い看護人材育成の方法として訪問看護出向事業が活用できることを病院に提案していく必要がある。

また、病院にとって出向実施のインセンティブになるような制度への働きかけも今後の課題である。例えば地域医療支援病院の要件として地域の訪問看護ステーションへの人材支援（出向）を追加する等、地域貢献を標榜する病院の役割の1つとして位置付けることが考えられる。

受け入れ側の訪問看護ステーションに対しては、受け入れに係る諸経費を補助する仕組みが必要である。出向2か月目以降の給与差額の補填、出向者への指導・教育の費用、必要物品の購入費用等を補助する仕組みを設けることにより、研修・教育機能のある訪問看護ステーションが出向者を継続的に受け入れることが可能となる。

看護師の就業形態において「出向」という働き方はほとんど前例がないことから、本事業の協力事業者は、出向者が処遇等で不利益を被らず、労働法規や就業規則に抵触しない形で出向を実施するため、調整に時間と労力を費やしていた。平成27年度・28年度事業で得られた成果に基づき、今後は関係者向けのガイドラインを作成・普及して出向実施に係る負担軽減を図り、より多くの地域で訪問看護出向事業が実施できるよう、働きかけを続けていきたいと考える。

訪問看護における看護人材活用試行事業
看護職員評価票(本人票)

事業所名：

1. ご自身の属性について

1) 性別	1. 男 2. 女		
2) 年代	1. 20 代 2. 30 代 3. 40 代 4. 50 代 5. 60 代以上		
3) 看護師としての 経験年数	年	うち、訪問看護に かかわった年数	年
4) 出向(研修)前の 所属部署	1. 外来 2. 急性期病棟 3. 慢性期病棟 4. 中央診療部門(手術室、ICU、病理部、材料部等) 5. 退院調整担当部署(地域連携室等) 6. その他()		
5) 保有資格 (看護師以外の)	1. 保健師 2. 助産師 3. 介護支援専門員 4. 専門看護師 ⇒(領域:) 5. 認定看護師 ⇒(領域:) 6. その他 ()		
6) 出向期間	平成 28 年()月から 平成()年 ()月まで		
7)目標	1 か月目		
	2 か月目		
	3 か月目		
	4 か月目		
	5 か月目		
	6 か月目		

2. 訪問看護の実施状況

1 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	人	人	人
訪問した延べ回数	回	回	回
主な業務内容			
主な利用者の状況			
できるようになったこと			
現状の課題・今後取り組みたいこと			

2 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	人	人	人
訪問した延べ回数	回	回	回
主な業務内容			
主な利用者の状況			
できるようになったこと			
現状の課題・今後取り組みたいこと			

3 か月目	医療保険等	介護保険	その他
訪問・担当した実人数	人	人	人
訪問した延べ回数	回	回	回
主な業務内容			
主な利用者の状況			
できるようになったこと			
現状の課題・今後取り組みたいこと			

3. 自己評価

	評 価 項 目	※1～5までの五段階で評価 1＝できない ～5＝できる			
		の 事 業 開 始 時 の 評 価	1 か 月 後 の 評 価	3 か 月 後 の 評 価	事 業 終 了 時 の 評 価
1	訪問看護のサービス内容を理解する				
2	訪問看護の報酬体系や利用者負担等について理解する				
3	事業所内で円滑なコミュニケーションをとることができる				
4	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談できる				
5	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する				
6	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する				
7	利用者・家族と良好なコミュニケーションをとることができる				
8	訪問予定時間通りに訪問する				
9	利用者・家族の価値観や生活様式を理解する				
10	治療優先ではなく、生活を重視する				
11	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする				
12	相手の立場に立って、利用者・家族の話を聴く				
13	利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する				
14	必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる				
15	訪問看護計画に基づいて療養上の支援(世話)を行う				
16	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身につける				
17	利用者の居室の生活環境(光、音、温度等)を整備する				
18	訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする				
19	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する				
20	緊急時の手当ての方法、連絡方法等を理解する				
21	地域の保健医療機関・サービスを把握する				
22	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告する				
23	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する				
24	ケアマネジャーの役割を理解し、必要時に連携をとる				
25	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く				
26	訪問後、速やかに訪問記録を付ける				

4. 病院業務への活用と今後の取り組み意向

病院での業務や 地域との連携に おいて活用でき ると考えた点		
当事業での経験 を踏まえて、今 後病院において 取り組みたいこと		

5. 事業終了後の感想

--

訪問看護における看護人材活用試行事業
事業所票（訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護票）

事業所名：

1. 実施した研修等

1) 出向者の育成方針		
2) 実施した研修等	1 ヶ月目	
	2 ヶ月目	
	3 ヶ月目	
	4 ヶ月目	
	5 ヶ月目	
	6 ヶ月目	

2. 事業実施スキームに対する評価

1) 当事業の実施による 出向先(訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護)への効果・メリット	
2) 当事業の実施による 出向元(病院)への効果・メリット	
3) 病院からの出向者を受け入れる上での課題	
4) 病院からの出向者を受け入れる上で工夫した点	
5) 当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件	
6) その他、当事業を実施した感想	
7) (コーディネーターが介在した場合のみ回答) 出向前・出向中のコーディネーターによる支援	

訪問看護における看護人材活用試行事業
施設票(病院票)

病院名：

※入力欄のスペースは適宜変更してください。

1. 出向者の状況

1) 出向者に期待したこと(ミッション)	
2) 出向者のミッションの達成状況	

2. 事業実施スキームに対する評価

1) 当事業の実施による出向元(病院)への効果・メリット	
2) 当事業の実施による出向先(訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護)への効果・メリット	

3) 訪問看護ステーション等に看護師を出向させる上での課題	
4) 訪問看護ステーション等に看護師を出向させる上で工夫した点	
5) 当事業のスキームをスムーズに導入するために必要な条件	
6) その他、当事業を実施した感想	
7) (コーディネーターが介在した場合のみ回答) 出向前・出向中のコーディネーターによる支援	

訪問看護における看護人材活用試行事業
コーディネーター票

事業者名：

1. 出向開始までの支援

※実施方法、回数等について具体的にご記入ください。

1) 地域や事業所におけるニーズの把握	
2) 病院や訪問看護ステーション等への説明・交渉	
3) 病院と訪問看護ステーション等のマッチング・協力事業者の決定	
4) 出向条件の調整・出向協定書の作成支援	
5) 出向開始までの支援における課題	
6) 出向開始までの支援で工夫した点	

2. 出向期間中の支援

※打合せの開催、情報共有、相談対応等、実施内容について具体的にご記入ください。

1) 支援内容	出向開始 1 か月目	
	2 か月目	
	3 か月目	
	4 か月目	
	5 か月目	
	6 か月目	
2) 出向期間中の支援における課題		
3) 出向期間中の支援で工夫した点		

3. 事業実施スキームに対する評価

1) 当事業において、コーディネーターが介在したことによる効果	
2) 病院と訪問看護ステーション等のコーディネーター業務を実施するために必要な条件	
3) 病院看護師の訪問看護ステーション等への出向を、地域で促進するための課題	
4) その他、当事業を実施した感想	

平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

訪問看護実践を通じた病院看護師の在宅療養支援能力向上に関する調査研究事業

報告書

平成 29 年 3 月

公益社団法人 日本看護協会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL : 03 (5778) 8842 FAX : 03 (5778) 8478

病院から訪問看護ステーションへの看護師出向 ガイドライン試案

平成 29 年 3 月

平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「訪問看護実践を通じた病院看護師の在宅療養支援能力向上に関する調査研究事業」

公益社団法人 日本看護協会

目次

はじめに	1
1. 病院から訪問看護ステーションへの看護師出向	2
1) 目的と期待される成果	2
2) 出向の定義	3
3) 「研修」と「出向」の違い	5
4) 出向のスキーム	6
2. 出向事業の実施フロー	8
1) マッチング（コーディネーターが介在する場合）	8
2) 出向決定に向けた調整	9
3) 出向前の準備	12
4) 実施体制	12
5) 研修・同行訪問の実施	13
6) 単独訪問の実施	14
7) 出向の評価	14
8) 出向終了後のフォローアップ	14
3. コーディネーターによる支援	15
1) コーディネーターの業務	15
2) コーディネーターに求められる役割	16
【参考資料】出向協定書（例）	17

はじめに

地域包括ケアの体制構築に向け、在宅療養を支える訪問看護には大きな期待が寄せられています。全国の訪問看護ステーションの数は近年増加傾向にありますが、訪問看護師の数はまだまだ不足しており、多くの訪問看護ステーションでは人材確保の課題を抱えています。

また、病院では早期退院・在宅療養支援の機能強化が今後さらに重要となります。退院支援部門等の看護師だけではなく、病棟・外来などあらゆる部門で働く看護師が、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ます。

こうした訪問看護ステーションと病院双方の課題解決に役立つあらたな人材交流の仕組みとして、日本看護協会では「訪問看護出向事業」を構想し、検討を続けてきました。「訪問看護出向事業」とは、病院の看護師が一定期間、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図ることにより、病院および病院看護師にとっては院内の看護ケアや退院支援機能の強化に役立つスキルアップ、訪問看護ステーションにとっては一定期間のマンパワー補充ができる仕組みです。

日本看護協会では、平成 27 年度・平成 28 年度の厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業において、実際に病院看護師が地域の訪問看護ステーションに 3～6 か月程度出向し、訪問看護に従事する「訪問看護出向事業」を全国 14 ケースで実施しました。この度、2 年間のモデル事業で得られた成果と課題にもとづき、出向事業の具体的な実施方法や実施上の留意点をまとめ、「ガイドライン試案」を作成いたしました。

「訪問看護出向事業」は、日頃から患者（利用者）をめぐり連携・協力している病院と訪問看護ステーションの二者で取り組むことが可能です。病院看護師の在宅療養支援能力の向上を図り、病院と訪問看護ステーションの連携をさらに強化する人材交流事業として、ご検討ください。また、都道府県等におかれましては、地域の訪問看護人材の確保・育成・活用を図るための事業スキームとして、基金事業等への導入をご検討いただきたいと思います。

平成 29 年 3 月

1. 病院から訪問看護ステーションへの看護師出向

1) 目的と期待される成果

【目的】

病院の看護師が一定期間、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図ることにより、病院および看護師にとっては院内の看護ケアや退院支援機能の強化に役立つスキルの獲得、訪問看護ステーションにとってはマンパワーの補充につながるあらたな仕組みを構築する。

【期待される成果】

出向者（病院看護師）

○在宅療養可能な患者像の広がり

訪問看護の現場に出て、病状や家族背景がさまざまに異なる在宅療養者が、訪問看護等の在宅サービスを活用して家で暮らしている様子を実際に見ることができます

○在宅療養者を支えるサービスや他職種への理解

訪問看護ステーションが連携しているさまざまな医療・介護サービスや他職種と実際に関わり、それぞれの役割や専門性、連携のとり方を学ぶことができます

○病院の退院支援における課題認識

訪問看護の立場に立って病院との退院調整・連携を行うことにより、カンファレンスや看護サマリー等の課題を認識し、病院の退院支援体制に還元することができます

出向元（病院）

○出向者が訪問看護を通じ、病院での退院支援等に必要な視点とスキルを習得

出向者の研修成果を院内で活用・普及していくことにより、病院看護師のケアや退院支援力の底上げが期待できます

○訪問看護ステーションとの連携強化

出向事業を通じて看護管理者間の意見交換・情報共有ができ、退院調整の円滑化や、相互研修などの取り組みにつながります

○病院や病院看護師の役割を地域にPR

出向者の訪問看護ステーションでの活動を通じ、地域に病院および病院看護師の役割をPRすることや、住民からの病院に対する期待・要望をきくことができます

出向先（訪問看護ステーション）

○訪問看護ステーションのマンパワー確保

出向期間中、職員数が1増えることにより、訪問件数の増加や他スタッフの業務負担の軽減につながります

○病院と訪問看護ステーションの連携強化

出向事業を通じて看護管理者間の意見交換・情報共有ができ、退院調整の円滑化や、相互研修などの取り組みにつながります

○訪問看護ステーションのスタッフへの支援・助言

病院の看護の状況や、疾患の診断・治療の動向などについて出向者から情報を得たり、支援・助言を受けることができます

2) 出向の定義

出向には、大きく分けて以下の2つのパターンがあります。

①在籍出向

出向者が出向元との労働契約を維持したまま、出向先とも労働契約を結び、出向先で一定期間継続的に勤務する。

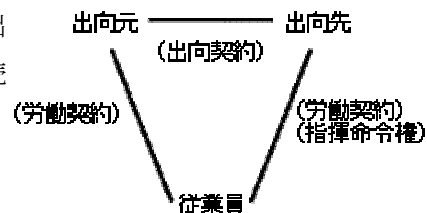


図1 在籍出向

②転籍

出向者と出向元との労働契約は完全に終了し、一度退職した後に、あらたに出向先と労働契約を結ぶ。

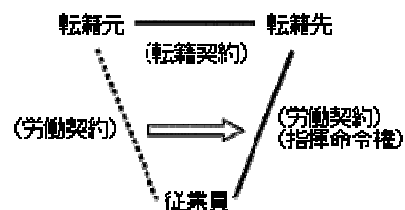


図2 転籍

また、出向と似た労働形態として、「派遣」があります。

③派遣

労働者は派遣元とのみ労働契約を結び、派遣先の指揮命令のもと仕事に従事する。派遣先と労働者との間に労働契約関係はない。

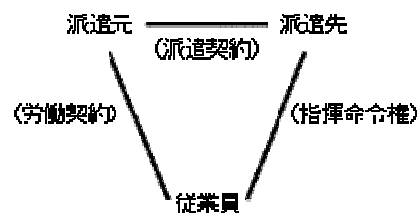


図3 派遣

以下、本文書で説明する「病院から訪問看護ステーションへの出向」とは、①の**在籍出向**により、看護師が病院・訪問看護ステーション双方との労働契約のもと、一定期間訪問看護に従事する仕組みをさしています。

Q：「出向」は「派遣」ではないとしても、内容としては労働者供給事業にあたるのでは？

A：

◆在籍出向は、出向者と出向元・出向先との間に二重の労働契約が成立するため、労働者派遣には該当しません。しかし、形態としては労働者供給に該当するため、在籍出向を「業として行う場合」、すなわち業務・仕事として反復継続するような場合は、職業安定法第 44 条により禁じられている労働者供給事業に該当します。

◆在籍出向のうち、

- ①労働者の雇用機会の確保
- ②経営指導、技術指導の実施
- ③職業能力開発の一環
- ④企業グループ内の人事交流

等の目的で行うものについては、出向が繰り返行われたとしても、社会通念上、「業として行う」とは判断されません。

◆例えば

- ・ 育児等で病院の夜勤ができない看護師が、日中に訪問看護ステーションで働く
- ・ 病院の看護師が、訪問看護ステーションで技術指導を行う
- ・ 病院の看護師が、訪問看護ステーションで在宅療養支援を学ぶ

等の目的で行う在籍出向は、「業として行う場合」には該当しないと考えられます。

3) 「研修」と「出張」の違い

(1) 研修・出張

所属機関以外の場所で業務に従事する仕組みとしては、ほかに「研修」（出向契約を結ばない）や「出張」があります。研修と出張いずれの場合も、労働者と受け入れ先の間に「労働契約」は発生しません。

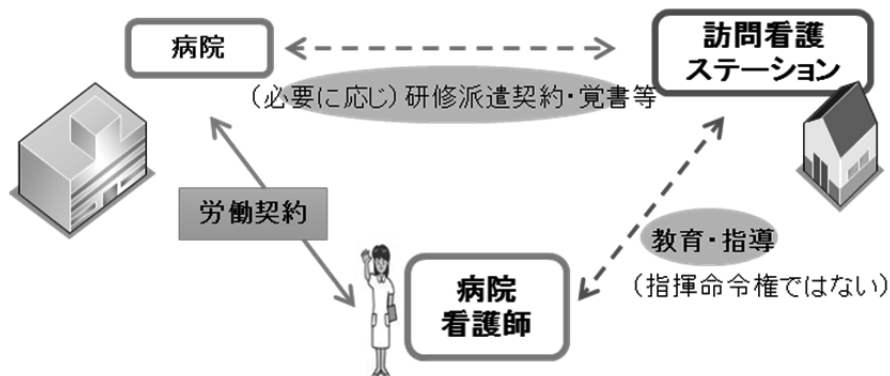


図4 「研修」の場合

【受け入れ先からみると】

「研修」や「出張」では、受け入れ先との間に労働契約はありませんので、訪問看護ステーションで研修する病院看護師は、訪問看護ステーションの職員ではありません。よって、病院看護師が行った訪問看護業務について、訪問看護ステーションが診療報酬や介護報酬を請求することはできません。

(2) 出向

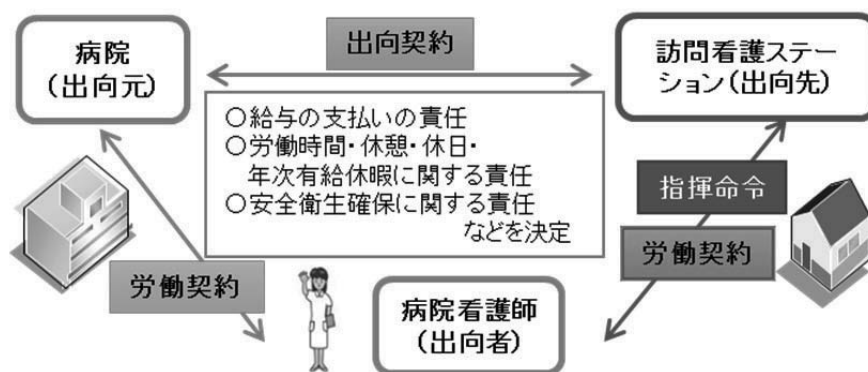


図5 出向（在籍出向）の場合

【受け入れ先からみると】

出向の場合、病院看護師は訪問看護ステーションとも労働契約を結んでおり、訪問看護ステーションの職員として単独で訪問看護業務を行うことが可能ですので、訪問看護ステーションは、出向者が行った業務について診療報酬や介護報酬を算定できます。

病院にとっての看護師の在宅療養支援能力向上というメリットだけでなく、訪問看護ステーションの側にも、職員が一人増えることで収益増やスタッフの業務負担軽減につながる人材確保のメリットがある仕組みが「出向」です。

4) 出向のスキーム

本文書で説明する出向のスキームは、図6のとおりです。

基本的には出向元（病院）と出向先（訪問看護ステーション）の二者の契約によって成り立つ仕組みですが、都道府県等の事業として実施する場合は、第三者によるコーディネーターが介在することにより、病院と訪問看護ステーションのマッチング、出向条件の調整、出向期間中の情報共有等をスムーズに進めることができます。

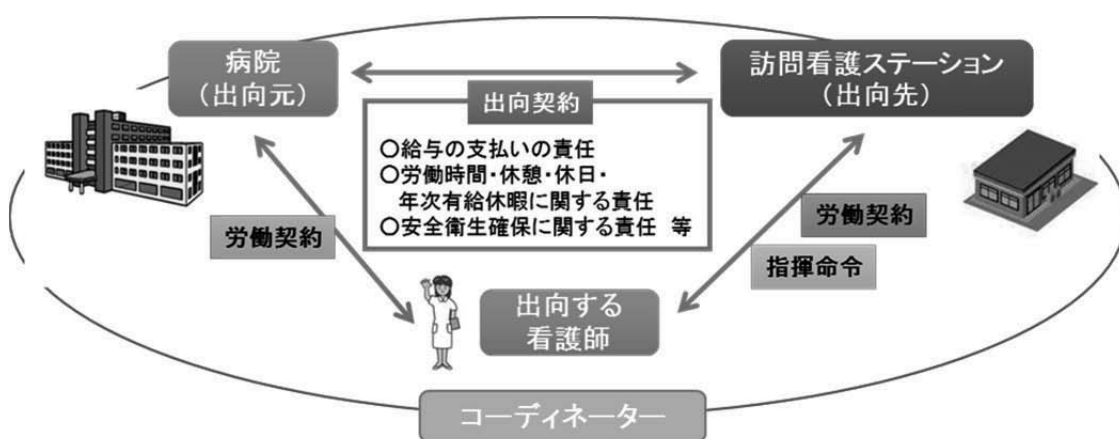


図6 出向事業のスキーム

在籍出向の場合、出向者は出向元・出向先と二重の労働契約を結びます。

出向期間中の労働条件等の取り扱いについては、以下のように整理されています。

表1 労働基準法等で定める基準の運用

項目	出向元	出向先
賃金・賞与	出向元と出向先の取り決めによる	
労働時間、休憩、休日		○
休暇	出向元で発生した年休は 出向先で取得可	
労災保険		○
雇用保険	主たる報酬の支払元	
健康保険・厚生年金保険	報酬の直接支払元	
就業規則	取り決めでそれぞれの 適用範囲を決定	

（１）給与

●出向者の給与を出向元・出向先のどちらがどのように負担するかは、特段法令上で定めがあるわけではなく、出向元と出向先の協議によって決める事項とされています。

具体的な支給・負担方法としては下記の３パターンが考えられます。

- ①出向元が全額支給・負担する場合
- ②出向元が全額支給し、出向先が負担金を支払う場合
- ③出向先が全額支給・負担する場合

※「病院から訪問看護ステーションへの看護師出向」における給与の支給・負担方法の考え方については、p. 11 出向条件の調整 の項で説明します。

（２）社会保険

- 労働基準法上の「使用者責任」は、出向契約の内容に基づき、出向元と出向先の双方が使用者責任を負う
- 労災保険は実際の労務提供先（出向先）で適用する
- 雇用保険は、主たる報酬の支払元で適用する
- 健康保険、厚生年金保険は、報酬の直接の支払元で適用する
 - ①出向元が報酬を全額支給する場合：出向元で加入
 - ②出向先が報酬を全額支給する場合：出向先で加入
 - ③出向元と出向先双方から報酬を支給する場合：
「被保険者所属選択・二以上事業所勤務届」を提出し、出向者本人が保険者を選択

2. 出向事業の実施フロー

在籍出向の仕組みにより、病院から訪問看護ステーションへの看護師出向事業を実施する場合の実施フローは図7のとおりです。

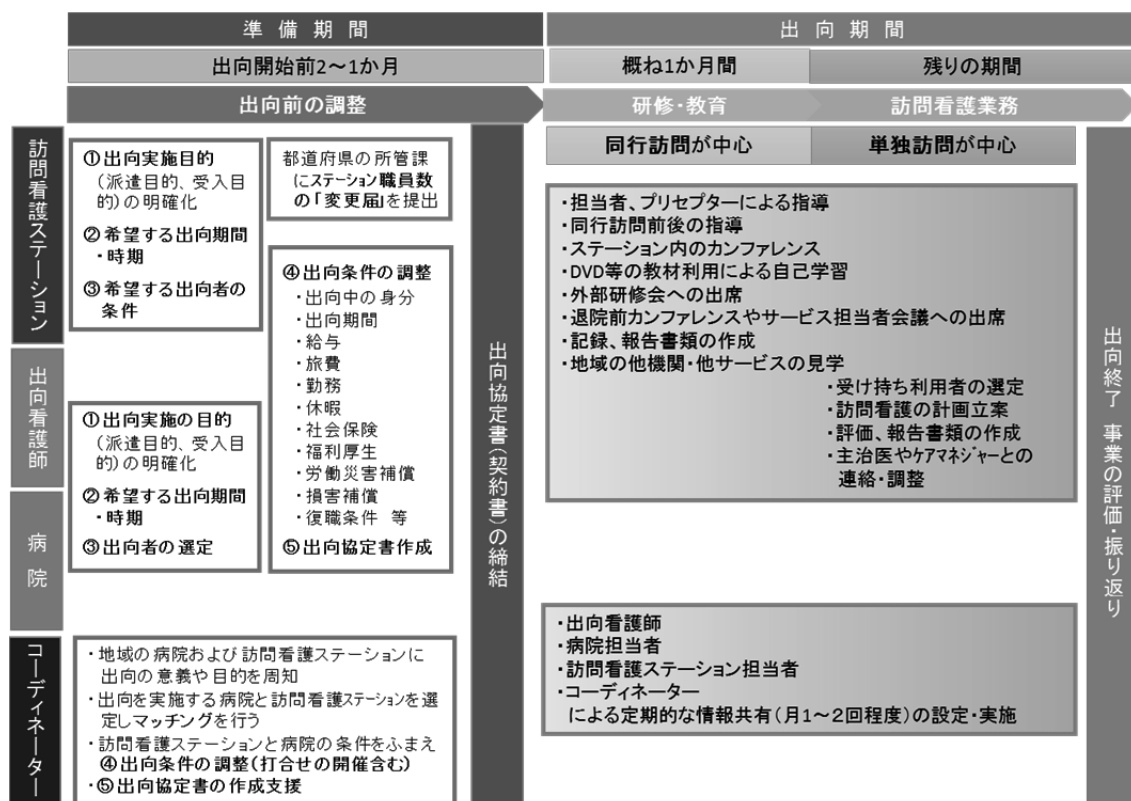


図7 病院から訪問看護ステーションへの看護師出向事業 実施フロー

1) マッチング（コーディネーターが介在する場合）

- ① コーディネーターは、地域の病院や訪問看護ステーションに対して出向事業の意義と目的、効果を周知し、参加促進を図ります。
- ② 出向を希望する病院、訪問看護ステーションの募集を行い、出向の目的や希望する条件を把握してリスト化します。
- ③ 出向目的や希望条件、病院と訪問看護ステーション間の距離（遠距離であれば対面での打合せが難しい場合も考慮に入れ）などを検討し、ペアが組めそうな病院と訪問看護ステーションをリストアップします。
- ④ 病院と訪問看護ステーションに事前説明を行い（可能であれば施設に訪問して）、看護管理者等にあらためて出向の実施意向を確認します。

特に病院においては組織内の合意形成が不可欠であるため、病院を訪問する場合は、病院長、事務長、看護師長等にも可能な限り同席を求め、理解を得ることが重要です。

また、訪問看護ステーションにも可能な限り事前に訪問し、受け入れ環境や、受け入れ可能な時期について把握します。

⑤双方の希望条件を明確化し、対照表に整理して、条件のすりあわせを行っていきます

2) 出向決定に向けた調整

(1) 出向目的の明確化

出向元・出向先のそれぞれが、出向事業の目的・期待する成果を明確にし、施設・事業所内で調整を図っておくことにより、その後の契約や事業実施をスムーズに進めることができます。

病院が訪問看護ステーションへ看護師を出向させる主な目的としては、

- ・看護師による退院支援・在宅療養支援の実践能力強化
- ・専門性の高い看護師等による訪問看護ステーションへの技術指導、助言
- ・育児等で病院の夜勤が困難な看護師が日中訪問看護ステーションに勤務等が挙げられます。

いずれにせよ、訪問看護ステーションへの看護師出向により病院にどのような成果の還元が期待しうるのかを看護管理者は明確にし、病院長やその他の看護管理者、事務部門の管理者、労働組合の代表者等に事前説明を行うことが重要です。

また、受け入れる訪問看護ステーションは、出向者に期待する業務内容を明確にし、それを実現するための研修や支援体制について内部でスタッフと共有し、調整していく必要があります。

(2) 出向期間・時期の明確化

どの程度の出向期間が望ましいかは、出向の目的や病院の看護人材確保状況、訪問看護ステーションの受け入れ体制によっても異なります。

日本看護協会が厚生労働省の補助を受けて実施したモデル事業では、出向した病院看護師が訪問看護ステーションでの研修・同行訪問等を経て単独で訪問看護を実施し、訪問看護の一連の業務を習得するには、概ね3か月程度は必要とみています。さらに、病院の退院支援部門等でリーダーとなり得るマネジメント能力、他職種との連携・調整能力を引き上げるには、3か月間では少々不足という見解もあります。

短期間の出向は、受け入れる訪問看護ステーションにとっては実質的なマンパワー確保のメリットが少なく、出向前後の利用者への説明やスタッフの業務調整が煩雑になります。こうした訪問看護ステーション側の負担も考慮し、出向元・出向先の双方にメリットがあるような出向期間を検討します。

また、新卒者の教育、学生実習の受け入れ、風邪・インフルエンザ等の流行期など、病院と訪問看護ステーションにはそれぞれ繁忙期があります。互いの事情を考慮し、なるべく負担の少ない時期の実施を調整する必要があります。

（３）出向規定の確認

出向元が従業員に出向を命じるためには、対象者に個別に同意をとるか、就業規則等において「業務上必要な場合は出向を命じる」旨の規程をおき、出向中・出向後の労働条件等に関する規程が整備されている必要があります。

ただし、就業規則等で出向について明記されている場合であっても、看護管理者は対象者に出向の意義・目的を十分説明し、同意を得ることが重要です。（モデル事業に協力した病院・訪問看護ステーションの担当者からは、出向者の選定の最重要事項は「看護師本人の訪問看護に対する関心・意欲」であるとの共通見解が得られています。）

（４）出向者の選定

モデル事業においては、訪問看護で最低限必要な看護技術については、病院で５年程度臨床経験を積んだ中堅層であれば、研修・同行訪問を経て単独訪問を実施する上で特に技術的な問題はないという評価が得られています。２年間のモデル事業を通じ、急性期、回復期、慢性期、救命救急病棟、緩和ケア病棟など多様な領域の病棟看護師や、退院支援部門の看護師が出向に取り組んでいます。

病院としては、訪問看護への出向により看護師が学んだ成果を、院内でどのように活用・普及していくかを視野に入れ、出向者の選定にあたることが重要です。

また、訪問看護ステーションの側でも、受け入れ体制や利用者の状況をふまえて、出向者に希望する条件があれば明確にしておきます。（例：がんターミナル期の利用者が多いので、緩和ケアなどの専門性のある看護師に来てほしい）給与等の処遇もふまえて、出向元・出向先の希望条件のすり合わせを行います。

（５）出向条件の調整

出向の目的、期間、時期、出向者への希望条件などと併せて、出向者の給与や社会保険の適用、勤務時間や休暇などの労働条件、労働災害補償、損害補償などの諸条件の調整に入ります。

病院と訪問看護ステーションそれぞれの希望条件を対照表にし、事務部門等の人事・労務管理担当者が加わって調整するとスムーズに進められます。

また、第三者によるコーディネーターが入ることで、病院と訪問看護ステーションの希望条件に齟齬があった場合の調整が進めやすくなります。

【給与の支給・負担方法について】

出向期間中の給与の支給・負担方法について特に法的な定めはなく、出向元と出向先の協議でとりきめることとなります。具体的な支給・負担方法としては下記の3パターンが考えられます。

- ①出向元が全額支給・負担する場合
- ②出向元が全額支給し、出向先が負担金を支払う場合
- ③出向先が全額支給・負担する場合

モデル事業では②の方法をとったケースが多く、出向元である病院が給与を全額支給し、訪問看護ステーションは、出向者と同条件の看護師をステーションであらたに雇用した場合の想定給与等にもとづいた額を、「負担金」として病院に支払う形をとりました。

また、「病院から訪問看護ステーションへの看護師出向」の事業の性格上、出向期間中の給与については下記の検討ポイントがあります。

- ①出向開始1か月間（研修・同行訪問）の給与の負担
- ②病院と訪問看護ステーションの基本給差額

出向開始1か月間は、概ね研修・同行訪問の期間となり、出向者が単独訪問を行って訪問看護ステーションの収益を上げることは難しい状況です。訪問看護ステーションにとってはオリエンテーションの実施、同行訪問を通しての指導など、出向者の教育に多くの時間と労力を費やす期間です。

また、設置主体や事業所の経営状況にもよりますが、一般に、同条件の看護師で比較した場合、訪問看護ステーションよりも病院の基本給額の方が高い傾向にあります。

そのため、モデル事業では、出向開始1か月間の出向者の給与は病院負担、2か月目以降は訪問看護ステーション負担とし、①②についてはモデル事業の協力謝金によってそれぞれ適宜補填してもらう仕組みをとりました。

今後、病院から訪問看護ステーションへの出向を多くの地域で実施するためには、都道府県事業等により、①②に係る負担について補助を受けられる仕組みが望ましいと考えられます。

（6）出向協定書（契約書）の締結

出向者の労働条件や業務内容について、病院と訪問看護ステーションの協議がまとまり合意が得られれば、出向協定書（契約書）を締結します。

（出向協定書の記載例については巻末の参考資料を参照）

3) 出向前の準備

(1) 出向者の事前学習

病院看護師にとって訪問看護や介護保険の制度はなじみが薄く、出向開始当初は「カンファレンスやサービス担当者会議で話されている内容（言葉）がわからない」ことが起こり得ます。また、訪問看護サービス自体が医療保険と介護保険にまたがる複雑な制度体系であり、理解するのに時間がかかります。

限られた出向期間内で学習成果を高めるためにも、訪問看護の制度の概要など基本的なところは、書籍・DVDなどの入門教材、住民向けパンフレット等で事前学習しておくことが望ましいでしょう。

(2) 関係者の事前打合せ

出向元・出向先・出向者の3者で事前打合せを行い、出向条件やスケジュールの確認を行います。

また、出向者の目標（および病院が出向者に期待するミッション）と、訪問看護ステーションの育成方針、病院と訪問看護ステーションの看護師の業務内容などをすり合わせ、研修内容や同行訪問の対象者を調整する打合せを持つことで、より高い達成度が得られると考えられます。

4) 実施体制

(1) 訪問看護ステーションの受け入れ体制

①プリセプターの配置

出向者が必要時にすぐに報告・相談できる仕組みがあることが安心感につながり、出向者の適応がスムーズに図れます。可能であれば、未経験者への説明や指導に慣れたスタッフをプリセプターにつけることが望ましいでしょう。

②利用者への説明・同意

訪問看護ステーションの利用者にとって、短期間の出向者は研修生・実習生に近い存在です。ステーションとしては他の研修生・実習生の受け入れと同様の扱いとし、利用者には出向者の訪問について説明し、同意を得ることが必要です。

③出向者が使用する物品、器材の準備

数日間の研修と異なり、数か月間にわたる出向の場合は、出向者専用のユニフォームや訪問バッグ（物品を含む）、訪問用の自転車や自動車を用意する必要があります。

これらの準備費用についても、都道府県事業等で補助が受けられる仕組みがあることが望ましいです。

（２）訪問看護ステーションと病院の連携

出向期間中は、１か月に１回位の頻度で３者の打合せを実施し、状況確認を行うことが望ましいでしょう。コーディネーターがいる場合は、コーディネーターが日程や場所の調整を行います。

病院と訪問看護ステーションの距離が離れていて、対面での打合せが難しい場合にも、定期的にメール等で進捗状況の確認を行い、何か問題があれば解決・改善を図っていく必要があります。

５）研修・同行訪問の実施

（１）主な研修内容

訪問看護で提供する医療処置やケアの方法、利用者・家族への指導や、訪問看護に付随して必要となる記録作成、必要物品の調達、多職種連携等の業務は、同行訪問やカンファレンスを通じたOJTで一連のプロセスとして理解していくことが可能です。

医療処置の技術については、病院で５年程度経験を積んだ中堅看護師であればほぼ問題ないと考えられるものの、病院では医師やリハビリ職、看護補助者等との役割分担が進んでいるため、訪問看護師が日常的に行っている看護業務でも、出向者があまり経験したことがないという場合があります。（例：訪問看護では看護師によるリハビリテーションも多く実施されているが、病院ではリハビリテーションは主に理学療法士・作業療法士等の担当業務になっている）

出向者の病院での業務状況や、訪問看護で学びたい看護業務については事前の３者（病院、訪問看護ステーション、出向者）の打合せで情報共有しておき、同行訪問等で適宜学んでいく機会をつくります。

（２）研修期間

２年間のモデル事業を通じて、研修・同行訪問の期間は概ね１か月間が妥当であると評価されています。一方で、出向者の適性や経験年数によっては１か月目の後半から、比較的状态の安定している利用者への単独訪問を入れていったケースもあります。ステーションの管理者やプリセプターが出向者のスキルをチェックし、無理のない範囲でスケジュールを組んでいくことが重要です。

（３）同行訪問の実施

出向者の研修目標や習熟度をふまえ、多様な状態像、多様な場所での在宅療養の事例を経験させます。

例えば、病院から地域へ移行する一連のプロセスを知りたいという研修目標に応じて、退院前カンファレンスへの同席から、退院直後の訪問、在宅での看取りまでを経験できるよう研修や訪問先の調整を行うことで、退院支援プロセスの体系的な理解につながります。

また、同一法人内、あるいは日頃から連携している他の医療・介護サービス（訪問診療、ケアマネジャー、デイサービス、グループホーム、特養など）への同行訪問や見学を取り入れることにより、地域の多様なサービスや職種の役割を学び、退院支援における連携の実感を理解することができます。

６）単独訪問の実施

出向者の研修目標をふまえつつ、出向者のスキルに合わせて無理なく対応できる事例を選択します。

最初は、状態が比較的安定していてケア内容がルーティン化しているケースや、見守りが中心となるケースから徐々に単独訪問を導入し、出向者の習熟度等に合わせて、医療機器の管理が必要なケースや、ターミナルケアのケースにも関わっていきます。

単独訪問を開始しても、ステーションの体制や訪問スケジュールによっては、出向者が必ずしも同じ利用者に継続的に訪問できるとは限りません。他の訪問看護師との情報共有の状況や、利用者へのフォローについて、管理者やプリセプターは配慮することが必要です。

７）出向の評価

出向開始時に設定した目標に照らして、達成状況や実施上の課題について定期的に評価を行います。

出向者による自己評価と、訪問看護ステーションの担当者による評価の両側面から行うことにより、出向終了までに取り組むべき課題が明確になり、出向者のスキルアップにつながります。また、訪問看護ステーションにとっても、出向者の育成方針や実施スケジュールを適宜見直すことができます。

８）出向終了後のフォローアップ

出向元である病院にとっての主要な成果は、出向が終了し、出向看護師が病院勤務に復帰した後に、訪問看護を学んだ成果をどのように活用できるかにかかっているといえます。

モデル事業に協力した病院では、帰院後の出向者の活用策として「在宅療養支援部門に配置する」「病棟における退院支援のリーダーにする」等の計画をもち、出向に送り出していました。

出向前・後で出向者の配置や業務の変更等を予定していない場合であっても、出向者が訪問看護で学んだ成果について、院内・部署内で共有し、病院の看護に反映していく仕組みが重要です。

例えば、「訪問看護の側からみた自院の退院支援の課題」等について、出向者からの報告や提案の機会を設けることも有効です。

出向者の所属部署や職位にかかわらず、訪問看護で学んだ成果が院内で共有・反映されるよう、看護管理者は出向後のフォローアップに配慮する必要があります。

3. コーディネーターによる支援

都道府県等の事業として「病院から訪問看護ステーションへの看護師出向」を実施する場合、第三者によるコーディネーターが介在することによって、病院と訪問看護ステーションのマッチング、出向条件の調整、出向期間中の情報共有等をスムーズに進めることができます。

コーディネーターは、病院と訪問看護ステーション双方の組織特性や抱えている課題、看護師の業務内容の違いなどを把握した上で、双方にメリットのある出向の仕組みを調整する役割を担います。

また、病院から訪問看護ステーションへの出向がもたらす直接的なメリット（例：ステーションのマンパワー補充等）だけでなく、副次的・中長期的なメリット（例：訪問看護ができる病院看護師の人材プール等）を説明することにより、より多くの病院と訪問看護ステーションに、出向への取り組みを促すことができます。

日本看護協会の実施したモデル事業では、こうした役割に適した機関（人材）として①都道府県看護協会 ②大学の看護教員 にコーディネーターを委託し、出向事業を円滑に実施することができました。

1) コーディネーターの業務

1. 地域の病院や訪問看護ステーションに対して出向事業の意義と目的、効果を周知し、参加促進を図る。
2. 出向を実施する病院、訪問看護ステーションを選定し、マッチングを行う。
3. 出向実施前・実施中を通じて、病院と訪問看護ステーションの協議の場を設ける等、良好な関係性の構築を図る。
4. 出向の実施に向け、出向元（病院）、出向看護師、出向先（訪問看護ステーション）の3者のニーズのすり合わせを行う。
5. 出向期間・賃金・労働条件等の具体的な出向条件の調整にあたり、病院と訪問看護ステーションを支援する。
6. 出向契約書（協定書）の作成を支援する。

7. 出向実施中・終了時に、病院、出向看護師、訪問看護ステーションの間で事業の評価・振り返りを実施し、成果や課題を関係者間で共有する。

2) コーディネーターに求められる役割

- ・ 病院と訪問看護ステーション双方の立場を理解・尊重し、双方がメリットを得られる出向の仕組みを検討する。
- ・ 地域の医療看護提供体制の今後の動向をふまえ、中長期的な観点から出向事業のメリットを説明する。
- ・ 特に出向条件（賃金、社会保険、労働時間等）の調整にあたっては、病院と訪問看護ステーション双方の理解に齟齬が生じないように、協定書等で明文化するための支援を行う。

【参考資料】 出向協定書（例）

出向協定書

〇〇〇〇病院（以下「甲」という。）と△△△△訪問看護ステーション（以下「乙」という。）は、甲から乙へ出向する者（以下「出向者」という）の労働条件及び出向にかかる経費の負担等について、次のとおり協定を締結する。

（目的）

第1条 甲は、乙の行う事業に従事することを目的として、同意した出向者を乙に出向させるものとする。

（出向者）

第2条 出向者は次の者とする。

出向者 氏名 _____

（出向期間）

第3条 出向者の甲から乙への出向期間は、平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年△月△日までとする。ただし、甲及び乙は、必要と認めるときは、双方協議の上、その期間を変更することができるものとする。

（身分）

第4条 出向者は、在籍出向とし、甲の従業員の身分を失わないまま、乙の指揮監督下において、乙の業務に従事するものとする。

（就業時間、休日、休暇等）

第5条 出向者の就業時間、休憩時間、休日等の勤務条件については、乙の就業規則に従うものとする。

2 出向者の休暇の取扱いについては、甲の就業規則に従うものとする。

3 出向者のその他の勤務に関する事項は、甲乙協議の上、別に定めるものとする。

（給与・賞与・退職金の支給）

第6条 出向者の給与、時間外労働手当、賞与および退職金は、甲の規定を適用し、甲が出向者に直接支給する。

（給与等の負担）

第7条 乙は、別途定める「出向に関する覚書」に基づく月額金額を負担する。

（時間外労働手当等の負担）

第8条 時間外労働手当および休日労働手当については、別途定める「出向に関する覚書」に基づいて算出し、その全額を乙が負担する。

（社会保険・労働保険）

第9条 出向者の健康保険、厚生年金保険、雇用保険、介護保険は、甲において継続加入の上、これらにかかる事業主負担保険料は甲が負担する。

2 出向者の労働者災害補償保険は、乙において付保することとし、これにかかる保険料は乙が負担する。

(出張旅費)

第 10 条 乙が出向者に対して業務上の要請に基づき出張を命令したときは、その出張に要する旅費は乙の出張旅費規程に基づき乙が負担する。

(負担金の支払)

第 11 条 出向者が乙の業務遂行上要した費用は、乙の規定に基づき乙が支給する。

2 出向者の乙への赴任および甲への帰任に必要な旅費は、甲が負担する。

3 本契約に基づき甲が出向者に支給したもののうち乙が負担すべきものは、甲から乙への請求に基づき乙が甲に支払うものとする。

(健康管理・安全衛生管理)

第 12 条 出向者の健康及び安全衛生管理は、原則として乙の措置による。ただし甲は、出向者の健康及び安全衛生について甲の施策を十分把握し、甲の労働者との公平を失しないよう配慮を行う。

(服務規律)

第 13 条 出向者の服務規律に関する事項は、乙の定めるところによる。

出向者は、次の行為をしてはならない。

(1) 乙の名誉を毀損し、又は利益を害すること。

(2) 出向期間及び出向期間終了後において乙又は相手方の業務上の秘密を漏らすこと

(損害賠償)

第 14 条 甲は、第 13 条の規定に違反し、乙に損害を与えた場合は、その賠償をするものとする。

(医療事故等)

第 15 条 乙は、出向期間中に、出向者の医療行為に関して事故が発生した場合は、その賠償をするものとする。

(分限及び解雇)

第 16 条 甲は、第 13 条の規定に関して義務違反等があった場合、出向者の分限、懲戒について、甲の関係規定を適用する。

(通知及び報告)

第 17 条 甲は必要がある場合に、出向者の勤務状況について乙に報告を求めることができるものとする。

(協議事項)

第 18 条 本協定に記載のない事項、その他本協定に関し生じた疑義については、甲乙協議の上、解決するものとする。

この協定を証するため、本書 2 通を作成し甲乙記名押印の上、それぞれ 1 通を保有する。

平成〇〇年〇月〇日

甲 所在地 _____
代表者名 _____

乙 所在地 _____
代表者名 _____

平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
「訪問看護実践を通じた病院看護師の在宅療養支援能力向上に関する調査研究事業」

病院から訪問看護ステーションへの看護師出向 ガイドライン試案

平成 29 年 3 月

公益社団法人 日本看護協会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL : 03(5778)8842 FAX : 03(5778)8478