



鳥取県 新卒訪問看護師 育成プログラム



平成29年

公益社団法人 鳥取県看護協会

はじめに

2025 年には団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）となり、本格的に少子・超高齢者社会となる。鳥取県の地域医療構想においても「必要な医療を適切な場所で提供できる体制の整備」、「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」をめざしています。

このような背景で地域包括ケアシステム整備が進む中、大変重要な役割を担うのが地域の「訪問看護師」です。

質の高い訪問看護を地域の皆様に安心していつでも利用して頂ける体制を作り上げることが地域の医療に求められていますが、全国的にも訪問看護師は全就業看護師のうちわずか3%程度とされています。そして既に超高齢社会に突入している我が鳥取県においても、訪問看護師の数は不足しています。

訪問看護師はある程度の臨床経験がないと無理だと言われてきました。

しかし、鳥取県の訪問看護師の平均年齢は管理者 52.9 歳、スタッフ 47.5 歳（平成 29 年 10 月鳥取県訪問看護支援センター調査）の現状から今後の在宅看護を若い看護師にも担ってもらい若手の訪問看護師を増員、育成、定着しなければなりません。

その第一歩として、平成 28 年 4 月から鳥取県看護協会が鳥取県より助成を受け「新卒訪問看護師育成モデル事業・プログラム作成」事業を行い、また平成 29 年度に一部改訂を行いました。

この育成プログラムは、新卒者が訪問看護の現場に入職後に必要となる知識・技能・態度を習得するためのものです。本プログラムのカリキュラムは、決められた教育内容を伝達するものではなく、リアルタイムの現場で教育するメリットを最大限に生かした OJT（On-the-Job-Training）の手法を取り入れています。新卒者の成長を促すためには新卒者だけではなく、学習支援者等、関わる全てのものが自立的に考え、学習しながら訪問看護における課題を解決し、職場全体で成長していくことが求められます。

このプログラム作成に当たっては鳥取大学及び鳥取県立中央病院、鳥取県訪問看護ステーション連絡協議会等、また県医療政策課に多大なご協力を頂き、検討を重ねてきました。

このプログラムを活用して頂き新卒訪問看護師を育成、定着につなげ鳥取県の県民ニーズに応えられたら幸いです。

平成 30 年 3 月

公益社団法人 鳥取県看護協会
鳥取県訪問看護支援センター
所長 鈴木 妙

目 次

はじめに

【プログラムの概要】

I. 目 的	1
II. 目 標	1
III. 新卒訪問看護師に必要な学習課題	1
IV. 学習課題を達成するための育成プログラム	2
V. 教育年間スケジュール	2

【新卒看護師の学習方法】

I. 訪問看護実践	2
1. 同行訪問	2
2. 訪問回数	2
3. 単独訪問	3
4. 24時間緊急対応	3
5. 他機関との連絡調整	4
6. 退院前カンファレンス・担当国会議	4
II. 実務研修	4
1. 病院研修	4
2. 地域の連携機関研修	5
3. 知識更新のための研修	6

【学習支援方法】

I. 支援体制	7
II. 支援の目標	7
III. 支援者の学習支援のポイント	7
IV. ステーション内学習支援	7
1. 支援内容	7
2. 支援者の役割	8
3. 振り返りカンファレンス・学習サポートカンファレンス 面接等の開催頻度	9
V. 参加体験型研修により自律的な新卒訪問看護師になるための 「成長確認ツール」	9

鳥取県新卒訪問看護師育成プログラム

教育理念

この育成プログラムは、新卒者が訪問看護の現場に入職後に必要となる知識・技能・態度を習得するためのものである。本プログラムのカリキュラムは、決められた教育内容を伝達するのではなく、リアルタイムの現場で教育するメリットを最大限に生かしたOJT(On-the-Job Training)の手法を取り入れたものである。受講生の成長を促すためには、受講生だけでなく、学習支援者等、関わるすべての者が自律的に考え、学習しながら訪問看護における課題を解決し、職場全体で成長していくことが求められる。

【プログラムの概要】

- I. 目的：訪問看護ステーションに就職した新卒看護師が自律した訪問看護師として活動できる。
- II. 目標：
 1. 新卒看護師が訪問看護師に必要な専門的知識、技術を習得する。
 2. 新卒看護師が主体的に学習する姿勢を習得し、継続的な学習を進めることができる。
 3. 新卒看護師が在宅療養者各々のケアシステムの一員として認められ、看護専門職として自律的に活動し役割を遂行できる。
- III. 新卒訪問看護師に必要な学習課題（10課題）
 1. 訪問看護制度に基づく看護の役割と資質、訪問看護の概要の理解
 2. 在宅療養者の身体状態の的確なアセスメント方法の習得
 3. 訪問看護の実践に必要な疾患の最新の知識および治療方法の習得
 4. 訪問看護の場の特性と利用者個々に即した看護を行うための知識の習得
 5. 利用者・家族の状況に即したより良い療養生活実現のための効果的な看護計画の立案と実施
 6. 連携スキルおよびチームマネジメントスキルの習得
 7. 在宅療養開始時の利用者と病院との効果的連携のためのスキルの習得
 8. リスクマネジメントの知識の習得
 9. 自組織の運営・経営管理に関する理解と自分の役割遂行
 10. 訪問看護師として自分を活かすための目標設定と自己教育

IV. 学習課題を達成するための育成プログラム

1. 本プログラムは2年間で終了するものとする。
2. 同行訪問から学ぶことを基本とする。育成プログラムが終了するまでに単独24時間緊急対応（2年目）ができることを目指す。
3. 各病院の新人看護職員研修、在宅医療推進のための看護師育成プログラム、鳥取県看護協会訪問看護職員養成講習会等を受講し知識、技術を補強する。
4. 実務研修として勤務先以外の訪問看護ステーションや病院等で研修を行い地域包括ケアシステムを理解する。
5. 振り返りカンファレンスや指導者等との面接で自己の課題を明確にする。

V. 教育年間スケジュール

「新卒訪問看護師育成プログラム年間計画」（資料1-1、1-2、参照）

【新卒看護師の学習方法】

I. 訪問看護実践

目的：訪問看護の実践を通じて利用者の療養生活や訪問看護の特殊性を学ぶ

1. 同行訪問

- ①訪問看護師（指導者）とともに訪問を行う。
- ②利用者ごとの留意点やケアの根拠を明確にしたケア方法の「手順書」を作成する。
(資料2「手順書」参照。自ステーションで使用している書式があればそれを使用する)
- ③訪問前に必ず前回の訪問記録を確認、情報収集し、本日の訪問のシュミレーションを行う。
- ④作成した「手順書」に沿ってケアを実施する。
- ⑤ケアの内容、方法を振り返り「利用者別振り返りシート」「訪問振り返りシート」に記録を残す。

(資料5-1又は5-2

「利用者別振り返りシート」又は「訪問振り返りシート」参照)

2. 訪問回数

①初回訪問

- ・見本型同行訪問。(指導看護師のケア・処置などの看護実施の姿を見る)
- ・新卒者は指導者に訪問看護モデルを示してもらい学習する機会とする

② 2回目以降

- ・ 伴走型同行訪問。(指導者に横で見守ってもらう)
- ・ 新卒者が主になって訪問看護を実践する。指導者にサポート・見守り伴走してもらいながら学習する。

③ 時間差訪問

- ・ 新卒者が先に訪問し、指導者が時間差で訪問。
- ・ 新卒者の単独訪問の時間内に指導者が合流し利用者・家族の状態のアセスメントやケアの実施、家族への説明内容などを指導者に確認してもらう。
- ・ 徐々に一人で訪問する時間が長くなり、受け持ち利用者の単独訪問に移行できるようになる。

3. 単独訪問

- ① 独り立ち（ステーションの看護師全員で支える）の訪問。
- ② 単独訪問する受け持ち利用者の全体像を把握するために「関連図」を書く。
(資料3「関連図」参照)
- ③ 単独訪問開始前に所内の事例検討会で受け持ち利用者について発表し理解を深める。
- ④ 受け持ち利用者の看護過程を展開する。
- ⑤ 訪問前に必ず前回の訪問記録を確認、情報収集し、本日の訪問のシュミレーションを行う。必要時、所内で指導者や先輩訪問看護師と共に処置・ケア等のデモンストレーションを行う。

4. 24時間緊急対応（2年目からでも可）

- ① 複数の利用者を受け持ち急変時や緊急時の対応等を実践から学ぶ。
- ② 訪問看護師（指導者）と共に24時間対応（待機）を行い、状況判断や対応方法を学ぶ。(同行24時間緊急対応)
 - ・ 指導者や先輩看護師の緊急時対応の報告から学ぶ。
 - ・ 自施設の緊急待機当番のマニュアルを確認し、対応方法をシュミレーションし、指導者と共に確認する。
 - ・ 日常の定期訪問の状況、朝礼や終礼により緊急が予測できるようになる。
 - ・ 電話の依頼内容に対して、電話相談で良いのか、訪問で対応しなければならないのか情報収集力・判断力をつける。
 - ・ 指導者又は先輩看護師の緊急当番日に緊急対応があった場合に同行する。
- ③ 新卒者が緊急携帯を持ち一人で緊急待機を担当する。
 - ・ 実際の緊急電話対応で、判断したことに不安のある時は、指導者や先輩看護師に自分の判断で良いのか確認し、助言、指示を仰ぎ相談しながら緊急

対応する。必要時、指導者に同行してもらう。緊急対応後の（電話対応のみでも）振り返りを必ず指導者で行う。

5. 他機関との連絡調整

- ①他機関、他職種と連携の必要性を理解する。
- ②利用者・家族の状態、状況変化に気づく。
- ③連携が必要な状況を判断し、適切な時期に関係機関と職種に報告・連絡・相談ができる。
 - ・指導者等から日常している連携方法を見て学ぶ。
 - ・指導者等に、アセスメントした結果、他機関との連携が必要と考えたことを報告し、相談・助言を得る。実際に行動してみる。

6. 退院前カンファレンス・担当国会議

- ①退院時カンファレンスや担当国会議の必要性を理解する。
- ②どういう手順でカンファレンスや担当国会議が開催されるのかを知る。

時には、訪問看護師から依頼する場合もありその手順も理解する。
- ③カンファレンスに出席し、意見や提案・退院時の共同指導ができる。
 - ・今回開催されるカンファレンスの目的をおさえておき、現時点での利用者・家族の状況を把握しておく。
 - ・足りない情報、知りたい情報や検討したい内容をステーション内ですり合わせをしておく。
- ④指導者等の受け持ち利用者のカンファレンスに同行見学する。
- ⑤新卒受け持ち利用者のカンファレンスに指導者等と出席する。主導は新卒者。
- ⑥新卒者の受け持ち利用者のカンファレンスに単独で出席し、調整ができる。
 - ・ステーション内でスタッフにカンファレンス結果内容を記録報告する。
 - ・カンファレンスに出席した振り返りを指導者等で行う。

II. 実務研修

1. 病院研修

目的：基本的な看護技術の習得、身体状態の的確なアセスメント方法の習得、疾患の最新の知識および治療方法の習得、利用者個々に即した看護を行うための知識を得る。

在宅での医療と入院での医療の違いを学ぶと共に、患者の入院から退院までの病棟・外来看護師の関わり方を学ぶ。

退院に向けての指導、介護・福祉サービス利用への介入状況、地域との連携を知る。

- ①訪問看護の実践に必要な基本的な看護技術として設定した「新卒訪問看護師 看護技術チェック項目一覧」(資料7-1・7-2)を参考に病院において1年間のめやすで習得する。(資料7-1・7-2「新卒訪問看護師 看護技術チェック項目一覧」参照)
- ②看護技術・処置・ケア項目については前もって「看護技術チェック項目一覧」にて自己評価、訪問看護指導者評価が記入し、受け入れ施設に提出し、技術経験の参考にしてもらう。
- ③「病院研修計画書・報告書」日々の「病院研修振り返り報告書」を記入し研修先に提出、確認後は自ステーションで報告する。
(資料4「病院研修計画書・報告書」
資料5-3「実務研修振り返り報告書」参照)
- ④研修は30日を目安とし(他機関の研修が入ることもあるため)連続でも断続でも可とする。(資料6「病院研修プログラム」例参照)
- ⑤実習場所は一般病棟のみならず専門外来、特殊病棟、中央処置室、シミュレーションセンターなども経験できるよう計画する。
- ⑥必要時病院と訪問看護ステーションで研修派遣に係る協定書を結ぶ。
(資料8-1「新卒訪問看護師病院研修の受け入れについて」
資料8-2「研修派遣に係る協定書」参照)

2. 地域の連携機関研修

1) 勤務先以外の訪問看護ステーション

(訪問看護職員養成講習会・T-HOC等での実習)

目的：訪問看護の概要を理解するとともに自分が勤務しているステーションとは異なる特徴・機能について学ぶ。

- ①勤務先以外の訪問看護ステーションで自ステーションでは経験できない対象者の看護を学ぶ。
- ②受け持ち利用者の単独訪問を継続しながら1～2か所の訪問看護ステーションで研修を行う。(1か所につき2日～5日間)
- ③「訪問看護実習経験記録」「利用者別振り返りシート」または「訪問振り返りシート」を記入し研修先に提出、確認後は自ステーションで報告する。
(資料9「訪問看護実習経験記録」参照)

2) 病院(退院調整)・在宅療養支援診療所・介護保険施設等

目的：就職先の訪問看護ステーションと連携している病院や在宅療養支援診療所、介護保険施設等に研修に行き退院支援や地域連携の実際を学ぶ。

- ①「実務研修振り返り報告書」または「患者振り返りシート」を記入し研修先に

提出、確認後は自ステーションで報告する。

(資料5-1・5-3「実務研修振り返り報告書」「患者振り返りシート」参照)

3. 知識更新のための研修

目的：知識の更新のため必要に応じて厚生労働省「新人看護職員ガイドラインに沿った外部研修やeラーニング、講義、講習会、実習等で基礎的看護技術を習得する。

- 1) 訪問看護職員養成講習会（eラーニング含む）。
- 2) 新人看護職員研修（鳥取大学・県立中央病院・県立厚生病院等）
- 3) 在宅医療推進のための看護師育成プログラム
(T-HOCプログラムⅢコース)

4) 基礎看護技術研修

- ①シミュレータを使った実技指導、基本的な知識を確認後必要な技術について視聴覚教材を用いてイメージトレーニングを行う。
- ②イメージトレーニングを行ってからシミュレータ研修を行う
- ③シミュレータを用いて自己練習を繰り返し行う

各病院のシミュレータの状況

東部：県立中央病院

中部：県立厚生病院

西部：鳥取大学病院シミュレーションセンター

(資料10「シミュレーター一覧」参照)

【学習支援方法】

目的：新卒者が訪問看護師として業務を行いながら主体的に学習する姿勢を習得し生涯にわたって成長することを志向していけるよう学習支援を行うことを目標としている。

また訪問看護師として在宅療養者各々のケアシステムの一員として認められ看護専門職として自律的に活動し役割を遂行できるよう支援すること、さらに新卒者の成長を通じて施設全体の成長や発展に繋げることを目的とする。

目標：訪問看護ステーション利用者のケアの質を低下させることなく新卒看護師が自律的に訪問看護ステーションの一員として活動できる学習過程を効果的に支援する内容とし学習者の経験や背景、成長に応じて内容を検討し、学習支援できる。

I. 支援体制

訪問看護ステーション所長・管理者、訪問看護師（指導者）、看護協会、関連機関等が連携をとり新卒者を支援する。

（資料13「新卒訪問看護師育成に関する組織の役割」参照）

II. 支援の目標

1. 新卒者の学習背景および経験等を理解する。
2. 新卒者と課題を共有する。
3. 新卒者の理解度に合わせて説明する。
4. 新卒者の気づきを促し尊重する。
5. 新卒者の役割を徐々に拡大する。

III. 支援者の学習支援のポイント

1. 学習課題の焦点化。

優先順位を共に考え課題達成に向け支援する。

2. 新卒者等が気づいていない課題を気づくように促し問いかける。

目的意識や気づきを促し、やりがいや達成感を与えモチベーションを高める。

3. 「確実にできる」と評価する理由や根拠を共有化する。

到達度の評価は利用者から了解が得られることを基準とし客観的評価や根拠について話し合う。

4. 精神的・心理的な支援を行い不安やストレスの軽減を図る。

IV. ステーション内学習支援

目的：指導者・管理者が新卒者の状況を把握し新卒者が学習過程を振り返り課題を明確にする。

1. 支援内容

- 1) ケースを選択する。

①訪問対象者を把握する方法についての知識を確認する。

- 2) 訪問先の優先順位をつける。

①習得が必要な技術をリストアップし、訪問先の優先順位を判断する。

- 3) 訪問計画の立案

①情報を収集し支援の方向性を検討する。

②支援の目標と計画を立案する。

③支援に必要な社会資源の情報を収集する。

- 4) 訪問日時の決定

①追加情報を得て計画を修正した場合は報告を求め必要時助言する。

5) 事前準備

①訪問場所等について助言する。

6) 報告と記録

①看護記録・計画書・報告書・訪問看護サマリー等、記入方法を説明し、記録内容を確認、必要時助言する。

②訪問終了後に報告・相談が必要なことが理解できているか確認する。

また時には新卒者自身が「気づける」ように導き、声をかけて相談にのる。

2. 支援者の役割

1) 訪問看護ステーション所長・管理者によるエルダーシップ

①ステーション内職員へ新卒訪問看護師育成方針の周知と理解を得る。

②業務マニュアル、記録用紙を整備する。

③訪問事例の選定と同行訪問の計画に関することを支援者と共有する。

④新卒者に対して訪問看護ステーションの理念、概要についてオリエンテーションをする。

⑤学習課題の解決・進捗状況の把握とスケジュール調整、ステーション全体で共有する場を設定する。

⑥病院などの医療機関、他訪問看護ステーション等で習得する技術を整理し研修計画を立て調整、事前打ち合わせを行う。

⑦「振り返りカンファレンス」を実施する。

(4～5月は週1回、その後は月2回程度、2年目は1か月に1回程度)

⑧単独訪問に移行する時期が適切かどうかの判断を行う。

指導者・所長あるいは管理者が同行してもらい単独訪問が可能かを判断し実施する。(資料11「成長確認ツール 評価基準」参照)

2) さんさんナース(指導者)によるプリセプターシップ

全員で新卒者を育成するが、中でもコアとなって支援する訪問看護師を“さんさんナース”と呼称する。

①訪問などを通じてステーション業務を新卒看護師と共に行う。

②日々の振り返りに参加し所長・管理者と相談しながら新卒看護師へ指導する。

③利用者ごとの「手順書」作成を支援する。(資料2「手順書」参照)

④「成長確認ツール」を用いたふりかえり面接をする。(資料11「参加体験型研修により新卒訪問看護師になるための成長確認ツール」参照)

⑤「振り返りカンファレンス」を実施する

(4～5月は週1回、その後は月2回程度、2年目は1か月に1回程度)

- ⑥ 単独訪問後、指導者や先輩訪問看護師が同行訪問してフォローアップする。
- ⑦ 新卒者からの同行訪問依頼に応える。
- ⑧ 慣れてきた頃に、再度同行し、到達度を確認する。
- ⑨ 利用者の状態が変化した時に同行し、再アセスメントしケア・処置等が実施できているか確認をする。
- ⑩ スキルアップができているか確認する。

3) 先輩訪問看護師（指導者）

- ① 訪問などを通じてステーション業務を新卒看護師と共に行う。
- ② 日々の振り返りに参加し所長・管理者と相談しながら新卒者等看護師へ指導する。
- ③ 「振り返りカンファレンス」を実施する。

4) 医療施設・介護施設・教育機関等の関連機関

- ① 各施設の機能役割を説明する。
- ② 各施設との連携方法を説明する。
- ③ 必要時「振り返りカンファレンス」に参加する。
- ④ 受け持ち事例検討会→カンファレンス→勉強会→実践知の共同化。
- ⑤ 報告書を受け取り指導・助言を行う。

※ 鳥取県訪問看護支援センター（鳥取県看護協会）による支援

- ・ 勤務先以外の訪問看護ステーション実習のマッチング支援
- ・ 県内の看護師養成機関・医療機関への啓発普及と訪問看護師雇用促進
- ・ 必要時「振り返りカンファレンス」に参加

3. 振り返りカンファレンス・学習サポートカンファレンス・面接等の開催頻度

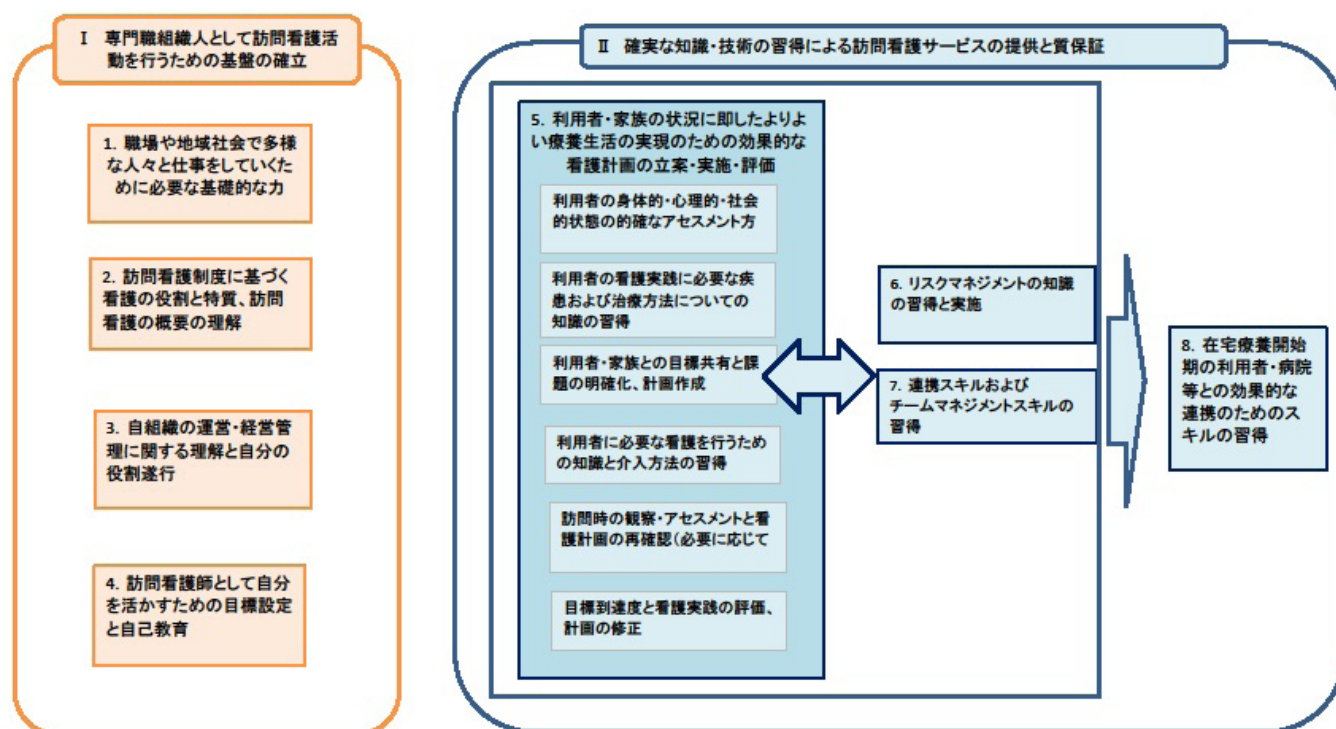
- ① 4～5月は週に1回、その後は月2回程度実施する
- 2年目は1か月に1回程度実施する。（資料1－1参照）
- ・ 学んだこと、困っていることなどについて話し合い、助言を受けて訪問看護の実践に活かせるようにする。

V. 参加体験型研修により自律的な新卒訪問看護師になるための「成長確認ツール」（資料1 1）

1. 枠組み（2領域）

- 「専門職組織人として訪問看護活動を行うための基礎の確立」について確認する。
- 「確実な知識・技術の習得による訪問看護サービスの提供と質保障」について確認する。

参加体験型研修により自律的な新卒訪問看護師になるための「成長確認ツール」の枠組み



2. 「参加体験型研修により新卒訪問看護師になるための成長確認ツール」

(資料 1 1 「参加体験型研修により新卒訪問看護師になるための成長確認ツール」 参照)

3. 成長を確認する時期は「Ⅰ 専門職組織人として訪問看護活動を行うための基盤の確立」は2か月に1回を目安とする。「Ⅱ 確実知識・技術の習得による訪問看護サービスの提供と質保障」は指導者と相談の上、決定する。

4. 指導者から面談を受けて指導者とともに成長を確認する。

(資料 1 2 「成長確認ツール 評価基準」 参照)

【参考資料】

1. 松永敏子他：新卒者訪問看護師育成プログラム、公益社団法人千葉県看護協会、2014
2. 森山節子他：平成27年度地域医療総合確保基金事業訪問看護師人材育成事業
新卒者等訪問看護師育成プログラム実施報告、公益社団法人徳島県看護協会・徳島県訪問看護支援センター、2016
3. きらきら訪問ナース研究会：訪問看護ステーションにおける新卒看護師採用及び教育のガイドブック策定事業報告書、きらきら訪問ナース研究会・一般社団法人全国訪問看護事業協会、2016



新卒訪問看護師等育成プログラムに関する資料一覧

- 資料1－1 「新卒訪問看護師育成プログラム年間計画」
- 資料1－2 「新卒訪問看護師育成プログラムパス」
- 資料1－3 「ラダー表」
- 資料2 「手順書」・「手順書記入例」
- 資料3 「関連図」
- 資料4 「病院研修計画書・報告書」
- 資料5－1 「利用者（患者）振り返りシート」
- 資料5－2 「訪問看護振り返りシート」
- 資料5－3 「実務研修振り返り報告書」
- 資料6 「新卒訪問看護師 病院 研修日日程表」参考
- 資料7－1 「看護技術チェック項目一覧」
- 資料7－2 「ケアチェックリスト」
- 資料8－1 「新卒訪問看護師病院研修の受け入れについて」参考
- 資料8－2 「研修派遣に係る協定書」参考
- 資料9 「訪問看護実習経験記録」・「訪問看護実習経験記録 記入例」
- 資料10 「シミュレーター一覧」
- 資料11 「参加体験型研修により新卒訪問看護師になるための成長確認ツール」
- 資料12 「成長確認ツール 評価基準」参考
- 資料13 「新卒訪問看護師育成に関する組織の役割」

鳥取県新卒等訪問看護師育成プログラム年間計画

【必須】

1年目													2年目																	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月						
訪問看護実践	同行訪問(4月～3月)																													
		単独訪問(6月～)																												
		単独訪問 1人／日				単独訪問1～3人／日				単独訪問4人／日				単独訪問4～5人(30分を含む)																
														24時間緊急対応				24時間緊急対応												
														スタッフと一緒に24時間緊急対応				単独24時間緊急対応												
実務研修			地域の連携機関研修(8月～11月)								地域の連携機関研修		他機関との連絡調整(同行)										他機関との連絡調整・退院前カンファレンス・共同指導・担当者会議(単独)							
							病院研修 勤務先以外の訪問看護ステーション				病院(退院調整)、在宅療養支援診療所、介護保険施設等																			

【必要時】

1年目													2年目											
看護協会や外部研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	鳥取県看護協会訪問看護職員養成講習会(5月～12月)												訪問看護専門分野研修 精神・認知症・がん 等 (鳥取県訪問看護支援センター)											
	新人看護職員研修(4月～12月)																							
													看護協会主催 各研修											
	在宅医療推進のための看護師育成プログラム T-HOCⅢコース(5月～3月)												看護研究会・看護学会											
	基礎看護技術研修(4月～2年間)																							

【評価・会議】

成長確認ツールによる 評価	「専門職組織人として訪問看護活動を行うための基礎の確立」						「専門職組織人として訪問看護活動を行うための基礎の確立」					
	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月	1回／2ヵ月
成長確認ツールによる 評価	「確実な知識・技術の習得による訪問看護サービスの提供と質保障」						「確実な知識・技術の習得による訪問看護サービスの提供と質保障」					
	指導者と相談し適宜行う						指導者と相談し適宜行う					
学習サポート カンファレンス 面接	4月～5月は週1回実施する。その後は2回/月程度実施する 学んだこと、困っていることなどについて話し合い新卒者は助言を受けて訪問看護の実践に移す						1回/月程度実施する 学んだこと、困っていることなどについて話し合い新卒者は助言を受けて訪問看護の実践に移す					
	1回／週	1回／週	2回／1ヶ月				1回／1か月					

新卒訪問看護師育成プログラム パス

	4月	5月	6月	7～10月	11～12月	1～3月	2年目	
研修	□各研修施設オリエンテーション □倫理 □感染管理 □創傷管理 □医療安全 □コミュニケーション □フィジカルアセスメント □急変時の対応 □個人情報 □災害時の対応 □社会資源 □連携							
	訪問看護職員養成講習会(訪問看護ステップ1)・T-HOCⅢコース							
	基礎看護技術研修(研修施設／ステーション)			医療施設での研修	実務研修			
	バイタルサインの観察・解釈、 、与薬の技術、採血・点滴注射・血糖測定、 フィジカルアセスメント、コミュニケーション技術、導尿、バルーンカテーテル交換、浣腸 等				(勤務先以外の訪問看護ステーション・老健施設等)			
基本的な 進行	同行訪問							
	ステーション・訪問看護に慣れ「単独訪問」へと独り立ちするまでのステップ		受け持ち利用者への単独訪問を 1名／日	受け持ち利用者への単独訪問を 1名から3名に増やすステップ	受け持ち利用者への単独訪問を 4名に増やすステップ	受け持ち利用者への単独訪問を 4名／スタッフと一緒に緊急対応		
	見本同行～伴走型訪問へ(2人～3人／日)		単独訪問1名／日	単独訪問1～3名／日	単独訪問2～3名／日	単独訪問3～4名／日		
	見本同行訪問(1～2人／日)	* 継続訪問の繰り返しから、伴走型同行訪問へ * 習得が必要な技術や処置のある利用者の同行訪問をする。 * 振り返りカンファレンス ①看護技術・処置・業務・ケアチェックリスト ②振り返り記録 ③受け持ち利用者の手順書・間連図 ④習得が必要な基礎看護技術を繰り返し練習する		* 継続訪問を繰り返しながら時差型同行訪問へ 移行 * 対象者を絞った単独訪問の開始		* 対象事例のバリエーションを広げた単独訪問の開始		
	シュミレーション教育の計画と実施			シュミレーション教育の計画と実施により技術の習熟度を高める				
到達 目標	* ステーションの環境に慣れ、1日、1週間の流れを把握し、訪問の準備ができる * 専門職業人としての必要な基本姿勢や態度を理解することができる * 様々な利用者の同行訪問を通して、先輩看護師の看護実践を知ることができる * 利用者とその家族の尊厳を重視した情報の取り扱いについて理解することができる * 感染対策・医療事故等の安全の確保への留意点が理解できる			* 同行した看護師に助言をもらい、受け持ち利用者の疾患や 提供されているケアについて理解し、単独訪問できる * 受け持ち利用者の看護計画が立案できる * 受け持ち訪問看護報告書を記載できる * 受け持ち利用者以外のケアを通して、訪問看護に必要な 複数の医療処置や技術を習得することができる * 訪問看護ステーションの一員としての自覚を持ち行動できる		* 受け持ち利用者の定期訪問のルーチンケアを一人で行うことができる * 受け持ち利用者および家族の尊厳を重視した説明や関わりができる * 受け持ち利用者の状態で看護計画を修正できる		
	フィジカルアセスメントの土台となる疾患、治療の理解を深め、実施できる 在宅看護に最低限必要な看護技術を身につける							
			*単独訪問準備として数名の利用者の継続訪問を実施し、利用者それぞれの全体像を把握する *訪問先・訪問予定を確認して、必要な情報をもとにその日の援助計画を立てる。 *継続訪問を実施している利用者のケアに実際に加わり、その人にあった援助援助ができる *訪問後、その日のケアについて評価し、プリセプター看護師等に報告相談できる。また評価・意見を受ける					
			*自己学習、助言を得て療養者に適切なケアを考え実施することができる *個性に合わせたアセスメントを行い、看護問題を明確にし、計画立案・実施・評価・報告ができる *自分の行った訪問看護に対し、他者からの評価・意見を得て計画を修正する *受け持ち利用者・家族の意向確認ができる *受け持ち利用者・家族との関係性が構築できる		*複数名の受け持ち利用者の単独訪問できる *受け持ちの利用者の状態の予測ができる *他職種との連携、地域との連携について理解できる		*受け持ち利用者の問題と解決策について検討することができる *訪問看護師としての判断を的確に説明できる *受け持ち利用者の状態が予測でき、予防的や緊急時の対応が説明できる *他職種との連携、地域との連携について理解できる *他職種の意向を確認して尊重、良好な関係を作ることができる	

ラ ダ ー 表

* 具体的な実践例は各ステーションで置き換える

レベル		I	II	III
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	利用者・家族に合う個別的な看護を実践する
ニーズをとらえる力	【レベル毎の目標】	助言を得て利用者・家族や状況(場)のニーズをとらえる	利用者・家族や状況(場)のニーズを自らとらえる	利用者・家族の状況や(場)の特性をふまえたニーズをとらえる
	【行動目標】	☐ 助言を受けながら利用者・家族に必要な身体的、精神的、社会的スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる。 ☐ 利用者・家族かの状況から緊急度をとらえることができる。	☐ 自立して利用者・家族に必要な身体的、精神的、社会的スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる。 ☐ 得られた情報をもとに、利用者・家族の全体像として課題をとらえることができる。	☐ 利用者・家族に必要な身体的、精神的、社会的スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる。 ☐ 得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる。
	実践例	☐ 訪問看護に必要な情報収集とアセスメントの考え方を理解する。 ☐ 助言を受けながら、受け持ち利用者の身体的、精神的、社会的スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる。利用者の家においてケアを提供するため、特に地域性、家族構成、環境等の情報収集を含む。 ☐ 利用者の状況から医療的な緊急度をとらえ、ケアする必要性に気づく。	☐ 自立して、利用者や家族(または利用者の取り巻く人々)、他職種から情報収集ができる。 ☐ 生活という視点で情報収集ができ、現時点だけでなく、過去の生活歴に目を向けた情報収集ができる。 ☐ 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・評価が自立してできる。 ☐ 利用者の状態・状況から、自らが対応できるかを判断することができる。	☐ 個別性を踏まえ、利用者の自宅での過ごし方、介護者の介護方法、利用者のもつ力としてADLだけではなく社会資源なども含み情報収集ができる。利用者や家族(またはその取り巻く人々)、介護職等から生活の場面における情報を得る。 ☐ 情報収集においては、利用者・家族(またはそれを取り巻く人々・他職種間での情報の認識のずれの有無を確かめることができる。 ☐ 訪問は訪問時間が限られるため、情報収集のために、訪問の場で機能評価を実践したり、利用者やその家族(または利用者を取り巻く人々)に写真や文字による記録を依頼するなどの工夫をする手段を1つでも考えられる。情報収集の手段について、利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)にとっての負担の程度を考えることができる。 ☐ 身体状態だけではなく、生活行動の変化に気づく。たとえば、痰や尿の性状の変化等の身体状態の変化だけでなく、入浴することが億劫になってきた、行動範囲が狭くなってきた、車の運転をしなくなったなどの生活行動の変化に気づける。
ケアする力	【レベル毎の目標】	助言を得ながら、安全な看護を実践する。	利用者・家族や状況(場)に応じた看護を実践する。	利用者・家族の状況や(場)の特性をふまえた看護を実践する。
	【行動目標】	☐ 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実践できる。 ☐ 指導を受けながら、利用者・家族に基本的援助ができる。 ☐ 看護手順やガイドラインに沿って、基本的技術を用いて看護援助ができる。	☐ 利用者・家族の個性性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践できる。 ☐ 利用者・家族に対してケアを実施する際に必要な情報を得ることができる。 利用者・家族の状況に応じた援助ができる。	☐ 利用者・家族の個性性に合わせて適切なケアを実践できる。 ☐ 利用者・家族の顕在的・潜在的ニーズを察知しケアの方法に工夫できる。 ☐ 利用者・家族の個性性をとらえ、看護実践に反映できる。
	実践例	☐ 在宅における看護手順やガイドラインに沿ったケアを実施する。 ☐ 病院や施設と異なり、医療廃棄物専用スペースはない中で、必要な感染対策について理解と実施ができる。 ☐ 利用者の家においてケアを提供を意識した基本的な配慮ができる。 ☐ 受け持ちの利用者に対するケア方法を知り、指導を受けながら実施できる。	☐ 利用者の病状や状況の変化に応じたケアや対応ができる。 複数の医療処置や技術を自立して実践できる。 ☐ 比較的重症でない利用者や状態の安定している利用者について、ケアプランの中の定められた時間の中で、必要なケアを実施できる。 ☐ 想定より利用者の状態が重症であったり、自らが対応することが困難であると判断した場合に、事業所等に連絡相談して指示をうけることができる。	☐ 利用者の個性性に合わせて、物、時間、体制の3つを工夫できる。限られた物と限られた時間での効率的なケア、体制の組み方の工夫が考えられる。 ☐ 利用者の経済状況を理解した上で、可能な限り利用者が所有する物品でのケアを確実に行う。ケアの方法や、物品の選択・提案においてニーズに合わせて工夫できる。 ☐ 利用者の家においてケアを提供することについて配慮したケアを実践することができる。たとえば、ケアで使用したタオルの洗濯やゴミの処理について配慮ができる。 ☐ 比較的重症な利用者について、ケアプランの中の定められた時間の中で、必要なケアを実践できる。また、さらに適切なケアプランへの提案ができる。 ☐ 利用者に病状の変化や問題等が生じた場合、臨機応変に対応できる。

公益社団法人 日本看護協会クリニカルラダー参照

レベル		I	II	III
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	利用者・家族に合う個別的な看護を実践する
協働する力	【レベル毎の目標】	□関係者と情報共有ができる。	看護の展開に必要な看護計画を特定し、情報交換ができる。	利用者・家族やその関係者、多職種と連携ができる。
	【行動目標】	□助言を受けながら利用者・家族を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる。 □助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる。 □助言を受けながらケアに必要として判断した情報を関係者から収集することができる。 □連絡・報告・相談ができる。	□利用者・家族を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解したうえで、それぞれと積極的に情報交換できる。 □関係者と密にコミュニケーションをとることができる。 □看護の展開に必要な関係者を特定できる。 □積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる。	□利用者・家族の個別的なニーズに対応するために、その関係者と協力し合いながら多職種連携を進めていくことができる。 □利用者・家族とケアについてと意見交換できる。 □積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる。
	実践例	□多施設多職種の役割が理解できる。連携する多職種は医師、看護師（ステーション内、他ステーション）ケアマネジャー、訪問入浴のスタッフ、訪問リハビリのスタッフ、病院（医師、看護師、MSW）保健師、薬剤師、民生委員、難病支援センター、医療機器事業所、消防局、電力会社等などである。 □訪問看護に必要な制度（医療保険・介護保険）等の仕組みについて理解して、利用者の保険や費用の状況を知る。 □訪問看護ステーションの一員であることを理解し、利用者へのケアを責任もって行う。他の看護師に連絡・報告・相談ができる。 □主治医やその他の職種への連絡・報告・相談の方法を理解し実践できる。 □利用者の医療介護福祉の情報を把握し、助言を受けながら主治医や多職種との連携を実践できる。 □事業所内カンファレンスに参加し、発言することで、自らもつ情報を提供して関係者と共有する。	□医療職以外にも伝わるような丁寧な説明を行うことができる。在宅においては、家族（または利用者を取り巻く人々）をはじめ、福祉・介護職と話す場が多く、相手に合わせた説明をすることで、認識のずれを予防することができる。 □利用者に関わる医師及び多職種と自立して連携できる。 □主治医に対し、短い時間で的確に相談できる。 □助言を受けながら、受け持ち利用者の急な病状の変化に対するサービス調整などの体制づくりができる。 □調整会議に参加し、情報共有ができる。 □事業所内カンファレンスに参加し、積極的に発言することで、必要な情報を関係者と共有する。	□他職種の役割を理解した上で、利用者にとって必要な職種に気づき、協力を求めることができる。利用者と家族（または利用者を取り巻く人々）の現在ある状況をとらえ多職種に伝えられる。 □自立して、状態の安定している慢性疾患の利用者についてのサービス調整などの体制づくりをする。 □調整会議に参加し、積極的に発言することで、必要な情報を関係者と共有する。 □事業所内カンファレンスにおいて、定期的なカンファレンスだけでなく、必要なタイミングを見極めてカンファレンスを開催する。
意思決定を支える力	【レベル毎の目標】	利用者・家族や周囲の人々の意向を知る。	利用者・家族や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる。	利用者・家族の状況や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる。
	【行動目標】	□助言を受けながら利用者・家族や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる。	□利用者・家族や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる。 □確認した思いや考え、希望をケアに関連づけることができる。	□利用者・家族の状況や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる。 □利用者・家族の状況や周囲の人々の意向の違いが理解できる。 □利用者・家族の状況や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる。
	実践例	□助言を受けながら、利用者や家族（または利用者を取り巻く人々）との言葉から、思いや考え、希望を確認できる。	□利用者や家族（または利用者を取り巻く人々）の意思に対し、その意思に対し、その意思を支え続けられる体制・環境になっているかを考えることができる。 □利用者や家族（または利用者を取り巻く人々）の言葉だけでなく、歴史や日々の生活にも目を向け、思いや考え、希望を意図的に確認することができる。 □コミュニケーションの中から利用者と家族（または利用者を取り巻く人々）の思いや希望等を傾聴し、共感的に受け止めることができる。 □利用者や家族（または利用者を取り巻く人々）のケアやサービスに対する希望等をくみ取り、次の訪問時のケアに活かすことができる。	□利用者の療養の場の選択、看取り、1つ1つの治療の選択において、利用者や家族（または利用者を取り巻く人々）の気持ちに寄り添うことができる。 □利用者や家族（または利用者を取り巻く人々）がもつ複数の価値観や思いをくみ取り、寄り添うことができる。 □意思決定場面において、利用者や家族（または利用者を取り巻く人々）の希望やイメージを含めてくみ取ることができる。たとえば治療選択の場面において、治療の希望やその治療に対して抱いているイメージを含めてくみ取る。 □意思決定場面において、利用者と家族（または利用者を取り巻く人々）が意思決定に関して、必要な情報を理解できるように説明する。たとえば、治療選択の場面において、本人や家族それぞれに対し、選択肢となる治療そのものについて理解できるための説明をする。

公益社団法人 日本看護協会クリニカルラダー 参照



手 順 書

月 日 () 利用者名

記載者氏名

時間	ケアの方法(根拠・留意点)	使用物品
0分 ↓ 	訪室	ステーションから持っていくもの
	退室	

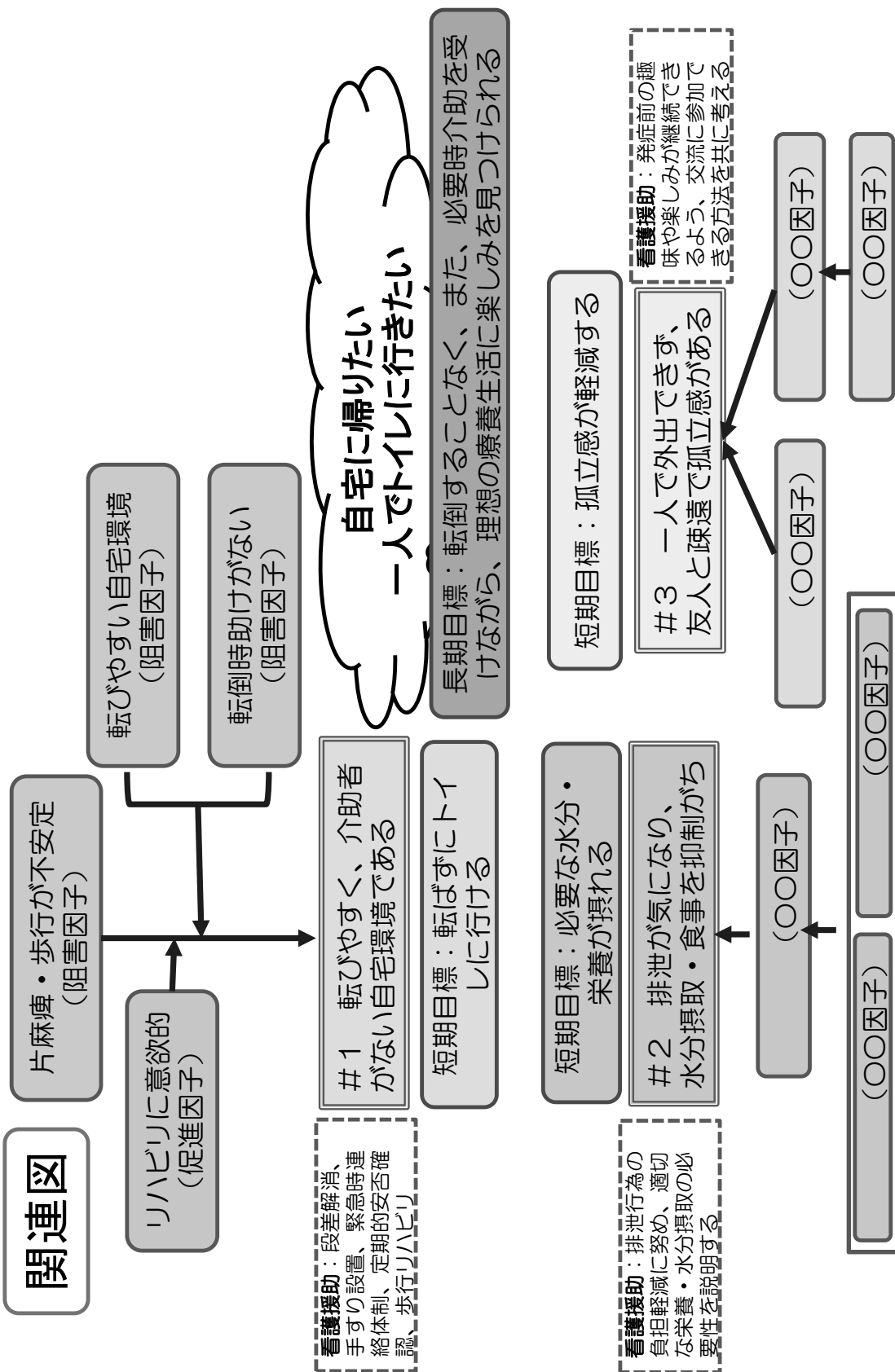
手順書（記入例）

月 日（ ）利用者名 **記入例**

記載者氏名

時間	ケアの方法(根拠・留意点)	使用物品
0分	訪室	ステーションから持っていくもの ティスポ手袋
7分	バイタル測定(BT/P/BP/SP02)・観察・室温管理・DCノート 排便確認後ポルタレン挿肛	
15分	給湯(給湯器の温度設定確認) ペットボトル・バケツ・洗面器 ベッドアップ(作業しやすい高さ)ギャジアップ(○度ぐらい)枕元の調整(物品の排除) 口腔ケア(口内炎などの確認)・顔面清拭 フラットに戻す	着替え・紙おむつ(尿パット)・タオル(上用・下用)・塗布薬・新聞紙・落とし紙・給湯スイッチ・バケツ・ペットボトル・マウスケア用(カフ・ハミング)紙こよい ハミング・カフ
30分	全身清拭(陰部以外下肢まで) 両上肢・腋窩 ROM確認しながら 胃瘻部観察処置 背部 両下肢・足趾	
40分	便処置(左側臥位) (便は落とし紙の上に落とす。紙おむつに付着させない) 陰部洗浄	
45分	褥創処置(〇〇軟膏塗布)・おむつ(尿とりパット)装着	
50分	片づけ・手洗い・給湯スイッチoff	
60分	衣類・シーツの奇れの確認 クッションの確認・エアマットの確認 バイタル測定(BT/P/BP/SP02)・観察・注入物品の確認(挿入部トラフルは?)介護者の健康管理(バイタル/内服・受診状況)室温管理(エアコン設定)・記録	
	退室	

関連図



引用文献：正野逸子、本田彰子(2014)関連図で理解する在宅看護過程,p19-29.メディカルフレンド社

病院研修計画書・報告書

研修先 A 病院

研修期間

/

～

/

氏名

【研修目標】

具体的に書く。

研修内容

項目	計画	見学日	実施日	備考欄
1. 導尿	○月までに男性の導尿を実施する			
2. 膀胱留置カテーテルの挿入	△までに女性の場合を見学し、◇までに実施する			
3. 吸引(口腔内、鼻腔内、気管内)				
4. 人工呼吸器の管理				
5. 経口薬、外用薬、直腸内与薬				
6. 皮下注射、筋肉注射、皮内注射				
7. 静脈内注射、点滴静脈内注射				
8. 中心静脈内注射の準備・介助・管理				
9. 輸液ポンプ・シリンジポンプの準備と管理				
10. 輸血の準備、輸血中と輸血後の観察				
11. 抗菌薬、抗ウイルス薬等の用法の理解と副作用の観察				

利用者(患者)振り返りシート

		氏名	
訪問タイプ	同行(同伴者)・単独 訪問看護・病院	訪問日	年 月 日 (時 分～ 時 分)
利用者		既往形態	独居・同居()
年齢		性別	男・女
主たる疾患		保険区分	医療保険・介護保険
		要介護度	要支援()・要介護()
訪問看護が必要となった理由・目的			
利用者の状態(ヘルスアセスメント)			
看護問題			
実施内容(問題点を整理しながら#1、#2と問題点ごとに記載するとわかりやすい)			
気づき・学び			
自己の学習課題			
指導者のコメント			

訪問看護振り返りシート

氏名 _____

年 月 日 () 訪問先	年 月 日 () 訪問先
訪問内容	訪問内容
学んだこと	学んだこと
学習者としての自己課題	学習者としての自己課題
指導者のコメント	指導者のコメント

実務研修振り返り報告書

研修先 _____

氏名 _____

No. _____

月 日 () 研修場所	月 日 () 研修場所
研修内容	研修内容
学んだこと	学んだこと
学習者としての自己課題	学習者としての自己課題
指導者のコメント	指導者のコメント

新卒訪問看護師 病院 研修日程表（参考）

9月			10月			11月		
日	曜日	研修場所	日	曜日	研修場所	日	曜日	研修場所
1	木	T-HOC	1	土		1	火	NICU
2	金	病院オリエンテーション	2	日		2	水	
3	土		3	月	T-HOC	3	木	
4	日		4	火	〇〇町地域包括	4	金	自施設ST
5	月	5西	5	水	7西	5	土	
6	火	T-HOC	6	木		6	日	
7	水	5西	7	金		7	月	T-HOC
8	木		8	土		8	火	訪問看護養成講習会
9	金		9	日		9	水	ハイケアセンター
10	土		10	月		10	木	
11	日		11	火	7西	11	金	
12	月	T-HOC	12	水	訪問看護養成講習会	12	土	
13	火	5西	13	木	T-HOC	13	日	
14	水	T-HOC	14	金	7西	14	月	T-HOC
15	木	外来指導	15	土		15	火	リハビリ(ST)
16	金	訪問看護養成講習会	16	日		16	水	フットケア
17	土		17	月	7西 (夜勤) (夜勤明け)	17	木	リハビリ(PT・OT)
18	日		18	火		18	金	自施設ST
19	月		19	水		19	土	
20	火	7西	20	木		20	日	
21	水		21	金		21	月	T-HOC
22	木		22	土		22	火	ストーマ外来
23	金		23	日		23	水	
24	土		24	月	訪問看護養成講習会	24	木	T-HOC
25	日		25	火	小児科外来	25	金	自施設ST
26	月	T-HOC	26	水	6東	26	土	
27	火	T-HOC	27	木		27	日	
28	水	T-HOC	28	金	小児科外来	28	月	中央処置室
29	木	7西	29	土		29	火	
30	金		30	日		30	水	訪問看護養成講習会
			31	月	6東			

新卒訪問看護師 看護技術チェック項目一覧

氏名

(訪問看護ステーション)

I. できる

II. 指導のもとでできる

III. 演習でできる IV. 知識としてわかる

技術項目	自己評価		指導NS評価	
	4月末	7月末	7月末	備考
1 環境調整(温度・湿度・採光・換気・臭気・騒音)	I	I	I	
2 ベッドメイキング	I	I	I	
3 排尿・排便介助	II	II	II	
4 浣腸	II	II	II	
5 歩行介助・移動介助・移送	I	I	I	
6 清拭	I	I	I	
7 洗髪	II	II	II	
8 口腔ケア	III	III	II	
9 入浴介助	II	II	II	
10 部分浴・陰部ケア・オムツ交換	II	II	II	
11 寝衣交換など衣生活支援・整容	I	I	II	拘縮強度 II
12 酸素吸入	III	III	III	
13 吸引(気管内・口腔内・鼻腔内)	II	II	II	
14 ネブライザーの実施	II	II	II	
15 体温調整	I	I	I	
16 経口薬予約・外用薬・直腸内与薬	II	II	II	
17 皮下注射・筋肉内注射・皮内注射	III	III	II	点滴皮下注 II
18 意識レベルの注射	I	I	I	
19 チームメンバーへの応援要請	II	II	II	
20 バイタルサイン(呼吸・脈拍・体温・血圧)の観察と解析	I	I	I	
21 身体計測	I	I	I	
22 静脈採血と検体の取扱い	III	III	III	
23 採尿・尿検査の方法と検体の取り扱い	II	II	II	
24 血糖測定と検体の取扱い	I	I	I	
25 パルスオキシメーターによる測定	I	I	I	
26 スタンダードプリコーション標準予防策の実施	I	I	I	
27 必要な防護用具(手袋・ゴーグル・ガウン等)の選択	I	I	I	
28 無菌操作の実施	II	II	II	
29 医療廃棄物規程に沿った適切な取り扱い	I	I	I	
30 針刺し事故防止と事故後の対応	I	I	I	
31 洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	I	I	I	
32 誤認防止の手順に沿った与薬	II	II	II	
33 患者誤認防止策の実施	II	II	II	
34 食生活支援	II	II	II	
35 食事介助	II	II	II	
36 経管栄養法	III	III	III	
37 膀胱内留置カテーテルの挿入と管理	III	III	III	挿入 III 管理 II
38 摘便	II	II	II	
39 導尿	III	III	III	
40 体位変換	I	I	I	
41 関節可動域訓練・廃用性症候群予防	III	III	II	
42 入眠・睡眠への援助	II	II	II	
43 体動・移動に注意が必要な患者への援助	III	III	III	

44:体位ドレナージ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
45:創傷処置	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
46:包帯法	Ⅲ	Ⅱ	Ⅱ
47:褥瘡予防・褥瘡処置	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
48:静脈内注射・点滴静脈内注射	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
49:中心静脈内注射の準備・介助・管理	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
50:輸液ポンプの準備と管理	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
51:輸血の準備・輸血中と輸血後の観察	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
52:抗生物質の用法と副作用の観察	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
53:インシュリン製剤の種類・用法・副作用の観察	Ⅱ	Ⅱ	Ⅰ
54:麻薬の主症状・副作用の観察	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
55:薬剤の管理(毒薬・劇薬・麻薬・血液製剤を含む)	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
56:止血	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
57:安楽な体位の保持	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
58:褥法等の身体安楽促進ケア	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ
59:リラクゼーション	Ⅲ	Ⅲ	Ⅱ
60:精神的安寧を保つための看護ケア	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
61:転倒転落防止策の実施	Ⅱ	Ⅱ	Ⅱ
62:薬剤・放射線暴露防止策の実施	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
63:心電図モニター・十二誘導心電図の装着、管理	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
64:気道確保	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
65:人工呼吸	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
66:閉鎖式心臓マッサージ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
67:気管挿管の準備と介助	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
68:人工呼吸器の管理	Ⅳ	Ⅲ	Ⅲ
69:動脈血採血の準備と検体の取扱い	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ
70:			
71:			
72:			
73:			
74:			
75:			
76:			
77:			
78:			
79:			
80:			

Ⅰ. できる

Ⅱ. 指導のもとでできる

Ⅲ. 演習でできる Ⅳ. 知識としてわかる

清拭 チェックリスト

氏名()

◎:一人でできる

○:支援があればできる

確認項目	実施日	()	実施日	()	実施日	()
	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価
①清拭が可能か患者の全身状態の判断ができる						
②清拭の目的が述べることができる						
③必要物品が準備できる						
④患者に清拭することを説明できる						
⑤環境を整えることができる						
⑥露出部分を最小限にして清拭できる						
⑦麻痺や点滴のある患者などの清拭を行うことができる						
⑧使用した物品の後始末ができる						
コメント(今後へのアドバイス)						

洗髪

チェックリスト

◎:一人でできる

○:支援があればできる

確認項目	実施日	()	実施日	()	実施日	()
	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価
①患者にあった方法の洗髪方法が選択できる						
②洗髪が可能か、患者の全身状態の観察ができる						
③洗髪を目的を述べることができる						
④必要物品が準備できる						
⑤患者への説明ができる						
⑥環境を整えることができる						
⑦洗髪車を使用した洗髪ができる						
⑧ケリーパットをしようした洗髪ができる						
⑨使用した物品の後片付ができる						
コメント(今後へのアドバイス)						

排尿・排便の援助 チェックリスト						
氏名()						
◎:一人で行える ○:支援があればできる						
確認項目	実施日	()	実施日	()	実施日	()
	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価
①排泄介助が必要な患者がわかる						
②患者の状態に応じた排泄方法がわかる						
③患者の状態に応じた必要物品の準備ができる						
④安全・安楽に排泄の援助ができる						
⑤プライバシーに配慮することができる						
⑥排泄物の性状・量が観察できる						
⑦適切に排泄物の処理ができる						
⑧後始末ができる						
コメント(今後へのアドバイス)						

浣腸 チェックリスト						
◎:一人で行える ○:支援があればできる						
確認項目	実施日	()	実施日	()	実施日	()
	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価
①浣腸が必要な患者がわかる						
②必要物品を準備することができる						
③患者への説明ができる						
④浣腸施行時の注意事項がわかる						
⑤適切な体位が取れる						
⑥カテーテルの挿入の長さがわかる						
⑦浣腸施行前後の患者の状態が観察できる						
⑧患者の状態に応じた排泄の援助ができる						
⑨便の性状・量を観察することができる						
⑩後始末ができる						
コメント(今後へのアドバイス)						

平成 年 月 日

新卒訪問看護師病院研修の受け入れについて

1. 研修目的

- 1)
- 2)

2. 研修方法

- 1) 研修日時・研修部署
- 2) 研修者名及び処遇
- 3) 病棟研修についての取り決め
- 4) 外来・その他の部署についての取り決め

3. 研修のすすめ方

1) 病棟

病棟名

研修時間

夜勤研修の有無

新人研修の参加

実践内容

・
・

2) 外来

外来名

研修時間

実践内容

・
・

4. 使用する教材

〇〇法人 訪問看護ステーション職員の
鳥取〇〇病院への研修派遣に係る協定書

〇〇法人 訪問看護ステーション（以下「甲」という。）と鳥取〇〇病院（以下「乙」という。）とは、甲の看護師を乙に研修派遣することについて、次のとおり協定を締結する。

（目的）

第1条 この協定は、職員を研修派遣することにより、職員の資質向上と医療業務の一層の充実を図ることを目的とする。

（研修員）

第2条 甲は、次に掲げる職員を乙に研修派遣するものとする。

派 遣 元（甲）	氏 名	派 遣 先（乙）
〇〇法人 訪問看護ステーション		鳥取〇〇病院
	〇〇 〇〇	

（研修内容）

第3条 派遣先が派遣された研修員に対して行う研修は「患者への療養の世話及び診療の補助に関すること」とする。

2 甲は乙に対し研修費用に対し、日額 0、000 円を支払うとする。

（指揮命令及び安全配慮）

第4条 乙は、派遣期間中、研修員への指揮命令を行うものとし、研修員は、乙の指揮命令に基づき、乙の業務に従事するものとする。

2 乙は、派遣期間中、研修員の業務につき安全配慮義務を有するものとする。

（派遣期間及び派遣日）

第5条 派遣の期間は、平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日までとし、派遣日は甲及び乙が双方協議の上予め決定した日とする。ただし、甲及び乙は、必要と認めるときは、双方協議の上、その期間及び派遣日を変更することができるものとする。

（身分及び任命）

第6条 派遣する甲の職員を受け入れる乙は、その職員を乙の職員に併任することとし、乙は甲に任命事項を通知するものとする。この場合において、派遣日には乙の職員の身分を併せ有するものとする。

（給与）

第7条 派遣する甲の職員の給料及び手当は、甲がその関係規定に基づき支給するものとする。

(旅費)

第8条 派遣する甲の職員について、甲の用務に係る旅費は、甲がその関係規定に基づき支給するものとし、乙の用務に係る旅費は、乙がその関係規定に基づき支給するものとする。

(服務等)

第9条 派遣する甲の職員の勤務時間については、乙の関係規定を適用するものとする。

2 派遣する甲の職員の休暇及び休日等の取扱いについては、甲の関係規定を適用するものとする。

(分限及び懲戒)

第10条 派遣する甲の職員について、分限又は懲戒の処分を必要とする事由が生じた場合は、その都度甲乙協議するものとする。

(厚生制度)

第11条 派遣する甲の職員に係る厚生制度については、甲において行うものとする。

(社会保険等)

第12条 派遣する甲の職員に係る健康保険、厚生年金保険及び雇用保険（以下「社会保険等」という。）については、甲における被用者保険資格を継続する。社会保険等のうち事業主負担分の支払いは甲が行う。

2 研修員の賃金に係る所得税及び社会保険等の被保険者負担分の徴収は、甲が行う。

3 派遣期間中の研修員の労災保険については、甲において加入し、保険料の支払いは甲が行う。

(労働災害の補償等)

第13条 派遣する甲の職員の労働災害の補償等は、その手続は、乙の協力のもと甲が行うものとする。

(医療事故等)

第14条 派遣の期間中に派遣する甲の職員の医療行為に関して事故が発生した場合は、乙がその責を負うものとする。ただし、甲の職員が故意、又は重大な過失によって事故が発生した場合は、甲がその責を負うものとする。

2 派遣する甲の職員に起因して、乙における施設、第三者、入所者及び職員等に損害を与えた場合の賠償責任は、すべて甲が負うものとする。

(出勤状況等の報告)

第15条 乙は、原則として毎月5日までに、前月の研修員の勤務状況を（別記様式）により、甲に報告するものとする。

(その他)

第16条 法令及びこの協定書に定めるもののほか必要な事項は、甲乙協議して定めるものとする。

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通を保有するものとする。

平成 年 月 日

甲 鳥取市

〇〇法人〇〇訪問看護ステーション
所長 〇〇 〇〇

乙 鳥取県〇〇市〇〇町〇〇番地

鳥取〇〇病院
院長 〇〇 〇〇

訪問看護実習経験記録

	実習打ち合わせ	備考	実習1日目		実習2日目		実習3日目		実習4日目		実習5日目	
			予定	実施	予定	実施	予定	実施	予定	実施	予定	実施
主な 疾患	1. 脳血管系疾患											
	2. 呼吸器系疾患											
	3. 循環器系疾患											
	4. 糖尿病など内分泌系疾患											
	5. 悪性新生物											
	6. 難病											
	7. 認知症											
日常 生活ケ ア												
	1. 情報提供(指導・助言)											
	2. 清潔ケア											
	3. 排泄ケア											
医療 的管 理	4. リハビリ・マッサージ											
	1. 褥創管理											
	2. 経管栄養											
	3. 膀胱留置カテーテル管理											
	4. 吸引											
	5. 気管切開・人工呼吸器管理											
	6. ストーマ管理											
	7. 在宅酸素療法											
	8. 注射・点滴											
	9. 服薬管理											

訪問看護実習経験記録（記入例）

	実習打ち合わせ	備考	実習1日目		実習2日目		実習3日目		実習4日目		実習5日目	
			予定	実施	予定	実施	予定	実施	予定	実施	予定	実施
主な 疾患	1. 脳血管系疾患											
	2. 呼吸器系疾患		Aさん	Aさん								
	3. 循環器系疾患											
	4. 糖尿病など内分泌系疾患		Bさん	Bさん								
	5. 悪性新生物											
	6. 難病	○	Cさん	Cさん								
	7. 認知症	○										
日常 生活ケ ア	1. 情報提供(指導・助言)											
	2. 清潔ケア		Bさん	Bさん								
	3. 排泄ケア		Cさん	Cさん								
	4. リハビリ・マッサージ		Cさん	Cさん								
医療 的管 理												
	1. 褥創管理											
	2. 経管栄養											
	3. 膀胱留置カテーテル管理											
	4. 吸引											
	5. 気管切開・人工呼吸器管理	○		Cさん								
	6. ストーマ管理											
	7. 在宅酸素療法	○	Aさん	A・Cさん								
	8. 注射・点滴											
	9. 服薬管理	○										

あらかじめどのような
利用者さんの実習を
行いたいかが記載する。

— 36 —

参加体験型研修により 自律的な新卒訪問看護師になるための 成長確認ツール

このツールは、あなたが利用者とその家族から信頼され必要とされる訪問看護師として成長することを願って作成されました。

このツールは、“できないこと”に目を向けるものではありません。
“できる”ようになったことを確認し、あなたが次への課題を見出すためのツールです。
成長確認ツールは2つの領域に分かれています。

I 専門職組織人として訪問看護活動を行うための基盤の確立

社会人としての基礎的な力、訪問看護制度の理解、組織運営と役割遂行、生涯学び続ける自己教育力の獲得について、あなたの成長の過程を確認しましょう。

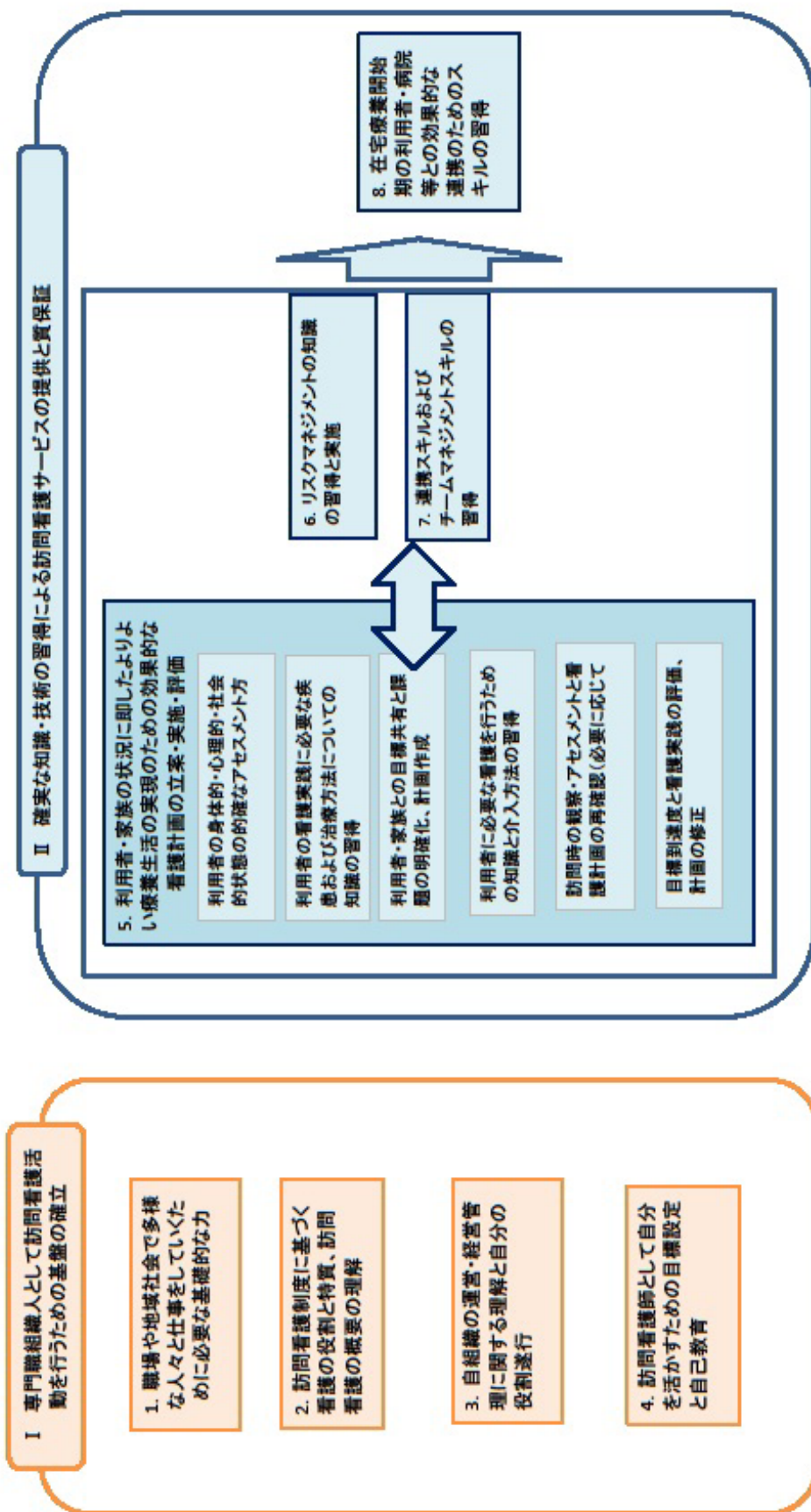
II 確実な知識・技術の習得による訪問看護サービスの提供と質保証

利用者とその家族の方々への訪問看護の実践から得た学びをもとに、訪問看護師として必要な実践能力の獲得について、あなたの成長の過程を確認しましょう。

あなたが目標とする“訪問看護師”に向かって一步一步前に進んでいきましょう。

平成28年10月

参加体験型研修により自律的な新卒訪問看護師になるための「成長確認ツール」の枠組み



参加体験型研修により新卒訪問看護師になるための成長確認ツール

I 【専門職組織人として訪問看護活動を行うための基盤の確立】 2か月に1回指導者とともに成長を確認する。

基準 A: 確実にできる(90%以上)
B: 助言があればできる(70～80%程度)
C: 繰り返し助言が必要(50～60%程度)
D: 未経験

学習課題		視点		下位項目		確認日			
1. 職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基盤的な力	1 前に踏み出す力	主体性: 物事に進んで取り組む力		1	わからないことは積極的に質問したり自分で調べる				
				2	研修や業務に積極的に取り組んでいる				
				3	新人であることを自覚自分ができることとできないことについて説明できる				
				4	自身で解決できないことは指導者に相談している				
				5	目標を設定し粘り強く取り組む				
				6	失敗したことをいつまでもくよくよせず次の対策に生かしている				
	2 考え抜く力	課題発見力: 現状を分析し目的や課題を明らかにする力		1	自己・他者評価を踏まえたと自己の学習課題を見つけている				
				2	課題の明確化のため指導者の意見を求め受け入れている				
				3	物事が計画通りにいかないときはなぜそうなったか原因を考えたり指導者に助言を求める				
				4	今の方法より優れた方法があるのではないかと考える				
3 チームで働く力		発信力: 自分の意見をわかりやすく伝える		1	指導者に自分が分らないことを伝えることができる				
				2	伝えるべき情報をタイムリーに伝えることができる				
				3	他人の意見を聞くとときは目と目を合わせ相槌などをうつ				
				4	相手の話を素直にきくことができる				
		柔軟性: 意見の違いや立場の違いを理解する力		5	自分のルールや考え方に固執しないで他者の意見も尊重できる				
				6	周囲から期待されている自分の役割を把握して行動することができる				
				7	相手に迷惑をかけないよう最低限守らなくてはならないルール約束を理解している				
				8	ストレスの原因を見つけて自力または他者の力を借り取り除くことができる				

基準 A: 確実にできる (90%以上)
B: 助言があればできる (70～80%程度)
C: 繰り返し返しの助言が必要 (50～60%程度)
D: 未経験

学習課題		視点	下位項目	確認日			
2. 訪問看護制度に基づく訪問看護の役割と特質、訪問看護の概要の理解	4	看護倫理について基本的な知識を持ち、利用者の尊厳・権利を擁護し、情報を適切に取り扱う	1 利用者・家族の人権や自由が脅かされている状況がある場合は報告する				
			2 倫理的な配慮を行い、問題がある場合は速やかに対応する				
			3 必要とする個人情報上の必要性を理解し、適切な方法で入手・管理する				
			1 訪問看護のサービスの利用から終了までの手続きを説明する				
	5	訪問看護の制度について説明する	2 訪問看護サービスの報酬体系と請求方法について説明がする				
			3 訪問看護に必要な書類（訪問看護指示書・訪問看護計画書・訪問看護報告書等）を説明する				
			1 対象者やケア環境の特徴をもとに役割・機能を説明する（在宅療養の継続の可否、継続のための予防的ケア・早期発見の重要性、家族の力量開発、医療ニーズの高い利用者への介護職のケア方法の支援）				
	6	訪問看護師の役割と機能を説明する	2 看護の頻度、単独訪問、看護の効率性、緊急時の対応等の観点から、役割遂行のために必要な考え方と行動を説明する				
			3 利用者と家族の人間関係の即して、利用者・家族各々のQOL向上をめざしたケアを実施するための考え方と必要な行動を説明する				
			7 介護保険制度における訪問看護を説明する				
	8	医療保険制度における訪問看護を説明する	8 医療保険制度における訪問看護を説明する				
			9 在宅療養者・家族がより効果的に訪問看護サービスを利用できるように、公的負担制度の内容および利用方法を説明する				
			10 医療依存度の高い在宅療養者の特徴を説明する				
	11	訪問看護を提供するうえで必要な社会資源の役割を説明する	1 地域包括支援センターの役割を説明でき、自地域の機関を知っている				
			2 在宅療養支援診療所の役割を説明でき、自地域の機関を知っている				
			3 病院（外来・退院調整部門）の役割を説明でき、自地域の機関を知っている				
			4 居宅介護支援事業所の役割を説明でき、自地域の機関を知っている				

基準 A: 確実にできる(90%以上)
B: 助言があればできる(70～80%程度)
C: 繰り返し助言が必要(50～60%程度)

学習課題		視点	下位項目	確認日			
3. 自組織の運営・経営管理に関する理解と自分の役遂行	12	訪問看護ステーションの運営に関する関連法令・基準を説明する					
	13	ケア専門職・組織・社会人としての役割期待を常に意識し、身体的・精神的・社会的健康の維持・向上に努める	1 就業上のルールを守る 2 訪問マナーの必要性を説明する 3 自己の健康を管理する				
	14	訪問看護ステーションを支える一員としての責任を常に考えながら判断・行動する	1 日々の看護活動について、常に報告・連絡・相談する				
	15	訪問看護事業を展開・継続してゆくために必要な経営管理について説明する					
	16	皆と協力して自施設をよりよい職場環境にするように判断・行動する					

学習課題		視点	下位項目	確認日			
4. 訪問看護師として自分を活かすための目標設定と自己教育	17	自分自身についての理解を深める	1 どのようなことをすれば自分は満足するか自覚している 2 自分の強み・弱み・改善すべき点について自覚している 3 自分の不安や気づきについて、他者が理解できるように説明し相談できる				
	18	訪問看護師としてアイデンティティを確立する	1 自分が訪問看護師としていたいこと、目指したい訪問看護師のイメージが明確である 2 訪問看護への意欲を維持・向上させるようにしている 3 訪問看護師として成長する意思をもち、各々の事例を通して知識・技術・スキルを高める 4 地域ケアシステムの一員と自覚し、自分の強み・弱みに関し、他の訪問看護師を支援し、他の訪問看護師の支援を活用する 5 自分にとって望ましい訪問看護の就業先のイメージをもち、今いる職場で最善を尽くし自分の力量を高める				
	19	自己教育力を身につける	1 自分の仕事を改善するための学習目標・課題を明確にする 2 自分の学習目標・課題を達成するための学習方法を見いだす 3 計画した学習方法を着実に実施する				
	20	ワークライフバランスを大切に	1 自分の個人生活と訪問看護師の仕事の両立を実現可能な範囲で調整する				

基準 A: 確実に見える(90%以上)
B: 助言があればできる(70~80%程度)
C: 繰り返しの助言が必要(50~60%程度)
D: 未経験

Ⅱ【確実な知識・技術修得による訪問看護サービスの質保証】⇒ 担当した利用者ごとに、指導者とともに成長を確認する。確認時期は指導者と相談の上、決定する。

担当： A さん

学習課題		視点	下位項目	確認日			
5. 利用者・家族の状況に即したよりよい療養生活の実現のための効果的な看護計画の立案・実施・評価	21	Aさんとその家族の生活の全体像と療養環境を説明する（＊1）	1 療養環境の安全・安楽についてアセスメントする				
			2 清潔（環境も含めて）についてアセスメントする				
			3 栄養（環境も含めて）についてアセスメントする				
			4 排泄（環境も含めて）についてアセスメントする				
			5 日常生活動作（環境も含めて）についてアセスメントする				
			6 Aさんとその家族の心理社会的側面についてアセスメントする				
			7 Aさんと家族が望む在宅療養生活の実現に向けて、Aさんと家族の意向や力をアセスメントする				
	22	看護実践に必要な疾患の経過・症状及び治療方法について説明する（＊2）	1 Aさんの（ 糖尿病 ）の経過・現状・今後の予測と治療方針・治療内容について説明する				
			2 Aさんの（ 褥瘡 ）の経過・現状・今後の予測と治療方針・治療内容について説明する				
			3 Aさんの（ ）の経過・現状・今後の予測と治療方針・治療内容について説明する				
4 Aさんの（ ）の経過・現状・今後の予測と治療方針・治療内容について説明する							
5 Aさんの（ ）の経過・現状・今後の予測と治療方針・治療内容について説明する							
23	利用者・家族の意思を尊重しながら目標を共有し、課題を明確にした上で、計画を作成する（ケアプランとの整合性を図りながら）	1 Aさんと家族が望む在宅療養生活の実現に向けて、Aさんと家族の選択と決定を支援する					
		2 Aさんのケアプランとの整合性を図りながら、Aさん・家族とともに目標を共有する					
		3 Aさんのケアプランとの整合性を図りながら、Aさん・家族とともに課題を明確にする					
		4 Aさんと家族の目標達成のための計画を立案する					

※1 施設で使用しているアセスメントツールに変更してもよい

※2 特定の利用者の必要な事項について、事前に、指導者と確認する。()内には、Aさんの看護に必要な学習すべき疾患、治療法を記載する。(イタリックは例示)

基準 A:確実にできる(90%以上)
 B:助言があればできる(70～80%程度)
 C:繰り返し助言が必要(50～60%程度)
 D:未経験

			確認日	
視点		下位項目		
24 必要な看護を行うための具体的方法を説明し、実践する(含む:手順書作成) (*3)		1 Aさんとその家族が持つ力を信じ、力を引き出す		
		2 Aさんとその家族が自ら解決できる方向に導く		
		3 Aさんが必要としている(褥瘡ケア)を実施する		
		4 Aさんが必要としている(スキンケア)を実施する		
		5 Aさんが必要としている(薬剤の管理)を実施する		
		6 Aさんが必要としている(服薬アドヒアランス支援)を実施する		
		7 Aさんが必要としている()を実施する		
		8 Aさんの家族が必要としている(ストレス対処方略獲得支援)を実施する		
		9 Aさんの家族が必要としている()を実施する		
25 訪問時に適切に観察・アセスメントし、計画を再確認(必要に応じて修正)し、実施する		1 訪問時に再アセスメントするための観察の視点と方法を説明する		
		2 訪問時の再アセスメント結果に基づいて、必要に応じて計画を修する		
		3 Aさん家族が理解できるように説明し、理解の状況を確認する		
		4 Aさんと家族の合意のもとに的確に、実施する		
26 目標到達度と看護実践を評価し、必要に応じて計画を修正する		1 Aさんと家族が目標へ向かっていくことができているか、その要因についても、Aさんと家族とともに評価する		
		2 訪問看護師として行った看護がAさんと家族の目標達成に与えた影響を評価する		

saisyuu

＊3 特定の利用者の必要な事項について、事前に、指導者と確認する。(イタリックは例示)

基準 A: 確実にてできる(90%以上)
B: 助言があればできる(70～80%程度)
C: 繰り返し助言が必要(50～60%程度)
D: 未経験

学習課題	視点	下位項目	確認日			
6. リスクマネジメントの知識の習得と実施	27 訪問看護における事故の範囲・対象を理解し、Aさんと家族の視点から予防策を実施する	医療機器(輸液ポンプ、人工呼吸器等)の取り扱い関連して起こりうる事故について理解し、予防策を実施する				
		在宅での医療処置(バルーン交換、浣腸等)実施に関連して起こりうる事故について理解し、予防策を実施する				
		在宅での与薬・服薬管理に関連して起こりうる事故について理解し、予防策を実施する				
		在宅でのケア(移動介助に伴う転倒・骨折、爪切り時の出血等)の実施に伴って起こりうる事故について理解し、予防策を実施する				
		Aさん宅の物品を破壊しないためのケアの留意点を理解し、予防策を実施する				
28 事故発生時の対応を説明する		1 事故発生時のAさんと家族への対応方法について説明する				
		2 事故発生時の自施設の対応体制を説明する				
29 Aさん宅における感染対策を理解し、実施する		1 Aさん宅への訪問時に必要なスタンダードプリコーションの説明する				
		2 Aさん宅への訪問時にスタンダードプリコーションの実施する				
30 災害発生時の対応を説明する		1 Aさんと家族に必要な災害対策を説明する				
		2 Aさんと家族に災害発生時の自施設対応体制を説明する				
7. 連携スキルおよびチームマネジメントスキルの習得	31 Aさんとその家族、在宅療養支援に関わる多職種の間での判断の尊重や専門性の発揮に留意し、信頼関係を構築する	1 Aさんと家族の意向を確認して尊重し率直に相談し、意見を言い合える関係をつくる				
		2 他職種の判断とその理由を理解し率直に相談し、意見を言い合える関係をつくる				
		3 Aさんの在宅療養支援におけるチームの目標とその達成に向けて他職種と役割分担する				
32 在宅療養支援に関わるチームケアにおける専門職の一員として役割を遂行する		1 Aさんの症状の変化が生じたとき他職種に訪問看護士としての判断と理由を伝える				
		2 Aさんと家族の健康管理に関して予防的・継続的視点で他職種に情報提供ができる				

在宅療養開始期の利用者・病院等と効果的に連携するためのスキルの習得 ⇒ 担当した利用者ごとに、指導者とともに成長を確認する。

確認時期は指導者と相談の上、決定する。

担当：B さん

基準 A: 確実にできる(90%以上)
B: 助言があればできる(70～80%程度)
C: 繰り返し助言が必要(50～60%程度)
D: 未経験

学習課題		視点	下位項目	確認日			
8. 在宅療養開始期の利用者・病院等と効果的に連携するためのスキルの習得	33	在宅療養開始期における支援の目的とケアチームの支援内容、および訪問看護師の役割について説明する	1 Bさんの在宅療養に必要な情報収集をする 2 退院前カンファレンスの参加目的を説明する				
			1 病状把握をに必要な医療処置、予測されるトラブルへの対応方法を説明する 2 病院・在宅医と合意形成してケアを継続し、必要時医師に報告する 3 継続看護に必要な情報を看護師間で確認する				
	34	在宅療養開始期において病院・在宅医と連携してケアを継続するためのスキルを習得する	4 在宅療養に必要な薬剤、機材等を確実に供給できるように調整し確認する 5 急変時の対応を明確にし、病院・在宅医・家族と合意形成する				
			1 Bさんと家族が望む在宅療養生活の実現に向けて、家族アセスメントを行い、Bさんと家族の意向や力を確認する 2 訪問看護師として支援できる範囲を、Bさんと家族、訪問看護ステーションの立場から判断し、説明する 3 在宅療養生活の安全・安心のために生活環境をアセスメントしてうえで、必要なケアサービスを提案し、Bさんと家族を支援する				
	35	家族を含めて利用者が新たな在宅療養生活に適応できるように、支援するスキルを習得する	4 Bさんと家族の状況に合わせて必要なサービス他職種に提案する				

【参考】

学習課題	視点	下位項目	
訪問看護の実践に必要な疾患の最新の知識および治療法の習得	1 呼吸器疾患に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	1	の特徴を述べるとともに、在宅療養上の留意点を説明できる
	2 心疾患に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	2	の特徴を述べるとともに、在宅療養上の留意点を説明できる
	3 脳血管疾患に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	3	の特徴を述べるとともに、在宅療養上の留意点を説明できる
	4 神経難病に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	4	の特徴を述べるとともに、在宅療養上の留意点を説明できる
	5 悪性腫瘍に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	5	の特徴を述べるとともに、在宅療養上の留意点を説明できる
	6 精神疾患に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	6	の特徴を述べるとともに、在宅療養上の留意点を説明できる
	7 小児疾患に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	7	の特徴を述べるとともに、在宅療養上の留意点を説明できる
	8 糖尿病に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	8	糖尿病の特徴が説明できる
	9 認知症に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	9	認知症の特徴が説明できる
	10 褥瘡に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	10	褥瘡の発生の機序と評価について説明できる
	11 嚥下障害に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	11	嚥下障害の機序と評価について説明できる
	12 痛みのアセスメントと薬物療法に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	12	痛みの特性を理解し対応を説明できる
	13 緩和ケアに関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	13	緩和ケアの特徴が説明できる
	14 運動器疾患に関する基本的な知識をもち最新の知識に関心を持つ	14	膝関節症、圧迫骨折、リウマチ、脊柱管狭窄症の特徴を説明できる
学習課題 訪問看護の場と特性と利用者 各々に即した看護を行うための知識の習得	視点		下位項目
	15 在宅療養者と家族のQOLの向上に向けたアセスメントとケアを実施できる	1	在宅療養者と家族のQOLの向上に向けたアセスメントとケアについて説明できる
	16 呼吸器疾患を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	2	の観察、の実施(利用者、家族の自己管理支援)について説明できる
	17 心疾患を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	3	の観察、の実施(利用者、家族の自己管理支援)について説明できる
	18 脳血管疾患を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	4	の観察、の実施(利用者、家族の自己管理支援)について説明できる
	19 神経難病を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	5	の観察、の実施(利用者、家族の自己管理支援)について説明できる
	20 悪性腫瘍を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	6	の観察、の実施(利用者、家族の自己管理支援)について説明できる
	21 精神疾患を持つ人アセスメントとケアを実施できる	7	の観察、の実施(利用者、家族の自己管理支援)について説明できる
	22 在宅における、疾患を持つ小児のアセスメントとケアを実施できる	8	の観察、の実施(利用者、家族の自己管理支援)について説明できる
	23 在宅ターミナル療養者のアセスメントとケアを実施できる	9	終末期症状の観察、終末期ケアの実施、生活指導について説明できる
	24 糖尿病をもつ在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	10	血糖コントロール状態の観察、生活指導について説明できる
	25 認知症を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	11	中核症状、周辺症状の観察、生活指導について説明できる
	26 在宅療養者の褥瘡のアセスメントとケアを実施できる	12	褥瘡の観察、褥瘡ケアの実施(利用者、家族の自己管理支援含む)について説明できる
	27 高齢者の栄養のアセスメントとケアを実施できる	13	栄養状態の観察、経管栄養等の栄養管理方法の生活指導について説明できる
	28 嚥下障害を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	14	嚥下状態の観察、誤嚥帽の実施(利用者、家族の自己管理支援含む)について説明できる
	29 運動器疾患を有する在宅療養者のアセスメントとケアを実施できる	15	膝関節症、圧迫骨折、リウマチ、脊柱管狭窄症の症状の観察、生活指導について説明できる

学習課題	視点	下位項目
在宅療養者の身体状態の確かなアセスメント方法の習得 最新の基本的在宅看護技術の習得	療養者とその家族の生活の全体像と療養環境を把握することができる	1 安全・安楽に関する療養環境のアセスメントを実施できる
		2 清潔に関する療養環境を含めた基本的なアセスメントを実施できる
		3 栄養に関する療養環境を含めた基本的なアセスメントを実施できる
療養環境整備 →生命維持→ 栄養→排泄→ 日常生活動作 →診療の補助 業務に必要な技術の順に羅列	バイタルチェック及び基本的なフィジカルアセスメント(皮膚・腹部のアセスメントを含む)を実施できる	4 排泄に関する療養環境を含めた基本的なアセスメントを実施できる
		5 日常生活動作に関する療養環境を含めた基本的なアセスメントを実施できる
		6 療養者とその家族の心理社会的側面について基本的なアセスメントを実施できる
アセスメントのもとに、生命維持に必要な呼吸器機能及び循環器機能の維持管理に関する課題を把握し、必要な機器管理技術を提供することができる(必要な技術は就業事業所により追加する)		1 呼吸機能に関するアセスメントができる
		2 在宅呼吸リハビリテーション(排痰法を含む)ができる
		3 吸引(口腔・鼻腔・気管切開)ができる
アセスメントのもとに栄養状態を把握し、必要な医療機器管理の技術が提供できる(必要な技術は就業事業所により追加する)		4 吸引管理を家族に指導できる
		5 HOTの取扱いと管理ができる
		6 人工呼吸器の管理ができる
アセスメントのもとに栄養状態を把握し、必要な医療機器管理の技術が提供できる(必要な技術は就業事業所により追加する)		7 人工呼吸器の管理を家族に指導できる
		8 循環器系に関するアセスメントができる
		9 循環器系のリハビリテーションができる
アセスメントのもとに栄養状態を把握し、必要な医療機器管理の技術が提供できる(必要な技術は就業事業所により追加する)		10 その他
		1 脱水、浮腫のアセスメントが実施できる
		2 摂食嚥下機能と栄養のアセスメントができる
アセスメントのもとに栄養状態を把握し、必要な医療機器管理の技術が提供できる(必要な技術は就業事業所により追加する)		3 摂食嚥下機能を維持・回復するためにリハビリテーション・指導ができる
		4 安全な摂食嚥下方法を本人・家族に指導できる
		5 中心静脈栄養管理(埋め込みポートを含む)ができる
アセスメントのもとに、清潔維持に必要な課題を把握し、技術が必要な課題を提供することができる(必要な技術は就業事業所のより追加する)		6 中心静脈栄養の管理を家族に指導できる
		7 経管管理(経鼻・胃瘻・腸瘻)の管理が実施できる
		8 経管管理(経鼻・胃瘻・腸瘻)の管理を家族に指導できる
アセスメントのもとに、清潔維持に必要な課題を把握し、技術が必要な課題を提供することができる(必要な技術は就業事業所のより追加する)		9 その他
		1 口腔ケアのアセスメントとケア(義歯、嚥下障害有、遅延性意識障害を含む)として含漱、歯ブラシ口腔内清拭ができる
		2 清拭ができる
アセスメントのもとに、清潔維持に必要な課題を把握し、技術が必要な課題を提供することができる(必要な技術は就業事業所のより追加する)		3 入浴介助(シャワー浴を含む)ができる
		4 洗髪(臥床の人工呼吸器装着患者を含む)ができる
		5 更衣介助(片麻痺たきりを含む)ができる
アセスメントのもとに、清潔維持に必要な課題を把握し、技術が必要な課題を提供することができる(必要な技術は就業事業所のより追加する)		6 陰部臀部洗浄ができる
		7 その他

		1 排泄に関するアセスメントが実施できる 2 おむつ交換ができる 3 おむつ交換の方法を家族に指導できる 4 摘便ができる 5 洗腸ができる 6 人工肛門の管理ができる 7 人工肛門の管理を家族に指導できる 8 膀胱洗浄ができる 9 膀胱留置カテーテルが実施できる 10 膀胱留置カテーテルの管理が家族に指導できる 11 間欠導尿ができる 12 女性の膀胱留置カテーテルが実施できる 13 腎臓・尿管皮膚瘻・膀胱瘻の管理ができる 14 腎臓・尿管皮膚瘻・膀胱瘻の管理を家族に指導ができる 15 その他
35	アセスメントのもとに、排出機能の維持管理に必要な医療処置やケア技術を提供できる(必要な技術は就業事業所により追加できる)	
		1 運動器系に関するアセスメントができる 2 移乗動作の介助(車いす・ベット)ができる 3 在宅でのリハビリテーション(ROM)ができる 4 在宅でのリハビリテーション(筋力強化)ができる 5 安全と機能維持のためのリハビリテーションを家族に指導できる 6 その他
36	アセスメントのもとに、日常生活動作の維持管理に関するリハビリテーションおよび介助技術を提供できる(必要な技術は就業事業所により追加する)	
		1 創傷ケアを実施できる 2 筋肉内注射ができる 3 採血ができる 4 点滴内静脈注射(翼状針・サーフロー)の実施と管理ができる 5 持続皮下注射の実施と管理ができる 6 点滴内静脈注射・持続皮下注射の管理を家族に指導できる 7 死後処置ができる 8 BLS(一次救命)ができる 9 その他
37	右記の診療の補助に必要な技術を必要時提供できる。(必要な技術は就業事業所により追加する)	

プログラム1年間計画評価基準（参考）

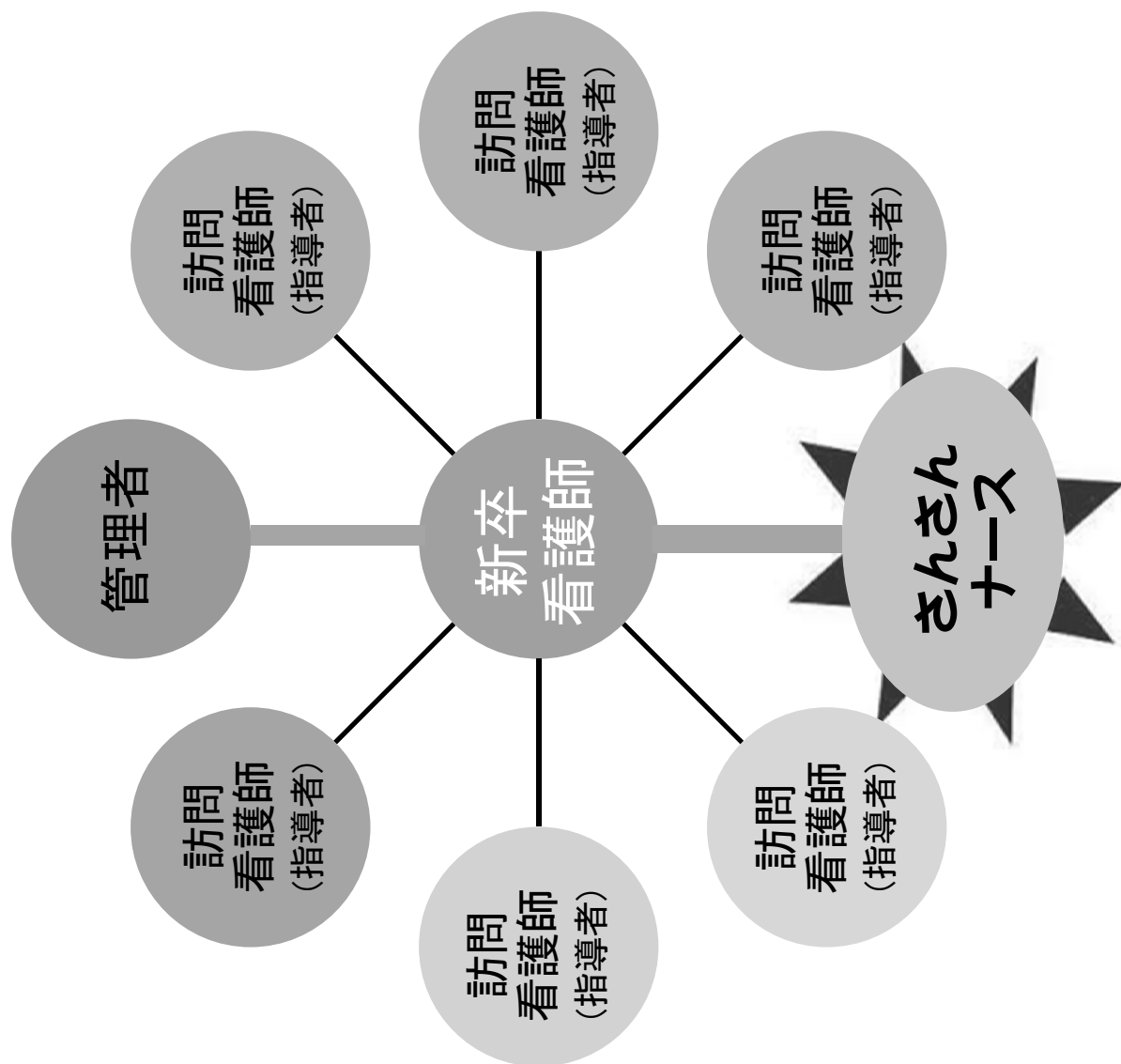
【必須】

1年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	同行訪問(4月～3月)											
	単独訪問(6月～)											
訪問看護実践	同行訪問 ステップⅠ期	単独訪問 1人／日 ステップⅡ					単独訪問1～3人／日 ステップⅢ			単独訪問4人／日 ステップⅣ		
	【成長確認ツール】 資料10 学習課題 Ⅰ 1-1～3 3-13. 14. 16 4-17～20 Ⅱ 訪問担当利用者の 個々の状態での 5-21～25 6-27. 29	ステップⅠ期の到達目標達成 にてステップⅡ期へ進み単独 訪問を開始する。 【成長確認ツール】 資料10 学習課題 Ⅰ 1-1～3 3-13. 14. 16 4-17～20 Ⅱ 訪問担当利用者の 個々の状態での 5-21～25 6-27. 29					ステップⅡ期の到達 目標達成にてステッ プⅢに、単独訪問を 増やしていく。 【成長確認ツール】 資料10 学習課題 Ⅰ 2-4 Ⅱ 5-26 7-31.32			ステップⅢ期の到達目標達成にてステップⅣにて、 他職種との連携ができる。 【成長確認ツール】 資料10 学習課題 Ⅰ 2-4～11 3-12. 15 Ⅱ 6-28. 30 8-33～35 【到達目標】 上記の項目がB以上が80%以上 上記の項目がA以上が80%以上 上記の項目がA以上が80%以上 個別の疾患・状態により【参考】にある項目がB以上 が80%以上		
	【到達目標】 上記の項目がB以上 が80%以上 Ⅰ 2-4～11を理解する	Ⅱ 訪問担当利用者の 個々の状態での 5-21～25 6-27. 29 【到達目標】 上記の項目がA以上が80%以上					【到達目標】 上記の項目がB以上 が80%以上 Ⅱ 6-30 8-33～35を理解する			上記の項目がB以上が80%以上 上記の項目がA以上が80%以上 上記の項目がA以上が80%以上 個別の疾患・状態により【参考】にある項目がB以上 が80%以上		
	振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。振り返りは常に行う。											

※あくまでも到達期間は目安であり、個別の到達度により対応する。



訪問看護ステーションにおける支援体制



【平成28年度鳥取県新卒訪問看護師育成プログラム作成委員】

鳥取大学医学部附属病院	医療スタッフ研修センター 在宅医療推進支援室室長	花木 啓一
鳥取大学医学部附属病院	医療スタッフ研修センター 副センター長	深田 美香
鳥取大学医学部保健学科	地域・精神看護学講座 講師	雑賀 倫子
鳥取大学医学部附属病院	医療スタッフ研修センター 在宅医療推進支援室副室長	大草 智子
鳥取県	医療政策課医療人材確保室 室長	植木 芳美
鳥取県	医療政策課医療人材確保室 課長補佐	澤 弘一
公益社団法人鳥取県看護協会	会長	虎井佐恵子
公益社団法人鳥取県看護協会訪問看護ステーション	所長	鈴木 妙

【改訂履歴】

第1版	平成29年3月31日	初版発行
第2版	平成30年3月31日	一部改訂



【問い合わせ先】

公益社団法人 鳥取県看護協会
鳥取県訪問看護支援センター

〒680-0901 鳥取県鳥取市江津 318-1

TEL : 0857-24-1533(直)

FAX : 0857-21-3346

Email : sodan@tottori-kangokyokai.or.jp

(2018年3月発行)