

# 新卒等訪問看護師育成マニュアル

「体系的な学習を基礎に1年で独り立ちを目指す教育システム」

第2版【改訂版】

公益社団法人広島県看護協会

## あ い さ つ

2025年を見据えた社会保障制度改革について、医療は病院完結型から地域完結型へシフトし、介護と一体となった地域ケアシステムづくりがすすめられています。

このケアシステムづくりには、医療介護の専門職の積極的な関与のもとサービス提供体制を構築していくことが必要とされています。なかでも、訪問看護師が行う医療依存度の高い患者へのケアや家族を支える役割などが期待されており、訪問看護の人材確保と育成が急務となっています。

これまで訪問看護師の確保は、30歳代、40歳代の臨床経験のある看護職が主として採用され、実践の中で育成されながら業務に携わってきました。病棟勤務の経験がある看護職が訪問看護を担うのがよりよいという考え方が一般的にあり、看護学生に対しても、病棟勤務の経験を経て訪問看護に従事することを勧めてきていました。

しかし、昨今の訪問看護師不足の中、看護師をめざす若者については、新卒看護師であっても体制を整備すれば、訪問看護師の育成は十分に可能ではないかという考えのもとに、新卒訪問看護師育成への取り組みが各地で始まっています。基礎教育修了直後、訪問看護に関心の高い若者がこの領域に参入するメリットとして、若者世代に訪問看護への関心の拡がりや理解が深まるものと考えられます。また、訪問看護師のキャリア形成が段階的に進められることで、訪問看護におけるチーム全体が活性化する等の効果が期待できます。

こうしたことから、広島県看護協会では先進地の事例を参考に、新卒看護師を対象とする訪問看護師育成マニュアルの開発をすすめ、平成27年度に「新卒訪問看護師育成マニュアル」として冊子にまとめました。

平成28年度は、新卒に限らず新人訪問看護師の育成指導にも活用できるマニュアルとして見直しをしました。

基本コンセプトは「体系的な学習を基礎に1年で独り立ちを目指す教育システム」で、OJTで効果的に育成できるよう継続的かつ体系的な教育支援をめざしています。

訪問看護師に求められる社会的ニーズの高まりの中で、この冊子が訪問看護の現場で新卒等訪問看護師の育成に広く活用していただけることを期待するとともに、訪問看護の人材確保と充実強化につながることを切に願っています。

終わりに、この冊子の作成にあたり多大なるご指導、ご協力いただいた皆様に感謝申し上げます。

平成29年3月

## 本マニュアルの使用にあたって

本マニュアルは、看護師等学校養成所を卒業後、実務経験のない訪問看護師（以下「新卒訪問看護師」という。）を対象に、彼らを効果的に育成するために作成したものです。看護師等学校養成所で学んだことを基礎に、入職後から1年の間に学ぶべき内容を、ステップⅠ期からステップⅣ期に期間ごとに提示しました。また、ステップごとに訪問看護師として求める能力を提示し、それを達成するための基本的な学習・研修を組み込みました。第2版の改訂により、適用の対象を「新卒等訪問看護師」とし、新卒者だけでなく、看護師としての就業経験を有するが訪問看護ステーションでの就業は初めての看護師も含めることとしました。

訪問看護で対象とする利用者についても、病態や生活背景などの複雑性やケアの困難度から段階的に学べるように、利用者背景をクラス分類して提示し、学習の目安としました。

習得すべき技術も、訪問看護場面での必要度と難易度に合わせて、1年間を前期と後期に分けて研修し、到達すべき目安を提示しました。

こうした段階的な育成を図るために、「資料」としてステップⅠ期からステップⅣ期までの学習事例を提示しています。

本マニュアルでは、新卒等訪問看護師が自ら達成すべき目標と育成過程、習得すべき技術、事例の展開方法等を知り、進め方に沿って学習が深められるように構成されています。従って、「学習の成果」は、実践現場で指導者と話し合い、思考過程の整理に活用していただければと考えて提示しました。

また、本マニュアルは、新卒等訪問看護師の指導者や訪問看護ステーションの管理者に対しても、どのような過程で、どのような段階を踏み、何を教えていくのかの助けになるようにも作られています。マニュアルの指導者編は、教育指導者育成プログラムとして平成29年3月に「新卒等訪問看護師指導者育成プログラム」を作成しております。

本マニュアルは、「新卒等訪問看護師育成マニュアル第2版（改訂版）」として、看護師の実務経験を有し、初めて訪問看護に従事しようとする方々も活用できるものとしています。今後、様々な場面で活用され、ご意見やご批判を頂きながら改訂していきたいと考えます。

### <用語の定義>

- (1) 新卒等訪問看護師：看護師等学校養成所を卒業後、実務経験のない訪問看護師及び医療機関等において看護師としての就業経験を有するが、訪問看護師としての就業は初めての看護師
- (2) 新卒訪問看護師：看護師等学校養成所を卒業後、実務経験のない訪問看護師
- (3) 新人訪問看護師：医療機関等において看護師としての就業経験を有するが訪問看護師としての就業は初めての看護師
- (4) 受け持ち利用者：訪問・看護計画から調整など全ての責任を持つ利用者
- (5) 担当利用者：当日の看護サービスの提供を受ける利用者

### <用語の解釈>

用語	解釈	使用している箇所
レベル	訪問看護師のキャリアの段階 (レベルⅠ～レベルⅡ, レベルⅠ～レベルⅣ)	訪問看護師生涯教育体系(表1)
クラス	訪問看護で対象とする利用者の背景の段階 <事例の学習の難易度> (クラス1～クラス2)	利用者の背景(表3)
ステップ	入職後1年間を4期に区分 (新人については看護師経験を考慮する) (ステップⅠ期～ステップⅣ期)	新卒等訪問看護師育成過程(表4)

## 目次

I. 訪問看護師の生涯教育の基本的な考え方	1
II. 年次別新卒等訪問看護師育成過程	2
1. 育成過程の概要	2
2. 一般目標を達成するために用いる学習プロセスと方法論	4
3. 専門職としての個人の成長発達を促す仕組みの導入	4
III. 新卒等訪問看護師育成プログラムの概要	5
1. プログラムの特徴	5
2. 目的	5
3. 目標	5
4. 学習課題	5
IV. 新卒等訪問看護師の育成過程の具体的内容	8
1. 訪問看護実践	8
2. 在宅看護過程	10
3. 基本姿勢・コミュニケーション	10
4. 組織的・管理的側面	10
5. 倫理的側面	10
V. 新卒等訪問看護師の期間単位の育成過程と教育支援	11
1. ステップⅠ期【4月～5月までの育成】	11
2. ステップⅡ期【6月～9月までの育成】	12
3. ステップⅢ期【10月～12月までの育成】	13
4. ステップⅣ期【1月～3月までの育成】	14
VI. 評価	15
1. 育成過程の評価	15
2. 新卒等訪問看護師の評価の実際	15
3. 技術の評価	19
VII. 教育指導者への支援	20
VIII. 資料	21
1. 学習事例ステップⅠ期～ステップⅣ期	21
2. 包括的アセスメントと関連図	36
3. 訪問看護振り返りシート	38
IX. 文献	39
1. 引用文献	
2. 参考文献	
3. 学習参考文	

# I. 訪問看護師の生涯教育の基本的な考え方

広島県における訪問看護師のキャリアラダー（生涯教育）体系を表1に示したものである。

在宅療養者の増加が予測される中、訪問看護サービスの多様化・大規模化、質や収益性の向上などが求められるようになってきている。この社会の要請に応えるためには、訪問看護師としての能力とは異なる、高い経営的マネジメント能力を有する管理者も必要とされる。そこで広島県では、訪問看護の実践者としてスペシャリストを目指す者と管理者を目指す者とは異なる能力（コンピテンシー）や育成の段階があると考え、①管理者と実践者の段階を分けた。そして、実践者の中でも上級看護実践者（Advanced Practice Nurses）レベルの高度な実践を行う者が訪問看護ステーションで育つ又は入職することを想定し、②実践者の段階に「レベルⅣ：上級編」を追加した。さらに、1年目までのゴール設定を明確にし、③「レベルⅡ：初級編」までを、病態が安定している患者に対して指導を受けながらも独り立ちできるレベルに設定し、④「レベルⅢ：中級編」を小児や精神などより広い疾患や状態に対応できるレベルとした。

なお、新人訪問看護師については看護師経験を考慮してレベルを設定する。

表1 広島県における訪問看護師生涯教育体系

項目	レベル	目安	一般目標	構成		
				基本的能力	専門的能力	組織的能力
管理者編	レベルⅡ 管理者編	管理者	管理者として効果的な組織運営ができ、訪問看護ステーションとして、地域に必要とされる役割を發揮できる	快適な職場環境づくりとストレスマネジメント	訪問看護の専門性に関するキャリアアップ支援	安定した組織運営／経営
	↑					
	レベルⅠ 中間管理者編	3年以上	訪問看護ステーション内のリーダー的役割が取れ、管理者の補佐ができる	在宅ケアチームの中で連携及び教育的能力の發揮	訪問看護の啓発・教育的機能の理解	訪問看護ステーション内の教育・管理の役割の發揮
実践者編	レベルⅣ 上級編	5～6年以上	地域のヘルスケアチームの中でリーダーシップが發揮でき、高度なケースマネジメント(倫理調整・意思決定支援を含む)が展開できる。	リーダーシップ、組織内外での高いコミュニケーション能力	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度な臨床推論の修得とそれを基礎にした高度なケースマネジメントスキルの修得</li> <li>ケアコーディネーション、倫理調整、意思決定支援、コンサルテーション、エキスパートスキル</li> </ul>	訪問看護ステーション内でのリーダーシップの發揮
	↑					
	レベルⅢ 中級編	3年	訪問看護師として自律(自立)し、困難事例にも対応できる	在宅ケアチームの中での役割の理解と実践及び教育能力の修得	<ul style="list-style-type: none"> <li>状況の変化に応じた制度利用の理解</li> <li>より広い疾患や状態への対応技術の修得</li> </ul>	訪問看護ステーションを含めた地域のシステムづくりを理解する。
	↑					
	レベルⅡ 初級編	訪問看護に従事してから1年	指導を受けながら訪問看護師として一人で看護展開ができる。	利用者との関係の確立と実践能力の修得	制度理解及び特定領域の看護技術の修得	訪問看護ステーション内外での連携・協働を理解する
↑						
	レベルⅠ 新人編	訪問看護に従事してから6ヶ月	訪問看護師としての基本的態度を身につけ、訪問看護ステーションのメンバーとして活動できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護の役割の理解と訪問看護の基本を修得</li> <li>利用者との関係の確立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で看護を提供することを理解する</li> <li>基本的な看護技術(療養上の世話)の在宅での実施を身につける</li> </ul>	訪問看護ステーションの組織的特徴を理解する

(第1版 表1を一部改変)

注 日本訪問看護財団「訪問看護師OJTガイドブック」を参考に作成

## II. 年次別新卒等訪問看護師育成過程

### 1. 育成過程の概要

年次別の新卒等訪問看護師育成過程（表2）を、次のような考え方で構成した。

まず、入職後1年目終了時から3年目終了時までの一般目標を示した。訪問看護の実務の中核は、「訪問現場における看護実践の提供」であることから、「新卒等訪問看護師の1年後に求める『あるべき姿』」として、「自律できる」ために「2年後」「3年後」までを見据えた一般目標を設定した。

一般目標達成の指標としては、「いつまでに」「何が」「どこまで」できればよいのかを明確にするため、訪問看護の利用者の背景を設定した上で、「訪問看護実践」として「訪問方法（同行・単独）」と「訪問件数」「緊急対応状況」「習得技術」を示した。年次別の訪問看護実践の概要を図1に示す。

また、一般目標を達成するための到達目標として「在宅看護過程」「基本姿勢・コミュニケーション」「組織的・管理的側面」「倫理的側面」の4つの領域を挙げ、「学習・研修」によってそれが達成できるように計画した。到達目標の構造を図2に示す。

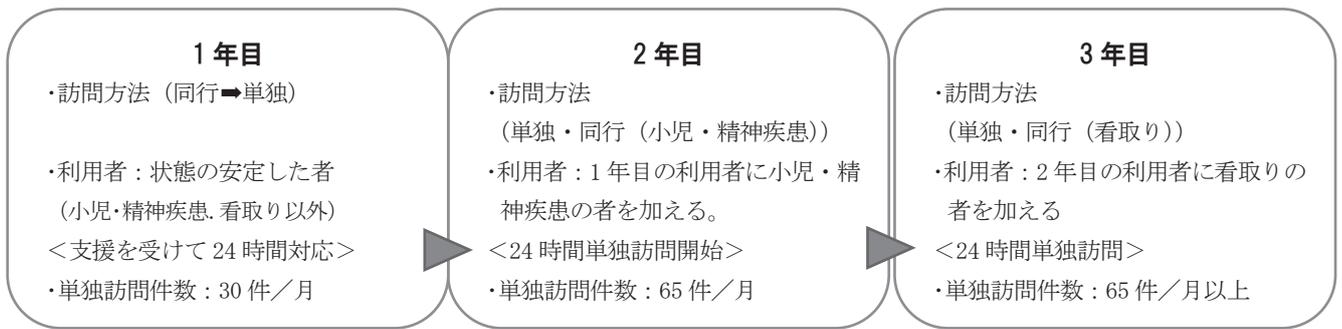
利用者の背景は、達成すべき到達目標と学習・研修で習得すべき内容・技術レベルに合わせて、1年目の一般目標とした利用者の背景（以下「利用者背景」という。）を4段階（クラス1～クラス4）に区分した。（表3）なお、最終目標である「1年で独り立ちができる」とは、「小児・精神疾患及び看取り以外の利用者」で「日中の単独訪問件数が月30件できる」こととした。さらに、訪問看護導入から受け持つ利用者も1人は担当できることを目指した。担当する利用者の拡大や24時間単独訪問は、2年目以降に目標設定した。なお、新人については看護師経験を考慮する。

表2 年次別新卒等訪問看護師育成過程

		1年目	2年目		3年目	
			前期	後期		
一般目標		単独訪問ができる (支援を受けながら24時間対応ができる)	24時間単独訪問		24時間単独訪問	
指標	利用者背景	小児・精神疾患及び看取り以外	小児疾患領域	精神疾患領域	看取り	制限なし
	訪問方法(同行・単独)	同行訪問→単独訪問	同行訪問→単独訪問		同行訪問→単独訪問	
	(学習プロセス)	知識の習得→演習→実践(同行→単独訪問)→評価				
	訪問件数(担当利用者数・受持ち利用者数)	担当:7人 受持ち:1人 単独訪問件数:30件/月	担当:10人 受持ち:2人以上 単独訪問件数:50件/月	担当:10人 受持ち:2人以上 単独訪問件数:65件/月	担当制限無 受持ち:5人以上 単独訪問件数65件/月以上	
	習得技術(訪問看護基礎技術レベル*2)	レベル2に加えて、小児・精神疾患等各領域ごとの専門技術				
	緊急対応	支援を受けながら夜間の緊急時の対応ができる		緊急時の対応ができる		
到達目標	在宅看護過程	利用者状況情報収集・問題抽出・看護計画立案	①1人で看護計画を立案できる ②支援を受けながら夜間緊急時の対応計画を立案できる	利用者の個性を踏まえた看護計画を立案できる	潜在的・予測的問題を踏まえた看護計画を立案できる	
	訪問記録	①訪問記録を記載できる ②受け持ちの患者のケースカンファレンス(内部)で司会ができる	小児・精神疾患領域利用者の訪問記録を記載できる	看取りの利用者の訪問記録を記載できる		
	評価	訪問後の評価・修正ができる	小児・精神疾患領域利用者の訪問後の評価・修正ができる	看取りの利用者の訪問後の評価・修正ができる		
	基本姿勢・コミュニケーション	接遇・人間関係	状況に応じた接遇対応ができる	状況・対象の状態に応じた接遇対応ができる		
	教育指導	利用者・家族の状況・個性を踏まえた教育指導ができる	小児・精神疾患領域利用者及びその家族を理解し、適切な助言・教育指導ができる	看取りの利用者・家族を理解し、適切な助言・教育指導ができる		
	多職種連携	支援を受けながら関係機関に適切な報告・連絡・相談ができる	支援を受けながら連携会議を調整できる			
	組織的・管理的側面	目標管理	自己の目標管理ができる	自己のキャリアデザインを考えることができる	自己のキャリアデザインを描くことができる	
		時間管理	効率的な時間管理を考えて行動ができる			
		物品管理(材料、備品など)	ステーションで管理する物品の取り扱いができる	ステーションで管理する物品の管理ができる	効率的な物品管理ができる	
		危機管理(安全、感染、暴言暴力、災害など)	マニュアルに沿った行動ができる	支援を受けながら臨機応変な対応ができる	臨機応変な対応ができる	
倫理的側面		支援を受けながら倫理的な問題に対応できる	①倫理の原則に基づいて倫理的な問題に対応できる ②意思決定支援について考えることができる	①意思決定支援ができる ②倫理的問題に対応できる		
学習研修	大学・病院・老健施設	小児病棟・重症心身障害児施設	精神病院	先進的訪問看護ステーション		

(第1版 表2を一部改変) ※ 新人訪問看護師については、看護師経験を踏まえて個別に時期を設定する。

注1 訪問看護基礎技術は訪問看護基礎技術チェック表(表5)参照 p.9 注2 老健施設とは介護老人保健施設をいう。



※新人訪問看護師については、看護師経験を考慮する。

図1. 年次別訪問看護実践の概要

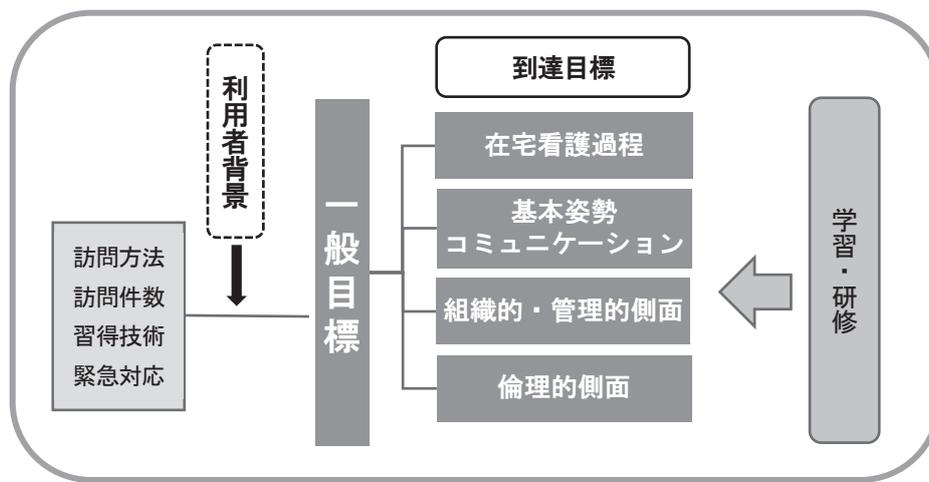


図2. 到達目標の構造(第1版 図2を一部改変)

表3 利用者の背景

クラス	対象とする利用者背景	状態像例
1	要介護認定者 訪問開始から一定期間経過し、状態が安定している 家族（同居者）との関係性がよく、介護力がある	状態観察、日常生活援助 重症化予防（疾病管理） リハビリテーション
2	要介護認定者 訪問開始から一定期間が経過し、状態が安定している 家族（同居者）との関係性がよく、介護力がある 前期で学ぶ技術の提供を必要とする	経管栄養の管理 膀胱内留置カテーテル管理 酸素吸入療法、注射 など
3	要介護認定者 医療保険利用者（小児・精神疾患及び看取り以外） 状態の安定したがん療養者 家族（同居者）との関係性がよく、介護力がある	麻薬の使用と管理 ストーマケア など
4	要介護認定者 医療保険利用者（小児・精神疾患及び看取り以外） 後期で学ぶ技術の提供を必要とする 夜間の緊急時の対応を必要とする 介護力の不足がある	人工呼吸器（NPPV）の管理 褥瘡処置 など

## 2. 一般目標を達成するために用いる学習プロセスと方法論

(1) すべての領域の学習において、学習プロセスは、以下のステップを踏む。

- ① 動機づけ：利用者に接する、役割モデルに接する等、動機づけの段階を踏む。
- ② 知識の獲得：テキスト、DVD及び e-ラーニングを含む教材等を用いて学習する。
- ③ 技術の獲得と統合：シミュレーション機器や模擬患者を用いての演習、習得すべきテーマに基づいた病院等の施設研修を経験し、学習内容を新卒等看護師に教育する者（以下「教育指導者」という）やプリセプターと系統的にまとめる。
- ④ 実際の展開：複数回同行訪問を行った後、一人で訪問し、展開し、振り返りを行う。

(2) プロセスの中で用いる教育内容と方法は以下のとおりである。

- ① 体系的かつ効果的に学べるよう、理論とモデルを学習の中に積極的に取り込む。特に、対象領域（難病、慢性疾患、認知症、がん、小児・精神疾患、エンド・オブ・ライフケア、緩和ケア等）に特徴的な看護について体系的に学べるように、その領域で開発された教育プログラムや理論等を活用する。
- ② エビデンスに基づいた看護過程の展開ができるように、学習の中に EBCP (Evidence-based clinical practice) を取り入れ、かつ各種ガイドラインの活用を積極的に促す。
- ③ 看護過程の展開を強化するために、枠組みを用いたアセスメントを取り入れ、フィジカルアセスメント力を強化する。
- ④ 利用者及び家族とのコミュニケーション能力を強化するために、コミュニケーション理論、モチベーション・インタビュー法、コーチング、家族看護学の理論やモデルを取り入れる。
- ⑤ 看護技術については、シミュレーターや模擬患者を活用する。
- ⑥ 教育指導者は、理論やモデル等についてはこれらを理解する者を講師とし、また、日々の教育のために、プリセプターは教育方法の研修を受ける。

## 3. 専門職としての個人の成長発達を促す仕組みの導入

ポートフォリオを導入し、日々の自己の振り返りができるようにする。さらに、学会に所属し、学術集会に参加することで、専門職としての自己の位置づけを知り、また新たな学びを得るように促す。自身の成長度合いを確認し、学習すべきことを確認するために、管理者やプリセプターから定期的に面接型の評価を受ける。

メンタルケアのために、定期的に同期との交流会や施設研修での先輩看護師等との交流を行う。

### Ⅲ. 新卒等訪問看護師育成プログラムの概要

#### 1. プログラムの特徴

訪問看護の人材確保と充実強化を図るため、1年間で訪問看護ステーションのチームの一員として実働できるようにプログラムを作成した。(表4) またその中には以下の特徴を組み込んだ。

- (1) 「独り立ち」するための達成すべき一般目標を段階的に示した。また、達成時期の具体的な指標と到達目標の目安を明記した。新人訪問看護師については、看護師経験を考慮する。
- (2) 一般目標を達成するためのプロセスを「到達目標」として挙げ、習得すべき内容を「学習・研修」に明記した。
- (3) 準備段階として基礎看護教育(看護師等学校養成所での教育)で学ぶ内容、連携と役割分担を明記した。
- (4) 訪問看護ステーション内では教育がでにくい分野の教育・医療・介護施設等での研修を系統的かつ段階的に組み込んだ。
- (5) 訪問看護師の生涯教育の一環としての位置づけを明確にした。
- (6) 教育指導者の位置づけと担う役割、その準備教育を盛り込んだ。

#### 2. 目的

訪問看護ステーションに就職した新卒等看護師が、体系的なOJTの教育支援を受けることで在宅看護への理解を深め、自律した訪問看護師として活動することができることを目的とする。

#### 3. 目標

- (1) 訪問看護に必要な知識・技術を習得し、訪問看護を自律して行うことができる。
- (2) 訪問看護ステーションのメンバーの一員として役割を遂行できる。
- (3) 訪問看護師として、自分のキャリア形成を考え継続的に自己研鑽できる。

#### 4. 学習課題

これまでに作成された新人訪問看護師を対象とした育成プログラム<sup>1) 2)</sup>及び報告書<sup>3)</sup>、研究<sup>4-7)</sup>を参考に、以下のとおりとした。

- (1) 訪問看護に必要な医療保険制度・介護保険制度の理解
- (2) 訪問看護における看護師の役割と基本的姿勢、訪問看護の概要の理解
- (3) 在宅療養者の包括的アセスメント(身体の状況、精神的な状態、認知機能、生活の状態、社会的・環境的要因、倫理的側面)方法の習得
- (4) 訪問看護の実践に必要な疾患の知識及び治療方法、指導教育方法の習得
- (5) 在宅療養者のフィジカルアセスメント方法の習得
- (6) 在宅で必要とされる基本的な技術の習得
- (7) 訪問看護の場の特性と利用者の個別性を尊重した看護を行うための知識の習得
- (8) 利用者・家族が望む在宅療養生活の実現のための効果的な看護計画の立案と実施、評価
- (9) 利用者・家族の意思決定支援、倫理的な問題への対応
- (10) 病院・施設・在宅における多職種連携に必要な能力の習得
- (11) リスクマネジメントの知識の習得と実施
- (12) 自組織の理念・目標と運営・経営管理に関する理解と自分の役割遂行
- (13) 訪問看護師としてのキャリア開発、目標設定と自己教育

表4 新卒等訪問看護師育成過程

【入職後1年目のステップ】※新人訪問看護師は、看護師経験を考慮する。		ステップⅠ期		ステップⅡ期				ステップⅢ期			ステップⅣ期			
区分	大学・学校教育	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
一般目標		訪問看護の実際を学ぶ		支援を受けながら単独訪問ができる				支援を受けながら単独訪問ができる (24時間対応について学ぶ)			単独訪問看護ができる (支援を受けながら24時間対応ができる)			
指標	利用者背景 <sup>注1</sup>	クラス1:状態の安定した利用者		クラス2:安定した状態で、レベル1の技術提供が必要な利用者				クラス3:状態の安定したがん療養者			クラス4:夜間緊急時の対応が必要な利用者 レベル2の技術提供が必要な利用者			
	訪問方法(同行・単独)	同行訪問ができる(1~2件/日)		同行訪問と単独訪問		単独訪問件数1~2件/日		単独訪問件数1~2件/日 夜間の同行訪問ができる			単独訪問1~2件/日		訪問件数計 25~30件/月	
	訪問件数(担当利用者数・受持ち利用者数)	訪問看護師の役割と概要をイメージできる		担当開始							担当:5人以上 受持ち:支援を受けて1人		担当:7人 受持ち:1人	
	緊急対応状況	緊急対応の手順を理解する		緊急対応の連絡をとることができる		支援を受けながら緊急時の対応を 考えることができる		支援を受けながら日中の緊急時の対応ができる			支援を受けながら夜間の緊急時の対応ができる			
	習得技術(訪問看護基礎技術レベル <sup>注2</sup> )	前期の技術を学ぶ		支援を受けながら前期で学んだ技術を実施できる		前期で学んだ技術を実施できる		支援を受けながら後期で学んだ技術を実施できる			後期で学んだ技術を実施できる			
到達目標	在宅看護過程	情報収集・問題抽出・看護計画立案	①訪問看護師に必要な疾患の知識・治療方法を学ぶ ②在宅療養者の看護過程が展開できる		支援を受けながら関連図を描くことができる	支援を受けながら看護計画を立案できる		1人で看護計画を立案できる(クラス1、クラス2の利用者)			支援を受けながら急変時の対応計画を立案できる			
	訪問記録	評価			同行訪問と支援を受けながら訪問看護記録ができる	支援を受けながら訪問看護記録を記載できる		一人で訪問看護記録を作成できる		受け持ちの患者のケースカンファレンス(内部)で司会ができる(ケースの背景と看護計画、実施評価を報告し、他者の意見を求め、まとめることができる)				
	評価			訪問実施に対する気付きができる	訪問実施に対する評価・意見を述べる ことができる		支援を受けながら訪問後、必要な計画の修正ができる		一人で訪問後の評価および計画修正ができる					
	コミュニケーション	接遇・人間関係	①接遇の5原則が実践できる ②利用者・家族と基本的な(治療的)会話ができる							状況に応じた接遇対応ができる				
	教育指導	①社会人としてのマナーを学ぶ ②プロとしてのコミュニケーション技術の基礎を学ぶ		利用者・家族の在宅療養に必要な教育指導を 考えることができる	支援を受けながら、利用者・家族に在宅療養に 必要な教育・指導ができる		利用者・家族に在宅療養に必要な教育指導ができる			利用者・家族の状況・個性を踏まえた教育指導ができる				
多職種連携			連携会議に参加し、訪問看護の立場から 発言できる	連携会議で利用者の説明ができる			①連携会議で利用者の説明を行い、他者の意見を求め、 ケアの方向性をまとめることができる ②受け持ち以外の患者についても、専門的見地から意見を 述べる			支援を受けながら関係機関に適切な報告・連絡・相談が できる				
組織的・管理的側面	目標管理	ステーションの理念を理解し、目標管理について考える ことができる		自己の目標設定ができる	目標に沿った行動ができる		中間評価と必要な到達目標の修正 ができる		修正した到達目標に沿って行動できる			最終評価と次年度目標設定ができる		
	時間管理	基礎知識を学ぶ		時間内に終わる業務範囲とする(能力との バランスに応じて適切に業務量の調整を主張できる)		決められた時間内に業務を終えることができる。加えて、能力との バランスに応じて適切に業務量の調整を主張できる		効率的な時間管理を考えて行動できる						
	物品管理 (材料、薬剤、備品など)			説明を受けて、管理方法を知っている	支援を受けながら、利用者に使用する 物品の取り扱いができる		利用者に使用する物品の取り扱いが できる		支援を受けながら、ステーションで管理する物品の 取り扱いができる			ステーションで管理する物品の 取り扱いができる		
	危機管理 (安全、感染、暴言暴力、災害など)			説明を受けて、マニュアルを知っている	支援を受けながらマニュアルに沿った行動がとれる			マニュアルに沿って、安全・感染管理行動がとれる 支援を受けながら、暴言・暴力対応、災害対応ができる			マニュアルに沿った行動ができる			
	倫理的側面	基礎知識を学ぶ		看護者の倫理綱領・個人情報保護について 述べる	倫理的問題に気付き、上司に報告できる		倫理的問題を明確にできる		①倫理問題のとらえ方・解決の方法論(モデル)を活用できる ②倫理カンファレンスに参加し意見を述べる ことができる			支援を受けながら倫理的な問題に対応できる		
学習・研修	個人学習	訪問看護e-ラーニング:第1章~4章 包括的なアセスメント方法を学ぶ		疾患の理解と最新の治療について学ぶ				訪問看護e-ラーニング:第5章~6章			受け持ち事例のまとめ			
		医療保険制度・介護保険制度の理解		医療保険制度を学ぶ		利用者が使用している医療保険制度、介護保険制度、訪問看護制度について学ぶ						利用者に関わる医療保険制度、介護保険制度、利用している 制度、関連する職能、その他社会資源のマッピング		
		ポートフォリオの作成(管理者による定期的な評価)				学会に参加し、自身の位置を確認する								
			他機関に勤務する同期との交流		他機関に勤務する同期との交流		他機関に勤務する同期との交流		他機関に勤務する同期との交流					
	訪問看護ステーション内研修			同行訪問利用者の関連図作成		同行訪問と利用者の看護計画立案		同行訪問と看護計画評価・修正			利用者の手順書作成		事例発表会	
他施設研修	基本看護技術 ヘルスアセスメント		病院:訪問看護基礎技術 前期		大学:ヘルスアセスメント(看護過程の 展開とフィジカルアセスメント)能力向上 研修	大学:患者指導・教育方法の学習	病院:退院カンファ レンス・退院調整	病院:介護老人保健施設等: 訪問看護基礎技術 後期		大学:シミュレーション研修 「急変時対応」	大学または病院: シミュレーション研修 「総合的フィジカルアセスメント」			

注1 利用者の背景「クラス」(表3) 参照 p.3 注2 訪問看護基礎技術チェック表 (表5) 参照 p.9

## IV. 新卒等訪問看護師の育成過程の具体的内容

新卒等訪問看護師育成の一般目標に沿って、育成過程の具体的内容を示す。

### 1. 訪問看護実践

#### (1) 利用者背景

訪問看護の利用者背景（表3）を、疾患・病態の目安として医療依存度と状態の安定性から設定した。状態の安定した医療依存度の少ない利用者で家族関係が良好な利用者から訪問を開始し、難易度を上げていく。医療的ケアの提供は、習得した技術と併せて設定した。

なお、精神疾患や小児の利用者は、専門的に高いスキルを求められることから2年目以降に設定した。看取りは3年目とした。なお、新人訪問看護師については、看護師経験年数等を考慮する。

#### (2) 訪問方法（同行・単独）

同行訪問から単独訪問へ、順次、支援を受けながら24時間の単独訪問ができるようになることを目指した。また、介護福祉士やホームヘルパー、理学療法士や作業療法士などとの同行訪問も組み入れるようにする。

#### (3) 担当利用者数・受け持ち利用者数

実際の訪問では、1日何件の訪問ができるようになればよいか、訪問できる担当利用者数を示した。また訪問を担当できる利用者とは別に、利用者面接や看護計画の立案、関係機関との調整なども担う利用者は、総合的な能力を必要とすることから受け持ち利用者数として別に示した。新人訪問看護師については、看護師経験を考慮する。

#### (4) 習得技術

訪問時に提供できる技術を「訪問看護基礎技術チェック表」（表5）に、訪問看護場面での必要度と技術の難易度から前期と後期の2段階に分けて示した。新卒等訪問看護師が担当する利用者は、技術の習得に合わせて設定していくこととした。

#### (5) 緊急対応状況

訪問看護では、その現場において利用者の急変時対応ができなければならない。利用者の重症度が増すことによって、急変時対応の必要性が増えることを想定し、支援を受けながら夜間の緊急時の対応ができるよう設定した。

表5 訪問看護基礎技術チェック表

項目	研修時期	達成の目安	評価			
			5月	9月	12月	3月
環境調整技術	1 環境整備(温度・湿度・採光など)	前期	I			
	2 ベッドメーカーキング(臥床患者への実施を含む)	前期	I			
食事援助技術	3 食・栄養管理(水分・栄養バランス、方法、器具の選択等)	前期	I			
	4 食事介助	前期	I			
	5 経管栄養(鼻チューブ)の管理	前期	I			
	6 経管栄養(鼻チューブ)の挿入	後期	II			
	7 経管栄養(胃ろう・腸ろう)の管理	前期	I			
排泄援助技術	8 排泄管理(方法、装着/使用器具の検討・調整・管理)	前期	II			
	9 膀胱内留置カテーテルの管理	前期	I			
	10 膀胱内留置カテーテルの挿入	前期	II			
	11 導尿	前期	II			
	12 ストーマケア	後期	II			
	13 洗腸	前期	I			
	14 排便	前期	I			
	15 排便調節(薬剤調整を含む)	前期	II			
活動・休息援助技術	16 歩行介助(適切な器具の選択・使用を含む)	前期	I			
	17 移乗・起き上がり(適切な器具の選択・使用を含む)	前期	I			
	18 移動・移送(適切な器具の選択・使用を含む)	前期	I			
	19 廃用症候群予防・関節可動域訓練	後期	II			
	20 体位交換・ポジショニング	前期	I			
	21 睡眠導入薬の調整	後期	II			
清潔・衣生活援助技術	22 清拭(全身清拭を含む)	前期	I			
	23 洗髪	前期	I			
	24 口腔ケア	前期	I			
	25 入浴介助	前期	I			
	26 陰部ケア・おむつ交換	前期	I			
	27 寝衣交換等の衣生活支援・整容	前期	I			
	28 酸素吸入療法(HOT)	前期	I			
呼吸・循環を整える技術	29 吸入療法(ネブライザー)	前期	I			
	30 吸引(口腔内)	前期	I			
	31 吸引(鼻腔内)	前期	II			
	32 吸引(気管内)	前期	II			
	33 呼吸訓練・呼吸リハビリテーション(含:心臓リハビリ)	後期	II			
	34 人工呼吸器の管理(NPPV)	後期	I			
	35 人工呼吸器の管理(気管切開)	後期	III			
創傷管理技術	36 簡単な創部の処置	前期	I			
	37 治癒遅延創の処置	後期	II			
	38 褥瘡予防(含:ベッド・マットレスの選択・シーティング等)	前期	II			
	39 褥瘡処置	後期	II			
与薬の技術	40 包帯法	前期	I			
	41 経口薬の与薬・外用薬の与薬・直腸内与薬	前期	I			
	42 皮内・皮下・筋肉注射	前期	I			
	43 静脈内注射・点滴静脈内注射	前期	I			
	44 中心静脈内注射	前期	II			
	45 ポートからの注射	前期	I			
	46 輸液ポンプ・シリンジポンプの使用と管理	後期	II			
	47 インスリン製剤の使用と管理	後期	I			
	48 麻薬の使用と管理	後期	II			
救命救急処置技術	49 意識レベルの把握	前期	I			
	50 一次救命処置	後期	II			
症状・生体機能管理技術	51 バイタルサイン(体温・脈拍・呼吸・血圧)	前期	I			
	52 パルスオキシメーターによる測定	前期	I			
	53 身体計測(身長・体重・腹囲など)	前期	I			
	54 検体採取と取扱い	前期	I			
	55 血糖測定	前期	I			
苦痛緩和・安楽の技術	56 薬法等身体安楽促進ケア	前期	I			
	57 リラクゼーション技法(呼吸法、自律訓練法など)	後期	II			
逝去時の看護技術	58 精神的安寧(嗜好や習慣を取り入れたケア)	後期	II			
	59 死亡時の対応	後期	III			
感染防止の技術	60 死後のケア	後期	III			
	61 スタンダードプリコーション(標準予防策)の実施	前期	I			
	62 無菌操作	前期	I			
	63 医療廃棄物の規定に沿った適切な取り扱い	前期	I			
	64 針刺し切創等による職業感染防止対策と事故後の対応	前期	I			
安全確保の技術等	65 在宅での洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	前期	I			
	66 転倒転落事故防止策	前期	I			
	67 虐待防止・対応・通報	後期	II			
	68 家屋内の安全の確保	前期	I			
	69 災害時の対応	前期	II			

※看護基礎技術チェック表の見方 新人訪問看護師については、看護師経験を考慮する  
 基本的な技術レベルの考え方、全ての技術には、アセスメント、用具の選択、処置技術、患者・家族教育、評価を含む

○研修時期	必要度と技術の難易度で設定	前期…低～中等度の難易度:4月～9月 後期…中～高い難易度:10月～3月
○達成の目安	1年目で達成すべき段階。危険を伴いやすい注意を要する技術はII以上で設定	I:実施できる II:指導の下実施できる III:演習でできる
○評価	5月、9月、12月、3月に評価	I:実施できる II:指導の下実施できる III:演習でできる IV:できない 未:未経験

## 2. 在宅看護過程

訪問看護を実施するにあたり、求められる実践能力を示す。

### (1) 情報収集・問題抽出・看護計画立案

利用者の情報収集から問題を明確化し、利用者・家族の意向を踏まえた計画を立案できる。

### (2) 訪問記録

訪問時の看護ケアの実施とその記録ができる。なお、記録内容から、適切な観察やケア実施が行われたかを確認する。

### (3) 評価

実践した看護ケアを振り返り、評価および計画修正ができる。

## 3. 基本姿勢・コミュニケーション

利用者・家族はもちろん、医療チームの一員として、良い関係性を保つために求められる項目を示す。また、コミュニケーションを通じた良好な関係性の中から、適切な助言や教育指導ができることを求めた。

### (1) 接遇・人間関係

### (2) 教育指導

### (3) 多職種連携

## 4. 組織的・管理的側面

目標を持って自己のキャリアデザインを考えた行動ができることを目指すと共に、業務遂行において必要な管理的側面を挙げた。

### (1) 目標管理

### (2) 時間管理

### (3) 物品管理（材料、薬剤、備品など）

### (4) 危機管理（安全、感染、暴言暴力、災害など）

## 5. 倫理的側面

重要な視点として看護職の基盤となる倫理的問題への取組みと個人情報保護について挙げた。

## V.新卒等訪問看護師の期間単位の育成過程と教育支援

- 一般目標を次の4期に分けて、達成すべき指標を「訪問看護実践」に示した。

ステップⅠ期	4月～5月までの育成	ステップⅢ期	10月～12月までの育成
ステップⅡ期	6月～9月までの育成	ステップⅣ期	1月～3月までの育成

※新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

- 指標や到達目標は、評価内容としてその期間終了時に確認することで、次のステップに向けて課題を明確にするようにした。また、学習・研修内容も評価の視点として到達目標に組み込んだ。
- 教育支援として、学習・研修内容、及び担当する利用者をイメージできるように各期の〈学習事例〉を提示し事例検討に活用する（Ⅷ.資料 1 学習事例ステップⅠ期～ステップⅣ期）。学習・研修する施設は、地域で協力を得られる病院、大学、介護老人保健施設など（以下「連携施設」という。）とする。

### 1. ステップⅠ期【4月～5月までの育成】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

項目	内容
一般目標	訪問看護の実際を学ぶ
訪問看護実践	同行訪問が1日1～2件できる
担当する利用者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護認定者</li> <li>・訪問開始から一定期間が経過し、状態が安定している</li> <li>・家族（同居者）との関係性がよく、介護力がある</li> </ul>
到達目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 訪問看護の基礎知識を知っている。（訪問看護 e-ラーニング 第1章～第4章を修了している。）</li> <li>② 前期の看護基礎技術を指導又は研修で受けている。＊訪問看護基礎技術チェック表のチェック＊</li> <li>③ 支援を受けながら利用者の関連図を描くことができる。</li> <li>④ 支援を受けながら訪問看護記録ができる。</li> <li>⑤ 利用者・家族に対し接遇の5原則が実践できる。</li> <li>⑥ 利用者・家族と基本的な（治療的）会話ができる。</li> <li>⑦ 利用者・家族の在宅療養に必要な教育指導を考えることができる。</li> <li>⑧ 連携会議に参加し、訪問看護の立場から発言できる。</li> <li>⑨ 訪問看護ステーションの理念を理解し、自己の目標を設定できる。</li> <li>⑩ 物品管理方法について知っている。</li> <li>⑪ 安全・感染・暴言暴力・災害対応のマニュアルを知っている。</li> <li>⑫ 看護師の倫理綱領、個人情報保護法について述べるができる。</li> </ol>
学習・研修	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 個人学習：訪問看護 e-ラーニング 第1章～第4章、包括的アセスメント<sup>注1</sup>方法を学ぶ。医療保険制度を学ぶ、ポートフォリオの作成</li> <li>② 訪問看護ステーション内学習：関連図<sup>注2</sup>の作成、同行訪問・振り返りカンファレンス<sup>注3</sup></li> <li>③ 病院研修：前期の訪問看護基礎技術<sup>注4</sup></li> </ol>

注1 包括的アセスメント（表8）参照 p.35

注2 関連図：包括的アセスメントに基づき関連図を作成、病態関連図に加えて全体関連図を作成 p.36

注3 振り返りシート（表9）の利用 p.37

注4 訪問看護基礎技術チェック表（表5）参照 p.9

## 2. ステップⅡ期【6月～9月までの育成】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

項目	内容
一般目標	支援を受けながら単独訪問ができる
訪問看護実践	同行訪問と単独訪問を繰り返した後、単独訪問が1日1～2件できる 担当開始
担当する利用者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護認定者</li> <li>・ 訪問開始から一定期間が経過し、状態が安定している</li> <li>・ 家族（同居者）との関係性がよく、介護力がある</li> <li>・ 訪問看護基礎技術<sup>注1</sup>前期の技術提供を必要とする</li> </ul>
到達目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 前期の訪問看護基礎技術<sup>注1</sup>を実施できる。</li> <li>② 1人で利用者の背景（表3）クラス1, 2の利用者の看護計画を立案できる。</li> <li>③ 一人で訪問看護記録を作成できる。</li> <li>④ 支援を受けながら訪問後、必要な計画の修正ができる。</li> <li>⑤ 利用者・家族に対し接遇の5原則が実践できる。</li> <li>⑥ 利用者・家族と基本的な（治療的）会話ができる。</li> <li>⑦ 利用者・家族に在宅療養に必要な教育指導ができる。</li> <li>⑧ 会議で利用者の説明ができる。</li> <li>⑨ 目標に沿った行動ができる。</li> <li>⑩ 中間評価と必要な到達目標の修正ができる。</li> <li>⑪ 決められた時間内に業務を終えることができる。</li> <li>⑫ 能力とのバランスに応じて適切に業務量の調整を主張できる</li> <li>⑬ 利用者を使用する物品の取り扱いができる。</li> <li>⑭ 支援を受けながらマニュアルに沿った安全・感染・暴言暴力・災害対策行動がとれる。</li> <li>⑮ 倫理的問題に気付き、上司に報告できる。</li> <li>⑯ 倫理問題を明確にできる。</li> </ol>
学習・研修	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 個人学習：疾患の理解と最新の治療、利用者が使用している医療保険制度、介護保険制度について学ぶ</li> <li>② 訪問看護ステーション内学習：看護計画の立案、同行訪問・振り返りカンファレンス</li> <li>③ 大学研修：ヘルスアセスメント能力向上研修、患者指導・教育方法の学習</li> <li>④ 病院研修：退院カンファレンス、退院調整</li> </ol>

注1 訪問看護基礎技術チェック表（表5）参照 p.9

### 3. ステップⅢ期【10月～12月までの育成】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

項目	内容
一般目標	支援を受けながら単独訪問ができる (24時間対応について学ぶ)
訪問看護実践	単独訪問が1日1～2件できる 夜間の同行訪問ができる
担当する利用者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護認定者</li> <li>・ 医療保険利用者（小児・精神疾患及び看取り以外）</li> <li>・ 状態の安定したがん療養者（看取りまで至らない状態）</li> <li>・ 家族（同居者）との関係性がよく、介護力がある</li> </ul>
到達目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 後期の訪問看護基礎技術<sup>注1</sup>を実施できる。</li> <li>② 受け持ちの患者のケースカンファレンス（内部）で司会ができる。（ケースの背景と看護計画、実施評価を報告し、他者の意見を求め、まとめることができる。）</li> <li>③ 1人で訪問後の評価および計画修正ができる。</li> <li>④ 状況に応じた接遇対応ができる。</li> <li>⑤ 利用者・家族に在宅療養に必要な教育指導ができる。</li> <li>⑥ 連携会議で利用者の説明を行い、他者の意見を求め、ケアの方向性をまとめることができる。</li> <li>⑦ 受け持ち以外の患者についても、専門的見地から意見を述べることができる。</li> <li>⑧ 修正した到達目標設定に沿って行動できる。</li> <li>⑨ 効率的な時間管理を考えて行動できる。</li> <li>⑩ 支援を受けながら、訪問看護ステーションで管理する物品の取り扱いができる。</li> <li>⑪ マニュアルに沿って、安全・感染管理行動がとれる。</li> <li>⑫ 支援を受けながら、暴言・暴力対応、災害対応ができる。</li> <li>⑬ 倫理問題のとらえ方・解決の方法論（モデル）を活用できる。</li> <li>⑭ 倫理カンファレンスに参加し意見を述べるができる。</li> </ol>
学習・研修	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 個人学習：訪問看護 e-ラーニング 第5章～第6章、利用者が使用している医療保険制度、介護保険制度について学ぶ。学会へ参加し自分の位置を確認する。</li> <li>② 訪問看護ステーション内学習：看護計画の立案・評価・修正、同行訪問と振り返りカンファレンス</li> <li>③ 病院・介護老人保健施設：後期の訪問看護基礎技術研修<sup>注1</sup></li> <li>④ 大学：シミュレーション研修「急変時対応」</li> </ol>

注1 訪問看護基礎技術チェック表（表5）参照 p.9

#### 4. ステップⅣ期【1月～3月までの育成】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

項目	内容
一般目標	単独訪問ができる (支援を受けながら24時間対応ができる)
訪問看護実践	単独訪問件数：25～30件／月 支援を受けながら夜間の緊急時の対応ができる。 担当利用者7人、受け持ち利用者1人
担当する利用者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護認定者</li> <li>・ 医療保険利用者（小児・精神疾患及び看取り以外）</li> <li>・ 訪問看護基礎技術<sup>注1</sup> 後期の技術提供を必要とする</li> <li>・ 夜間の緊急時の対応を必要とする</li> <li>・ 介護力の不足がある</li> </ul>
到達目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 後期の訪問看護基礎技術<sup>注1</sup>を実施できる。</li> <li>② 利用者の手順書が作成できる。</li> <li>③ 支援を受けながら、急変時の対応計画を立案できる。</li> <li>④ 訪問看護ステーション内でケースカンファレンスの司会ができる。(ケースの背景と看護計画、実施評価を報告し、他者の意見を求め、まとめることができる。)</li> <li>⑤ 1人で訪問後の評価及び計画の修正ができる。</li> <li>⑥ 状況に応じた接遇対応ができる。</li> <li>⑦ 利用者・家族の状況・個別性を踏まえた教育指導ができる。</li> <li>⑧ 支援を受けながら関係機関に適切な報告・連絡・相談ができる。</li> <li>⑨ 最終評価と次年度目標設定ができる。</li> <li>⑩ 効率的な時間管理を考えて行動できる。</li> <li>⑪ 訪問看護ステーションで管理する物品の取り扱いができる。</li> <li>⑫ マニュアルに沿った安全・感染・暴言暴力・災害対策の行動ができる。</li> <li>⑬ 支援を受けながら倫理的な問題に対応できる。</li> </ol>
学習・研修	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 個人学習：事例のまとめ</li> <li>② 利用者の使用している制度、その他の社会資源のマッピング</li> <li>③ 訪問看護ステーション内学習：手順書の作成、同行訪問と振り返りカンファレンス、事例発表会</li> <li>④ 大学または病院：シミュレーション研修「総合的フィジカルアセスメント」<sup>注2</sup></li> </ol>

注1 訪問看護基礎技術チェック表（表5）参照 p.9

注2 シミュレーション研修「総合的フィジカルアセスメント」

事例を通して、シミュレーション機器を用いた観察、アセスメント及び必要な技術の提供を行う。

## VI. 評価

### 1. 育成過程の評価

「新卒訪問看護師育成マニュアル（第1版）」では、入職後1年間の4期（ステップ）に分け、ステップごとに自己及び他者評価ができるように評価表を作成し、示した。訪問看護師指導者育成プログラム作成部会において、第1版で作成した評価項目の内容が、訪問看護の特徴を十分に反映しておらず、評価基準も抽象的であるとの指摘を受けたことから、「新卒等訪問看護師育成過程の評価表」を改訂し、本改訂版（第2版）を作成した。改訂した評価表を表6に示す。改訂のポイントは以下の通りである。

#### 1) 評価の枠組み

評価の枠組みを、公益財団法人日本訪問看護財団<sup>1)</sup>及び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が作成した枠組みを参考に、構造化した。訪問看護の根幹的能力（コンピテンシー）を、訪問看護師としての基本的能力、専門的能力、組織的能力に分類した（大項目）。さらに、大項目（カテゴリー）ごとに中項目（サブカテゴリー）と小項目を設定した。

#### 評価の枠組み

大項目： 訪問看護師としての基本的能力、訪問看護師としての専門的能力、  
組織的能力

中項目： 基本姿勢、倫理、コミュニケーション能力、人間関係能力、  
組織内部の連携、教育指導、自己啓発、研究、エンパワメント、  
家族支援、社会資源、感染管理、在宅看護過程、リスクマネジメント、情報管理、地域連携、  
組織運営・管理

小項目： 表4参照 合計97項目

#### 2) 評価の判断基準

(1) 一般目標は、「訪問看護師として基本的態度を身につけ、訪問看護ステーションのメンバーとして活動できる。」とした。

(2) 各小項目の、1年間の終了時点での到達目標の判断基準は「Ⅰ 単独で（実施）できる」「Ⅱ 少しの助言で自立してできる」「Ⅲ 指導の下でできる」「Ⅳ 知識としてわかる」「Ⅴ できない」を新たに設定した。新人訪問看護師については、看護師経験を考慮する。

(3) 評価基準を明確にした。

- ・第1版における水準：「A: 期待以上」「B: 標準」「C: 努力を要する」「D: 不可」を第2版においては評価基準として「A: 確実にできる（90%以上）」「B: 指導があればできる（70～80%程度）」「C: 繰り返し指導が必要（50～60%程度）」「D: 未経験」とした。
- ・これについて、設定した評価時期は、5月、9月、12月、3月とした。
- ・新卒等訪問看護師と指導者がそれぞれに上記の基準で評価を行うようにした。

#### 3) その他

- (1) ステップごとに分割していた評価表を1つにまとめて示し、1年間の成長の変化が一目に確認できるようにした。
- (2) 第1版で用いた「他者評価」を、第2版では「指導者」が評価するものとして明確にした。

### 2. 新卒等訪問看護師の評価の実際

評価表の使い方を以下に示す。

#### 1) ステップの評価時期：5月、9月、12月、3月

新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

## 2) 新卒等訪問看護師の活用方法

訪問看護実践を、自身で振り返り、評価表に評価を記入しながら、学習課題を意識化する。次に指導者との面談の場で、評価の相違点について意見交換をする。また、今後の目標やそれに到達するための行動計画について指導者と話し合い、自己の学習課題を明確にする。

## 3) 指導者の活用方法

指導者は、新卒等訪問看護師に同行訪問を行い、参加観察や助言指導時の反応や新卒等訪問看護師の訪問記録をもとに、各項目について客観的に評価する。

表6 新卒等訪問看護師育成過程の評価表

〈記入方法〉 自己の課題を明確にし、目的を持って行動するための指標です。

新卒訪問看護師は、看護師経験を考慮してください。

【一般目標】 訪問看護師として基本的態度を身に付け、訪問看護ステーションのメンバーとして活動できる

【到達目標の判断基準】 I 単独で(実施)できる II 少しの助言で自立してできる

III 指導の下でできる IV 知識としてわかる V できない

【評価基準】

該当する評価基準を該当月に記入しましょう。

A:確実にできる(90%以上)

B:指導があればできる(70~80%程度)

C:繰り返し指導が必要(50~60%程度)

D:未経験

大項目	中項目	小項目	到達目標 (年数)	5月		9月		12月		備考		
				自己	指導者	自己	指導者	自己	指導者			
基本姿勢		1 就業上のルールを守ることができる	I									
		2 その場にあふさわしい態度であいさつすることができる	I									
		3 日々の看護活動について、常に報告・連絡・相談することができる	I									
		4 来客・電話に適切に対応でき、内容を正確に伝達することができる	I									
		5 事業所の理念・看護目標を共有することができる	I									
		6 訪問看護に必要な必要物品や身支度を事前に整えることができる	I									
		7 目的地周辺の道路事情などを把握できる	I									
		8 訪問看護に対する関心を継続できる	I									
		9 日頃の健康管理に努めることができる	I									
		10 職場の雰囲気や良好に保つよう行動できる	I									
倫理		11 みんなで協力して自施設をより良い職場環境にするように判断し行動できる	II									
		12 自分の心身の状態変化に気づき、状況に応じて、速やかに対処できる	II									
		13 看護倫理について基本的な知識を持っている	II									
		14 個人情報保護の必要性を理解し、情報を適切に管理できる	II									
		15 利用者・家族の意思を尊重し、目標を共有して活動できる	II									
		16 必要とする個人の情報の必要性を理解し、適切な方法で入手し管理することができる	III									
		17 利用者・家族に対する説明責任を果たすことができる	III									
		18 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できる	III									
		19 コミュニケーションを通して、利用者・家族の在宅生活に必要な情報収集をすることができる	I									
		20 利用者・家族に関する事柄について、他者に適切な情報提供ができる	II									
人間関係能力		21 コミュニケーションを通して、利用者・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作ることができる	III									
		22 職務上の悩みや不安、困難体験を言語化し、他者の支援を得ることができる	I									
		23 コミュニケーション能力、組織内部で連携する能力などを身につけている	I									
		24 1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ことができる	I									
		25 事業所内各職員の役割を把握している	I									
		26 事業所内での自分の役割がわかり、責任を果たすことができる	I									
		27 継続看護に必要な情報を看護師間で確認できる	II									
		28 管理者や同僚の支援が必要かを判断し、支援を求めることができる	II									
		29 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節し確認・伝達できる	II									
		30 チームとしてケアを提供していることを他者に説明できる	III									
教育指導		31 同僚と実習・研修生などに対して、支援的態度で接することができる	I									
		32 自分の看護実践を整理し、実習・研修生などに説明することができる	III									
		33 自分の個人生活と仕事の両立を実現可能な範囲で調整できる	I									
		34 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できる	I									
		35 知識・技術・態度などの不安を補うために、計画的に自己学習できる	I									
		36 同僚・管理者の訪問看護に関心をもち、内容を聞き、自分の実践に活かすことができる	I									
		37 目指したい訪問看護師のイメージを明確に持つことができる	I									
		38 自分が訪問看護師としていたいことを明確に話すことができる	I									
		39 自分の強み・弱み・改善すべき点について自覚している	I									
		40 訪問看護への意欲を維持・向上させることができる	I									
自己啓発		41 自分の学習目標・課題を明確にすることができる	II									
		42 自分の能力を客観的に評価し、強みを生かし不足分を補うことができる	II									
		43 各利用者のケアにおける医療機器や看護技術に関する最新かつ的確な情報を獲得できる	III									
		44 研究活動や学会発表などに関心をもち、協力することができる	I									
		45 自分の看護活動を客観的に分析し、整理できる	III									
		46 利用者・家族がもつ力(強み)を引き出すことができる	II									
		47 利用者・家族が自ら解決できる方向に導くことができる	III									
		48 利用者と家族を単位の看護の対象として認識し、働きかけることができる	II									
		49 利用者・家族の療養に関わる選択・決定を支援できる	II									
		50 在宅療養に必要な教育指導を利用者・家族に行うことができる	III									
研究		46 利用者・家族がもつ力(強み)を引き出すことができる	II									
		47 利用者・家族が自ら解決できる方向に導くことができる	III									
		48 利用者と家族を単位の看護の対象として認識し、働きかけることができる	II									
		49 利用者・家族の療養に関わる選択・決定を支援できる	II									
		50 在宅療養に必要な教育指導を利用者・家族に行うことができる	III									
		エンハブメント		46 利用者・家族がもつ力(強み)を引き出すことができる	II							
				47 利用者・家族が自ら解決できる方向に導くことができる	III							
				48 利用者と家族を単位の看護の対象として認識し、働きかけることができる	II							
				49 利用者・家族の療養に関わる選択・決定を支援できる	II							
				50 在宅療養に必要な教育指導を利用者・家族に行うことができる	III							
家族支援				46 利用者・家族がもつ力(強み)を引き出すことができる	II							
				47 利用者・家族が自ら解決できる方向に導くことができる	III							
				48 利用者と家族を単位の看護の対象として認識し、働きかけることができる	II							
				49 利用者・家族の療養に関わる選択・決定を支援できる	II							
				50 在宅療養に必要な教育指導を利用者・家族に行うことができる	III							

訪問看護師としての基本的な能力

訪問看護師としての専門的能力

大項目	中項目	小項目	到達目標 (1年後)	5月		9月		12月		3月		備考	
				自己	指導者	自己	指導者	自己	指導者	自己	指導者		
訪問看護師としての専門的能力	社会資源	51 自分の所属する組織が、地域の社会資源として果たす役割を理解できる	I										
		52 地域の社会資源についての情報収集方法を把握している	I										
		53 利用可能な制度・社会資源を把握し、活用方法を説明し、支援することができる	II										
		54 地域の保健医療福祉資源を把握している	II										
訪問看護師としての専門的能力	感染管理	55 正しい手洗いの手技を体得し、励行することにより感染予防に努めることができる	I										
		56 安全に感染予防及び医療廃棄物の取り扱いを行うことができる	II										
		57 在宅療養における主要な感染症を理解し、予防対策をとり、利用者・家族に説明することができる	III										
		58 主要な感染症への対応方法を理解し、発生を予防することができる	III										
		59 訪問予定を確認して必要な情報を収集できる	I										
		60 情報をもとにその日の看護計画を立案できる	I										
		61 利用者の問題・背景・要因について関連図を書くことができる	I										
		62 自己学習、助言を得て、療養者に適切なケアを考え実施できる	II										
訪問看護過程	リスクマネジメント	63 訪問後速やかに、その日の看護援助を規定の様式に記録できる	II										
		64 訪問看護過程の展開において問題を明確にできる	III										
		65 治療優先でなく、生活重視の考え方に切り替えることができる	II										
		66 訪問看護により、利用者・家族のQOLが向上したかという視点から、ケアを自己評価できる	III										
		67 困難な看護介入を客観視し、他者の支援を求めめることができる	III										
		68 自分で解決できないことや判断できないことに遭遇した時、利用者に不安を与えないことなく誠実に対応できる	III										
		69 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できる	III										
		70 苦情・パワーハラスメント・セクシュアルハラスメントに対し、速やかに報告できる	I										
		71 災害時対応マニュアルを熟読し、災害発生時には自分の果たす役割を理解し、適切に行動できる	I										
		72 利用者・家族の問題の重大性・緊急性を的確に判断し、速やかに対処・報告できる	I										
		73 感染予防を考慮し、物品の選択や訪問順序を決定することができる	I										
		74 利用者・患者の安心・安全・安楽を念頭においてケアを提供できる	I										
		75 利用者・家族の問題に気付いた場合には、速やかに相談できる	I										
		76 個人情報漏洩に関する事故(記録の紛失、FAXの誤送信等)について理解し予防策を実施できる	II										
		77 利用者の病態から予測される問題に予防的に対処できる	II										
		組織的能力	情報管理	78 事故発生時の自施設の対応体制が理解できる	II								
79 利用者宅に移動する際に起こりうる事故(交通事故・駐車違反)について理解し、予防策を実施できる	II												
80 組織的に対処すべき利用者・家族の問題(感染症・虐待など)に気づき報告できる	II												
81 在宅での事故(移動介助に伴う転倒・骨折・爪切り時の出血等)について理解し予防策を実施できる	III												
82 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、予防策を実施できる	III												
83 在宅での医療処置(バルーン交換・洗腸等)の取り扱いに関連して起こりうる事故について理解し、予防策を実施できる	III												
84 在宅医療機器(輸液ポンプ・人工呼吸器など)の取り扱いについて、起こりうる事故について理解し、予防策を実施できる	III												
85 施設における医療安全管理体制について理解できる	III												
86 情報を整理し適切に保管・管理、活用できる	I												
87 組織として個人情報流出防止に配慮し、適切に管理することができる	I												
地域連携	組織・運営・管理	88 訪問看護の関連職種との連携方法を把握できている	I										
		89 関係職種・関係機関の専門性を尊重し、円滑な連携に努めることができる	I										
		90 カンファレンスの参加目的を説明できる	I										
		91 サービス担当者会議などに参加し、看護職の立場で発言することができる	I										
		92 関係職種・機関に対して連携が必要な状況を判断し、適切に報告・連絡・相談ができる	I										
		93 事業所のサービス内容の概要を理解し、他者に説明できる	I										
		94 看護職員が困らないように物品を整理・補充することができる	I										
95 地域における事業所の役割を理解し、他者に説明できる	I												
96 訪問看護サービスの報酬体系と請求方法について説明できる	II												
97 訪問看護の経済性を意識して行動できる	II												

一般目標の判断基準は、厚生労働省医政局看護課長発【助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度】(医政発第0208001号)

参考文献 1 (文獻2) 公益財団法人 日本訪問看護財団:訪問看護師OJTガイドブック,2015.

2 (文獻4) 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:新卒者等訪問看護師育成プログラム実施報告,2016.

### 3. 技術の評価

#### 1) 訪問看護基礎技術の評価

訪問看護基礎技術は「訪問看護基礎技術チェック表」(表5)により評価する。新人看護職員研修ガイドライン改訂版<sup>2-1</sup>から、病院特有の技術は除外して訪問看護の現場に即した項目の文言を一部修正してチェックリストとした。また「経管栄養」の項目は、「管理」以外に在宅で実施する「鼻チューブの挿入」を加えた。「膀胱内留置カテーテル挿入と管理」は「膀胱内留置カテーテルの挿入」と「膀胱内留置カテーテルの管理」に項目を分けた。さらに、全ての技術には、「アセスメント、用具の選択、処置技術、患者・家族教育、評価」を含めて評価することとした。

##### (1) 研修時期

必要度と技術の難易度で設定した。

前期…低～中等度の難易度：4～9月

後期…中～高い難易度：10～3月

※新人訪問看護師については、看護師経験を考慮する。

##### (2) 達成の目安

1年目で達成すべき段階ではあるが、危険を伴いやすい注意を要する技術はⅡ以上で設定した。

Ⅰ：実施できる

Ⅱ：指導の下で実施できる

Ⅲ：演習でできる

##### (3) 評価

ステップⅠ期～ステップⅣ期の各期の終了時とし、新卒者は5月、9月、12月、3月に評価、新人訪問看護師については看護師経験を考慮する。

判断基準は、以下のとおりとする。

Ⅰ：実施できる

Ⅱ：指導の下で実施できる

Ⅲ：演習でできる

Ⅳ：できない

未：未経験

## VII. 教育指導者への支援

新卒等訪問看護師の学習を支援する教育指導者は、所属する訪問看護ステーションの指導者も含めて、教育指導に関わる者全てを指す。教育指導者には、専門的な知識や技術のみでなく、コミュニケーション能力や教育的な関わり方や教授法などが求められる。これらを習得するための支援体制も含めて、新卒等訪問看護師の育成に係る教育体制が必要である。特に、一般目標を達成するための学習プロセスと教育内容は、理論とモデルを基軸とし、様々なガイドラインの活用やエビデンスに基づいた看護過程の展開を求めることから、大学教育との連携は非常に重要である。

教育指導者・プリセプターのそれぞれに求める教育・指導内容については次のとおり（表7）とし、組織的な支援体制を構築し、新卒等訪問看護師の育成に関わることが必要である。また、最も身近な訪問看護ステーションの教育指導者に対しては、「新卒等訪問看護師指導者育成プログラム」（H29年3月）を参考に指導者としてどのように相手を伸ばし育てていくか、プログラムの研修に参加し学ばれるとともに、① 教育指導に関わる研修会への参加、② 連携施設の新人看護職員実地指導者研修への参加、③ 大学の研修への参加を促すことで、教授法や教育的なかわり方及び、理論などを習得できるように訪問看護師の育成を図る。

また、看護協会では、新卒等訪問看護師育成の支援として、関係機関との合同会議として「新卒等訪問看護師育成会議」を主催する。（図3）

表7 教育指導者・プリセプターの主な教育・指導内容

教育指導者・プリセプターの所属		主な教育・指導内容
訪問看護ステーション		関連図の作成、看護過程の展開、記録方法 訪問看護の実際などOJTを中心とした教育指導 振り返り、ポートフォリオ・キャリア支援
連携施設	病院、介護老人保健施設等	技術指導、退院時カンファレンス、退院調整、多職種連携 同期との交流会の開催
	大学・学校教育	対象領域（難病、慢性疾患、認知症、がん、小児・精神疾患、エンド・オブ・ライフケア、緩和ケア等）のガイドライン・関連理論、 フィジカルアセスメントと看護過程の展開、シミュレーション研修、 利用者・家族への指導教育手法
看護協会		各機関との調整、「新卒等訪問看護師育成会議」の開催 研修会への参加促進

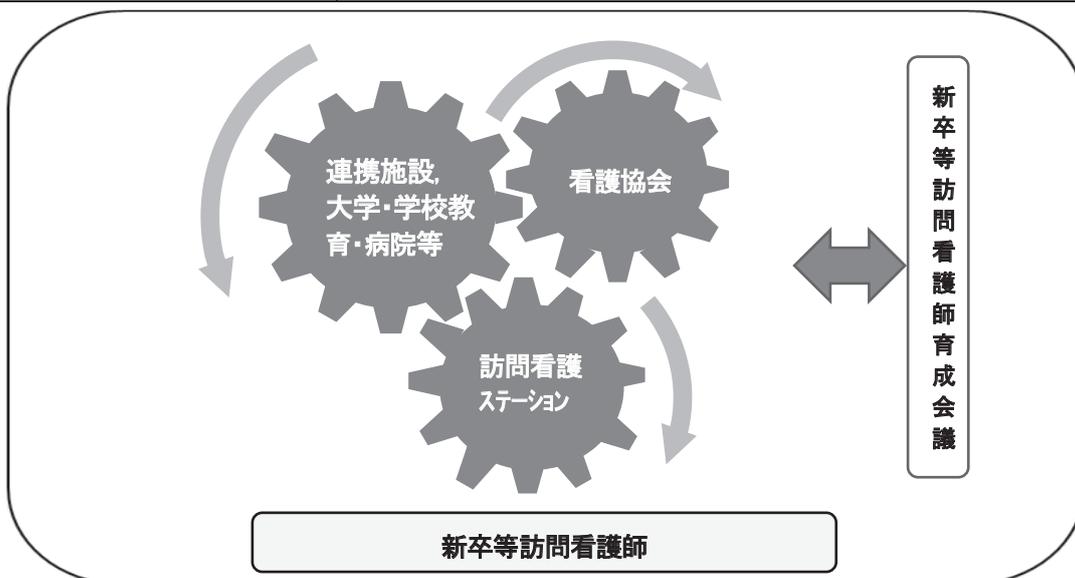


図3. 新卒等訪問看護師育成の支援（第1版，図3を一部改変）

## Ⅷ. 資料

### 1. 学習事例ステップⅠ期～ステップⅣ期

新卒等訪問看護師育成過程の各期に応じた学習事例を提示し、訪問看護ステーション内研修として学習を進めていく例題を示した。「学習の成果」は一例であり、考え方として活用できるように提示したものである。

(事例の様式は2012年度「コアカリキュラム」事業報告書<sup>3)</sup>を参考に作成)

#### 1) 学習事例ステップⅠ期【4月～5月までの育成】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

<学習事例A>

##### 学習のねらい

- ① 訪問看護に必要な利用者の情報を理解できる。
- ② 利用者の全体像を捉えることができる。
- ③ 全体像を通して問題を考えることができる。

##### 学習の進め方

- ① 事例を読み、利用者の概要をイメージする。
- ② 事例の様式に沿って、情報収集の考え方を理解できるようにする。
- ③ 事例から不足している情報があれば、それを抽出できるようにする。
- ④ 事例の関連図を描くことで、全体像を捉える。
- ⑤ 関連図の中で、問題を挙げる。

基本情報	氏名・性別・年齢	A氏 男性 80歳代後半
	介護認定の状況	要介護2
	障害高齢者の日常生活自立度	B2
	認知症高齢者の日常生活自立度	I
	経済状況	厚生年金受給 問題なし
	健康保険の種別	後期高齢者医療
	既往歴	高血圧
受療状況	主病名	左脳梗塞, 右半身麻痺
	現病歴	2年前に発症。保存的治療で症状が安定後、リハビリ病院に転院しリハビリを受け、介助にて移動ができるようになり退院
	主治医	かかりつけ医
	通院	訪問診療のみ
	内服薬	降圧薬, 抗血小板薬, 緩下剤服用中
医療処置	一般状態の観察, 自立度を上げるためのリハビリテーション, 疾病管理(内服管理, 食事・栄養管理等)	
心身の機能	体格	身長: 174 cm 体重: 55 kg
	聴力・視力(機器の使用を含む)	軽度の難聴, 補聴器使用なし, 白内障で眼鏡使用
	言語(失語, 構音障害を含む)	やや言葉が出にくい, 発語があるもやや聞き取り難い

心身の機能	認知機能	同じことを繰り返す 物の置き場所が分からなくなることがある
	精神機能	問題なし
	栄養状態（栄養状態、水分バランスなど）	BMI=18.17（低栄養）
	運動機能（フレイル、バランス、筋力、失認・失行・失調を含む）	右上肢・下肢の不全麻痺 機能訓練により介助にて立位と短距離歩行が可能
活動状況	寝返り	ベッド柵を使用し、介助にて可能
	起き上がり	電動ベッドを操作して可能
	歩行・移動	介助にて車いす移動 歩行は不可
	移乗	介助があればできる
	更衣	介助があればできる
	入浴・洗身	入浴サービス使用
	洗面・整容	一部介助
	食事	スプーンを使用し、一人で摂取できる 時折むせることがある
	排泄	トイレに間に合わず失禁することがあり、パットを使用
	服薬	妻が管理している
	調理・掃除・買い物	妻が実施している
社会的・環境的状况	主たる介護者、介護力	妻 80歳代前半、体力的に困難
	その他の介護者、介護力	近所に共働きをしている長男夫婦が住んでおり、支援を受けることができる
	利用しているサービス	訪問看護：2回/週 訪問介護：2回/週 デイケア：2回/週（入浴・リハビリ）
	その他補強を考えているサービス情報	今後はショートステイの利用を考えている
	社会活動	特になし
倫理的側面	本人の思い	妻に苦勞をかけている。もう少しリハビリをして自分でできることを増やしたいが、リハビリがしんどい
	主介護者・介護者の思い	妻：夫との生活を在宅で続けたい
	かかりつけ医の考え方	病態は安定しているが、運動機能の低下があり、リハビリは現状の機能維持を目指す
	訪問看護などサービス事業者の考え	本人・妻の意向に沿った在宅療養の継続を図る
	事前指示の作成	現時点では作成されていない。

## 【学習の成果】

### ● 利用者のイメージを言葉にする。

2年前に脳梗塞を発症したが、リハビリを行い介助があれば日常生活がある程度できるまでに回復している。本人・妻とも在宅での生活を続けたいと希望しており、その思いに即した訪問看護・介護、リハビリなどのサービスが提供されている。

しかし、主介護者である妻も高齢であり、本人も年齢的にリハビリ疲労を生じていることから、近くに住む長男夫

婦の支援以外に、介護支援の拡大としてショートステイの導入を検討している事例である。

● 不足している情報があれば、挙げてみよう。また、その情報が必要な根拠を挙げてみよう。

① 日常生活において、もっとも妻の介助を必要とするものは何か。

妻の介護疲労の軽減を図るため、もっとも妻の負担となっている介助内容を明らかにし、本人へのリハビリと共に、妻の介助技術を確認する。また、それによって、転倒などの危険予防を図ることができる。

② 食事内容と食事時のむせの程度

食事時にむせが出現していることや低栄養となっていることから、食事内容や摂取量、及び栄養状態、食事形態とむせの関係、嚥下機能の評価を明らかにし、必要時嚥下訓練や食事形態の見直しなどを行い、栄養状態の改善と誤嚥性肺炎の予防を図る必要がある。

● 関連図を描こう。

「学習事例 A の関連図」(図 4) 参照 p. 37

● アセスメントの枠組みに沿って、本事例からどのような問題や課題があるか考えよう。

- ① 高血圧の既往があり、脳梗塞再発のリスクがある。
- ② ADL低下に伴い、介助歩行および車椅子移乗時など、転倒・転落のリスクがある。
- ③ 脳梗塞後の構音障害に伴うコミュニケーション障害があり、意思疎通が図りにくい。
- ④ 低栄養があり、栄養状態の改善が必要。
- ⑤ 食事摂取時、時折むせており誤嚥性肺炎を起こす可能性がある。
- ⑥ 失禁、移動介助、麻痺に伴う臀部の褥瘡発生リスクがある。
- ⑦ 本人のリハビリ意欲の減退と妻の介護負担から、在宅療養の継続困難が危惧される。

## 2) 学習事例ステップⅡ期【6月～9月までの育成】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

<学習事例 B>

### 学習のねらい

- ① 事例を通して、包括的な側面から問題を挙げるができる。
- ② 問題を統合的にアセスメントできる。
- ③ 必要なケア計画を考えることができる。

### 学習の進め方

- ① 事例から、「身体の状態」「精神的な状態」「認知機能」「生活の状態」「利用者を取巻く社会的・環境的要因」の問題を挙げる。
- ② 挙げた問題の関連性を検討し、看護上の問題を抽出する。
- ③ 問題に対するケア目標を挙げ、計画を立案する。(技術提供の看護ケア上の留意点を挙げる)

基本情報	氏名・性別・年齢	B氏 男性 70歳代前半
	介護認定の状況	要介護4
	障害高齢者の日常生活自立度	C1
	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱ
	経済状況	夫婦で年金生活
	健康保険の種類別	後期高齢者医療、特定疾病受療証
	既往歴	特になし
受療状況	主病名	パーキンソン病
	現病歴	10年前に診断され加療中。ヤールの重症度分類Ⅴ 1年間に誤嚥性肺炎で2回入院し、嚥下障害も認め、半年前に胃瘻造設
	主治医	かかりつけ医
	通院	2週間に1回、訪問診療
	内服薬	L-ドパ、ドパミン受容体刺激薬、便秘薬
	医療処置	胃瘻管理（栄養・水分バランスの管理）、口腔内吸引、排便管理（必要時に浣腸）、 運動リハビリテーション（音楽リズム）、ADLの助言・調整
心身の機能	体格	身長165 cm、体重48 kg
	聴力・視力（機器の使用を含む）	聴力には問題なし、老眼鏡を使用するが日常的には支障なし
	言語（失語、構音障害を含む）	発語はあるが、聞き取りにくい
	認知機能	もの忘れは時々あるが、日常生活には支障なし
	精神機能	軽度のうつ傾向
	栄養状態（栄養状態、水分バランスなど）	BMI=17.6（低体重）で栄養低下あり 経管栄養（半消化態栄養剤）400cal×3回 水分を毎食300ml ずつ胃瘻から注入
	運動機能（フレイル、バランス、筋	ヤールの重症度分類Ⅴ、筋固縮にて自力での起立・歩行不可

	力、失認・失行・失調を含む)	上肢は震戦があるが把持は可
活動状況	寝返り	ベッド柵を持ち、協力できる
	起き上がり	全介助
	歩行・移動	移動は車いすを利用、歩行は不可
	移乗	全介助
	更衣	全介助
	入浴・洗身	デイケアを週3回利用、その時に入浴介助
	洗面・整容	タオルを準備すれば、自分で顔をふく 歯ブラシを持つことはできるが、歯磨きの介助を要する
	食事	胃瘻管理、全介助にて楽しみ程度の経口摂取
	排泄	頻尿があり尿器を使用、夜間はオムツ内に排泄 排便時は介助でポータブルトイレに移動
	服薬	薬は妻が管理 胃瘻から注入
	調理・掃除・買物	妻が実施
社会的・環境的状况	主たる介護者、介護力	妻、70歳代前半、介護疲労の発言が時々あり
	その他の介護者、介護力	息子が二人、それぞれ県外に在住し、家庭をもっている 正月と盆に帰省する程度
	利用しているサービス	【医療保険】 訪問診療 2回/月 訪問看護は2ヶ所を利用 主たる訪問看護ステーション 2回/週（看護師が訪問） 2か所目の訪問看護ステーション 1回/週（作業療法士が訪問） 【介護保険】 訪問介護（身体援助）4日/週 デイケア 3回/週 訪問薬剤指導 1回/2週、 短期入所 2泊3日/月 福祉用具貸与（特殊寝台、褥瘡予防マット、車いす、スロープ） 購入（ポータブルトイレ） 【障がい者総合支援法】 一時吸引器の購入、移動支援
	その他補強を考えているサービス情報	妻の健康状態に応じて短期入所の回数、期間を検討
	社会活動	特になし
倫理的側面	本人の思い	急に色々なことができなくなってきた。できるだけ、在宅で生活がしたい。食事 も口から食べたい。 デイケアはあまり好きではないが、家で入浴するのは大変だから、行かないとい けないと思っている。湯船につかると体も楽。現在の動きを維持するために、リ ハビリは大切だと思っている。
	主介護者・介護者の思い	妻：夫の思いである在宅生活をできるだけ継続したい 息子：母が倒れないように、社会資源を活用して欲しい デイケアは続けて欲しい
	かかりつけ医の考え方	半年前から急速なADL低下と嚥下困難が進行しており、嚥下評価については耳鼻 科と連携し、栄養状態の改善が必要。
	訪問看護などサービス事業者の考え	生活の全介助が必要となることが予測され、今後、更なる妻の介護負担の軽減が 必要と思われる。
	事前指示の作成	作成していない

## 【学習の成果】

### ● 事例の問題を挙げてみよう。

- ① 身体の状況：
  - a. パーキンソン病で薬物療法と運動リハビリを実施中であるが、ヤール重症度分類Vで全面介助を要する段階である。
  - b. 誤嚥性肺炎を繰り返しており、経管栄養中である。
  - c. 摂取カロリーは1200cal/日で低体重である。
  - d. 尿失禁、排便障害がある。
- ② 精神的な状態：
  - a. 急速なADL低下に対して今後の生活に対する不安がある。
  - b. 軽度のうつ状態がある。
- ③ 認知機能：
  - a. 物忘れが時々ある。
- ④ 生活の状態：
  - a. 可動性・活動性の低下があり日常生活の大半で介助を要しており、妻が介護疲労を感じている。
- ⑤ 社会的・環境的状况：
  - a. 2人暮らしで、妻の介護負担が増えている。
- ⑥ 倫理的側面：
  - a. 「口から食べる」ことを楽しみにしているが、嚥下困難が進行している。
  - b. 夫婦とも在宅療養の継続を希望しているが、妻の介護負担が増加している。

### ● 上記の問題の関連性を考える。

- ① ヤール重症度分類Vのパーキンソン病で、可動性・活動性・知覚認知の低下があり、生活の全面介助を要することから、妻の介護負担が大きい。
- ② 妻の介助はあるが、介護疲労のため転倒・転落の危険性がある。
- ③ 可動性・活動性・知覚認知の低下と栄養状態の低下、失禁に関連した仙骨部褥瘡発生のリスクがある。
- ④ 病気の進行に関連した今後の生活などに関する予期的不安がある。
- ⑤ 「口から食べる」ことの欲求と誤嚥のリスクの対立がある。

### ● ケア目標挙げる。

- ① セルフケア能力をアセスメントし、必要な運動リハビリの拡大と支援体制の再整備を行い、妻の介護負担軽減を図る。
- ② 妻への介助技術指導を図ると共に、安全な療養環境を整え、転倒・転落防止に努める。
- ③ 褥瘡予防として
  - a. 妻の介護負担軽減を加味した定期的な体位交換により臥床時の減圧を図る。
  - b. 経管栄養注入時のポジショニングを整え、圧迫・ずれ防止を図る。
  - c. 使用している紙おむつの種類、交換頻度などを再考し、皮膚の浸軟を防止する。
- ④ 栄養状態の再評価を行い、必要なカロリーと水分量を摂取できるようにする。
- ⑤ 本人・妻の在宅療養に係る不安に傾聴すると共に、先を見通した指導を行い予期的不安の軽減を図る。
- ⑥ 嚥下機能の再評価と誤嚥防止を図りながら、「口から食べる」希望を可能な限り継続する。

● 提供する訪問看護基礎技術の留意点を挙げよう。

＜ 経管栄養 ＞

- ① 手洗いをした後、必要物品の準備、注入する栄養剤の量、温度、速度を確認する。
- ② 注入時のポジショニングを整える。(上体挙上30度、または90度)
- ③ 胃瘻チューブの挿入口の観察(皮膚の発赤、出血、胃液の漏れなど)をする。
- ④ 胃瘻チューブの閉塞がないか、微温湯を5～10 ml注入し確認する。
- ⑤ 注入開始後の観察(冷汗、気分不良、嘔気、逆流、栄養剤の漏れなど)をする。
- ⑥ 注入終了後、必要時、薬剤の注入を行う。
- ⑦ 最後に、微温湯を10ml注入し、チューブ内の栄養剤・薬剤を流す。
- ⑧ 注入終了後も、栄養剤の逆流防止のため、30分程度は臥床を避ける。

＜ 口腔内吸引 ＞

- ① 手洗いをする。
- ② 吸引圧の確認、挿入時には圧をかけずにカテーテルを挿入し、侵襲を最小限とする
- ③ 口蓋垂を刺激すると嘔吐反射を誘発するので留意する
- ④ 呼吸状態や分泌物・喀痰の正常を観察する
- ⑤ 経管栄養中の吸引は極力さげ、どうしても必要な際は栄養注入を一時停止する
- ⑥ 嘔吐した際に、誤嚥しないような体制を整えて行う

### 3) 学習事例ステップⅢ期【10月～12月】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等を考慮する。

<学習事例C>

#### 学習のねらい

- ① がん領域の特徴的な看護について理解できる。
- ② 在宅緩和ケアで必要なケア計画を挙げることができる。
- ③ 利用者・家族への教育指導上の留意点を挙げることができる。
- ④ 意思決定支援について考えることができる。

#### 学習の進め方

- ① 一般的ながん療養者の症状マネジメント、意思決定、終末期医療について事前学習しておく。
- ② 事例から、看護上の問題点とケア目標を立案する。
- ③ 必要な指導を1つ挙げ、留意点を挙げる。
- ④ 臨床倫理の4分割法に当てはめて整理する。

基本情報	氏名・性別・年齢	B氏、女性、70歳代前半
	介護認定の状況	要介護2
	障害老人の日常生活自立度	A
	認知症高齢者の日常生活自立度	I
	経済状況	老齢基礎年金のみ、息子の収入の一部
	健康保険の種別	国民健康保険1割負担（低所得のため）
	既往歴	30年前に胆石症にて胆のう切除、肝臓がんと診断された際にHCV（+）と診断された
受療状態	主病名	肝臓がん
	現病歴	5年前に肝臓がんと診断され、加療していた。今は化学療法をしていない。
	主治医	総合病院からかかりつけ医に紹介
	通院	見守りがあればなんとか歩けるが、往診を受けている
	内服薬	肝庇護剤、フェントス 2mg、頓服オキノーム 5～10mg 程度
	医療処置	処置はなし、一般状態の観察
心身の機能	体格	158 cm、58 kg、腹水あり
	聴力・視力（機器の使用を含む）	問題なし
	言語（失語、構音障害を含む）	問題なし
	認知機能	年相応であるが、最近、物忘れがあり、集中力がない
	精神機能	予後数か月であることを受容している発言あり
	栄養状態（栄養状態、水分バランスなど）	がん性腹水貯留があり、低栄養
活動状況	運動機能（フレイル、バランス、筋力、失認・失行・失調を含む）	活動性と筋力の低下
	寝返り	可能。側臥位の姿勢が多い。
	起き上がり	ゆっくりであるが、自力でできる
	歩行・移動	可能であるが、ふらつきがある。転倒しやすい

活動状況	移乗	自力で可能
	更衣	可能だが、時間がかかるため一部介助があるほうがスムーズ
	入浴・洗身	見守りがあればなんとか可能。できれば一部介助があると安楽である。しかし、倦怠感が徐々に強くなり、清潔にはあまり関心がない。
	洗面・整容	以前は整えていたが、最近は倦怠感が強くなり関心が向き難い。
	食事	喉越しの良いものや味のはっきりしたものを少量ずつ好む 食後に腹部の圧迫感がある
	排泄	失敗することもあり、リハビリパンツを使用している。尿意・便意はある。
	服薬	自力で内服可能だが、定期的服薬は飲み忘れがある。痛みが強いときに頓服を飲むことはできる。
	調理・掃除・買物	調理をしたい思いはあるが、倦怠感があり休みながら行なっている。掃除は訪問介護に、買い物は息子に一任している。
社会的・環境的状况	主たる介護者、介護力	息子（50歳代）非正規雇用
	その他の介護者、介護力	支援してくれる親戚縁者はいない。
	利用しているサービス	【医療保険】 訪問診療 1回/2週 訪問看護 2回/週 【介護保険】 訪問介護 1回/週
	その他補強を考えているサービス情報	緩和ケアまたはがん性疼痛看護認定看護師の同行訪問による症状マネジメント
	社会活動	生け花教室を開いていたが、現在は閉室
倫理的側面	本人の思い	可能なかぎり、自分のことは自分でしたい。できるだけ、息子の負担にはなりたくない。病院には行きたくない。病院だと、また、息子に手間を取らせてしまう。お金もかかる。
	主介護者・介護者の思い	息子：経済的な余裕はなく、母と2人でやっと生活が成り立つ。できるだけことはしてあげたいが、限界がある。母の希望に沿ってあげたい。母が亡くなったあとの生活のこともあり、仕事をやめるわけにはいかない。休暇はなかなか取りにくい。会社には母の状況は伝えていない。
	かかりつけ医の考え方	予後半年～1年以内の見通しで、対症療法を継続
	訪問看護などサービス事業者の考え	本人・家族の意向を踏まえながら、在宅療養の継続を図りたい
	事前指示の作成	本人は作成をしたいと考えている

### 【学習の成果】

#### ● がん療養者の一般的な看護ケアを踏まえて、事例の看護上の問題を挙げてみよう。

- ① がん性疼痛と腹部症状があり苦痛がある。
- ② 介護力が乏しく家族への負担が大きくなる可能性がある。
- ③ 状況の変化によって経済困窮に陥り、日常生活の継続が困難な可能性がある。
- ④ 最期をどこで、どの様に過ごすのかなど今後の療養のあり方について話し合えていない。

● 問題についてのケア目標を考えてみよう。

- ① がん性疼痛や腹部症状などの苦痛症状について、適切な薬物療法及び非薬物療法を実施して緩和することができる。
  - a. がん性疼痛や諸症状についてアセスメントできる。
  - b. オピオイドなどの鎮痛剤の使用・管理方法が解かり、支援を受けながら実施できる。
  - c. 非薬物療法による症状緩和の技術について支援を受けながら実施できる。
  - d. 苦痛の緩和を図りながら日常生活支援（特に、清潔援助・排泄援助など）ができる。
- ② フォーマル及びインフォーマルのサービスを活用して、負担が軽減できる。
  - a. 家族の介護状況を理解することができる。
  - b. 患者・家族のセルフケア能力を随時見極めながら、活用できるフォーマル及びインフォーマルなサービスについて検討することができる。
  - c. 負担軽減に有効なサービスの利用に際しての調整方法を理解し、指導者の支援を受けながら実施することができる。
- ③ 介護保険以外の制度を活用し、現状以上の経済困窮を回避できる方法を検討することができる。
  - a. 経済的な負担の緩和に向けて活用できる制度を調べ、利用について検討することができる。
- ④ 患者と家族が今後の療養のあり方について語る場をもつことができる。
  - a. アドバンス・ケア・プランニングについて理解できる。
  - b. 療養の場の選択や終末期医療のあり方など意思決定支援の場面での環境調整やコミュニケーションの図り方を考えることができる。

● 必要な指導を1つ挙げ、利用者・家族に指導する際の留意点を挙げよう。

例えば、がん性疼痛について（訪問看護基礎技術チェック表「後期・Ⅱ」の技術であるが支援を受けながら指導する）

〈利用者について〉

- ① 痛みを含め苦痛の部位や程度について表現できるように、痛み及び苦痛の体験について患者らしい表現方法で語っていただく。
- ② 鎮痛剤の使用方法及び効果について患者の理解力にあわせて説明し、理解及び使用を促し、効果判定を行なう。特に頓服が必要な場面について、患者と共に確認し、使用を促し効果を確認する。
- ③ 副作用（便秘・嘔吐・眠気など）を説明し、予防的に薬物療法を実施する必要する。

〈家族へ〉

- ① 患者特有の痛みを含めた苦痛の訴え方を理解し、上手く表現できない場合もあることを伝え、その場合は日常生活動作の変化から読み取ることを説明する。
- ② 患者・家族の生活状況を鑑みて、適時に薬物療法及び非薬物療法を実施できる方法を一緒に考える。例えば、適切に薬物療法が実施できるように、薬カレンダーでの管理、頓服を内服しやすい容器に入れてセッティングするなどの対策を検討する。
- ③ 副作用への対応が必要なことを理解できる。例えば、①便秘に対して排便習慣と便の性状にあわせて選択した薬剤を継続的に内服したり、食事や運動にも配慮できる、②嘔気に対してオピオイド増量時に2週間程度は制吐剤を使用するなどを実践できる。
- ④ 頓服を1日3回以上内服する場合は、医療従事者に相談し定期使用の増量を検討する。

● 臨床倫理の4分割法を用いて不足している情報を整理しよう。

〈以下の4項目に沿って整理し、本人にとって最善は何かを考える〉

- ① 医学的適応：善行と無危害の原則
- ② QOL：善行と無危害と自律性尊重の原則
- ③ 患者の意向：自律性尊重の原則
- ④ 周囲の状況：忠実義務と公正の原則

#### 4) 学習事例ステップⅣ期【1月～3月】

※ 新人訪問看護師については、看護師経験等をする。

<学習事例D>

##### 学習のねらい

- ① 利用者・家族の状況・個別性を踏まえた看護ケア計画を立案できる。
- ② 夜間の緊急時対応を考えることができる。
- ③ 在宅ケアの継続性を再考できる。
- ④ 技術提供における留意点を挙げるができる。

##### 学習の進め方

- ① 本事例の看護上の問題点とケア目標を挙げる。
- ② 夜間も含めて、どのような緊急事態が起こりうるかを挙げ、その対応について考える。
- ③ 必要な制度・サービスの充足状況を考え、提案する。
- ④ 提供する技術の留意点を挙げる。

基本情報	氏名・性別・年齢	C氏 70歳代、女性
	介護認定の状況	要介護2
	障害老人の日常生活自立度	A2
	認知症高齢者の日常生活自立度	I
	経済状況	厚生年金あり
	健康保険の種類	後期高齢者、重度障害者受給者証あり
	既往歴	特になし
受療状態	主病名	筋萎縮性側索硬化症
	現病歴	3年前より発症、半年前からNPPVを夜間だけ装着している。
	主治医	総合病院の神経内科専門医に2ヶ月に1回診察を受け、遠方のため、2週間に1回ほどかかりつけ医が往診している。
	通院	一部介助にて可能
	内服薬	下剤のみ
	医療処置	胃瘻管理、NPPV管理
心身の機能	体格	身長158 cm、体重40 kg
	聴力・視力（機器の使用を含む）	眼鏡装着、聴力問題なし
	言語（失語、構音障害を含む）	発声はできるが、長く息が続かない。話好きだが、長い会話では疲労感が強くなる。
	認知機能	問題なし
	精神機能	病状の進行に伴い、今後の生活や自己イメージに関する不安があり、時々眠れないことあり
	栄養状態（栄養状態、水分バランスなど）	BMI=16.0（低体重） 経口摂取以外に、胃瘻から経管栄養（半消化態栄養剤）200cal/日を補助食として注入
	運動機能（フレイル、バランス、	全身の筋肉の萎縮と筋力低下が徐々に進行

	筋力、失認・失行・失調を含む)	
活動状況	寝返り	疾患の進行に伴い左半身の麻痺があり、徐々に右上半身が動きにくくなっている。手すりなどを使って反動をつけて寝返りを打つ。
	起き上がり	何とか自力では可能であるが、ふらつくことがある
	歩行・移動	ゆっくりであれば数メートルの歩行は可能であるが、自宅外は車椅子での移動である。左半身麻痺のため振り子のように反動をつけながら動き、やや前傾姿勢である。
	移乗	自力で可能
	更衣	一部介助があれば更衣は可能である
	入浴・洗身	自宅内の浴室にて介助があれば、週2回程度は可能である。浴槽をまたぐことはできず。シャワー浴である。洗身は前面は可能だが、その他は難しい。
	洗面・整容	セッティングがあれば可能
	食事	セッティングされれば経口摂取は可能であるが、疲れやすく、座位保持が難しいことがある
	排泄	何とか自力で自宅トイレで排泄できる。失敗などはない。
	服薬	嚥下に問題ない時と困難な時があり、中止となった
	調理・掃除・買物	調理と掃除は週5日、1回2時間の訪問介護にて対応している 買い物は子ども2名が休日に対応している
	主たる介護者、介護力	同居している息子（40歳代）
	その他の介護者、介護力	近くに娘家族はあるが、仕事があるため主介護者にはなれない。休日に買い物などを手伝うことはできる。その他の親戚縁者はいない。
社会的・環境的状况	利用しているサービス	【医療保険】 訪問診療 1回/2週 訪問看護 2回/週（内、夜間訪問 1回/週） 【介護保険】 訪問介護 3回/週
	その他補強を考えているサービス情報	—
	社会活動	特になし
	本人の思い	可能な限り、自分のことは自分でしたい。家族に迷惑をかけたくない。でも、だんだんに左手だけでなく、右手の力も弱くなりつつある気がする。今は、自力でマスク（NPPV）も装着できるけど、これができなくなったら、自宅に居ることが難しくなるのではないかと心配である。
	主介護者・介護者の思い	息子：家族は全て仕事をしているため、日中独居に近い状況である。そのため、「できるだけ、自宅で母をみたい。可能な限り、母が自立してくれているとありがたい。でも、もし、自分で動くことが難しくなったら、入院なども考えないといけないかと心配だ」と語っている。
倫理的側面	かかりつけ医の考え方	嚥下困難の進行や今後2年位で呼吸筋の麻痺が進行し、人工呼吸器が必要となる
	訪問看護などサービス事業者の考え	在宅療養生活の継続に関して、可能な限り本人の希望に沿いたいが、家族の意向も踏まえながら検討する必要がある。
	事前指示の作成	作成に取り掛かっている

## 【学習の成果】

### ● 看護上の問題点とケア目標を挙げよう。

#### ＜ 看護上の問題 ＞

- ① 疾患の進行に伴い徐々に ADL が低下しているため日常生活に支障がある。
- ② 呼吸障害が出現し始めており、低換気による意識障害や呼吸器感染などのリスクがある。
- ③ 嚥下能力の低下に伴い経口摂取量が減少し、低栄養状態である。
- ④ 病状の進行と日中の孤立感（独居に近い状況）に伴う本人・家族の不安がある。

#### ＜ ケア目標 ＞

- ① 環境調整や生活支援方法を検討し、疲労感を最小限に留めながら ADL を最大限に引き出し、維持することができる。
- ② NPPV の管理、呼吸理学療法、感染対策に努める呼吸状態の増悪を予防することができる。
- ③ 胃瘻からの補助食の注入も含め、介護職と協働して栄養状態の管理を行なうことができる。
- ④ フォーマルなサービス、インフォーマルなサービスの利用を受けることができる。
- ⑤ 病状の進行に伴う医療処置（気管切開）や療養の場に係る本人と家族の意向を確認する。

### ● 夜間も含めて、本事例から起こりうる緊急事態を挙げてみよう。

- ① 病状の進行にともなう呼吸困難感の増悪及び自律神経失調症状による突然の意識障害の出現可能性がある
- ② 転倒による外傷の危険がある。
- ③ 家族不在の場面での災害等の緊急時の対応が不明確である。

### ● 緊急時対応について考えよう。

- ① 患者が通報可能なシステムを選択し、常に身に付けておく又は作動する体制にしておく。
- ② 緊急時の連絡体制を明確化する。緊急受診する際の対応も含め後方支援病院との連携を図る。
- ③ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を本人・家族及び多職種で確認しておく。
- ④ NPPV など電力消失時の対応を日頃から検討しておく。

### ● 必要な制度・サービスの充足状況を提案しよう。

- ① 機能維持、残存能力の活用を図るための訪問リハビリの導入。
- ② 病状の進行に応じた呼吸、コミュニケーション方法の工夫を検討しておく。
- ③ 急変時の緊急入院の受け入れ体制を整備しておく。
- ④ 痰の吸引や胃瘻からの栄養注入ができるようにホームヘルパーの技術状況を確認しておく。
- ⑤ 患者会への参加などを通して、今後の生活について考えることができるように提案する。

### ● 本事例で提供する訪問看護基礎技術（NPPV の管理、呼吸理学療法）の留意点を挙げてみよう。

#### ＜ NPPV の管理について ＞

- ① マスク・固定ベルトは患者が着脱可能な強さで設定する。
- ② 各種設定を確認する。IPAP/EPAP、リーク、一回換気量、分時換気量、呼吸回数など。
- ③ 回路周辺に異常がないかを確認する。また、フィルターの汚れ、加温加湿器の設定、ウォータータラップが患者より下位になっているかなどを確認する。
- ④ 患者の呼吸状態、血圧などの循環動態、意識レベルを確認する。消化器症状が出現している際は速やかに対策を検討する。
- ⑤ スキントラブルや誤嚥性肺炎などの合併症の予防に努める。特に、患者の鼻・口にあった種類・サイズを選択する。

〈呼吸理学療法について〉

- ① 拘束性肺障害と閉塞性肺障害における呼吸理学療法のアプローチの違いを理解しておく。
- ② 呼吸補助筋（上肢・下肢・胸郭及び肋間・頸部～背部にかけての体幹）に対してマッサージによるリラクゼーションやストレッチなどを行なう。また、呼吸介助にて深呼吸を促す。
- ③ 状況に応じた口腔ケア方法を選択し、感染症を予防する。特に、うがいが難しいほどに進行した場合は、広く開口しなくても可能な援助方法を考え、歯科衛生士などの専門職による支援や口腔内清拭剤などを使用する。
- ④ NPPV の換気値を確認しながら回路交換，マスクによる褥瘡予防などを行う。
- ⑤ 麻痺進行のため徐々に生活動作に制限が出現するため，日々動作方法について改善を図る。
- ⑥ 住宅改修や福祉用具などを用いて環境調整を図る。

## 2. 包括的アセスメントと関連図

### (1) 包括的アセスメント

利用者の状況に応じた専門的なサービスの提供の評価項目は次のとおりである。

表 8 包括的アセスメント

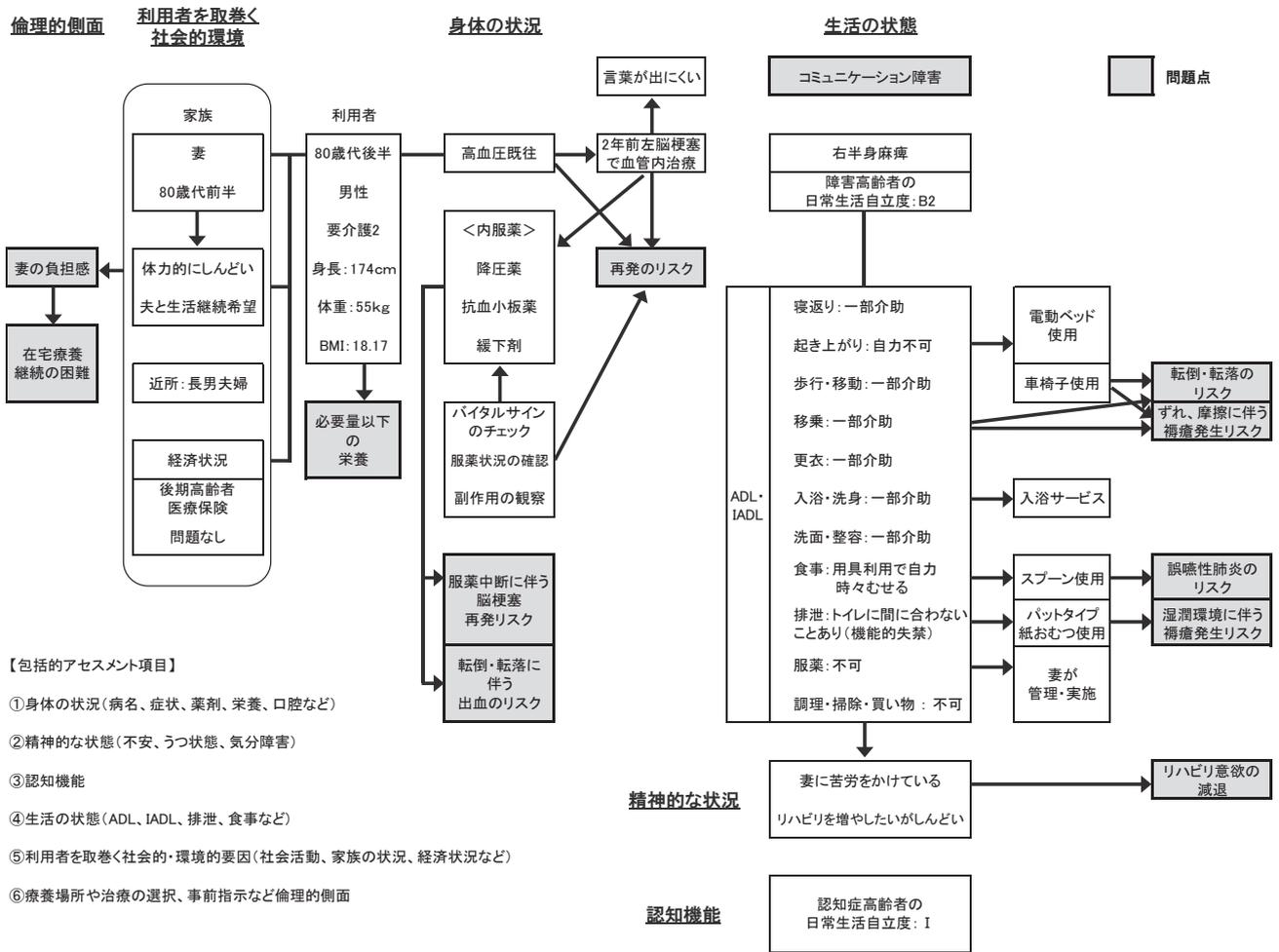
領域	細項目	情報	アセスメント内容	
身体の状態	病名	治療方針は	治療方針に伴う必要なケアはあるか	
	症状	病名に関連した症状の有無(身体・精神症状)	症状に伴う生活上の不具合があるか	
	医療処置	どのような処置を要しているか、内容と要する時間、医療材料等	処置に係る留意点は	
	薬剤	作用・副作用は	どのような観察が必要か	
	栄養状態	食事摂取方法と食事形態		嚥下機能の評価に即しているか
		食事・水分摂取量、体重、BMI(栄養過多・不足があるか)		栄養過多・不足の要因と予測される問題は
	口腔の状態	正常の有無と異常があればその程度		その要因と予測される問題は
	聴力(機器の使用を含む)	障害の有無と程度と対応		コミュニケーションに支障はないか
	言語	失語、構音障害はないか		コミュニケーションに支障はないか
	視力(機器の使用を含む)	障害の有無と程度と対応		必要な支援は
	運動機能	フレイル、バランス、筋力、失認・失行・失調の有無と程度 障害高齢者の日常生活自立度		必要なりハビリと回復の見込みは 予測される問題は
排泄	排泄障害の有無・機能分類と対応		適切な対応か	
精神的な状態	不安	有無	その背景と必要なケアは	
	うつ状態	有無	その背景と必要なケアは	
	気分障害	有無	その背景と必要なケアは	
認知機能	認知症	認知症高齢者の日常生活自立度、問題行動	有・病状と必要なケアは	
	記憶を想起する能力	有無、有の場合の日常生活の支障は	必要な支援は	
	せん妄	有無、有の場合の日常生活の支障は	必要な支援は	
生活の状態	寝返り	介助の有無と程度	必要な支援は	
	起き上がり	介助の有無と程度	必要な支援は	
	歩行・移動	介助の有無と程度	必要な支援は	
	移乗	介助の有無と程度	必要な支援は	
	更衣	介助の有無と程度	必要な支援は	
	入浴・洗身	介助の有無と程度	必要な支援は	
	洗面・整容	介助の有無と程度	必要な支援は	
	食事	介助の有無と程度	必要な支援は	
	排泄	介助の有無と程度	必要な支援は	
	服薬	介助の有無と程度	必要な支援は	
	調理・掃除・買い物	介助の有無と程度	必要な支援は	
社会的・環境的要因	社会活動	職業・役割などがあるか	社会活動に伴う障害があれば、必要な支援は	
	家族の状況	家族構成と利用者のキーパーソン	家族関係の問題はないか	
	経済状況	利用している保険・サービス、経済的問題の有無	必要な支援は	
	介護力	主介護者と介護者の状況		介護者の状態に問題はないか
		その他の介護者と状況		支援体制の不足はないか
利用しているサービス	サービス内容		サービスの不足はないか	
倫理的側面	本人の意向	利用者の思いは	現状との乖離があればその背景は	
	主介護者・介護者の意向	介護者の思いは	現状との乖離があればその背景は	
	事前指示	有無	意思決定支援ができていないか	

(全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションの自己評価のガイドライン」<sup>8)</sup> 参照)

(2) 関連図

包括的アセスメントに基づき、関連図を作成する。(例：学習事例 A (p. 21) の関連図)

図 4 学習事例 A の関連図



### 3. 訪問看護振り返りシート

訪問看護振り返りシートによってカンファレンスを開催し、訪問看護の実際を振り返り、問題の整理をしながら、次の訪問看護に繋げる。

表 9 訪問看護振り返りシート

		氏名	
訪問タイプ	同行(同伴者 )・単独 訪問診療・訪問看護	訪問日	西暦 年 月 日 ( 時 分～ 時 分)
利用者		居住形態	独居・同居( )
年齢		性別	男・女
主たる疾患	#1	保険区分	医療保険・介護保険
	#2	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			
		指導者サイン( )	管理者サイン( )

## Ⅸ.文献

### 1. 引用文献

- 1) 千葉県看護協会・千葉県看護学研究科共同開発：新卒訪問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，平成25年
- 2) 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課：訪問看護 OJT マニュアル，平成25年3月発行
- 3) 公益財団法人 日本訪問看護財団：2012年度訪問看護研修カリキュラム「コアカリキュラム」事業報告書，平成25年3月
- 4) 王麗華，木内妙子，小林亜由美ほか：在宅看護現場において求められる訪問看護師の能力，群馬パース大学紀要 6，91-99，2008年3月
- 5) 森仁実：訪問看護ステーションの活動を活性化する方法に関する研究，岐阜県立看護大学紀要，Vol. 11.No. 1，25-35，2011
- 6) 中村順子：訪問看護ステーション管理者による新人訪問看護師への関わりー安心して訪問を任せられるようになるまでー，日本看護管理学会誌，Vol. 13，No. 1，2009
- 7) 柄沢邦江，安田貴恵子，御子柴裕子ほか：長野県の訪問看護師の現任教育と学習ニーズ（第1報）～管理者に対する調査の分析～，長野県看護大学紀要13，17-27，2011
- 8) 福井小紀子，宮崎和加子，倉地沙織ほか：訪問看護事業所向け自己評価ガイドラインの作成，コミュニティアラ，Vol. 17.No. 12，50-59，2015年11月

### 2. 参考文献

- 1) 新人看護職員研修ガイドライン改訂版，平成26年2月厚生労働省
- 2) 公益財団法人 日本訪問看護財団：訪問看護師OJTガイドブック，2015.
- 3) 「高齢者訪問看護質指標」を活用した訪問看護師応援サイト
- 4) 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：新卒者等訪問看護師育成プログラム実施報告，2016.

### 3. 学習参考文献

- 1) 在宅看護一般
  - ・日本在宅ケア学会編：在宅ケア学（全6巻），株式会社ワールドプランニング，2015アセスメント
  - ・山内豊明 監修，岡本茂雄編：生命・生活の両側面からとられる訪問看護アセスメントプロトコル改訂版，中央法規出版株式会社，2015
- 2) 関連図
  - ・正野逸子，本田彰子：関連図で理解する在宅看護過程，メヂカルフレンド社，2014

平成28年度在宅医療の人材（訪問看護師）確保のための推進事業にかかる  
生涯教育研修体系部会委員

委員長	広島大学大学院医師薬保健学研究院	成人看護開発学 教授	森山美知子
委員	広島大学医学部附属医学教育センター	副センター長 准教授	松下 毅彦
	広島大学大学院医師薬保健学研究院	地域・在宅看護開発学 講師	大塚 美樹
	YMCA訪問看護ステーション・ピース	所長	濱本 千春
	広島赤十字・原爆病院訪問看護ステーション	課長	森山 薫
	広島県看護協会訪問看護事業局	局長	高村 艶子

## 新卒等訪問看護師育成マニュアル 第2版

---

2016年3月 1日 第1版

2017年3月31日 第2版

発行者 公益社団法人 広島県看護協会  
〒730-0803 広島市中区広瀬北町9番2号  
TEL (082) 293-3362  
fax (082) 295-5361  
URL <http://www.nurse-hiroshima.or.jp/>

---