

切れ目のない看護の架け橋

～病院から在宅へのシームレスケア事例集～



病院から在宅へ「看護」をつなぐ事例集作成のための委員会

笹川保健財団 受託研究
(2024年9月～2025年3月)



はじめに

超高齢社会を迎えた日本では、2040年には死亡者数は年間170万人と推計され、ピークを迎えます。国民の多くが人生の最期は自宅で迎えることを望んでいますが、実際には自宅での療養はなかなか実現できていません。

特に、近年、推進されている病院の平均在院日数の短縮化により、自宅へ退院する場合は、退院前から調整して地域の看護サービスに繋がらなければ、退院直後から看護を受けられません。

在宅療養への退院調整には本人・家族や関係機関との調整を要することから、時間がかかります。そのため、一部の病院では本人や家族が自宅への退院を望んでも、転院を選択することもあります。この場合、転院先で十分な退院支援が実施される保証はなく、患者が複数の病院や施設を転々とする「移動の連鎖」に巻き込まれ、希望とは異なる人生の最期の時間を送ることになりかねません。

このように退院時に看護サービスが途切れてしまう課題については、令和5年度東京財団政策研究所の助成研究と、「日本財団在宅看護センター」の協力による訪問看護と病院連携の推進について調査研究に取り組んできました。そして、令和6年度には笹川保健財団事業「退院時の訪問看護サービスへのアクセシビリティを高める取組についての事例集作成に向けた研究」において、病院と訪問看護ステーションそれぞれの看護管理者と研究者からなる「病院から在宅へ「看護」をつなぐ事例集作成のための委員会」を設置して、退院時に訪問看護サービスへ円滑につなげる、工夫や取り組みを集め、「切れ目のない看護の架け橋～病院から在宅へのシームレスケア事例集」を作成しました。独立型訪問看護ステーション、併設型訪問看護ステーション、病院からの報告を15事例ご紹介します。内容がわかりやすいように事例の表題は具体的に示しています。

病院と訪問看護ステーション双方からの取組を掲載したので、お互いの取組を理解し、看護サービスについて地域の視点で検討する機会となりますよう願っています。

本事例集は、「日本財団在宅看護センター」職員向けの研修に活用するとともに、病院と訪問看護ステーションの連携強化にご活用いただけると幸いです。

令和7年3月末日

研究代表者 石原 美和（神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学研究科 教授）

なぜ、今、在宅看護か？

誰も実際に観たことではないが、人類発祥の頃の洞窟生活を描いた絵やパノラマでは、女性が子どもを抱いたり、あやしていたりするようにみえる像が含まれていることが多い。動物が出産後、胎胞を食いちぎったり新生児をなめたりするのはすでに異なるケアの様子だと思います。しかし、看護が女性特有の活動とは断言しないが、赤ん坊や幼子、恐らく、傷ついた人や病める人をいつくしむことが長い歴史の後、高度な専門職と変容した看護の原始的活動との間の共通性ではないかと私は思うことがあります。

かくかように看護的活動の源は古い人間の営みの中にあり、それが文明文化の発展につれて変化進化してきたのでしょう。恐らく、古代から中世までは、専門職というよりは家族、一族や共同体の中の一部活動であり、やがて修道院などでのやや専門的活動になったのでしょう。そして、19世紀、フローレンス・ナイチンゲールをもって近代看護が生まれました。が、ナイチンゲールの目指した看護は、おそらく、現在の高度技術を駆使したものだけではなく、病める個々人の心と身体によりそった非技術的癒しを忘れるな！でないかと私は思っています。しかし、その優れて精神性の高い名人的アプローチは誰にでも可能ではありません。そこにナイチンゲールの想いを汲んだ科学的訓練で一定レベルに至ることが可能な、つまり誰でも勉強すればそれ相応の対応が可能な職業的看護が確立してきたのだらうと、私はこう思います。

200年、看護学の基本的考えや教育訓練の重要性は確立されてきたと思いますが、実際の保健医療の現場における「看護学」の力はまだ十分に発揮できていないというか認識されていないとの危惧は否めません。

ここに、笹川保健財団は、科学的根拠に基づいた高度な専門性を持つ看護(学)が、広く保健医療分野で縦横に活用されることを願って、多様な支援を進めています。

今回、報告する「退院時の訪問看護サービスへのアクセシビリティを高める取組についての事例集作成に向けた研究(研究代表者 石原美和)」は、日本赤十字社および社会福祉法人恩賜財団済生会と笹川保健財団が関与する「日本財団在宅看護センターネットワーク」や、訪問看護ステーションの連携の実際を考察し、既に確立している病院医療と今後ますます必要性が高まる地域在宅看護のより効果的かつ住民に優しい病院一地域看護連携のあるべき姿を目指してします。

病院の役割は否定すべきものではなく、それを必要不可欠的に補完できる地域在宅看護の確立を願ってやみません。

喜多 悦子 (財団法人笹川保健財団 会長)

目次

◎はじめに	1
◎なぜ、今、在宅看護か？（事例集への期待）	2
◎目次	3
◎研究の概要	4
◎委員名簿	5
◎事例紹介（カッコ内は報告施設等）	6
事例①～⑧は、訪問看護ステーション・看多機からの報告	
事例⑨～⑩は、訪問看護ステーション（病院併設）からの報告	
事例⑪～⑮は、病院からの報告	
□事例① 院内外泊を体験して在宅復帰、訪問看護につなげる （株式会社ラピオン：東京都日野市）	6
□事例② 病院・ステーション、行政等とのネットワークを構築して暮らしを支援 （訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央：札幌市）	8
□事例③ 小規模離島への在宅復帰を関係者・関係機関が連携することで実現 （在宅看護センターはなはな：沖縄県今帰仁村）	10
□事例④ 病院から看護小規模多機能型居宅介護を經由して在宅へ （一般社団法人宝命：神奈川県伊勢原市）	12
□事例⑤ 自治体事業のコーディネーターを受託し、訪問看護につなげる （株式会社ラピオン：東京都日野市）	14
□事例⑥ 患者のカルテ閲覧について病院と訪問看護ステーションが協定を結び活用 （訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央：札幌市）	16
□事例⑦ 市町村が設置する在宅医療・介護連携支援センターの看護職コーディネーターが 病院と訪問看護ステーションの間で円滑に連絡調整を実施 （なにわ訪問看護ステーション：大阪市）	18
□事例⑧ 県看護協会の交流事業を活用して病院と訪問看護ステーションの連携を促進 （岡山在宅看護センター晴（はる）、岡山県看護協会：岡山市）	20
□事例⑨ 病院と地域の垣根を越えて訪問看護ステーションが患者に逢いにくる （済生会かながわ訪問看護ステーション：横浜市）	22
□事例⑩ 母体病院の退院支援課と週1回の情報交換をして訪問看護の利用を促進 （訪問看護ステーションほっと：栃木県宇都宮市）	24
□事例⑪ 退院調整シート等の工夫により、在宅へ退院する患者を取りこぼさない （武蔵野赤十字病院：東京都武蔵野市）	26
□事例⑫ 独自の入退院支援スクリーニングシートを作成し、訪問看護への連携体制を構築 （高松赤十字病院：香川県高松市）	29
□事例⑬ 病棟専任者が中心になって訪問看護につなぎ、シームレスなケアを推進 （日本赤十字社医療センター：東京都渋谷区）	31
□事例⑭ 「患者支援室」の看護師が導く地域との顔の見える関係づくり （済生会神奈川県病院：横浜市）	34
□事例⑮ 病院看護部の戦略的人事異動と入退院支援看護師等で訪問看護を推進 （済生会唐津病院：佐賀県唐津市）	36
◎おわりに	38

研究から見えてきた病院から訪問看護へ「看護をつなぐ」ための課題 (研究概要)

国民は「自宅での最期」を希望しているが、自宅にて最期を迎える割合は 17.2%にとどまり、病院での死亡が 65.9%を占めています（日本財団の 2021 年調査より）。その原因の一つとして、病院から訪問看護へと『看護をつなぐ』ことが十分にできていないことがあげられます。

先行研究は、退院時における訪問看護サービス導入の問題を明らかにし、円滑な導入への方策を検討するために東京財団政策研究所の研究助成を受け実施しました。

研究方法は、2 つの公的病院団体から推薦を受けた 5 つの病院（モデル病院）および、それらと連携する 5 つの訪問看護ステーション（モデル訪問看護ステーション）を対象にインタビューを実施しました。さらに、笹川保健財団に所属する 147 事業所を対象に Web アンケート調査を行いました。

研究の結果から訪問看護サービスの導入への問題は、大きく「利用者・医療従事者の認識の問題」と「制度上の課題」の 2 つに分類されました。前者に関しては、患者や家族が訪問看護サービスの内容や手続きについて十分に理解していないことが問題でした。また、訪問看護サービスの導入を決定する医師やケアマネジャーにおいても、在宅療養や訪問看護に関する認識不足が指摘されました。そのため、訪問看護が必要な患者であってもサービスが適切に導入されず、本人や家族が希望しても、自宅への退院を制限されることがありました。

制度上の課題としては、診療報酬における退院調整加算の対象患者の要件が、訪問看護サービスの導入における問題となっていました。また、訪問看護指示書の運用が紙媒体に依存していることが、情報共有の遅延や訪問看護サービス開始の遅れを引き起こしていました。

モデル病院や訪問看護ステーションは、これらの問題へ積極的に対応していました。研究から見えてきた病院から訪問看護へ「看護をつなぐ」ための課題は、訪問看護の普及・啓発活動の強化が必要であり、具体的には、病院外来におけるブースの設置や地域イベントにおける在宅療養相談会の開催など、訪問看護ステーションによる地域住民への情報提供が求められます。また、病院と訪問看護ステーションの連携を協定の帰結により強化し、退院支援加算の対象要件の拡大や病院の退院支援チームへ訪問看護師が参加することが有効であると考えます。また、訪問看護指示書の電子化を進め、地域医療情報ネットワークへ訪問看護ステーションが参画できるよう基盤整備も重要です。

この事例集には、病院から訪問看護へ「看護をつなぐ」ために病院や訪問看護ステーションから得た先駆的な取り組みが掲載されています。研究で明らかになった問題について、この事例集を大いに参考に活用することで、病院から訪問看護へ看護をつなぐ一助となります。あなたの病院や訪問看護ステーションにおいても、「看護」の力で国民の生活を支えてみませんか。

分担研究者 松永 早苗

(神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・実践研究担当課長・准教授)

病院から在宅へ「看護」をつなぐ事例集作成のための委員会 名簿

	氏名	所属
研究代表者	石原 美和	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学研究科 教授
分担研究者	松永 早苗	神奈川県立保健福祉大学 実践教育センター・実践研究担当課長・准教授
委員	磯野 祐子	一般社団法人 コ・クリエーション 地域まるとケアステーション川崎 代表理事
委員	角田 直枝	常磐大学看護学部・大学院 教授
委員	川上 潤子	日本赤十字社 医療事業推進本部看護部
委員	柴田 三奈子	株式会社 ラピオン 代表取締役
委員	樋口 幸子	社会福祉法人恩賜財団済生会本部 看護室 室長

【笹川保健財団】

喜多 悦子	会長
元村 仁	チーフ・プログラムオフィサー

事務局

青山 淳一	
井澤 里枝	

事例① 院内外泊を体験して在宅復帰、訪問看護につなげる

□1 概要（院内外泊の取り組み）

- (1) 自宅退院は困難と判断されていた患者に対し、入院している病院の個室を利用した「院内外泊」を家族に体験していただき、在宅復帰につなげた事例です。
- (2) 「自宅退院」の実現可能性を、▼患者本人・家族、▼病院、▼訪問看護の三者が協力して探り、課題を明らかにするとともに、在宅復帰に向けた「処方せん」をつくりあげ実施しました。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1) 小児病棟における、医療的ケアが必要な患者・家族を対象とした「院内外泊」は、これまででも取り組み事例がありますが、本事例は、その高齢者版だといえます。
- (2) 院内外泊のきっかけは、病院の MSW から「入院が長期化し行き場のない患者をどうしたら良いか」と当ステーションに直接かかってきた電話での SOS でした。この MSW とは、これまで医療的なケアが必要な重介護の患者の入退院支援で関わりがあり、在宅療養に関する知見・経験を当訪問看護ステーションが有していることを知っていました。退院できるかどうかわからない段階であっても、訪問看護ステーションに相談がきたことがポイントです。
- (3) 病院関係者が「退院困難」と判断するケースでも、在宅復帰に向けた支援に取り組むことで在宅復帰の可能性は十分あるということを理解する必要があります。
- (4) 院内外泊で訪問看護師が自宅退院を可能だと判断する指標は、「在宅への希望・受止め」「介護の手間」「介護者の負担軽減」「サービスの調整」でした。これらが整えば在宅が可能です。

□3 事例の詳細・背景、課題など

患者 A さんは、脳出血で脳外科急性期の B 病院へ入院し、気管切開・胃瘻管理が必要になりました。経済的理由から転院先が無く、在宅への退院は心不全の悪化もあり薬剤投与・吸引頻回との理由から医療者側が難しいと判断。そのため入院期間は1年と長期化していました。

B 病院の MSW から当事業所に相談があり、訪問看護師が病院に出向き、家族と面談。家族からは「家に帰りたいが処置も多く自信がない」「主治医も在宅復帰は無理だと言っている」「転院や施設入所は費用の面で難しい」といった希望・状況について話がありました。

訪問看護師からは「サービスを調整してできるだけ家族が無理をしないで過ごせる方法を考えましょう」と伝え、B 病院の担当チームと相談。次の3点の方針で合意しました。

- ① 強心剤・利尿剤などの持続点滴は内服薬へ変更。
- ② どの位のケアが必要なのか見極めるために、定時の処置（時間での吸引等）をやめて必要時のみへ変更。
- ③ 在宅での家族対応が可能か見極めるために、入院中に院内外泊を体験してもらう（個室で院内の看護師は訪問看護役として関わるのみにする）。

●院内外泊と退院後のサービス提供について

③の院内外泊は計3日間実施。吸引の頻度・排泄ケアの頻度・体調の管理方法を家族に経験していただきました。オムツ交換の頻度を考えオムツのタイプを変更し、体位変換はエアマットを使用することで回数を減らす等、社会資源の提案で介護負担はかなり軽減することができました。

家族は「これなら自宅に戻っても大丈夫」と判断、また B 病院の主治医・担当看護師からは「退院できるとは思わなかった。家族の対応能力を見極めることがこんなに重要だとは思わなかった」といった評価が得られ、自宅退院が実現しました。

患者 A さんの退院時の状態は要介護 5。退院後の医療・介護サービスとして、夜間巡回のヘルパーを入れ、吸引・排泄ケアを実施してもらうことで家族の睡眠時間を確保しました。訪問看護と訪問診療の支援で体調も安定し、長期的に在宅での療養が可能となりました。

なお、当事業所と病院が連携して「院内外泊」を行った事例は、この事例のみでした。やはり A さんのような事例は、転院が主流となっているのだと思います。

●備考：訪問看護の職場体験について

当法人は、東京都からの指定を受けて「東京都訪問看護教育ステーション」として「訪問看護の職場体験」（1日～5日間の計4コース）を実施しています。

1 日体験研修には、B 病院からも数名の看護師が参加されています。病院の看護との違いや、在宅での患者さんの様子を見て、衝撃を受けられていました。ぜひ、多くの病院関係者に在宅サービスの現場を見てもらい、退院支援につなげてもらいたいと思います。

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

(1)利用者本人もしくは家族

「訪問看護師が関わってくれたことで、スムーズに退院することができた。こんなに上手くいくとは思ってもいなかった。病院で外泊体験をさせてもらったことで家で介護するイメージがついた。もっと早くかかわって欲しかった」

(2)B 病院の看護師

「退院できるなんて思ってもいなかった。訪問看護師さんの知識・包容力に圧倒された。病院にいると在宅のことは知らないことが多い。もっと患者・家族のことを考えて関わらないといけないと思った」

(3)B 病院の MSW

「訪問看護につながるかどうかわからない段階でも思い切って相談して本当に良かった。A さんもご家族も嬉しそうで感謝しかない」

(4)当法人の訪問看護師

「小児では経験がある院内外泊を高齢者に応用することでこんなに効果的だとは思わなかった。もっと早く訪問看護に相談してもらえていればと思う。家に帰りたい方が一人でも多く退院できることを私達は願っている」

□5 報告施設（関連施設）の基礎データ

◇株式会社ラピオン

- ・住所：〒191-0041 東京都日野市南平 7-2-14
- ・連絡先：TEL 042-599-8867（訪問看護）
- ・ホームページ：<http://www.lapion-jp.com/nurse-station/>
- ・備考：訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、訪問介護、通所介護、療養型通所介護などを運営。



□6 参考文献

□小児病棟における「院内外泊」に関する文献レビュー（小児保健 第 80 巻 第 2 号，2021）

<https://www.jschild.med-all.net/Contents/private/cx3child/2021/008002/013/0179-0189.pdf>

事例② 病院・ステーション、行政等とのネットワークを構築して暮らしを支援

□1 概要（訪問看護ステーションの取り組み）

- (1)精神疾患や虐待などで行政がかかわるような対象である妊産婦（特定妊婦など）に対して、訪問看護ステーションの助産師と看護師が連携して支援しています。保健センターや周産期母子医療センターなどとのネットワークを構築することで、支援が必要な妊産婦・家族を妊娠中から早期に把握し、支援の充実強化に取り組んでいる事例です。
- (2)出産後の準備ができない場合や産後の不安が強いケースでは、産前から訪問看護に入って一緒に産後に向けた準備をします。困難事例では、退院時カンファレンスや出産前からの要保護児童対策地域協議会が行われ出席しています。
- (3)不登校や発達障害の子どもを対象とした訪問看護では、児童相談所や病院の児童精神科と連携して、家族間の人間関係の調整などを行っています。
- (4)当事業所は、「生まれる」から「人生の最終段階」まで全力でサポートします、を合言葉に活動しています。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)地域の保健センターや周産期母子医療センター、産婦人科病院等と連携し課題を探ることで、在宅における特定妊婦などの妊産婦に対する支援を充実させることができると思います。当事業所は助産師を雇用しており、より専門的な対応が可能です。例えば、母子手帳の見方や乳房のケア、子宮収縮など産後間もない女性の身体をしっかりと見ることができます。
- (2)特定妊婦は、出産前に特に支援が必要と認められる妊婦のことです。例えば精神疾患や知的障害、発達障害を有する母親、パートナーの暴力、望まない妊娠など、子育ての環境に大きなリスクを抱えていることがあります。厚労省の調査「要保護児童対策地域協議会の設置運営状況調査結果の概要」によると2020年で8,327人にのぼり、10年間で約10倍に増えています。
また、小・中学校における不登校児童生徒数は、文科省の「令和5年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果」によると34万6,482人（前年度29万9,048人）で、前年度から4万7,434人（15.9%）増加し、11年連続増加して過去最多となっています。
このように妊産婦支援、育児支援のニーズは増加しており、その支援の一端を家庭に入って支援することができる訪問看護が担うことが求められていると思います。

□3 事例の詳細、背景、課題など

世帯規模の縮小が進む一方で、少子化に歯止めがかからない状況も続いており、産前・産後、育児支援の重要性はますます高まっていると言えます。そうした状況に対して訪問看護が役立つケース、場面も増えていると思います。

そこで2021年に訪問看護ステーションを設立した当初から、産後うつなどに対応できるように助産師を雇用しています。現在の職員数は看護師9名、助産師6名、理学療法士2名、その他4名、計21名（非常勤含む）です。

助産師のサポートが必要な利用者を把握して支援するために、市の保健センターや周産期母子医療センターなどに対して、産前・産後の訪問看護が有用であることをPRするといった営業活動を行いました。母子の訪問看護のパンフレットも作成して広報しています。

当初は依頼が少なかったのですが、一つひとつの事例について、保健センター等の連携先に対して、訪問時の様子や、利用者・家族の困りごとなどを丁寧に連絡していくことで信頼関係を構築・強化していき、依頼件数も徐々に増えてきました。

不登校や発達障害の子どもを対象とした訪問看護（育児支援）では、児童相談所や病院の児童精神科

と連携して、家族間の人間関係の調整などを行っています。家庭内で暴れる子どもへの訪問看護の取り組みも始まったばかりですが行っています。

●支援内容、事業所内での連携、課題

具体的な支援内容は、助産師は産後退院初日から母乳ケアを含む育児全般について一緒に行います。また看護師は母親の精神的な安定を保てるように対話を通じたメンタルケアや認知行動療法、暴露療法などのケアを行います。

事業所内の助産師・看護師・理学療法士の連携の強化では、密な情報交換をビジネスチャットツールも活用しながら行っています。コロナ禍では、直行直帰がしやすいように訪問看護アプリを利用した時間管理を行い、現在も継続しています。

なお育児支援については、訪問看護で何ができるのか、その支援内容はまだ手探りの状態であり、事例検討や連携先との連携のさらなる強化などを通じて、スキルの向上を図っていく必要があると痛感しています。

利用者数（実数）は、2024年は家族を含めた産前・産後が80人（うち特定妊婦57人）、育児支援が10人、その他（要介護高齢者等）が34人、計124人。産前・産後の割合が64.5%です。

●同様の取り組みをしたいと考える事業所へ

産前産後の訪問看護では、助産師と看護師の協働が必要です。精神面のケアで助産師が困った時には精神科経験のある看護師が訪問に同行します。

そして子育てに関わる訪問看護は、指示がないから子どもを見ることができないではなく、利用者本人の体調やメンタル不調を緩和するためにも子どもの支援も積極的にすることが大切です。あくまでも、子育てのできる母親や家族を育てることが私たち看護職にできる最大の支援です。

□4 利用者本人・家族、事業所の職員、連携先の評価（声や意見など）

- (1)利用者本人もしくは家族＝「ななかまど」がいなかったら子育てができなかった。家族の支援が受けられない母親たちからは「本当のお母さんみたい」といった声をいただいています。
- (2)事業所の助産師、看護師＝「病院から出て地域で勤務したことで、より家庭に戻ってからの産後のケアが必要だと気付けた」（助産師）、「精神的なケアを行うことで産後のママたちをチームで支えているという実感がする」（看護師）
- (3)周産期母子医療センターの職員＝「特定妊婦は、ななかまどさんをお願いすると安心」
- (4)保健センターの職員＝「しっかり連携ができるのでいつも助かっています」
- (5)児童相談所の職員＝「自分たちだけでは支援体制を作るのは限界。一緒に見守る仲間が増えた」

□5 報告施設（関連施設）の基礎データ

◇訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央

- ・住所：〒064-0952 北海道札幌市中央区宮の森2条5丁目1-13
- ・連絡先：TEL 011-624-6210
- ・ホームページ：<https://machicom-hkd.co.jp/>
- ・事業開始：2021年6月
- ・利用者の保険種別の内訳：医療保険80%、介護保険20%



□6 参考資料

□厚労省「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」（2024年6月～）

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_474087_00001.html

事例③ 小規模離島への在宅復帰を関係者・関係機関が連携することで実現

□1 概要（訪問看護ステーションからの報告）

(1)医療的ケア児の入院（出生後の療養、院内外泊含む）から医療資源が少ない離島の自宅に帰り、現在も継続して訪問看護ステーションが関わり在宅での暮らしを支援している事例です。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

(1)家族の意思を尊重し、帰島に向けて「支援調整会議」を積み重ね、多くの関係機関、関係者の支援により帰島を実現することができました。

(2)当事業所は医療的ケア児の支援の実績があったので、関係機関との調整等においても一定の役割を果たすことができたと思います。

(3)行政（村）の支援を得たこともポイントのひとつです。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当事業所がある今帰仁村は、沖縄本島の北部に位置し、那覇空港から車（高速利用）で約1時間30分の距離があります。

患者本人（医療的ケア児）は、県内の総合周産期母子医療センター⇒(1)地域周産期母子医療センター⇒(2)本島内滞在⇒(3)離島の自宅と、転院と本島内の滞在经过を経て帰島しました。

なお、この事例に当事業所が関わるきっかけは、総合周産期母子医療センターから「帰島を希望されている。同じように支援を受けさせてあげてほしい」との連絡があったからです。

以下は、家族の「一緒に島(離島)で暮らしたい」との希望に応えた取り組みの概要です。

(1)地域周産期母子医療センターにおける取り組み

在宅移行に向けて、医療的ケア（経管栄養や気管カニューレの管理、吸引など）の手技の獲得、院内外泊（1回）、本島内の滞在先に外泊（2泊3日）を行いました。

なお県内の総合周産期母子医療センターの入院期間が約9か月半、地域周産期母子医療センターの入院期間は約3週間でした。

(2)本島内滞在

在宅環境での医療的ケアの実施、訪問看護の導入（日々のケアの習得、BLS、トラブルシューティング等）を行いました。当事業所から滞在先までは車で片道約20分。訪問頻度は毎日でした。

なお、地域周産期母子医療センターと当事業所との連携については、主治医からの訪問看護指示書をふまえて、訪問時や両親からのLINEでの相談を受けた際に、必要に応じて主治医に相談連絡を行いました。

(3)帰島、離島における受け入れ体制の整備など

帰る離島は、医療スタッフ、医療資源が少なく、また消防署もなく、これまで医療的ケア児を受け入れたことがありませんでした。

そこで「支援調整会議」を重ね、緊急時の対応、帰島・外来受診時等の移動方法、災害時の対応等について協議しました。支援調整会議には、当事業所のほか、地域周産期母子医療センターの医師、看護師、MSW、県の保健師、相談支援員、島の保健師、役場職員、難病相談支援センター、在宅医療機器メーカーが参加しました。

具体的な取り組みとしては、試験帰島、緊急時の通報時のシミュレーション、消防団への医療機器の説明・BLS講習、保育士へのBLS講習などを行いました。

また離島の行政（村）は、新規事業（本島内滞在費助成、養育訪問支援事業、発電機購入、訪問看護師の旅費・宿泊費の助成）を創設。多くのサポートを得ることができました。

帰島後は、当事業所としては月に 1~2 回の訪問や、きょうだい児の学校行事の際のレスパイト対応などを行っています。

□4 報告施設の基礎データ

◇在宅看護センターはなはな

- ・住所：〒905-0414 沖縄県国頭郡今帰仁村字謝名 173-8 シエル今帰仁 101
- ・連絡先：TEL 0980-43-6841
- ・事業開始：2020 年 4 月
- ・事業所概要：https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_004_kani=true&jigyosyoCd=4761190083-00&ServiceCd=130



□5 参考資料

□周産期母子医療センター一覧（R6.4.1 現在）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001238158.pdf>

□今帰仁村へのアクセス



（出典）今帰仁村役場ホームページ <https://www.nakijin.jp/pagtop/gyosei/shokai/1037.html>

事例④ 病院から看護小規模多機能型居宅介護を經由して在宅へ

□1 概要（看多機を活用した在宅復帰指導システムを構築）

- (1)看護小規模多機能型居宅介護（看多機）には、「退院直後の在宅生活へのスムーズな移行支援」を行うことが期待されており、看多機の泊まりサービスを活用して在宅復帰を促進している事例です。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)利用者が入院中に、当該病院のカンファレンスに参加するなど、病院と看多機の連携を普段から密にしておくこと。
(2)入院中に、家族に対して看多機の役割等について詳しく説明しておくこと。

□3 事例の詳細、背景、課題など

ACP が重要視される中で、本人または家族が自宅で看たいと意思表示した場合は、自宅退院が多くなると見込まれます。

一方、病院は DPC 制度の導入等により早期退院が迫られ、退院指導が十分になされないまま退院してくる利用者が近年増えています。特に高度医療介護が必要な利用者の家族は、在宅でどのように対応したらいいのかわからないまま困っていることが多く見られます。

当法人（一般社団法人宝命）は、看多機（宝命の郷）と訪問看護（宝命訪問看護リハビリステーション）の両方のサービスを提供しており、そのような利用者が不安なく、在宅看護介護をしていけるよう「看多機を利用した在宅復帰指導システム」の構築を進めています。

●看多機の泊まりサービスを活用

具体的には、看多機において退院後数日から 1 か月程度の間、泊まりサービスを利用してもらい、その間に家族に指導していく形となります。家族の状況や問題点、課題をアセスメントし、どのようなやり方が最も有効なのか、利用者本人や家族の個別性に合った方法で展開しています。

例えば、▼夜間の吸引や対応が不安な利用者においては、家族に夜、泊まってもらい指導をしています。▼仕事が忙しくなかなか時間が取れない家族の場合は、土日に長い時間（昼前～夕食後）看多機に滞在して頂き、その間にあるケアや処置を集中的に指導します。▼理解がゆっくりな家族に関しては、毎日 2 時間程来てもらう中で、繰り返し一つ一つの手技を指導したりしています。

自宅に帰ってからは、まず 1 日 2～3 回の訪問看護を実施し、家族の自信がつくところまでフォローをしていき、在宅介護スタート時の不安の解消になるようスタッフ一同努力しています。

この泊まりサービスを活用した仕組みの活用実績は、2024 年は計 3 件でした。

●退院前の取り組み、退院前カンファレンスなどについて

退院前カンファレンスの前に、ソーシャルワーカーや退院調整看護師からの情報をもとに事前に訪問し、看多機のメリットや出来ることを伝えておき、その上で契約する方向であることを確認してから、退院前カンファレンスに参加するかたちが基本です。

入院中に家族に対して説明する際には、退院してからの生活についてイメージして頂けない人が多いので、朝起きてからの「時系列」でやるべきこと、注意すべきことを説明し、イメージを持ってもらうようにしています。

そして退院前カンファレンスには、看多機から看護師とケアマネジャーの 2 名体制で参加し、病棟での様子や指導状況、今後必要なことなどを最終的に病棟看護師と確認します。カンファレンスにお

いては、共有資料を依頼したりビデオ録画をしたりしながら、より深く情報共有し引継げるよう工夫しています。

退院前カンファレンスに看多機から出席できている病院は現在、5病院となっています。

●看多機から訪問看護ステーションへの移行について

看多機の泊まりサービスを活用して在宅復帰を促進するという、この取り組みの利用実績はまだ少なく、また、基本的に医療処置を伴う看護ケアがある方を指導しており、訪問看護にとどまらず定期的な泊まりやデイサービスも必要なので、看多機との契約をやめて訪問看護ステーションの利用に変えた事例は、今のところありません。

ただし退院の予定があり、家族が介護に慣れるまで看多機を利用、慣れた所で訪問看護に移行することを検討中が1件あります。

●介護・医療連携推進会議の開催、自治体との連携について

推進会議は2か月に1度、地域住民や包括、病院関係者、利用者家族との情報共有の場となるよう開催しています。

看多機として行ったことの報告、看多機+訪問看護ステーションを持ち合わせた当法人が地域の中でどのような役割を持ち、どのような利用方法があるか、いかなるアプローチで問題や重症度が高い利用者をケアしているかを報告し、知ってもらうための場となっています。

なお自治体の担当者とは、よりサービスをスムーズに提供するための仕組みづくりについて相談をするなど、これから看多機+訪問看護ステーションとして、どのように退院支援において地域で役割を担っていけるか、考えているところです。

□4 報告施設の基礎データ

◇一般社団法人宝命

- ・住所：〒259-1143 神奈川県伊勢原市下糟屋 3005-2
- ・連絡先：TEL 0463-97-1012
- ・ホームページ：<https://homeikango.com/>
- ・備考：看多機1か所、訪問看護ステーション4か所（うちサテライト3）、居宅介護支援2か所を運営。また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、自費専門の訪問看護サービス（プライベート看護叶える）も実施。



□5 参考資料

□介護・医療連携推進会議開催報告書（一般社団法人宝命）

<https://homeikango.com/%e3%81%8a%e7%9f%a5%e3%82%89%e3%81%9b/>

事例⑤ 自治体事業のコーディネーターを受託し、訪問看護につなげる

□1 概要（訪問看護事業所の取り組み）

(1)自治体（東京都日野市）から「医療的ケア児等コーディネーター事業」の委託を受けて、医療的ケア児とその家族の在宅生活に関する相談や入退院時支援を行っています。入院中から関わることで退院時の訪問看護の利用に繋がるだけでなく、その後の医療機関との連携にも役立っています。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

(1)病院の退院前カンファレンスへの参加は、サービスを提供する訪問看護ステーションとしてではなく、医療的ケア児等コーディネーターとして参加しています。そのため、退院後の訪問看護は他の事業所に依頼することもあります。

(2)都内の他自治体でも「医療的ケア児等コーディネーター事業」を受託している訪問看護ステーションがいくつかあります。医療的ケア児等とその家族に対する支援を進める上で、訪問看護師、訪問看護ステーションが相談機能を持ち、関係機関や行政・医療機関との橋渡しなどの役割を担うことはとても効果的であると思います。

□3 事例の詳細・背景、課題など

東京都日野市は、令和6年10月から「医療的ケア児等コーディネーター事業」を市内5事業所に委託して実施しています。5事業所のうち訪問看護ステーションは当事業所のみで、他の4か所は相談支援事業所です。そのため、主に入退院に関わる支援から病状や生活が安定する2年間のコーディネートを訪問看護ステーションが任されています。

具体的には、病院から初めて退院する医療的ケア児へ入院中からの関わり、カンファレンスへの参加・在宅設定への助言、在宅療養中の相談等を行っています。

カンファレンスへの参加は、サービスを提供する訪問看護ステーションとしてではなく、コーディネーターとして参加しているため、訪問看護を他の事業所に依頼することもあります。

他の訪問看護ステーションにつなぐ際には、必要な医療的ケアに関する知識や技術が備わっているか、必要な量のサービスが確保できるか等を判断材料にしています。経験の少ない訪問看護ステーションには、複数の訪問看護ステーションが関わる際に一緒に入るようにすることで経験を積める様にしています。

医療的ケア児の初退院は、調整が始まってからの期間が長く、外泊を重ねた後、試験的な退院を繰り返したりすることも少なくないことから、なかなか通常のサービスが入りづらいため、コーディネーターとして関わるが多くなっています。

この事業は新しい事業なので課題が山積みですが、定期的に「医療的ケア児等コーディネーター連絡会」を開催し、情報共有や課題解決に取り組んでいます。

事業が始まった令和6年10月から令和7年1月までの4か月間の取り組み状況は次のとおりです。

- ◎コーディネートをした件数：12件（継続中含む）
- ◎そのうち退院された件数：3件
- ◎訪問看護につないだ件数：4件（当事業所3件、他事業所1件）
- ◎カンファレンスに参加している病院数：2か所

●関連情報：「東京都医療的ケア児訪問看護ステーション体制整備事業」について

東京都は、医療的ケア児とその家族が安心して地域で生活することができるよう、医療的ケア児に対応できる訪問看護ステーションの拡充を図ることを目的に、令和5年度からこの事業を実施しています。具体的には、①医療的ケア児に対応する看護職員研修と②医療的ケア児受入経費補助がありま

す。

●地域における連携の強化について

この事業に限定されませんが、地域の在宅医療・介護サービスを提供している事業所や支援機関等との連携については、当事業所としては、事業所連絡会に参加したり、新しい事業所に訪問して関係性を構築することを心がけています。

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

(1)利用者本人もしくは家族

「入院中から関わってもらえて退院後の不安や将来の不安・生活の希望を聞いてもらえることで安心感がある。わからないことは聞けるし、行政の情報も教えてもらえるので本当に心強い」

(2)日野市の担当者（障害福祉課）

「医療機関から直で訪問看護ステーションに情報が入るので、状況を把握しやすい。障害福祉課・保育課・教育委員会・子ども家庭支援センター等関わる部署が多くなると情報が共有されづらいため、今後は医療的ケア児等コーディネーターに期待している」

(3)病院の担当者

「『医療的ケア児等コーディネーター』がどこにいるのか、何をしてくれるのかが未だはっきりしていない。今後、事業が発展して地域包括支援センターのように認知されるようになると良いと思う。病院としてはコーディネーターの存在は相談窓口が明確になり有難い」

(4)当法人の訪問看護師

「これまでは、報酬の取れない支援になることも多かったが、医療的ケア児等コーディネーターとして相談や入退院支援に関わることができるのが良い。医療的ケア児等コーディネーターでは、目の前の課題だけでなく、今後の成長を見越して保育園や学校との調整もあり、支援の幅が広がった実感がある」

□5 報告施設（関連施設）の基礎データ

◇株式会社ラピオン

- ・住所：〒191-0041 東京都日野市南平 7-2-14
- ・連絡先：TEL 042-599-8867（訪問看護）
- ・ホームページ：<http://www.lapion-jp.com/nurse-station/>
- ・備考：訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、訪問介護、通所介護、療養型通所介護などを運営。



□6 参考資料

- 日野市の医療的ケア児等コーディネーター配置について
<https://www.city.hino.lg.jp/fukushi/nanbyo/1019380/index.html>
- 医療的ケア児等とその家族に対する支援施策（こども家庭庁）
<https://www.cfa.go.jp/policies/shougaijishien/care-ji-shien>
- 東京都医療的ケア児支援ポータルサイト
https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/Medical-Care_Children_Support/
- 東京都医療的ケア児等コーディネーターが所属する訪問看護事業所
<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/ichiran0724>
- 東京都医療的ケア児訪問看護ステーション体制整備事業
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/nichijo/s_shien/ikeaji-stationseibi

事例⑥ 患者のカルテ閲覧について病院と訪問看護ステーションが協定を結び活用

□1 概要（病院・事業所の取り組み）

- (1)病院と訪問看護事業所が協定を結んで、訪問看護の利用者の入院・外来カルテの閲覧ができる仕組みをつくり活用している事例です。
- (2)患者の検査結果等の情報共有は、試験的に活用を開始したところです。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)この協定の締結は、病院と訪問看護事業所の管理者同士の日頃からの連携があったので比較的スムーズに実現できたと思います。
- (2)患者の同意があれば、どの医療機関のカルテであっても閲覧できるようなシステムの構築が望まれます。

□3 事例の詳細、背景、課題など

以前、病院への入院と在宅を繰り返す小児の症例がありました。私たち訪問看護師は初回の退院時は退院前カンファレンスなどを開催して手厚く情報共有します。

しかし、いざ在宅生活が始まると、退院後には外来部門がかかわることになり、外来ではそれぞれの患者に担当看護師がいない状況になるため、訪問看護が入っているような医療度の高い患者であっても、継続して地域と情報を共有しようとするシステムが整っていないのが現状です。

入院期間の短縮に伴って患者は地域と病院を行ったり来たりしながら治療を続けていくこととなりますが、一度退院時支援が終わったら看護師同士の連携は途切れてしまいます。

●協定の締結に至る取り組みと、その概要について

そうした現状があることから、私たち在宅の看護師も「治療経過や外来受診時の検査結果などは看護を行う上で情報としてほしい」「地域包括ケア、継続看護などという言葉はよく聞くが、現に継続看護は在宅側としては実感としてできていない」といったことを、看護協会などが主催する看護管理者の交流の機会の際に、市内の手稻溪仁会病院（670床）の副院長・看護部長に伝えました。

その後、その看護部長が院長などに話をしてくれて、必要な手続きをとって当事業所と協定を結び、病院内部のカルテの一部を見ることができるようになりました。

協定の締結は、看護管理者同士がざっくばらんに話せる機会、連携が常に行われていたから実現できたと考えています。また病院看護部長が副院長という立場で管理者として権限を持っていたことも話がスムーズに進んだ要因だと思います。

協定を結んだのは2024年で、病院看護部長の指示で地域連携の看護師と事務職が、協定書と必要な手続きの書類について説明してくれました。

現在は手稻溪仁会病院から訪問看護の依頼があると、訪問看護の契約時に病院カルテの閲覧について患者の同意を得て病院に申し込みをすることになっており、必要書類も常に用意されています。同病院からの訪問看護の依頼は、2024年は計4件でした。

なお同病院と協定を結んだのは当事業所が初めてです。「希望するステーションは今まではなかった」とのことでした。今後は広がっていくことが望まれます。

●訪問看護に必要な情報を得ることの大切さと責任について

入院・外来・在宅のどのフィールドで看護を行う際も、看護師は各種検査データ等をもとに患者の状態をアセスメントします。そのため訪問看護師が、病院看護師と同じ情報を持たずに患者と向き合

うということ、病状を理解する上で対象者に対して専門職としては不十分なサービスを提供していると思っています。

例えば、在宅で排便ケアを依頼されることがありますが、病院受診時に撮った腹部レントゲン写真を見て、どのような薬剤の選択が必要なのか、もしくは薬剤以外の看護の必要性があるのか等を理解したり考えたりすることは、医療専門職として大切です。

訪問看護事業所も診療所などと同じように患者情報を閲覧できるシステムは、今後スタンダードになってほしいと思います。

□5 報告施設（関連施設）の基礎データ

◇訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央

- ・住所：〒064-0952 北海道札幌市中央区宮の森2条5丁目1-13
- ・連絡先：TEL 011-624-6210
- ・ホームページ：<https://machicom-hkd.co.jp/>
- ・事業開始：2021年6月



事例⑦ 市町村が設置する在宅医療・介護連携支援センターの看護職コーディネーターが病院と訪問看護ステーションの間で円滑に連絡調整を実施

□1 概要（訪問看護ステーションからの報告）

(1)病院から訪問看護につなげる際に、どのステーションと連携すればよいかわからないこともあると思います。この事例は、行政の「在宅医療・介護連携支援コーディネーター」が、病院とステーションとのマッチングを行い、訪問看護につなげる役割を果たしている事例です。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)行政の「在宅医療・介護連携支援コーディネーター」が、訪問看護を理解し、常日頃から各事業所を訪ねて事業所毎の特徴を把握していること。
- (2)都市部など医療機関や介護施設が多いところでは、この事例のように行政の積極的な関与があることにより、利用者・病院・訪問看護ステーションの3者の連携がより円滑に進むのではないかと思います。

□3 事例の詳細・背景、課題など

大阪市は、市町村事業として、市内24区に「在宅医療・介護連携相談支援室」を地区医師会等に委託して設置し、「在宅医療・介護連携支援コーディネーター」を配置しています。

令和6年度上半期の活動状況*をみると、個別相談件数は計515件で、相談者別では「介護支援専門員」が148件で最も多く、以下、「地域包括支援センター」95件、「病院 地域連携相談室等」（区内・区外合わせて）75件と続いています。相談内容別（計689件）では、「診療所・医師に関すること」130件、「訪問診療できる医療機関に関すること」104件、「病院（入院・転院先等）に関すること」84件、「訪問看護に関すること」48件と訪問看護は4番目に多く、コーディネーターが訪問看護につなげる役割も果たしている状況が伺えます。

なお当事業所がある阿倍野区では、区医師会に委託され、平成29年4月から「在宅医療・介護連携相談支援室」が設置されています。

●退院から訪問看護につなげる流れについて

退院から訪問看護につなげる流れは次のとおりです。

- ①退院が決まり初めて訪問看護を利用する患者の場合、病院の退院調整看護師等が、患者の自宅近く等の区の相談支援室に配属されているコーディネーターに連絡します。
- ②コーディネーターは、利用者宅の近隣の訪問看護ステーションの中で、対象者の状態や希望にマッチしそうなところに打診をし、了承が得られれば病院の退院調整看護師等に情報提供します。
- ③退院調整看護師等から訪問看護ステーションへ直接連絡して詳細について調整します。

なお、当事業所がある阿倍野区における2024年の取り組み状況をみると、▽コーディネーターが病院の退院調整看護師等から訪問看護の相談を受けた件数は6件、▽マッチングできた件数は3件でした。

●当事業所における具体例について

当事業所では、この仕組みによる2024年の依頼件数は計2件でした。具体的には、例えば利用者Aさんのケースでは、B病院の退院調整看護師からの連絡を受けて、退院前カンファレンスの開催を依頼し、その日の夕方に退院前カンファレンスが開催されることとなりました。退院前カンファレンスに参加し、退院までに必要な準備の調整（本人・家族の不安や退院指導の進行状況と緊急時の対応の確認、退院時の訪問看護指示書と特別訪問看護指示書の発行の依頼、退院後自宅への訪問時間の相談、等）を行いました。

●コーディネーターの声・感想・意見など

コーディネーターが訪問看護を理解し、常日頃から各事業所を訪ねて事業所毎の特徴を把握していることが大切だと思います。

当事業所がある阿倍野区のコーディネーターは、看護師免許を保有しております。そのため、相談を受けた段階で、患者様が必要となる医療や今後の経過をある程度予測し、そのニーズに合ったステーションへつなぐことを大切にしております。事業所毎の特徴や、実際に訪問した際のステーションの雰囲気を知り、より患者様に合ったステーションをご紹介できるように努めております。

コーディネーターに対して当事業所では、当事業所の特徴を伝え、依頼後は訪問看護が介入となったか否かと簡単な報告を行っています。調整は主に電話でのやり取りですが、文書などはメールや MCS（多職種連携ツール）を使って情報共有しています。

●参考：関連事業（大阪府の訪問看護推進事業）について

大阪府の訪問看護推進事業では、次の7事業を実施しています。

- ①訪問看護実践研修事業（教育ステーション事業、新任訪問看護職員育成事業）
- ②訪問看護ネットワーク事業（相互連携事業、規模拡大推進事業）
- ③看護学生等インターンシップ事業 ④訪問看護専門研修事業
- ⑤病院と在宅医療を担う訪問看護ステーション・福祉関係施設の相互研修事業

※病院に勤務する看護職員と地域での療養を担う場の看護職員が、各々の役割を理解し他の職種と連携をとりながら、治療の場から暮らしの場へスムーズに移行するために必要なマネジメントの視点と看護の提供について相互に学ぶ。

- ⑥大阪府訪問看護ステーション実態調査 ⑦災害時の在宅人工呼吸器装着患者の支援に備えた訓練

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

- (1)利用者本人もしくは家族＝「おかげさまで元気にしています」といった声をいただいています。
- (2)病院の看護師＝「患者様の状況、病態にあわせて訪問看護ステーションをご紹介いただき、訪問看護ステーションからも、依頼当日に調整していただけたおかげで、カンファレンスを開催させていただくこともでき、患者・家族も安心して退院していただくことができました。急性期病院としては、迅速にご対応していただけることが何よりも有り難く、スムーズに病院から在宅へつなぐことができるよう、これからも連携を図っていただけると有り難いです」
- (3)事業所の看護師＝「他区の医療機関からの依頼であってもコーディネーターが間に入ってくれることでスムーズな移行につながっていると思います」

□5 報告施設（関連施設）の基礎データ

◇なにわ訪問看護ステーション

- ・住所：〒545-0004 大阪市阿倍野区文の里四丁目 19 番 20 号
- ・連絡先：TEL 06-6625-6601
- ・ホームページ：<https://zaitakukango.jimdofree.com/>
- ・在籍スタッフ：保健師・看護師・理学療法士・事務員 計 7 名

◇在宅医療・介護連携の推進（大阪市）

- ・ホームページ：<https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000364086.html>



(事業所)



(大阪市)

□6 参考資料

- 阿倍野区在宅医療・介護連携相談支援室

<https://abeno-med.or.jp/%e5%9c%a8%e5%ae%85%e4%bb%8b%e8%ad%b7%e7%9b%b8%e8%ab%87%e6%94%af%e6%8f%ob4%e5%ae%a4/>

- 大阪府の訪問看護推進事業 <https://www.pref.osaka.lg.jp/o100020/hokeniryokikaku/houkan/index.html>

※出典：大阪市在宅医療・介護連携推進会議（部会）令和7年2月5日開催 資料1 p.16-17
https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/cmsfiles/contents/0000375/375089/01_siryou1_070205.pdf

事例⑧ 県看護協会の交流事業を活用して病院と訪問看護ステーションの連携を促進

□1 概要（県看護協会の人材交流研修を活用して出向と受け入れを実施）

(1)県の看護協会がマッチング等をする人材交流研修を活用して職員の出向と受け入れを実施して、病院と訪問看護ステーションの相互理解による連携を促進している事例です。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)病院にとっては入退院支援の強化、退院支援看護師等の育成、看護職員のキャリア形成の充実に役立っており、訪問看護事業所にとっては病院との円滑な連携、機能強化に役立っていると思います。
- (2)出向を受け入れた訪問看護事業所としては、①病院看護師との顔の見える関係性が構築できどの職員も連絡をとりやすくなる、②病院看護師の視点(治療や病状改善のための最新の知識をもった看護)の理解が進む、③病院看護と在宅看護の双方向の理解の促進などのメリットがあると考えています。
- (3)別法人間での出向であるため、出向契約に関する資料については、社会保険労務士が契約アドバイザーとして対応しています。

□3 事例の詳細・背景、課題など

岡山県看護協会は、(1)看護職員出向・交流研修事業と、(2)中堅看護職員のための施設間研修を実施しています（詳細は後述）。

2019年に当事業所と循環器系急性期病院とで、(1)看護職員出向・交流研修事業に参加した際は、病院看護と訪問看護双方向に出向交流を行いました。事業所としては、呼吸器管理などの医療技術管理の強化をはかりたい思いがあり、病院から集中ケア認定看護師に出向してもらいました。当事業所からは摂食・嚥下障害看護認定看護師に出向してもらい、病院看護に在宅看護の視点を伝えていくことで退院支援の強化に協力できたと思います。

参加した看護師からは、病院看護と在宅看護の両方の理解をすることで、その連携の促進が重症化予防につながるといった感想が聞かれたことが印象的でした。また、トレードでの交流を行ったため、双方に経費的にも負担がなく参加できたので、双方向の実施ができると有効だと感じました。

課題としては、病院と在宅のギャップに病院看護師も訪問看護師も悩む場面がたくさんありました。そのギャップを認識し、批判ではなく互いのフィールドを理解することが大切だと思いますが、各実践現場に戻り調整役を担う際に、なかなか現場では、そのことを相談しにくい様子が見られました。調整を担う負担感もあると思われ、担当する人だけに負荷がかからないように、管理者は多くの看護師に、広い視点をもてるように様々な機会を活用し交流機会を提供できるとよいのではないかと思います。

県看護協会が両者をまじえて定期的な話し合いの場を設けてくれ、課題を共有しながら進めていくことができていることは安心材料となっています。

●岡山県看護協会の人材交流研修事業について

(1)看護職員出向・交流研修事業（2017年度～/県委託事業）

看護師が病院・訪問看護事業所と出向・交流（概ね3か月を基本）を行う人材交流事業を通じて、看護実践能力の向上、病院と地域の継続看護の推進及び連携強化する取り組みをしています。

看護協会から送り出し施設・受け入れ施設の希望調査があり、マッチングにより参加施設（送り出し施設・受け入れ施設）間で出向契約（在籍出向）を結び、他施設で1～3か月間勤務をします。参加施設間の出向・交流は無料で行っています。

事前打ち合わせ会議では、参加施設間で研修が円滑に進むよう、出向契約や出向者の研修の目的・目標の確認などを行います。中間評価会議では事業の進捗状況や後半の研修に向けての調整を実施、最終評価会議では研修の成果や今後自施設で取り組む内容を情報共有します。

9年間で88人（看護師55人、助産師33人）が出向し、そのうち訪問看護事業所には32人（58.2%）

が outward・交流しました。受け入れた訪問看護事業所数は 15 でした。2024 年度は病院看護師 2 人が近隣の訪問看護事業所へ outward、訪問看護師 4 人が他の訪問看護事業所へ outwardしました。

訪問看護事業所への outwardは、看護職員が病院で行われる看護にとどまらず、患者の生活全般に寄り添う看護まで幅広く理解することで、看護や患者・家族指導を的確に行うとともに、必要に応じて関係機関と円滑に連携できる人材を育成することを目的としています。

なお、この事業の成果については毎年発表され、冊子にもなっています。

(2)中堅看護職員のための施設間研修 (2013 年度～/協会独自事業)

病院・診療所・介護保険施設・訪問看護事業所の 3 年以上の経験者が、自施設では経験できにくい看護分野について他施設で短期研修 (2～5 日) を行い、専門看護師・認定看護師が在籍している病院や訪問看護事業所で研修し、看護知識・技術のブラッシュアップやモチベーションの向上につなげる取り組みをしています。

看護協会から①受け入れ可能施設の希望調査があり、②その結果を会員施設に周知し、③施設間で送り出し・受け入れを相互に行う事業です。

12 年間で 604 人が参加し、そのうち訪問看護事業所で研修した看護職は 187 人 (31.0%) で在宅生活の状況の理解が進んでおり、入退院支援・退院調整・在宅移行支援を推進しています。2024 年度は病院看護師 19 人 (61.3%) が訪問看護事業所で研修しました。

□4 参加者・関係者等の評価 (声や意見など)

(1)事業に参加した病院の看護部長等

送り出し施設 (病院の看護部長) は「看護師 2 人が 3 か所の訪問看護事業所に出向し、事業所を開設することができました」。訪問看護事業所の管理者は「自施設の課題が明確になり、業務改善に取り組み始めました」「自施設では少ない医療ケアの経験を積むことができました」

受け入れ施設の看護師長は「生活の視点を踏まえた退院支援につながります」「地域の病院と訪問看護事業所の看護職の顔の見える関係ができ連携・協働が促進されます」

(2)実際に出向した病院の看護師

「退院後の在宅療養・生活の状況を実際に見ることにより、退院指導で何をしなければならないかが明確になりました」「小児訪問看護の実際を知ることができました」

(3)岡山県看護協会の担当者

「看護職員人材交流事業成果報告会を開催し、研修の成果を共有しています。効果的な研修となるよう柔軟に日程調整や多様なマッチングを心がけています。出向者の視点の拡がり、知識・技術の向上、自信等の変化が見られています。出向者にとっては研修後も継続して課題解決に取り組む姿勢につながっています。送り出し施設の業務拡大にもつながり、参加施設の看護職のキャリア支援や取り組みの評価・改善、教育体制の見直し、地域のネットワークの拡大などの波及効果にもつながっていると考えています」

□5 報告施設等の基礎データ

◇岡山在宅看護センター晴 (はる)

- ・住所：〒700-0822 岡山市北区表町 3-17-25 highs top 表町 1F
- ・連絡先：TEL 086-201-3986 (代表)
- ・ホームページ：<https://machinokangoshi-haru.co.jp/>

◇岡山県看護協会

- ・住所：〒700-0805 岡山市北区兵団 4-31
- ・連絡先：TEL 086-226-3638
- ・ホームページ：<https://www.nurse.okayama.okayama.jp/>



(晴)



(看護協会)

事例⑨ 病院と地域の垣根を越えて訪問看護ステーションが患者に逢いにくる

□1 概要（訪問看護ステーションの取り組み）

- (1)同一法人（神奈川県済生会）の3病院との連携を柱に訪問看護を展開しています。
- (2)入院中から訪問看護ステーションが積極的に関わる仕組みができていて、患者本人（家族）、病院、ステーションの3者の安心感・満足度の向上につながり、スムーズな在宅移行、さらには「地域ときどき病院」の流れができつつあります。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)入院中から、患者本人・家族、病院の看護師等と積極的にコンタクトをとってスムーズな在宅療養、訪問看護の利用へとつなげていること。
- (2)病院の地域連携を担当する看護師が当ステーションの訪問看護研修を受けることにより、退院支援の強化・充実につながっていること。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当ステーションは、神奈川県済生会の3病院（済生会神奈川県病院＝199床、済生会東神奈川リハビリテーション病院＝106床、済生会横浜市東部病院＝562床）との連携を柱に訪問看護を実施しています。

病院併設のステーションなので、地域のステーションよりも病院からの情報を早く入手でき、在宅への退院が決定してから逢いに行くのではなく、その前から介入できるというメリットがあります。

在宅への退院を検討する患者や家族にとっては、訪問看護師のほうから逢いに来てくれるので、心強い仕組みになっていると思います。

●病院の退院支援の部署との連携の促進

退院支援に関しては、3病院には次の部署があります。▼神奈川県病院の「患者サポートセンター」▼東神奈川リハビリテーション病院の「医療福祉相談部」▼横浜市東部病院の「医療連携センター」

そうした病院の地域連携や退院支援を行う部署、そこに所属する看護師との連携、関係性を強化して、互いに頼みやすい、相談しやすい関係性を作るよう努力しています。急な相談であっても、なるだけ時間を作って病院の看護師と一緒に患者のベッドサイドへ伺うようにしています。

●利用者が入院中も訪問、病院の看護師が訪問看護研修を受講

また、事業所の利用者が入院した際も、時折病室を訪問して経過を詳細に把握し、退院への準備としてケアマネ等との連携を進めています。

なお、病院の地域連携を担当する看護師が当ステーションの訪問看護研修を受けることにより、訪問看護の実際を知り、在宅療養をイメージしやすくなりました。この研修は、現在は病棟退院支援ナースの育成へとつながってきています。

病院が、訪問看護と連携することの利点(加算が取れる、再入院率が下がるなど)を理解することで、患者の療養場所として「地域ときどき病院」という流れができつつあります。

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

- (1)利用者本人・家族＝「入院中に会いに来てくれた看護師さんに訪問看護に来てもらって安心した」「家ででの生活がイメージでき安心した」といった声をいただいています。
- (2)神奈川県病院の看護師＝「指導の時、同席してもらってよかった」「指導内容や必要物品の準備

について確認できてよかった」「自分達に在宅療養の知識が足りていないことに気付いた」
「元々、訪問看護が入っていた場合、患者さんの療養環境を教えてもらうことが退院指導に役立った」

(3)東神奈川リハ病院の看護師＝「退院前に患者さんに会ってもらうことで安心につながっています」
「患者さんの療養環境に合わせた具体的な指導が必要だと分かった」「退院時サマリーに訪問看護が必要とする情報が書けていないことがわかった」

(4)訪問看護ステーションの看護師＝「退院前に会っておくことで初回訪問が入りやすい」「医療処置などの指導内容を把握した上で訪問看護に行くのでその後のフォローがしやすい」「必要物品や購入方法を病棟看護師や患者に直接伝えることができる」

□5 報告施設の基礎データ

◇済生会かながわ訪問看護ステーション

- ・住所：神奈川県横浜市神奈川区西神奈川 1-13-10
済生会東神奈川リハビリテーション病院別館 2F
- ・連絡先：TEL 045-320-5180
- ・ホームページ：<https://kanagawa-saiseikai.com/>
- ・備考：新規利用者は52人（2024年4月～2025年2月）で、内訳は神奈川県済生会の3病院からの紹介が約6割、その他が約4割。



□6 関連資料

- 済生会神奈川県病院の「患者サポートセンター」（医療福祉相談室、医療連携室、患者支援室）
https://www.kanagawa.saiseikai.or.jp/departments/26_renkei/
- 済生会東神奈川リハビリテーション病院の「医療福祉相談部」（退院支援室・医療福祉相談室）
<https://higashikanagawa.saiseikai.or.jp/departments/support/>
- 済生会横浜市東部病院の「医療連携センター」（地域医療連携室、退院調整室、療養福祉相談室）
<https://www.tobu.saiseikai.or.jp/local02/>



（県病院）



（リハ病院）



（東部病院）

事例⑩ 母体病院の退院支援課と週1回の情報交換をして訪問看護の利用を促進

□1 概要（訪問看護ステーションの取り組み）

(1)母体病院との情報交換により連携を強化し、訪問看護の利用を促進している事例です。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)母体病院の退院支援課と週に1回の割合で情報交換を実施し、訪問看護の活用を進めていること。
- (2)母体病院のカルテは閲覧可能となっており、訪問看護の利用予定者や検討中の患者のカルテを閲覧し、退院支援課との協議や、退院後の対応等に反映させていること。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当ステーションは、母体病院である済生会宇都宮病院（644床）の退院支援課（看護師7名が所属）と週に1回の割合で情報交換を実施し、顔が見える関係作りを行っています。

ステーションの空き状況等を説明するとともに、訪問看護を開始した方のフィードバックや、訪問看護実施中で入院した方、今後依頼が必要そうな方の情報を共有しています。退院支援課からの依頼は早急に対応するようにしており、依頼日当日の退院の場合でも対応できるようにしています。

また、訪問看護の利用者が化学療法中、ストーマ造設中、褥瘡のある方などの場合は、病院の認定看護師との間で、定期的な相談や随時の相談を行っており、必要時、同行訪問をしてもらっています。

在宅療養・在宅看護が難しい場合も、可能性をさぐり対応しています。例えば状態が悪く院内ではネーザルハイフローを行っていた患者から在宅で過ごしたいという希望があり、今まで在宅では使用者はいませんでした。院内の医師、訪問診療医師、訪問看護師、退院支援課看護師で協議して、業者に連絡し、病院・訪問診療の契約や、帰る時の車内での対応等を早急に決めて、数日間ですが在宅で過ごすことができた事例がありました。普段からの連携体制があったからこそ実現できたと考えています。

以上のほか、母体病院のカルテは閲覧可能となっており、患者・家族の了承を得た上で閲覧し活用しています。母体病院では日勤帯の看護師等の勤務者数を賄える分の電子カルテノート PC が各病棟に設置され、閲覧しやすい環境が整備されています。

なお母体病院の退院支援課は、15ある病棟を7名の看護師がMSWとペアで分担して地域の多職種と連携を図り退院に向けて支援しており、他のステーションとも同様に退院カンファレンスを行っています。また外来患者の在宅医療支援も行っています。

●そのほか母体病院との連携について

認定看護師の同行訪問の実施や、研修会情報の共有、ステーションの管理者が緩和ケア運営委員会に所属し院内緩和ケアチームと情報を共有しています。

また母体病院の外来化学療法認定看護師と、通院し化学療法を受けている利用者についての情報交換、情報共有を2週間に一度行っています。

以上のほか年に一度、院内で退院支援課、地域連携室、訪問看護ステーションでのコラボで研修会を実施しています。

●利用者満足度調査について

利用者満足度調査は2007年から毎年実施しており、サービス内容の改善等に活かしています。

調査は、「本人と家族の希望や考えをよく聞いてくれる」「訪問する看護師がかわっても、同じ看護がうけることができる」など計19の設問に対して、4段階で評価していただきます（「全くそう思わ

ない1点」「あまりそう思わない2点」「まあそう思う 3点」「とてもそう思う4点」。

●訪問看護の利用促進に向けた活動について

当ステーションがある宇都宮地区では新しい訪問看護ステーションが急激に増加しています。しかし地域住民に訪問看護の役割が、まだまだ理解されていないと感じることも多いのが実情です。

昨年11月に母体病院と協働開催にて、地域へ向けての公開講座「訪問看護の実際」を期間限定でYouTube配信しました。2025年度もバージョンアップし配信する予定です。

また10月に行われた済生会フェアでは在宅での看護実践を知ってもらえるよう、ベッド上で洗髪セット「さっぱりさん」を使用したデモンストレーションや介護用品の体験などを実施しました。

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

- (1)利用者本人もしくは家族＝「済生会の看護師さんが訪問に来てくれると機械や管がついていても安心」「入院中のことをよくわかってきているからいいね」「病院との連絡もスムーズにやってくれる」といった声をいただいています。
- (2)病院の退院支援課の看護師＝「外部には頼めないような細かな事情もわかってくれる」「医療的処置も安心」「急な依頼にも対応してくれる」「退院後すぐ再入院になってしまいそうな状況でも気兼ねなく相談できる」「精神面でのフォローも安心」といった声をいただいています。
- (3)訪問看護ステーションの看護師＝「退院後も退院支援課に気軽に相談できるから、助かる」「体調悪化時の受診の際は外来看護師へ連絡しておくのと体調を気遣って声をかけてくれる」「医師との連携もスムーズにできる」「受診の状況や検査結果は病院のカルテで確認ができるから、病態の把握や今後の方針がわかる」などの声が聞かれます。

□5 報告施設の基礎データ

◇訪問看護ステーションほっと

- ・住所：〒321-0974 栃木県宇都宮市竹林町 958
- ・連絡先：TEL 028-626-5739
- ・ホームページ：<https://www.saimiya.com/consult/kanren/hot.html>
- ・備考：2024年度（4月～1月）の新規利用者数は105人で、済生会宇都宮病院からが40人、その他が65人。



□6 参考資料

□済生会宇都宮病院の公式 YouTube チャンネル

<https://www.youtube.com/@%E5%85%AC%E5%BC%8F%E6%B8%88%E7%94%9F%E4%BC%9A%E5%AE%87%E9%83%BD%E5%AE%AE%E7%97%85%E9%99%A2/featured>

事例① 退院調整シート等の工夫により、在宅へ退院する患者を取りこぼさない

□1 概要（急性期病院：武蔵野赤十字病院の取り組み）

- (1) 病院の入院患者、外来患者を訪問看護につなげるために、「退院調整スクリーニングシート」や「入退院支援・退院調整シート」などを活用している事例です。
- (2) 「専門性の高い看護師（専門・認定看護師）と訪問看護師による同一日訪問＝同行訪問」も実施しています。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1) 「退院調整スクリーニングシート」を活用している病院は少なくないと思いますが、当院では入院支援センターが係る対象患者は、入院前に看護面談で患者の基礎情報と退院調整の必要性をスクリーニングします。退院調整が困難と判断した患者は、病棟ならびに後方支援に情報をつなげています。
- (2) 外来看護師は「療養支援マニュアル」に基づき、病状の悪化や同居者の状況変化により、自宅での生活を継続するのにサポートが必要な患者、または現在使用しているサービスの変更が必要な患者などには、在宅サービス利用支援などを行い訪問看護につなげています。
- (3) 同行訪問は、オンラインでの実施も可能であり、対象範囲に制限はありません。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当院の訪問看護の取り組みを振り返ると、1984年（昭和59年）に病院の「成人保健相談室」として、訪問看護・看護学講座・外来相談・電話相談・糖尿病教室・高血圧教室等を実施。その後、1993年（平成5年）に「武蔵野赤十字訪問看護ステーション」として活動を開始しました。

地域には、急性期の大規模病院も数多く、いずれの病院も在院日数の短縮は重要課題であり、訪問看護を積極的に活用したいという潜在的なニーズは非常に強いと思います。

●退院患者を訪問看護につなげるために

急性期病院が地域包括ケアシステムの中で役割を果たすためには次の2点がポイントになります。

- (1) 入院前から退院後の患者の状態を予測した情報（ADL・療養環境・本人や関係者の病状の受け止め方・ACP等）を収集すること。
- (2) 合併症を予防し予定通り治療が進められるような看護を提供すること。

上記(1)の情報と入院中の情報をベースに、退院後（転院、在宅療養）の方針を決めます。当院の平均在院日数は10.0日であり、その方針を短期間で決めて実行しなくてはなりません。

その際に活用しているのが、①退院調整スクリーニングシート、②入退院支援・退院調整シート（情報共有シート）、③予定手術ケアパス（患者用と看護師用の2種類）です。それぞれの特徴は以下のとおりです。

なお、病院から訪問看護ステーションへの1年間の依頼件数は、病院併設のステーションが29件、その他が42件となっています（2023年度）。

①「退院調整スクリーニングシート」

退院支援を早期から開始するために、また退院調整対象患者を広く網にかけるために、スクリーニング（シートへの記入）は、入院前、入院時、7日目、以降7日毎に実施しています。

具体的には、訪問看護の必要性を探ることも念頭に計14項目をチェックして点数化し、その結果をふまえて、患者・家族の病状の受け止めや入院に対する思い、今後の療養生活への意向や希望を引き出し、患者がとらえている退院時の状況を把握して支援しています。

②「入退院支援・退院調整シート」(情報共有シート)

シートには、退院後の訪問看護について(必要性の有無などを)記載する欄を設けています。また退院後、継続する医療や生活上の課題を解決するために看護を展開しながら、生活の場に戻るために多職種によるカンファレンスを実施するなどチームアプローチを行い、その内容をシートに記載するようにしています。

③「予定手術ケアパス」(患者用と看護師用の2種類)

退院後に訪問看護の活用が効果的な疾病(人工肛門造設など)については、入院完結型から地域完結型にすることを推進しています。具体的には、ケアパスの中に、訪問看護について説明を受ける(説明する)ことを明記し、実施しています。

●外来患者を訪問看護につなげるために

当院では外来患者に対しても、訪問看護を含む在宅療養につなげる取り組みを推進しています。2023年度の実績をみると、①在宅療養の調整(訪問看護ステーション連携・ケアマネジャー連携)をした件数は1,373件、②ACPに介入した件数は714件でした。

①訪問看護ステーションとの連携では、すでに訪問看護利用者である患者の場合は外来看護師より直接連絡を取り相談、そうでない場合は地域包括支援センターやケアマネジャーにアプローチをして訪問看護の必要性を説明しています。

②ACPへの介入では、患者の価値観・目標や病状・予後の理解、治療や療養に関する意向や選好とその提供体制について話し合うようにしています。その上で、患者が最も大切にしていることに基づいて意思決定ができるよう支援すると共に、その内容を患者が「私のこころづもり」に記載することで、訪問看護師も含め地域につなげるようにしています。

●看一連携＝急性期病院(専門、認定看護師・病棟看護師)と訪問看護の連携

専門性の高い看護師(専門・認定看護師)と訪問看護師による同一日訪問＝同行訪問も実施しています。オンラインでの全国各地を対象にした訪問も可能です。

2024年の利用件数(実数)は、患者宅が2件、オンラインが17件でした。

●今後の課題

- (1)急性期病院の看護師と地域の訪問看護ステーションの相互理解を深めるための仕組づくり(自施設の強みは何か、互いがどのように補完できるのか)
- (2)患者や家族・関係者の理解(1病院で医療・看護が完結→地域包括ケアシステム内で完結)
- (3)IT化の推進(在宅のWi-Fi環境など)

※参考：新たな取り組み＝オンライン同行訪問の評価(声や意見など)

- (1)利用者本人もしくは家族＝「(HOT導入に)不安があったけどオンライン訪問が利用できるのは安心」「(人工肛門ケア)自分でやるのが不十分な中、退院してすぐに相談できる」「どういう時に受診したらよいか相談できる」といった声をいただいています。
- (2)病院の看護師＝「患者の生活が実際に見られて、患者の困りごとを直接聞けるので次の指導につなげられる」「急性期の人工肛門ケア経験が多くない訪問看護ステーションでは、直接合併症や観察視点を伝えることができた」
- (3)連携先の訪問看護ステーション(併設)＝「人工肛門の形状の変化に対する装具の選択について相談できて良かった」「患者の巧緻機能性低下があり、(人工肛門に対する)セルフケア(手技)の簡素化を提案してもらい良かった」

(4)連携先の訪問看護ステーション（その他）＝「入院中のセルフケアの状況や人工肛門トラブルを共有できケアにつなげられた」「(人工肛門) 装具の種類などがわからないため、別の装具の提案をしてもらえて良かった」「限られた時間でオンラインをつなぐ事に時間を要してしまう」

□4 報告施設の基礎データ

◇武蔵野赤十字病院

- ・住所：〒180-8610 東京都武蔵野市境南町 1-26-1
- ・連絡先：TEL 0422-32-3111(代表)
- ・ホームページ：(病院) <https://www.musashino.jrc.or.jp/>
(看護部) <https://www.musashinojrc-nurse.com/>
- ・許可病床数：611 床（一般 528・ICU8・HCU22・GICU6・SCU9・NICU6・GCU12・感染症 20)
- ・平均在院日数：10.0 日



(病院)

(看護部)

□5 参考資料

□専門・認定看護師による同行訪問について（武蔵野赤十字病院）

<https://www.musashino.jrc.or.jp/medical-personnel/accompany.html>



□武蔵野市訪問看護と介護の連携強化事業による中・重度の要介護者の在宅生活継続支援
(出典：武蔵野市の「高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」27 ページ)

https://www.city.musashino.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/046/626/keikakuhonpen.pdf

<武蔵野市訪問看護と介護の連携強化事業による中・重度の要介護者の在宅生活継続支援>
要介護者及び要支援者の在宅医療ニーズに応えるため、利用者に係る医療情報を訪問看護事業者から居宅介護支援事業者に提供した場合に、当該訪問看護事業者に連携費を交付することで事業者間の医療連携を促進し、要介護者及び要支援者の在宅生活の継続を支援することを目的として実施しています。「24 時間 365 日の連絡体制のある事業所（緊急時訪問看護加算を算定している場合）」であり、「夜間深夜早朝に予め居宅計画に組み込んで中・重度要介護高齢者等を訪問した場合」については 2,000 円/件、それ以外の場合には 1,000 円/件の支給としています。

図表 36 在宅生活継続支援 協定事業者数・利用者数・支給額実績

年度	令和2	令和3	令和4
協定事業者数（事業者）	30	30	30
利用者数（実人数・名）	8,540	9,285	9,678
支給額（円）	13,781,000	15,151,000	15,618,000

事例⑫ 独自の入退院支援スクリーニングシートを作成し、訪問看護への連携体制を構築

□1 概要（急性期病院の取り組み）

(1)病院の周辺地域に転院先が少なく、併設の訪問看護ステーションを有さないこともあり、入退院支援シートに訪問看護ステーションにつながる独自項目を設けて、積極的に活用している事例です。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)病院が積極的に訪問看護を選択して、自らの病院医師から訪問看護指示書を出して確実に訪問看護につなげていること。
- (2)入退院時のスクリーニングシートに独自の工夫（訪問看護へつなげるチェック機能が働くように）を加えていること。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当院の周辺地域は、転院先（回復期や療養型病床等）が少ないため在宅に戻るケースが多く、訪問看護の導入が検討されるケースが多いという特徴があります。また有料老人ホームやサ高住に訪問看護ステーションが設置されていることも多く、そうしたところの看護師とも連携もしています。

退院患者を訪問看護につなげるための当院の主な取り組みとしては次の4点があります。

- (1)患者サポート室を中心にした入退院支援の仕組みを構築
- (2)スクリーニングのチェックリストと入退院支援計画書を活用
- (3)退院後の同行訪問と訪問看護師の病棟訪問を実施
- (4)患者本人の積極的な参画を支援

(1)患者サポート室を中心にした入退院支援の仕組みを構築

入退院支援については、地域医療室看護副部長と看護師1名、ソーシャルワーカー10名が中心となり担当しています。

また各病棟に入退院支援の看護師とソーシャルワーカーが配置され、入退院支援のチェック等を行っています。

訪問看護の利用を促進するためには医師に「訪問看護指示書」を出してもらわなくてはなりません。当院では必要があれば医師が訪問看護指示書を書いてくれます。

訪問看護の導入の判断は、入退院支援の担当者が行い、医師に伝え確認する流れがベースになっています。

また訪問看護を新規で利用する場合は、入退院支援の担当者が可能な範囲で訪問看護指示書に情報を記載し、医師に確認、加筆等を依頼しています。

2023年度の訪問看護指示料の算定件数は391件（2018年度は192件）、特別訪問看護指示加算の算定件数は93件（2018年度は33件）でした。

(2)スクリーニングのチェックリストと入退院支援計画書を活用

糖尿病の内服管理が必要な方、慢性期慢性期心不全の方などに対しても訪問看護サービスが必要だと考えており、入院時に使用する「スクリーニングシート」の項目に追加し、「訪問看護の利用」へとつないでいます。

入院時のスクリーニングは、入退院支援室だけでなく、患者を担当する病棟看護師も行っていま

す。病院看護師の誰がスクリーニングしても、訪問看護サービスへつなぐことができるように、独自の項目を設けています。病棟看護師にとっても、患者の入院時から退院後の方向をアセスメントする訓練につながっています。

また、シートのチェックリストの項目は点数付けしており、点数に応じて退院調整の必要度（訪問看護の導入の検討）を明らかにしています。

なおスクリーニングシートは、個々のケースの特徴に応じてカスタマイズできるようになっています。

入退院支援計画書は標準的な項目を設定し、個別的な検討を追加で行うようになっています。

(3)退院後の同行訪問と訪問看護師の病棟訪問を実施

入院してストマを装着したり CAPD、在宅酸素療法を始めたりするケースについて、訪問看護の初回訪問には病院の看護師が同行訪問するようにしています。それを通じ相互の理解、連携も進んでいると思います。2024年12月～2025年1月の同行訪問の件数（実患者数）は計2件でした。

オンラインを活用すれば、その連携を拡大・強化していけると思います。

また、訪問看護師の病棟訪問や、退院時共同指導を一緒に行うこともあります。2023年度の退院時共同指導料2を算定した件数は58件でした。

(4)患者本人の積極的な参画を支援

退院調整の場に患者本人に入っただき、退院後の支援についてと本人を交えて検討するようにしています。その結果、本人が転院先の医療機関や訪問看護ステーションの看護師に自分の病状をより正確に説明できるようになるといった利点もあります。

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

- (1)利用者本人もしくは家族＝「実際に自宅に来て、必要な指導をしてくれるので安心」といった声をいただいています。
- (2)病院の看護師＝「聞き取りだけではわからなかったが、自宅の様子をみて ADL に合わせた配置をみんなで検討できた」
- (3)連携先の A 訪問看護ステーション＝「必要時、理学療法士や認定看護師の同行があり、相談しやすかった。入院中からのケアを継続できる」
- (4)連携先の B 訪問看護ステーション＝「在宅医療が必要と予測される患者が入院した段階で情報をいただき、早期から介入が可能となった」

□5 報告施設の基礎データ

◇高松赤十字病院

- ・住所：〒760-0017 香川県高松市番町4丁目1-3
- ・連絡先：TEL 087-831-7101 (代表)
- ・ホームページ：<https://www.takamatsu.jrc.or.jp/>
- ・患者サポート室：<https://www.takamatsu.jrc.or.jp/magazine/entry-2459.html>
- ・許可病床数：507床（一般505、結核2）
- ・平均在院日数：11.2日（2025年1月現在）



(病院)



(サポート室)

事例⑬ 病棟専任者が中心になって訪問看護につなぎ、シームレスなケアを推進

□1 概要（急性期病院の取り組み）

(1)入退院支援を行う「病棟専任者（看護師）」を各病棟に配置して、地域および院内（病棟看護師など）との連携を強化し、訪問看護・在宅療養を進めている事例です。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)入退院支援を行う病棟専任者（看護師）は、必要に応じて病棟看護師と連携し退院前訪問や退院後訪問なども行い、患者が暮らす地域の実情を丁寧に把握しており、入院中も、そして退院後も「窓口」として機能しています。患者本人・家族にとっても、また訪問看護ステーション等にとっても、顔が見える心強い存在になっていると思います。
- (2)急性期病院では、病棟看護師の臨床経験年数が比較的若く、退院後の療養生活のイメージや患者の生活者としての全体像を把握ができる経験をしていない看護師も多い状況です。また、急性期病院での治療や処置の終了後、短い入院期間で医療管理（ケアや処置等）をして退院することがほとんどです。このような状況から、病棟専任者を配置することは、継続が必要な医療管理の内容や方法等について十分に把握できている看護師もしくは部門を明らかにして、責任の所在を明確にすることは、患者の安全のためにも必要な体制です。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当院は 2003 年頃に退院支援部門を立ち上げ、2025 年 2 月現在、「入退院支援部門」には管理者を含め看護師 17 名（入院支援担当 6 名、退院支援担当 11 名）、MSW8 名、薬剤師 1 名が所属しています。

退院支援担当 11 名を病棟専任者（看護師）として各病棟に配置し、入院中のみならず退院後も必要に応じて訪問看護と連携しながら支援をしています。さらに多領域にわたる認定・専門看護師が、退院後も必要に応じて訪問看護と連携しながら支援しています。

なお入院患者のみならず、外来患者の相談にも対応しながら、必要に応じて訪問看護につなぐケースもあります。

訪問看護・在宅療養に関しては、入退院支援加算 1 及び入院時支援加算の算定要件に基づき、以下の支援を展開しています。

●入院前から退院に向けてシームレスな支援

入院前面談で得た情報をもとに、必要に応じて入院前より、訪問看護師、あるいは訪問看護が未導入の場合は、早期にケアマネジャー等地域関係者と連携していきます。入院前の訪問看護ステーションや地域包括支援センターとの連携を病棟専任者へつなげて、入院後のスムーズな地域療養支援へ対応ができるよう、入退院支援部門で役割分担しながら行っています。

病棟専任者は、退院調整・退院支援カンファレンスを開催して、退院支援計画を検討、立案しています。なおカンファレンスでは入退院支援部門の看護師を副担当者として位置づけ、病棟専任者が不在の場合にも対応できるようにしています。

●患者に応じた個別的なケア

(1)個別的なケアの充実に向けた病棟専任者の活動

入退院支援部門の病棟専任者は、退院後も継続が必要な医療管理内容（ケア・処置等の方法）が、患者家族のセルフケア状況及び生活状況を踏まえて、そのまま継続が可能かどうかアセスメントし、

必要に応じて退院後も継続可能な方法への変更について医師と相談しています。

その上で、院内関係者—主に病棟看護師やリソースナース（専門看護師・認定看護師）、リハビリ職などと共に、患者家族のセルフケア能力をアセスメントし、患者家族のニーズを確認しながら訪問診療や訪問看護の必要性を判断しています。

またストマや褥瘡など処置が複雑な場合等は、必要に応じて訪問看護師に来院や IT を活用して処置方法を実際に見てもらいながら伝えるなど工夫し、入院中から訪問看護師との連携を進めています。

(2)訪問看護指示書等について

介護保険未申請の場合、予想される介護度と訪問看護で支援してもらいたい状況（訪問頻度等）とを照らし合わせて、介護保険の申請を進めるかどうか検討しています。既に介護認定を受けている場合は、区分変更等についてもケアマネジャー等と連携して検討しています。

当センターで継続診療していく場合は、当センターの医師に訪問看護指示書の発行を依頼し、必要となる指示内容を看護師から医師に伝え、それを元に作成してもらっています。訪問診療等を導入する場合は、医療管理状況を相談しながら指示書の発行期間や発行先の変更等を調整しています。

なお 2023 年度の訪問看護調整件数は、入院患者は新規調整 108 件、再依頼 343 件、外来患者は新規調整 6 件、再依頼 4 件でした（再依頼は、すでに訪問看護を利用されている患者に対して再調整・支援内容の変更・追加等をした件数）。

●入院から在宅へ

(1)退院前カンファレンスの開催

終末期など患者の状態に変化が起きやすいケースや、新たに訪問診療や訪問看護を導入する場合、新たな医療管理が必要になる場合などは、可能な限り院内関係者（医師・病棟看護師、ケースに応じて薬剤師や理学療法士等）と訪問看護師、地域の関係者（ケアマネジャー・訪問診療医・訪問介護事業所等）と患者家族の意向を共有できるように合同カンファレンスを開催しています。その際、退院までに院内外で調整が必要な事柄も確認し、準備を進めています。

(2)退院前訪問、退院後訪問の実施

患者の ADL 状況や家屋状況等から、安全な在宅療養生活に関する課題が大きい場合は、必要に応じて患者家族の同意のもと、主に病棟看護師が退院前訪問を実施することがあります。このとき、訪問看護師に同行を依頼しています。

また退院前訪問と同様に、主に病棟看護師が退院後訪問を実施することがありますが、訪問看護師の訪問時間に合わせて同行させてもらえるように調整しています。

なお退院後も、その患者の相談等は主に病棟専任者が担当し、訪問看護など地域関係者と継続して連携する窓口となっています。

●今後の課題

(1)病棟看護師の退院支援に関わる能力向上

患者家族の情報収集や意向等の確認は、主に病棟専任看護師が中心となって行っていることが多いので、病棟看護師が患者を生活者として捉え、退院後の生活をイメージして支援できるように育成していくことが課題です。現在、病棟専任者が得た情報等を病棟看護師に伝えながら、実際の患者家族への退院指導は主に病棟看護師に行ってもらうように働きかけています。

(2)IT の活用を推進して、地域関係者とのよりリアルな連携の強化

電話連絡のみでの連携も多いのが実情ですが、特に遠方在住の患者の場合は、地域の資源内容も多様なので、より確実な情報共有ができるようにしていくことが必要です。特に退院前カンファレンスの開催日程の調整は時間を要することが多いのですが、IT を併用した地域関係者の参加（特に訪

問診療医)が増えてきており、さらに積極的に活用していくことが課題です。

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

(1)利用者本人もしくは家族

「在宅に移行するために、病院の担当の看護師が家の状況をよく理解してくれるので安心。また、入院中から訪問看護師さんが一緒に相談に乗ってくださり安心できます」という声をいただいております。

(2)病院の看護師

「自分たちだけでは気がつかない視点や一緒に考えてくれるので、大変勉強になります。病棟だけの経験では、一人目になれないので、これからも勉強していきたい。カンファレンス等で地域の方を話し合いができることも非常に勉強なる」

(3)連携先のA訪問看護ステーション・ケアマネジャー

「病院へ訪問する時間もこちらの都合を優先して下さり助かります。確認事項も担当の窓口が決まっており、誰に聞いてもわかるので助かります」

□5 報告施設の基礎データ

◇日本赤十字社医療センター

- ・住所：〒150-8935 東京都渋谷区広尾四丁目1番22号
- ・連絡先：TEL 03-3400-1311（代表）
- ・ホームページ：<https://www.med.jrc.or.jp/>
- ・許可病床数：一般 693 床
- ・平均在院日数：9.6 日（2025 年 12 月現在）



事例⑭ 「患者支援室」の看護師が導く地域との顔の見える関係づくり

□1 概要（地域密着型急性期病院の取り組み）

- (1)院長補佐がセンター長をつとめる「患者サポートセンター」を設置。その中の「患者支援室」で入退院支援を行っており、訪問看護等との連携を推進しています。
- (2)「退院支援看護師（院内認定）育成プログラム」を整備して退院支援を進めています。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)「患者サポートセンター」の中の「患者支援室」では、訪問看護につなげる取り組みとして、地域の訪問看護ステーションや居宅事業所との顔が見える関係づくりや退院前カンファレンスへの積極的なお誘い、併設以外の訪問看護ステーションからの相談対応などを行っています。
- (2)「退院支援看護師（院内認定）育成プログラム」では、訪問看護に関しては訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師が講義を担当し、同行訪問実習も行っていきます。

※併設の訪問看護ステーションについては事例9をご参照ください（22～23頁に掲載）。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当院は、2007年に済生会横浜市東部病院（562床）が開設されことに伴い、病院の機能を急性期から「亜急性期～慢性期」に転換。しかし2016年に新棟西館がオープンしたのを機に再び急性期（地域密着型急性期）に移行している、という特徴があります。

当院の訪問看護ステーションへの依頼件数は、2023年は計244件で、内訳は併設ステーションが55件（22.5%）、併設以外が189件（77.5%）でした。

なお、入退院調整加算取得件数（1か月平均）は127件で、入退院調整介入後の転帰（1年間）をみると、自宅が58%、転院11%、施設入所22%、死亡・その他9%という状況です。

●「患者サポートセンター」を設置し、療養支援、地域連携を推進

当院は「患者サポートセンター」（センター長は医師、院長補佐）を設置し、患者の療養支援や地域連携を推進しています。看護師は計9人在籍しています。

患者サポートセンターは「医療福祉相談室」「医療連携室」「患者支援室」の3室で構成されています。入退院支援は「患者支援室」が担い、①入院支援担当は安心して入院していただくための入院前説明や、入院時から退院後の生活を見据えた介入を行い、必要に応じて退院支援担当につなげます。②退院支援担当は、退院後に患者・家族が安心して地域での生活に戻れるよう、退院後の環境を整えることを行っています。

●在宅療養・訪問看護につなげる取り組み

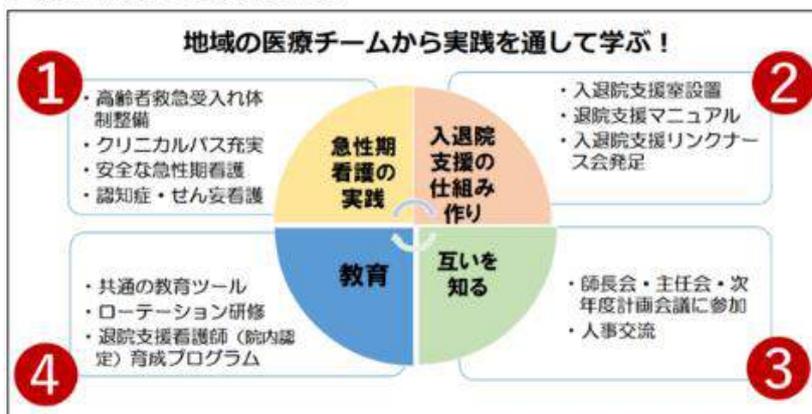
在宅療養・訪問看護につなげる取り組みとして次の4つに2018年から取り組んでいます。

- ①急性期看護の実践、②入退院支援の仕組み作り、③互いを知る（院内の関係部署・関係者との連携の強化）、④教育

その概要は図表1のとおりです。

この中の「クニリカルパスの充実」では、退院支援項目を導入。また「退院支援マニュアル」は2018年に整備し活用しています。

図表1 院内の主な取り組み



患者支援室や病棟において入退院支援を担う看護師が参加する「入退院支援リンクナース会」は2018年に発足。メンバーは計9人です(2024年末現在)。この会では、シームレスな入退院支援の質向上を目的に、具体的には①入退院支援に係る仕組みやマニュアル整備、患者用パンフレット等の見直しや新規作成、②事例から介入を学ぶ、③職員への情報周知、教育・指導などを行っています。

2024年には「退院支援看護師(院内認定)育成プログラム」を整備して退院支援を推進。2025年3月末までに11人が受講(2025年6月修了・認定予定)しています。プログラムでは訪問看護に関しては訪問看護師が講義を担当し、在宅療養と訪問看護の実際を学ぶために同行訪問実習も行います。

このほか、在宅での様子がわかり退院後も活用できる情報ツールに変更しています。

●主な成果と課題

在宅療養・訪問看護関連の主な成果・変化は図表2のとおりです。

退院後訪問指導料は、ようやく算定できるようになりました。今後さらに増やしていくことが課題のひとつです。

在宅患者訪問看護・指導料の算定件数は大幅に増えています。病院の看護部

としては、「退院後、地域の中で安心して暮らすためのつながり」に留意して取り組んでいます。

併設以外の訪問看護ステーションとの連携では、入院後即時、治療がひと段落したとき、退院直前等、早期から必要段階に応じた情報の提供と共有などに留意しています。

なお、訪問看護サービスの導入は、全退院患者の約7%で、外来への通院が多いのが現状です。外来から訪問看護にどのようにつないでいくのか、そのタイミングを逃さないようにする仕組み作りも課題だと考えています。

図表2 主な成果・変化

項目		2018年	2023年
再入院率(%)		8.6	5.8
退院調整が介入した患者数	自宅退院	731	632
	施設退院	137	248
退院後訪問指導料算定件数		0	3
在宅患者訪問看護・指導料算定件数		514	1,216
訪問看護依頼件数	併設	68	55
	併設以外	246	189

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価(声や意見など)

(1)利用者本人もしくは家族＝「退院後に来てくれる看護師さん入院中から会えるので、安心して退院を迎えられました」といった声をいただいています。

(2)病院の看護師＝「一緒に看護していく仲間という意識で協働しています。退院支援が楽しくなってきました」

(3)連携先のステーション(併設以外)＝「少しずつ在宅で必要な情報共有ができるようになってきました。病院の敷居が低く感じられるようになり連携しやすくなったと思います」

□5 報告施設の基礎データ

◇済生会神奈川県病院

- ・住所：〒221-0821 神奈川県横浜市神奈川区富家町6-6
- ・連絡先：TEL 045-432-1111
- ・病院ホームページ：<https://www.kanagawa.saiseikai.or.jp/>
- ・看護部ホームページ：<https://www.kanagawa.saiseikai.or.jp/kango/home/>
- ・患者サポートセンター：https://www.kanagawa.saiseikai.or.jp/departments/26_renkei/
- ・許可病床数：199床(一般72、地域包括医療36、地域包括ケア73、緩和ケア18)
- ・平均在院日数：15.18日(2025年1月現在)
- ・在宅復帰率：約78.3%(2025年1月現在)



(病院)



(看護部)



(患者サポート)

事例⑮ 病院看護部の戦略的人事異動と入退院支援看護師等で訪問看護を推進

□1 概要（急性期病院の取り組み）

- (1)病院の認定看護師を戦略的に併設ステーションに人事異動させて、病院と地域との関係を強化しています。
- (2)3名の専任の入退院支援看護師が中心となり、訪問看護につなぐ取り組みを推進しています。
- (3)患者の情報共有を、①グループ（佐賀県済生会）内、②グループ外の双方で推進していることも、病院から訪問看護につなぐ取り組みに役立っています。

□2 参照していただきたいポイント、留意事項など

- (1)訪問看護を重視した看護師の人事異動を実施していること。
- (2)病院全体として、またグループ（佐賀県済生会）全体として、地域の関係機関（医療・介護福祉・行政）との連携に力を入れていること。

□3 事例の詳細・背景、課題など

当院は、患者の在宅療養を地域全体で支えるべく、病院が出来ることは何かを考えて様々な取り組みを進めています。

訪問看護を含む在宅療養を支援する院内の部署としては、地域連携室、入退院支援室、医療福祉相談室の3部署があります。その3部署が外来・入院病棟と密接に連携して地域連携を進めています。

●入退院支援室—専任の入退院支援看護師3名を配置

その3部署のうち訪問看護について連絡調整を担当しているのは「入退院支援室」です。入退院支援室には専任の入退院支援看護師3名が在籍しており、▼入院初期からのニーズの把握、今後の方向性の確認・情報収集や、▼転院先への情報提供、在宅医・訪問看護との連絡調整を行っています。

訪問看護への依頼を含む退院調整に関する令和5年の実績は次のとおりです。

- | | | | |
|---------------|------------------------|-----------------|------|
| ・退院調整加算取得件数 | 423件 | ・退院時共同指導料2算定件数 | 166件 |
| ・退院後訪問指導料算定件数 | 5件 | ・介護支援等連携指導料算定件数 | 673件 |
| ・訪問看護への依頼件数 | 136件（病院併設100件、併設以外36件） | | |

※病院併設ステーションへの依頼は、当院からが100件、その他からが30件（当院以外の居宅17件、医療施設11件、施設2件）

併設以外のステーションへの依頼に際しては、地域における在宅連携や介護支援専門員との連携にて看護師やMSWが面接や施設訪問を行うなどの配慮・工夫を行っています。

なお、病院の認定看護師を戦略的に併設ステーションに人事異動させる取り組みを2017年から実施しており、病院と地域との関係を強化しています。

また、看護部クリニカルリーダーも充実・強化させており、看護師対象の院内研修では「入退院支援」と「訪問看護研修」を必修にしています。

他方、地域連携室には、看護師2名、事務員2名が在籍し、▼紹介医療機関との連携（入院）、▼逆紹介医療機関との連携（退院）を実施しています。また、新規開院したクリニックや、世代交代した病院への訪問も実施しています（医師や事務も）。

●看看連携（訪問活動）の強化

医療依存度の高い患者の受入調査（Ns・MSW調査）を、地域の▼訪問診療が可能な医療機関、▼訪問看護ステーション、▼介護施設を対象に実施しています。

また、病院の認定看護師が、▼訪問看護師への褥瘡処置指導、▼施設看護師へのポジショニング指

導、▼施設看護師への感染症対策指導などを行い、看看連携を進めています。

●患者の情報共有を院内外で推進

当院は佐賀県済生会の基幹施設であり、関連施設として特別養護老人ホーム、老人保健施設、軽費老人ホーム、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーションなどがあります。

当院と関連施設の現場担当者による「医療福祉情報会議」を平成 24 年から定期開催しており（毎週木曜日）、病院と訪問看護ステーションの看護も、そのメンバーとして参加。会議では、介護や福祉の介入が必要な患者の情報を共有し、必要なサービスの導入について協議しています。

他方、患者情報の外部（地域）との共有では、医師会・行政との共同事業である「在宅医療介護推進会議」に積極的に参加しています。

●その他の取り組み

以上のほかに、経営陣（院長・看護部長・医事課長）と在宅関連の所属長（PT・MSW・ケアマネ・訪問看護師・訪問介護士・施設 SW）がメンバーの「在宅サービス会議」を平成 2 年から開催。在宅サービス部門をとりまとめ、医療と介護を一体的に運用できるように、各部門の業績分析、円滑な連携に関する協議などを行っています。

●入退院支援看護師の課題など

入退院支援看護師は、現在、訪問看護、地域連携室で勤務をした看護師を配置しており、地域や在宅のことを知り連携ができています。今後の課題としては、自施設の訪問看護師の協力も得て、更なる地域連携強化を図っていきたいと考えています。

なお病棟看護師は、退院カンファレンス（院内外の訪問看護師や介護支援専門員、施設職員等も参加）を、入退院支援看護師だけではなく、患者の在宅支援に関わる機会としています。また、退院前訪問も積極的に行い、患者の在宅での生活を知る機会となっており、退院指導にも役立っています。この機会を活かして、今後の入退院支援看護師や看護管理者の育成につなげたいと考えています。

□4 利用者本人・家族、職員、連携先の評価（声や意見など）

(1)利用者本人・家族＝在宅支援に関しては、ACP も考慮して患者や家族の想いを大切にした支援をすることで、在宅医や訪問看護師と連携して自宅看取りができた事例があり、大変喜んで頂きました。

(2)連携先の訪問看護ステーション＝サマリーを見直したことで「以前の様式より解りやすくなった！」と、訪問看護師や介護支援専門員から評価を受けました。これは、近隣の訪問看護、施設、介護支援専門員にアンケート調査を行い、看護添書の見直しをして 2 年後に再度アンケートを取った際に頂いた意見です。今後も見直しを継続していきたいと考えています。

□5 報告施設の基礎データ

◇済生会唐津病院

- ・住所：〒847-0852 佐賀県唐津市元旗町 817 番地
- ・連絡先：TEL 0955-73-3175（代表）
- ・ホームページ：<https://saiseikai-karatsu.com/>
- ・入退院支援室：<https://saiseikai-karatsu.com/section/nyutaiin>
- ・許可病床数：193 床（一般 168、回復期 25）
- ・平均在院日数：14.6 日（令和 5 年実績）



（病院）



（支援室）

おわりに

本研究では、患者と家族が安心して在宅療養できるよう、病院と訪問看護ステーションの看護管理者で、連携における仕組みづくりの取り組み事例を共有し検討しました。成果物としてまとめた事例集「切れ目のない看護の架け橋～病院から在宅へのチームレスケア事例集～」が、病院関係者や訪問看護ステーションの皆様にとって今後の退院支援の在り方を考えるための一助となることを願っています。

この事例集から得られたひらめきを生かし、病院と訪問看護ステーションが相互理解を深めながら協働することで、地域においても看護の充実が進むことを期待しています。また、事例を踏まえて、制度の見直しに更に改善できる内容については、関係者に対して政策の立案を促していくことも重要であると考えます。

今後も、国民が住み慣れた環境で安心して療養できる社会の実現に向け、関係者の皆様とともに取り組みを続けていく所存です。本事例集が、病院関係者や訪問看護ステーションの皆様にとって今後の退院支援のあり方を考えるための一助となり、地域の医療・看護の発展に寄与することを願っております。

研究代表者 石原 美和

令和6年度笹川保健財団地域保健事業
退院時の訪問看護サービスへのアクセシビリティを高める取組についての
事例集作成に向けた研究

切れ目のない看護の架け橋～病院から在宅へのシームレスケア事例集

病院から在宅へ「看護」をつなぐ事例集作成のための委員会

研究代表者 石原 美和

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町 1-10-1

神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学研究科

Tel : 046-828-2756

Mail : ishiharalabo001@gmail.com