



病院看護師出向研修事業に
参加して

黒部市民病院
主查看護師 伊東 静佳

研修目的

医療ニーズの高い入院患者がより安全・安心に在宅療養に移行するには、在宅療養に習熟している病院看護職員による適切な退院支援等が重要となることから、病院看護職員が一定期間、訪問看護ステーションに出向し、訪問看護師のサポートのもとで実地研修及び実務を行うことにより、質の高い退院支援や訪問看護技術を習得するための研修を実施する



訪問看護出向研修参加前の自身の気持ち

訪問看護できるの？
未知・・・

病院とは違う業務

職場環境に馴染める？

自分にできる？

通勤は大丈夫？

人間関係は？
大丈夫？



訪問看護出向事業で参加し学びたいこと

病院と地域との連携はどのようになっているのか？

退院支援や生活指導が退院後に活かされているのか知りたい

在宅療養の様子を見てみたい

治療になったら病院へ入院、自宅退院目標、実際は？

患者の思いに沿った退院支援ができていますか？

今後の退院支援に活かしたい



実施内容

研修期間:

令和元年9月1日～令和元11月30日

研修機関: あさひ総合病院

朝日町在宅介護支援センター

訪問看護ステーション



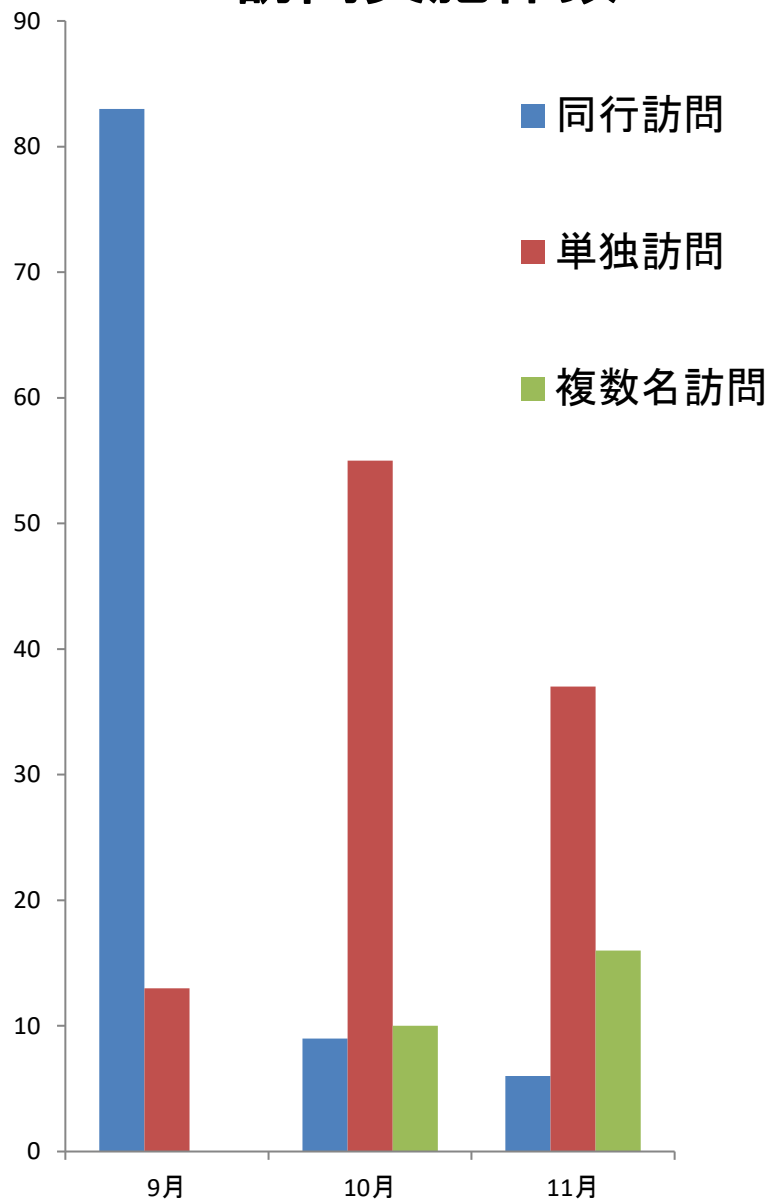
管理者1名・看護師4名

利用者数50～60名/月(研修期間中)



事業の実施地域は
朝日町・入善町の区域

訪問実施件数



研修内容

- ・包括支援センター研修
(朝日町役場)
- ・居宅研修
- ・担当者会議
- ・訪問入浴見学
- ・入善地域ケア会議
- ・訪問診療・訪問看護対象者の
多職種カンファレンス
- ・退院支援委員会参加
- ・退院カンファレンス
(あさひ総合病院・黒部市民病院)
- ・看護協会
「地域包括ケアⅠ 入院前から
始める入退院支援」
「地域包括ケアⅡ 事例から
学ぶ地域における多職種連携」

いきいき100歳体操



朝日町の「いきいき百歳体操」は開始から2年が経ち、現在8グループ（約100名）に増えている。継続して取り組むことで筋力の維持向上、仲間づくりにつながっている。

訪問場面の一例

デイサービス
週2回使用し
て一人暮らし
しています

内服管理行いまし
た
テーブルに薬袋に
日づけ記載し、1週
間分貼り付けます



自宅訪問する
が不在であり捜
索、近所の道路
で発見

食事は宅配使用
しています

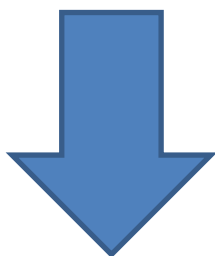
訪問介護利用
自宅の掃除

訪問看護出向事業3か月間の学び

1. 看護の実践

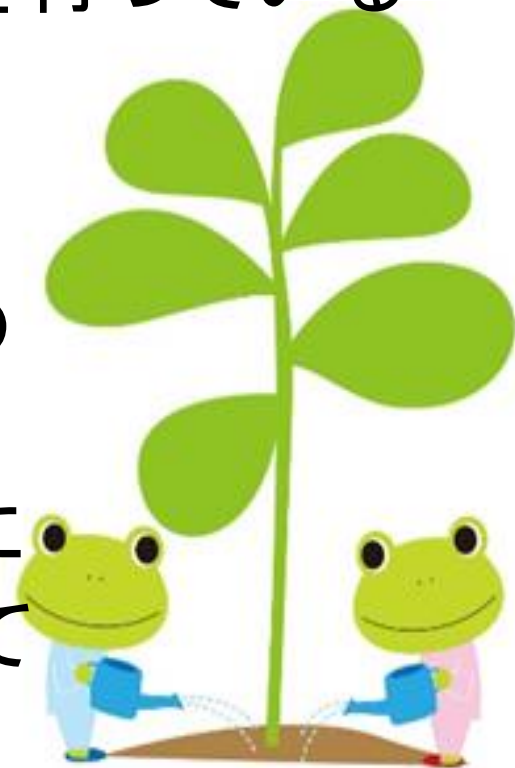
病院では

治療目的を最優先に考え、病院でのルールを守りマニュアルを遵守し看護・ケアを行っている



訪問看護では

利用者の思いを最優先に考え、どのように生活していきたいのかを聴き、思いを達成するための方法を一緒に考え情報を提供し看護・ケアを行っている



2.在宅療養可能な患者

今までの考え

- ・家族に介護力がなければ自宅退院は無理
(家族の意向ばかり気にしていた)
- ・訪問看護利用者は医療行為が必要な患者



研修後

- ・本人・家族の自宅療養の希望があればサービスを利用し可能である
- ・訪問看護利用者は医療行為がなくても、病状管理に自信がない患者も対象
- ・介護者への支援
(介護者を認め介護力を伸ばす指導)



信頼関係の構築

3. 多職種との連携

今までの考え

・寝たきりや独居、認知症の患者は病院や施設に転院しかない

研修後

- ・訪問看護・デイサービス・訪問介護・訪問リハビリ・訪問入浴の利用
- ・関係職種との密な情報交換
(電話、ネットを利用し情報の共有)
- ・多くの職種が連携、利用者・家族を支えている



4. 今後の取り組み

- 意思決定支援
- 適切な社会資源の提供
- 退院支援
- 退院調整
- 退院前カンファレンスの必要性
- スタッフみんなで退院支援
(チームカンファレンス・退院後訪問)
- 訪問看護出向事業の報告

