

新卒等訪問看護師指導者育成プログラム

令和5年12月

公益社団法人 広島県看護協会

あいさつ

平成 27 年度、広島県看護協会は「新卒訪問看護師育成マニュアル（第 1 版）—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—」を作成しました。生涯教育体系に基づいた OJT で訪問看護師を育成するマニュアルです。次のステップとして、指導者を育成するプログラムが必要となります。

そこで平成 28 年度は、指導者編である「新卒等訪問看護師指導者育成プログラム」を作成しました。

今回のプログラムは、指導者の多忙も考慮し、年 3 日程度の集合研修 [理論、技術、演習 (ロールプレイ)] を活用し、現場に応用してもらうことを主眼に作成いたしました。

看護の基礎教育を終えた新卒 (新人) 看護師を長い目で一人前の訪問看護師として育て上げていくという視点から、本プログラムは「養成」ではなく、「育成」という言葉を用いています。そして、訪問看護師を育成する指導者は、実践能力は高いものの、教育者としての経験は少ないという特徴を前提として、訪問看護のスキルを指導することではなく、指導者としてどのように相手を伸ばし育てていくか、その基本的な考え方や方法論の学習に重点を置きました。そのため、新卒看護師の理解、教育論、方法論、指導者としての価値観・看護観・倫理観を中心に学習内容をまとめています。

加えて、訪問看護師育成過程ステップⅠ～Ⅳの時期ごとに「指導者として関わるポイント」を掲げ、マニュアルを活用しながら指導もしやすくしています。また、同行訪問時の指導の方法やフィードバック、思考トレーニング、事例検討、振り返り会議等、教育指導者への支援体制を含めて、より実践的で現実的なものをめざしています。

“新卒訪問看護師が組織を育ててくれる！”という言葉がある雑誌のタイトルにありました。訪問看護ステーションは小規模な組織で、病院における看護とは異なり、背景が様々であり「人材」がすべてです。

訪問看護の利用者を含め、スタッフ間に、育て、育てられ、共に影響しあう関係性があり、共に成長することを考えると、新卒 (新人) 訪問看護師の育成にはすべての「人材力」が活かされる、組織全体の成長に向けて多くの可能性があるように思われます。

病院の就職枠の減少が予測される中、新卒 (新人) 訪問看護師と指導者の育成を今から準備することは極めて重要と考えます。このプログラムが広く活用され、多くの実践によって改良され、さらに使いやすいものになることを願っています。

平成 29 年 3 月

公益社団法人 広島県看護協会
会 長 才野原 照子

目 次

第1部

I. 広島県看護協会における新卒等訪問看護師指導者育成.....	1
1. 新卒等訪問看護師指導者育成の目的.....	1
2. 本書の使用対象者.....	1
3. 包括的な指導者育成支援体制.....	2
II. 広島県看護協会「新卒等訪問看護師育成マニュアル（第2版）」に沿った指導方法と評価.....	4
1. 新卒等訪問看護師指導者の目標設定.....	4
2. ステップに応じた指導者として関わるポイント.....	4
3. 新卒等訪問看護師の評価方法.....	9
4. 新卒等訪問看護師の評価の実際.....	9

第2部

I. 新卒等訪問看護師指導者育成プログラム.....	13
1. プログラムの概要, 構造と特徴.....	13
2. プログラムの目的.....	14
3. プログラムの展開方法.....	14
II. 看護実践をする者の基盤となる概念.....	16
1. 看護師における職業的アイデンティティ.....	16
2. 専門職としての成長を促すために必要な態度・思考過程：クリティカル・シンキング.....	18
III. 新卒看護職の心理.....	19
1. 新卒訪問看護師の成長発達段階：成人形成期.....	19
2. 役割移行.....	19
3. リアリティショック.....	19
IV. 看護教育の基礎となる学習理論.....	20
1. 学習理論の変遷.....	20
2. 成人型学習と内発的動機付けの重要性.....	21
3. 認知・構成主義における学習理論.....	21
4. 現場経験を通しての学習：状況主義における学習理論.....	22
V. 教育評価.....	24
1. 教育評価の必要性.....	24
2. 教育評価の方法.....	24
3. 目標分類体系学による評価.....	25
4. 形式的評価の技法：フィードバック.....	25
5. 形式的評価の技法：リフレクション.....	27
VI. 学習支援計画の立案方法.....	28
1. 学習支援計画の考え方.....	28
2. 学習支援計画作成のポイント.....	28
VII. 指導者としての基本姿勢.....	29
VIII. 教育効果を高めるコミュニケーション方法.....	30
1. コーチング.....	30
2. 動機づけ面接（モチベーション・インタビュー法）.....	31
IX. ロールプレイ（role playing）を用いた指導の実際.....	31
1. 本プログラムで実施するロールプレイ.....	31
2. ロールプレイとは.....	31
3. ロールプレイを用いた演習の構成.....	32
4. ロールプレイ実施のポイント.....	34
5. ロールプレイの条件設定.....	36
6. ロールプレイの実際.....	36
X. 参考資料.....	38
XI. 文献（引用文献・参考文献）.....	40

第1部

I. 広島県看護協会における新卒等訪問看護師指導者育成

1. 新卒等訪問看護師指導者育成の目的

わが国の人口減少や急性期医療機関の病床数の削減に伴い、看護基礎教育を終えた新卒看護師が最初に就職する医療の現場は従来とは異なる様相を示すようになった。現在では、急性期医療のベッド数も減少し、人材も教育環境も整った比較的規模の大きな急性期医療機関で十分な訓練を受け臨床看護師として育てられた後に訪問看護に勤務場所を移行するというキャリアパスは難しくなっている。国の在宅医療へのシフト政策もあり、増え続ける在宅医療のニーズを満たすためには、新卒看護師を教育機関から直接、訪問看護の現場に受け入れ、教育し育てていくという新しいキャリアパスの構築が必要とされる。

このような時代背景の下、平成27年度、公益社団法人広島県看護協会では「新卒訪問看護師育成マニュアル（第1版）」を作成した（平成28年度、本指導者マニュアルの作成に伴って改訂。「第2版」となる。）。このマニュアルには、新卒看護師の定義、育成過程と学習内容、そして評価の指標と基準、評価の時期を提示した。次に必要とされるのは、このマニュアルに沿って新卒訪問看護師を教育する指導者の育成である。

そこで本書では、

- 1) 新卒等訪問看護師育成マニュアル（第2版）に沿って新卒等訪問看護師を評価できるよう、評価方法について示した（第1部第2章）。また、
- 2) 新卒等訪問看護師を教育する指導者の教育プログラムを作成し、新卒等訪問看護師を動機づけながら彼らの成長を促すとともに、自らも成長していけるような教育の理論と方法論を概説した（第2部）。

なお、平成28年度の本事業の実施から、基礎教育を終えた新卒者だけではなく、既に医療機関での臨床経験はあるが訪問看護の経験がない者も教育対象とする必要性が明らかとなったことから、「訪問看護における新人看護師」も含め、新卒（新人）訪問看護師（以下、新卒等訪問看護師）と表記することとした。

2. 本書の使用対象者

訪問看護ステーションにおいて、新卒等訪問看護師の指導的役割を担う看護師で、広島県における訪問看護師生涯教育体系（表1）に示す実践者編における、枠で囲んだレベルⅢ（中級編）及びレベルⅣ（上級）の段階にある者を対象とする。

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"> 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 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 	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"> 状況の変化に応じた制度利用の理解 より広い疾患や状態への対応技術の修得 	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"> 訪問看護の役割の理解と訪問看護の基本を修得 利用者との関係の確立 	<ul style="list-style-type: none"> 地域で看護を提供することを理解する 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 	訪問看護ステーションの組織的特徴を理解する

(新卒訪問看護師育成マニュアル 第2版, p.1)

3. 包括的な指導者育成支援体制

新卒等訪問看護師 一表1に示す「レベルI 新人編」及び「レベルII 初級編」を育てるためには、訪問看護実践の基礎となる看護理論やモデル、最新のエビデンスを活用しての看護過程の展開、利用者に安全かつ効果的に看護ケアを提供する技術の指導が含まれる。したがって、看護基礎教育(大学教育や専門学校教育)や医療機関、介護施設等との教育における連携は必須となる。

そのため、広島県看護協会では平成26年度から広島県、各医療職能団体代表、学識経験者からなる「在宅医療の人材(訪問看護師)確保のための推進事業検討委員会」を設置、開催し、検討を進めてきた。このたび、より専門的に新卒等看護師の育成を行うために県内の関係者による「新卒等訪問看護師育成会議」を設置することとした(図1)。今後は、この会議を母体に、広島県看護協会、訪問看護ステーション、連携施設・大学・病院等が協働して新卒等訪問看護師の育成とともに指導者の育成について話し合い、支援を行うこととする。

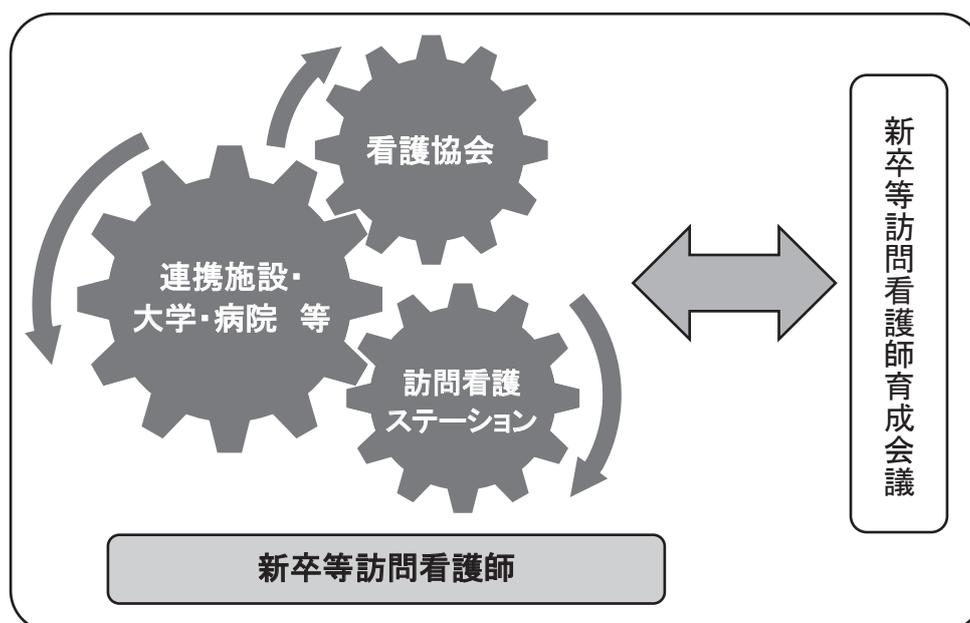


図1 新卒等訪問看護師育成の支援（新卒訪問看護師育成マニュアル 第2版, p.20）

教育内容：役割分担の例

教育内容における具体的な役割分担や実施時期については、「新卒等訪問看護師育成マニュアル（第2版）」（平成28年3月広島県看護協会（平成29年3月改訂））（p.6-7）を参照されたい。詳細を、参考までに表2に示す。指導者については、これらの教育内容については既に修得しているものとして進める。また指導者においては、訪問看護師指導者育成研修（広島県看護協会／日本看護協会）や日本訪問看護財団などが提供する研修会に主体的に参加され、能力の向上に努められたい。

表2 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	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
	介護老人保健施設 大学	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

（新卒等訪問看護師育成マニュアル 第2版, p.20）

Ⅱ. 広島県看護協会「新卒等訪問看護師育成マニュアル(第2版)」に沿った指導方法と評価

1. 新卒等訪問看護師指導者の目標設定

「新卒等訪問看護師育成マニュアル(第2版)」(p.5)に、新卒等訪問看護師育成プログラムの目的、目標、学習課題と具体的な育成過程について示した。指導者の目標は、新卒等訪問看護師がこれらの目標や学習課題を達成できるように支援するもので、以下のようになる。

新卒等訪問看護師が、

- 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えるよう指導できる。
- 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ように指導できる。
- 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ように支援できる。

2. ステップに応じた指導者として関わるポイント

「新卒等訪問看護師育成マニュアル(第2版)」(p.6-7)、表4 新卒等訪問看護師育成過程の評価表には、1年間に4期(ステップ)に分け、その時期ごとの到達目標や習得すべき内容が示されている。この4期の習得すべき項目に合わせ、指導者がどのような視点で関わればよいのかを表3に示した。参照されたい。

なお、新人訪問看護師については、個々の看護師経験を踏まえて時期を設定する。

表3 新卒等訪問看護師育成過程における指導者として関わるポイント

【ステップⅠ期】(4～5月までの育成) (* 新人訪問看護師については、看護師経験を踏まえて時期を設定する)

【入職後1年目のステップ】		ステップⅠ期		
区分		4月	5月	
一般目標		訪問看護の実際を学ぶ		
		指導者として関わるポイント		
指標	訪問看護実践	利用者背景 ^{注1}	クラス1: 状態の安定した利用者	* ケアプランに基づいて、看護計画を立案し、ケアを実施することを理解できるように指導する
		訪問方法(同行・単独)	同行訪問ができる(1～2件/日)	* 健康障害が生活に及ぼす影響を理解できるように指導する
		訪問件数 (担当利用者数・受け持ち利用者数)		
		緊急対応状況	緊急対応の手順を理解する	* 連絡先・連絡内容・関係者への連絡について理解させる
	習得技術 (訪問看護基礎技術レベル ^{注2})	前期の技術を学ぶ ^{注2}	* 在宅での物品等の工夫について指導する * 基本的な看護技術(療養上の世話)を指導者と共に実施する	
到達目標	在宅看護過程	情報収集・問題抽出・看護計画立案	支援を受けながら関連図を描くことができる	* 病態だけでなく、生活を捉え、全体像が書けるように指導する
		訪問記録	同行訪問と支援を受けながら訪問看護記録ができる	* 所定の様式に正確に記載できるように指導する * 訪問先での連絡ノート等を見て、療養者の生活状況を理解できるように指導する
		評価	訪問実施に対する気付きができる	* 訪問看護振り返りシートをもとに指導する
	基本姿勢・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	* 訪問看護時のマナーを習得させる
		教育指導	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	* 利用者・家族の能力に応じた教育指導ができるように指導する
		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	* 構成メンバーと訪問看護の立場を理解できるように指導する
		目標管理	ステーションの理念を理解し、目標自己の目標設定が管理について考えることができる	* この時期に学ぶ必要がある内容を伝え、指導者と共に到達目標を作成することができるように指導する * 1年で独り立ちを目指すレベルの理解ができるように指導する
	組織的・管理的側面	時間管理	時間内に終える業務範囲とする(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)	* 仕事の優先順位を考え、時間内に終わることができるように指導する
		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	* 物品の調達方法について、説明する * 使用した物品の取り扱い及び不足物品の調達方法を指導する
		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	* インシデント報告の必要性について指導する * マニュアルを熟読させる
倫理的側面		看護者の倫理綱領・個人情報保護について述べるができる	* 利用者家族の情報の取り扱いについて指導する	
学習・研修	個人学習	自己研鑽の必要性が理解できる	* ステーション内外の研修と一緒に参加する * 訪問看護のe-ラーニングを紹介する	
		医療保険制度・訪問看護制度を学ぶ	* 同行訪問利用者が利用している制度と照らし合わせて考えられるように指導する * 研修会等への参加をすすめる	
		ポートフォリオの作成 (管理者による定期的な評価)	* 未来のあるべき姿をふまえ、キャリアデザインしていけるように指導する * 個人評価ツールとして意義のある選択ができるように指導する	
		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 同行訪問と振り返りカンファレンス (入職6ヶ月まで週1回)	* 関連図が作成できるように指導する * 計画どおり実施する	
他施設研修	病院: 新人技術研修 前期注			

参考資料: 新卒等訪問看護師育成マニュアル(広島県看護協会)第2版【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】

【ステップⅡ期】(6～9月までの育成) (* 新人訪問看護師については、看護師経験を踏まえて時期を設定する)

【入職後1年目のステップ】		ステップⅡ期				
区分		6月	7月	8月	9月	指導者として関わるポイント
一般目標		支援を受けながら単独訪問ができる				
指標	利用者背景 ^{注1}	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				* 週に複数回の訪問が必要で、複数の看護師が関わる利用者を選択する
	訪問方法(同行・単独)	同行訪問と単独訪問		単独訪問件数 1~2件/日		* 単独訪問ができる利用者を選択する
	訪問件数 (担当利用者数・受け持ち利用者数)	担当開始				* 目標の訪問件数が達成できるように支援する
	緊急対応状況	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慮することができる			* 報告、連絡、相談の徹底について指導する * 緊急対応についてシミュレーション学習を始める
	習得技術(訪問看護基礎技術レベル ^{注2})	支援を受けながら前期の技術を実施できる	前期で学んだ技術を実施できる			* ステップに応じた技術が実践できるように指導する
在宅看護過程	情報収集・問題抽出・看護計画立案	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)			* 個性のある看護計画が立案できるように指導する
	訪問記録	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			* 計画立案、実践内容が根拠を持って記録できるように指導する
	評価	訪問実施に対する評価・意見を述べるができる	支援を受けながら訪問後、必要な計画の修正ができる			* 報告書、計画書は提出の期日内に作成できるように指導する * 実践の評価が適切にできるように指導する * 評価に基づいた修正ができるように指導する
到達目標	基本姿勢・コミュニケーション	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				* 不適切でないことを確認する
	教育指導	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・家族の能力に応じた教育指導ができるように指導する
	多職種連携	連携会議で利用者の説明ができる				* 課題の焦点化ができるように指導する * 多職種にわかりやすく説明できるように指導する * プライバシーを配慮して説明できるように指導する
	目標管理	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			* 次のステップに向けて、課題の明確化ができるように支援する
組織的・管理的側面	時間管理	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				* 業務の優先順位を考え、行動できるように指導する
	物品管理 (材料、薬剤、備品など)	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			* 利用者に使用した衛生材料を報告書へ記載できるように指導する * 物品の整理や補充が速やかにできるように指導する
	危機管理 (安全、感染、暴言・暴力、災害など)	支援を受けながらマニュアルに沿った行動がとれる				* 根拠に基づいた行動がとれるように指導する * インシデント情報を共有させ、予測される問題が理解できるように指導する
	倫理的側面	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			* 利用者の倫理的問題をカンファレンスで取り上げることができるように指導する
学習・研修	個人学習	疾患の理解と最新の治療について学ぶ				* 自己研鑽に努め、研修会等に参加するように指導する
		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				* 同行訪問した利用者の保険や制度について理解を深められるように支援する
				学会等に参加し、自身の位置を確認する		* 研修会への参加をすすめる
				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	同行訪問と利用者の看護計画立案				* 受け持ち利用者の看護計画を公表させる	
	同行訪問と振り返りカンファレンス(週1回)				* 計画どおり実施する	
他施設研修	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		* ステーション利用者の退院カンファレンスに同行させ、サービスを構築する過程を学ぶように指導する * 大学等で開催される研修会等に参加をすすめる	

参考資料:新卒等訪問看護師育成マニュアル(広島県看護協会)第2版[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]

【ステップⅢ期】(10～12月までの育成) (* 新人訪問看護師については、看護師経験を踏まえて時期を設定する)

【入職後1年目のステップ】		ステップⅢ期			
区分		10月	11月	12月	
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)			
		指導者として関わるポイント			
指標	訪問看護実践	利用者背景 注1	クラス3: 状態の安定したがん療養者		* 状態の安定したがん療養者の訪問看護に指導者と同行する。
		訪問方法(同行・単独)	単独訪問件数1~2件/日・指導者と夜間の同行訪問ができる		* 急変でない利用者の夜間の同行訪問を始める
		訪問件数 (担当利用者数・受け持ち利用者数)	← 担当開始 →		* 目標の訪問件数が達成できるように支援する
		緊急対応状況	支援を受けながら日中の緊急時の対応ができる		* 緊急対応時には、可能な限り同行させる
		習得技術 (訪問看護基礎技術レベル 注2)	支援を受けながら後期で学んだ技術を実施できる		* 未経験項目については、機会があれば体験したいことを自らが申し出るように指導する
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人で看護計画を立案できる (クラス1, クラス2の利用者)		* 状態の安定したがん療養者の看護計画を立案できるように指導する
		訪問記録	利用者のケースカンファレンス(内部)で進行ができる		* 利用者の看護過程を報告し、他者の意見を求め、まとめることができるように指導する
		評価	1人で訪問後の評価および計画修正ができる		* 適切に計画の修正ができるように指導する
	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		* 不適切でないことを確認する
		教育指導	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・家族の能力に応じた教育内容が指導できるように指導する
		多職種連携	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ができる		* 説明する優先順位と内容が理解できるように指導する * 自分の意見をもって参加するように指導する * 利用者中心の課題で考えることができるように指導する
		目標管理	修正した到達目標に沿って行動できる		* 課題が達成できるように支援する
	組織的・管理的側面	時間管理	効率的な時間管理を考えて行動できる		* タイムマネジメントしながら訪問計画をたて、行動できるように支援する
		物品管理 (材料、薬剤、備品など)	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		* 物品管理の流れを理解させ、不足した物品の補充が速やかにできるように指導する
		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		* 暴言・暴力、災害発生時には速やかに報告、相談し、支援を受けながら行動できるように指導する
	倫理的側面	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ができる		* 利用者や家族にとって、最善の方法を考えることができるように指導する	
学習・研修	個人学習	訪問看護 e-ラーニング: 第5章~6章		* 期限内に修了する様に指導する	
		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		* 緊急訪問の、診療報酬の算定についても理解できるように指導する	
		学会等に参加し、自身の位置を確認する		* 学会等への参加を進める	
		← 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	同行訪問と看護計画評価・修正		* 受け持ち利用者の看護計画を発表させる	
同行訪問と振り返りカンファレンス(月2回)		* 計画どおり実施する			
他施設研修	病院・老健施設等 注3: 訪問看護技術研修 後期	大学: シミュレーション研修 「急変時対応」	* 施設内研修等、必要があれば企画できるように支援する		

参考資料: 新卒等訪問看護師育成マニュアル(広島県看護協会)第2版【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】

注3 老健施設は「介護老人保健施設」をいう

【ステップⅣ期】(1～3月までの育成) (* 新人訪問看護師については、看護師経験を踏まえて時期を設定する)

【入職後1年目のステップ】		ステップⅣ期			
区分		1月	2月	3月	指導者として関わるポイント
一般目標		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	訪問看護実践	利用者背景 ^{注1}	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		* 夜間対応が必要な利用者の同行訪問ができるように調整する * 夜間の移動手段が理解できるように指導する * 夜間緊急時の対応や連絡・報告について指導する * 学んだ技術の到達段階を確認する
		訪問方法 (同行・単独)	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・ 受け持ち利用者数)	担当:5人以上 受け持ち:支援を受けて1人	担当:7人 受け持ち:1人	
		緊急対応状況	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 ^{注2})	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	支援を受けながら急変時の対応計画を立案できる		* 急変を予測した対応計画が立案できるように指導する * 担当している利用者の報告書が作成できるように指導する * 急変時の連絡ができるように指導する
		訪問記録	利用者のケースカンファレンス(内部)で進行ができる		* 利用者の看護過程を報告し、他者の意見をもとにまとめることができるように指導する
		評価	1人で訪問後の評価および計画修正ができる		* 適切に計画修正ができるように指導する
	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		* 不適切でないことを確認する
		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		* 利用者・家族の能力と環境に適した指導計画が立案できるように指導する * 日々の訪問看護提供のなかに、指導場面があることを理解するように指導する
		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		* 多職種の意見を尊重して考えを述べるができるように指導する
		目標管理	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	* 自己評価と他者評価から、自己の課題を明確にすることができるように支援する
	組織的・管理的側面	時間管理	効率的な時間管理を考えて行動できる		* タイムマネジメントしながら訪問計画をたて、行動できるように支援する
		物品管理 (材料、薬剤、備品など)	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		* 物品管理の流れを理解させ、不足した物品の補充が速やかにできるように指導する
		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		* マニュアルに沿った行動ができるように支援する
		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		* 利用者や家族にとって、最善の方法を考えることができるように指導する
	学習・研修	個人学習	受け持ち事例のまとめ		* 利用者の事例報告をまとめることができるように指導する
			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		* 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、その他社会資源についての理解を深めるように指導する
学会等に参加し、自身の位置を確認する			* 学会等への参加をすすめる		
					
訪問看護ステーション内研修		利用者の手順書作成	事例発表会		* ステーション内で事例報告を発表させる
	同行訪問と振り返りカンファレンス(月2回)			* 計画どおり実施する	
他施設研修	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」		* 施設内研修等、必要があれば企画できるように支援する	

参考資料: 新卒等訪問看護師育成マニュアル(広島県看護協会)第2版[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]

3. 新卒等訪問看護師の評価方法

「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。本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、第2版を作成した。

改訂した評価表（第2版：p.17-p.18）を表4に示す。改訂のポイントは以下のとおりである。

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¹⁾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²⁾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「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。」

(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」である。新人訪問看護師については、看護師経験を踏まえた到達目標の判断基準を設定する。

(3) 評価基準を明確にした。

第2版における評価基準は、「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」である。

設定した評価時期（5月、9月、12月、3月）に、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。

4. 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。（ステップの評価時期：5月、9月、12月、3月）

1) 新卒等訪問看護師の活用方法

受け持ち利用者（患者）と、同行訪問を行っているなどの複数の利用者への訪問看護実践を、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。

2) 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、項目について客観的に評価する。

表 4 新卒等訪問看護師育成過程の評価表

〈記入方法〉自分の課題を明確にし、目的を持って行動するための指標です。該当する評価基準を該当月に記入してください。【評価基準】

- 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

【一般目標】訪問看護師は、看護師経験を踏まえて判断基準を決めてください。

【到達目標】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

【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 知識としてわかる IV 知識としてわかる V できない

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		
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 目的周辺の道路事情などを把握できる	I										
		8 みんなで協力して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										
		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										
		11 訪問看護に対する関心を継続できる	I										
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												
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												
21 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												
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												
31 同僚と実習生・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、実習生・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 自分の学習目標・課題を明確にすることができる	II												
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 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												
40 自分の強み・弱み・改善すべき点について自覚している	I												
41 自分の能力を客観的に評価し、強みを生かし不足を補うことができる	II												
42 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												
43 訪問看護への意欲を維持・向上させることができる	I												
44 自分の看護活動を客観的に分析し、整理できる	III												
45 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												
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能力

訪問看護師としての専門的能力

家族支援

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 地域の保健医療福祉資源を把握している	II										
		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										
	感染管理	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 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										
		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 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	III										
		60 訪問看護過程の展開において問題を明確にできる	III										
在宅看護過程	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 訪問予定を確認して必要な情報を収集できる	I											
	63 情報をもとにその日の看護計画を立案できる	I											
	64 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											
	65 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											
	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 困難な看護介入を容観視し、他者の支援を求めることができる	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ずに誠実に対応できる	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j得て計画を修正できる	III											
	70 施設における医療安全管理体制について理解できる	III											
リスクマネジメント	71 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											
	72 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											
	73 在宅での医療処置(パルレーン交換・洗滌等)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											
	74 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											
	75 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											
	76 個人情報の漏洩に関する事故(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											
	78 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											
	79 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											
	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											
組織的能力	81 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											
	82 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											
	83 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											
	84 事故発生時の自施設の対応体制が理解できる	II											
	85 苦情・パワー・ハラースメント・セクシュアルハラースメントに対し、速やかに報告できる	I											
情報管理	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	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											
組織運営・管理	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 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											
	96 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											
	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)

引用・参考資料 1(文献1)公益財団法人日本訪問看護財団：訪問看護師0UTガイドブック.2015

2(文献2)公益社団法人 徳島看護協会・徳島県訪問看護支援センター：新卒者等訪問看護育成プログラム実施報告.2016

第2部

I. 新卒等訪問看護師指導者育成プログラム

1. プログラムの概要、構造と特徴

「新卒等訪問看護師育成マニュアル（第2版）」に沿って新卒等訪問看護師を教育できるよう、広島県看護協会ではその指導者の育成に向けたプログラムを開発した。新卒等訪問看護師の指導者は、訪問看護ステーションに所属する指導者も含め、教育指導に関わる全ての指導者を指す。指導者には、専門的な知識や技術のみでなく、教育的なかかわりを可能とするコミュニケーション技法や教授法などの学習が求められる。

一方で本プログラムは、訪問看護ステーションや医療機関の訪問看護部門に勤務する訪問看護師であって、新卒等訪問看護師に対して指導的な立場にある者を対象としている。そして、彼らが習得することが望ましいと考える知識や態度、技術を示すために、すでに先行する医師や病院に勤務する看護師を対象としたプログラムを参考に作成した³⁾。

新卒等訪問看護師の育成は、現場の中で学ぶ「現任教育」⁴⁾ということができる。図2は、現場における経験を土台として、それをどのようにして意識化、概念化し、それらに関連づけ構造化し、自身の実践を振り返る（内省する）ことで、次のレベルの実践に導くかを示している。現場での教育の構造とプロセス、成果との関連を示したモデルとしてわかりやすい。

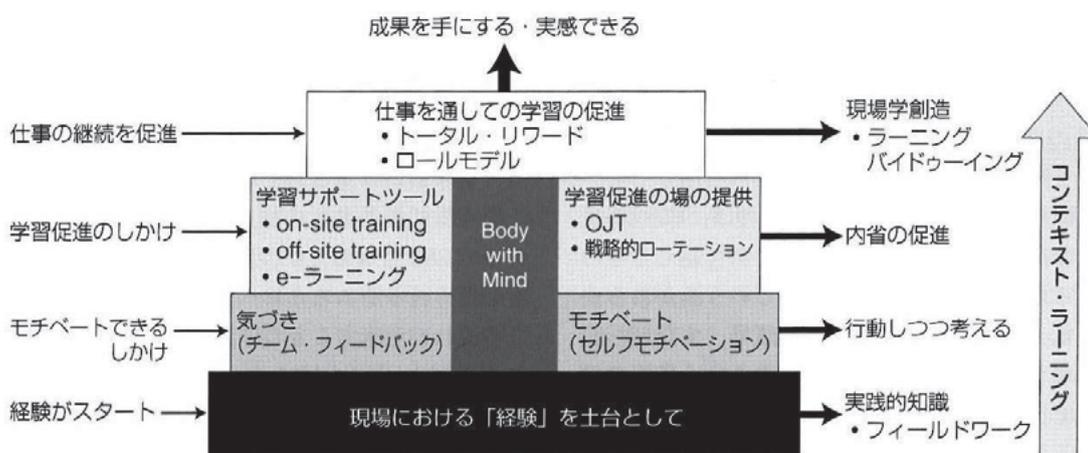


図9-6 現場学の構造(気づきと変革のプログラム)【文献38より】

気づきと変革のプログラムのキーワードとして、以下の3点をあげることができる。

1. 背景が変化していることを認識(現状認識・危機意識)できる
2. 行動変容できる(自ら)
3. チェンジマネジメントできる(他者とともに)

図2 現任学習の構造(文献4)(中西睦子:看護サービス管理, p.214, 医学書院, 2007)

生涯教育研修体系部会での話し合いの結果，訪問看護ステーションに勤務する指導者に必要な内容は，「指導者としての価値観・看護観・倫理観」の基盤に「教育指導の方法」とその基礎理論等の理解である「教育論」であることが示された（図 3）。新卒等訪問看護師を教育する指導者は，訪問看護の実践能力は高いが，教育者としての経験は乏しいと推察される。したがって，本プログラムでは，教育者としてどのように相手を伸ばし，育てていくことができるのか（図 3 の上の部分；図 2 では「モチベートできるしかけ（気づき（チーム，フィードバック），モチベート（セルフモチベーション））」と「学習促進のしかけ（OJT）」，この点に焦点を当てて作成されている。そのため，これらの方法論や技術の基盤となる教育の基本理論についても概説した。方法論や技術では，動機づけ（モチベート）し，内省を促すために特に重要なフィードバックやリフレクションに重点を置いている。さらに，実際の指導場面での一助となるよう，現代の若者の気質の理解や発達課題を示し，それを踏まえた上での対応方法やコミュニケーションスキルの演習も加えた。

訪問看護師は多忙である。また，訪問回数が収益に直結する。したがって，研修に使える時間は限られていることから，ここに示した最低限の項目を 3 日間の集合研修で学べるように作成した。本書に記載されている内容は概略であるが，集合研修で動機づけられた後は勤務するステーションに持ち帰って学習が継続できるよう，文献を示している。また，実際の教育場面を想定したロールプレイのシナリオは研修でも用いられるが，現場でも活用できるように作成されている。

なお，第 2 部は研修プログラムの時間割に沿って，そのテーマで示される理論やモデルの概略が順に示されている。より詳細な資料は，研修会の中で配布される。

2. プログラムの目的

本プログラムでは，指導者（訪問看護師）が新人教育の基礎となるさまざまな学習理論や方法論について学び，自己学習の基礎を構築することを目的とする。

3. プログラムの展開方法

プログラムは，集合研修の形態を用いる。研修プログラムを，表 5 に示す。研修期間は 3 日間を設定し，大学及び訪問看護ステーション管理者，学識経験者，広島県看護協会との協働により展開していく。なお，研修プログラム終了後は参加者のフォローアップを行い，本プログラムの効果の検証を行う計画である。

本プログラムの中で実施するロールプレイでは，指導者（訪問看護師）同士でフィードバックの仕方の演習を行うが，訪問看護ステーションの現場では以下の方法も有効である。これは，医学教育の中で用いられている方法である。

（参考）医学教育で用いられる教育（実技指導/フィードバックの場面）の方法

ステップ 1：指導者が患者となり，学生に診察させる。

ステップ 2：指導者が患者を診察する場面を見せる。

ステップ 3：学生に違いや気づいたところを言わせてみる（思考のトレーニング）。

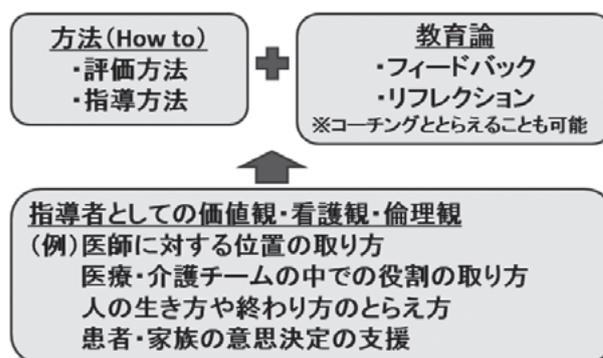


図 3 指導者が備えるべき内容

表5 新卒等訪問看護師指導者育成研修プログラム

回	区分	学習目標	内容	時間 (分)	形態
第1回目	看護学教育の基盤	看護実践をする者の基盤となる概念について理解する	1. 職業的アイデンティティ 2. クリティカル・シンキング 3. リフレクション	90	講義
	教育に関する基礎知識	新卒者の発達段階と心理的特徴について理解する	1. 新卒者の成長発達段階 2. 学習過程における心理	90	講義
		基本的な学習理論と教育評価について理解する	1. 学習理論 2. 教育評価	90	講義
	学習支援計画の立案方法	学習支援計画の立案方法について理解する	1. 学習支援計画作成のポイント（講義） 2. 学習支援計画を作成 3. 学習支援計画を発表	90	講義 演習
第2回目	基本姿勢・コミュニケーション	指導者としての基本姿勢・コミュニケーション方法について理解する	1. コーチング 2. カウンセリングスキル 3. コミュニケーションスキル (プリセプターマインドを含む)	360	講義 演習
第3回目	ロールプレイ	ロールプレイをとおして新卒者等への指導方法について理解する	1. ロールプレイの基礎知識（講義） 2. 新卒者等への指導において困難を生じる場面と条件を設定してロールプレイ 3. 課題と指導方法を発表	270	講義 演習
	指導者交流会	参加者同士の交流で、学びを得る	日頃の在宅看護実践上の課題や思い等を自由に語り、今後の訪問看護師の人材育成やネットワーク構築等につなげる	90	討論
合 計				1,080分	

Ⅱ. 看護実践をする者の基盤となる概念

1. 看護師における職業的アイデンティティ

1) 専門職とは

「ノンプロフェッショナル」の対概念として示される「プロフェッショナル」にはさまざまな定義がある。勝原は、おおむね研究者間で合意を得ている専門職の特質として、次のようにまとめている⁵⁾。

- ① 高等教育機関で教育を受け、独自の知識体系に基づいた高度で専門的な知識を有する。
- ② 自律性を有する。
- ③ 専門性に独占的権限が伴う。
- ④ 独自の倫理綱領を備えている。
- ⑤ 専門職業団体が存在する。

2) 職業的アイデンティティ

職業的アイデンティティとは「職業を通して自覚される私」という主観的感覚であり、職業生活におけるさまざまな出来事を通して形成され、常に再構成、再統合され⁶⁾、大きな負のイベントがない限り、通常は経験を積むごとにより確かなものとして獲得されていく。

自己概念は、職業的アイデンティティの形成において重要な役割を果たす。自己概念（人格的自己）は、社会的規範や親などから教えられた倫理観や価値観から影響を受け形成される「道徳的・倫理的・霊的自己」、親や社会の期待や評価、過去の経験から育つ「自分はこうありたい」と願う「自己理想」、そして社会や親からの期待等と自分がこうありたいと願う姿との一致（整合性）の感覚である「自己一貫性」から成り立つ⁷⁾。

成人形成期にある新卒訪問看護師にとって、安定した自己概念を形成していくことは「この職業に留まれるか」においてきわめて重要である。自己概念は、役割と相互依存（人間関係）に大きく影響を受ける。看護師としての役割を獲得していく「役割移行」のプロセスにあたって、看護師という役割に心理的な葛藤があれば「役割距離（心理的な距離）」などが生じ、その役割を受け入れることは難しい。自己概念も不安定となる。これに対して、看護師としての役割を、技術的にも、心理的にも克服できた時に（技術の克服は心理的な受容に影響する）、役割を受け入れることが可能となる（役割克服）⁷⁾。

看護師としての職業的アイデンティティの獲得は、役割克服と自己概念における自己一貫性の獲得と密接に関連している。つまり、看護師としての職業的アイデンティティの獲得には、自己が目指してきたもの、人生における価値、周囲からの期待や評価と現在の自分の姿が一致していることが重要なポイントとなる。

そして、安定した自己概念の獲得には、相互依存（人間関係やソーシャルサポート）が重要な役割を果たす。物理的なサポート（知識提供/教育を受ける）、励ましなどの情緒的サポートも重要であるが、「よく頑張っているよ」「正しいことをしているよ」と業務を評価してもらえること（評価的サポート）が重要なサポートとなる。相互依存において重要なことは、寄与的支援（give）と受容的支援（take）とがバランスが取れていることである。受けるばかりだと負担になるが、自分が人の役に立っていると思えることが人間関係を安定させる⁷⁾。この点において、利用者からの新卒訪問看護師への肯定的な評価は重要である。

3) 看護師の職業的アイデンティティ

Fagermoen は、職業的アイデンティティの構成概念に関する研究で、看護師は他者志向型の価値と自己志向型の価値とを有し、前者では倫理観や仕事の価値、人間の尊厳や利他性が最も際立った倫理的な

価値であり、後者では知的・人間的な刺激が仕事に関連した最も重要な価値であることを明らかにしている⁸⁾。

つまり、職業的アイデンティティは、その人のもつ「正しく人の役に立ちたい」と願う人間的価値観や「新しいことを学んでいる」という知的満足を満たす「意味のある看護実践に組み込まれた価値」から成り立つことを説明している。

4) 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築

グレッグは、看護師の職業的アイデンティティに関する複数の論文を検討し、自らの調査結果を加えて、看護師の職業的アイデンティティの確立は、それを目標ととらえた方向性をもつ変化としてとらえる「発達モデル」と考えた⁹⁾ (図4)。Fagermoenが概念整理した内容と類似した結果となっている。

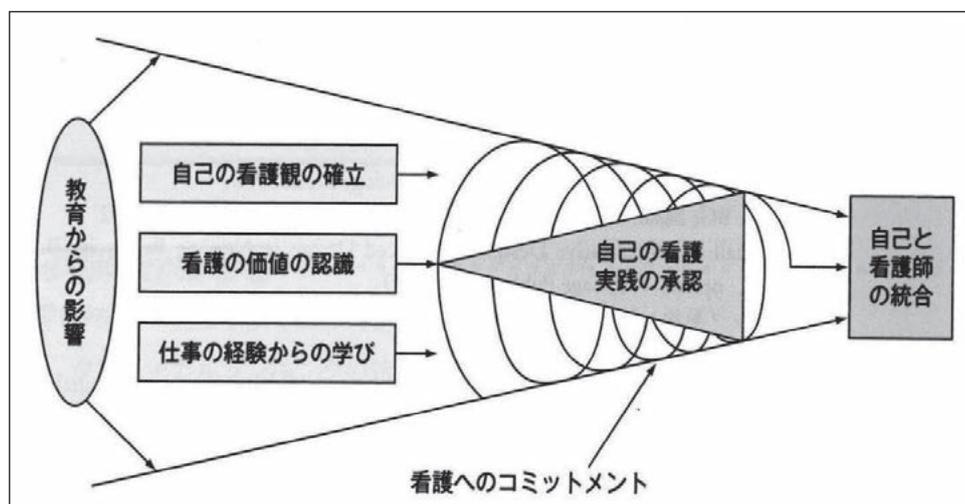


図4 構造モデル：看護とのきずな (文献9) (グレッグ美鈴：看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. 看護研究 35 (3) : 196-204, 2002.)

(以下、文献9) (グレッグ美鈴：看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. 看護研究 35 (3) : 196-204, 2002, 一部改変)

看護師が職業的アイデンティティを確立していくためのプロセスは、「仕事の経験からの学び」「看護の価値の認識」「自己の看護観の確立」「自己の看護実践の承認」「教育からの影響」「看護へのコミットメント」、そして「自己と看護師の統合」の7段階からなる。この7段階の相互関係を示すものがコアカテゴリーである『看護とのきずな』である。看護師として働く中で、さまざまな人と出会い、その相互作用の中から看護と看護師である自分を学ぶ。看護が自己の成長に貢献していると感じること、あるいはクライアントを援助することの満足感から、看護の価値を認識する。さらに仕事上の経験に基づいて自己の看護観を確立する。働く間に、看護師はさらなる学びの機会を持つ。働く経験からの新しい学びは、看護の価値の認識に影響を与え、看護の異なる側面に気づいたり、より深い看護観を築くことにつながる。この3段階は、らせん状に描かれ、常に発展していることを示す。看護師が一旦1つの段階を経ると、まったく同じ段階へは戻ってこない。らせん状であるということは、一度通り過ぎた段階へ戻ることはあるが、以前より高いレベルでその段階を経験することを示す。この3段階を進むなかで重要なことは、自己評価とケア対象者の他者評価の両方による。この自己の看護実践の承認は、プロセスの進行に伴いより確固としたものになり、看護へのコミットメントを強める。そしてそれぞれの段階が『看護とのきずな』の最終段階へ向かって進んでいく。最終段階では、看護師であることは、その役割を演じるのではなく、自己と看護師が統合しているという感覚をもつ。このプロセス全般において、教育は大きな影響因子である。

2. 専門職としての成長を促すために必要な態度・思考過程：クリティカル・シンキング

1) クリティカル・シンキングとは

批判的思考とも訳されるクリティカル・シンキング (critical thinking) は、専門職としての成長を促すために必須の態度・思考過程であり、利用者の問題解決を行うプロセス、つまり看護過程の展開において重要な役割を果たす。クリティカル・シンキングは、「思考能力と批判的思考を推し進める態度」の両者から構成され、具体的な現象を抽象化したり、情報から推論を推し進め、証拠となるデータを集めながら、理性的かつ論理的にものごとを判断していく能力である¹⁰⁾。

具体的には、①行っていることや現象に疑問を抱き、探究していくこと、②問題に対してデータやエビデンスをそろえながら、系統だった思考に従って注意深く結論を導くこと、③情報／データを引き出し、その情報が信頼できるかどうかを判断すること、④自ら、必要に応じて他者と協力し、能動的かつ効果的に問題を処理すること、⑤包括的で深い理解を得るために、異なった角度から状況を眺めることが含まれる¹⁰⁾。病院よりも多くの要因を視野に入れて判断しなければならない在宅ケアの現場では、この思考は必須である。

2) 専門職の成長に必要なクリティカル・シンキング

利用者の安全を守り、質の高いケアを提供するためには、医学や看護の新しい知識/エビデンスを取り込み、目の前の利用者への応用について正しい思考過程で判断し、安全を確保しながら注意深く看護ケアを提供していく必要がある (これは、EBCP (Evidence-based Clinical Practice) と同じ思考過程・実践である。)。同時に、覚えた知識を自分のものとして、次のレベルまでに推し進めていくプロセスも必要である。

これについて、ルーベンフェルドが示した5つの思考レベルの段階を考えると理解しやすい¹¹⁾。

第1段階：覚えたことを思い起こす。

得た知識や技術を利用者の前で想起することである。

第2段階：習慣化する。

習得した知識や技術を繰り返し実施することで、自動的に想起／実施できる。

第3段階：探求する。

習得した知識や技術がそのまま適用できない場面において、問題意識を持ち、その原因を探求していく。ここからが、クリティカル・シンキングである。

第4段階：新しい発想と創造性

習得した知識や技術がそのまま適用できない場面において、新しい方法を探り、開拓、創造する段階である。

第5段階：自分の考え方を知る。

自分の思考や行動を客観的に観察し、不適切な場面やうまくいかなかった場面においてはそれを多角的に分析して修正していく段階である。

3) クリティカル・シンキングを育成する方法

クリティカル・シンキングの能力を育成する方法は、2) のプロセスに沿って思考を促していくことであり、系統的な思考でもって看護過程を展開することである。そのほかに、教授法としては大きく、「問題解決」「ゲーム」「ロールプレイ」「臨床実習 (現場での教育)」があげられる¹⁰⁾。

Ⅲ. 新卒看護職の心理

1. 新卒訪問看護師の成長発達段階：成人形成期

成人形成期は、近年の時代の変化—高学歴化や女性の社会進出など—により、結婚・親になることや就職が遅くなることによって生じた、青年期から成人前期の間（10代後半から20代後半）にできた新たな段階を指す¹²⁾。この時期は、アイデンティティの探求、不安定性、自己焦点化、青年でも成人でもないという感覚、可能性/楽観性という特徴をもつ。つまり、子どもでも大人でもなく、職業や生き方など自分探しにエネルギーを使い、試行錯誤の時期でもある。また、自分を成長させるために自分に集中する時期でもある。そして、将来に対して可能性も楽観性も有している¹²⁾。

新卒の看護師は、まさにこの時期に当たる。選択可能な職能も就職先（看護の提供の場）も多様性が以前に比べて格段に増し、自分がどの職能・職場に適しているのかを模索する時期である。そして迷いながらも、自分を高めたいとも考えており、卒後教育の充実を望む段階である。

2. 役割移行

上野は看護職者の役割移行について概念分析を行い、「新たな領域で活動することへの意味づけ」「新たな行動様式を獲得するための取り組み」「新たな活動への期待と成功への希求」「職業的アイデンティティの模索」「情緒的反応」「困難との直面」「時間の枠組み」の7つのカテゴリーを抽出し、役割移行を「看護専門職としての発達を志向する看護職者が、新たな領域での活動に意味を見出し、一定期間の活動継続を経て新たな行動様式を獲得していく過程である」と定義している¹³⁾。

新卒訪問看護師には、学生から社会人へと役割が変わることによって、環境が変わり、責任や求められることが変化し、それに戸惑いを感じ、心理的葛藤が起こることがある。特に、学生時代に学んだ看護師像や学習内容と就職してからの実践との間で生じるギャップとしてのリアリティショックは、一般的に大きい。円滑な役割移行及び役割克服には、本人の努力も必要だが、「新卒等訪問看護師育成マニュアル（第2版）」で示した教育プログラムや「役割モデル」の必要性、そして、彼らの特徴を理解した支援者の存在が重要である。

3. リアリティショック

新卒者のリアリティショックとは、学生時代に出来上がった看護職への期待と、社会人の生活の現実があまりにもかけ離れているために、不安や葛藤が起こることをいう¹⁴⁾。新卒看護師の場合、多くは「自分はまだ準備不足」と感じることによって起こり、その要因には①知識不足・技術不足、②焦り、③孤立、④幻滅、⑤疲労があげられる。そしてリアリティショックの結果、恐怖、憎しみ、強い侵害、自閉などの抑圧的情緒反応が生じるとされている。リアリティショックには個人差があるが、新卒者の多くはリアリティショックを経験し、その持続期間は長くて3年といわれている¹⁴⁾。

IV. 看護教育の基盤となる学習理論

1. 学習理論の変遷

「学ぶ存在」としての人間をどのようにとらえるのか、そして「学習とは何か」、つまり人はどのように学ぶのかについては、その時代の哲学的背景、心理学や教育学の発達とともに大きく変遷している。そして、実際の教育方法にも反映され、時代によって変化している。参考までに、表6にその変遷と比較を示す¹⁵⁾。

表6 主義における学習理論の比較

	行動主義	認知主義	構成主義	状況主義
提起時期	1900年代初頭～	1950年代後半～	1950年代後半～	1980年代後半～
成立過程	人はどの様に学習するのかという学習のメカニズムを心理学的研究を通じて初めて科学的根拠をもって提示	行動主義が研究対象としなかった思考、理解、知識の習得などにおける「脳のなかの変化」の解明を目標	認知主義に基づき、ピアジェが発達心理学の立場から学習理論を構築し、構成主義学習理論へと発展	人は「教えられなくても」、状況のなかで「社会的相互関係」を学ぶことに着目
学習とは	学習とは永続的な行動の変容（刺激と反応の連合）であり、条件づけ（報酬あるいは罰）によって生起する。行動目標に示された「行動」を習得すること。学習者は「受動的存在」	学習者の既有知識を使い、知識の関連づけ、分類、比較などによって新たに構造化し、知識が豊富になり、洗練され、構造が変容すること。既有知識によって学習が制約される。自己モニタリングによって認知過程をコントロールすることで学習は促進	学習とは発達である。学習者のシエマ（環境を認識する内的な枠組み）によって学習が制約され、理解する。理解は同化（外界を認識する）と調節（シエマを環境に合わせる）によってシエマを精微化することであり、環境との相互作用の過程で自発的に行われる。	学習は周囲の物理的環境、社会・文化的な背景にも影響を受ける。「状況に埋め込まれている」状況を構成し続けること、学習に参加している他者とのコラボレーション（関係性）において学習は成立する。
教えと学びの関係・教師の立場	「教える—学ぶ」 教師は教育目標へ向けて、刺激を選択し、期待される反応が得られるように強化する。	「教える—学ぶ」 教師が教えた内容がそのまま学習されるとは限らない。	「教える—学ぶ」 教えこむことは発達を妨げるため、発達を促す学習環境を整える必要がある。	学びは教育から独立。学びは参加であり、教師も「実践の共同体」への参加者
看護学教育への応用	従来の教育から脱却して看護教育を科学的根拠と明確な意図で行うため、教育工学的アプローチが1970～1980年代に取り入れられ急速に普及した。	実習では自己評価に自己モニタリングが必要。看護医療事故防止においても重要な概念。また専門職者として、生涯学習を継続する上でも重要。		臨地実習において、学生が看護職者としてアイデンティティを確立していけるような方法へ転換するための示唆を与えている。
教育への応用	コンピューター支援教育などの個別学習を支援する方法として現在も応用されている。	概念地図法の学習方法・指導方法 思考過程の言語化による体験の意味づけ		断片的な知識の積み上げに終始している今日の学校教育への批判と受け取れる。

(文献15), p. 171, 表VI-1を転載)

2. 成人型学習と内発的動機づけの重要性

新卒等訪問看護師をどのように動機づけ、より高いレベルの実践に結び付けるかについては、次に示す学習理論が役立つ。

「指導者が知識を学習者に提供する」という従来の教育モデル（ペダゴジーとも呼ばれる。）に対して、学習者の経験を資源として主体的に学ぶ「内発的動機づけ」に重点を置く成人型学習/成人教育学（アンドラゴジーとも呼ぶ。）¹⁶⁾の実践が指導者には求められる（表 7）（もちろん、基本的な知識を押さえるペダゴジー学習も必要である。）。

表 7 従来の教育モデルと成人型学習

従来の教育 (指導型モデル)	成人型学習 (学習支援型)
指示的（上から下への指導）	支援的（コーチ型）
知識の提供が中心	学習支援者と共に考え、経験から学ぶ（対話、討議型）
従順に学ぶ／コンプライアンス	主体的に学ぶ／アドヒアランス
指導者の教えたことが中心	学習者の関心を優先し、自ら目標設定する

成人型学習（成人教育学）は、学習者の意欲を高め、さまざまな問題への解決能力を伸ばすエンパワーリングな教育（相手を力づける教育）、つまり「内発的動機づけ」教育でもある。内発的動機づけは、やることをあらかじめ示したり、報酬や罰といった「外発的動機づけ」（行動主義が代表：表 6）に対して、個人の本来持っている好奇心、そして課題の選択と解決方法についての「自己決定」と「自己効力」を高めることによって学習者が意欲を高め、自発的な問題の発見と解決を行っていけるように導くアプローチ方法である¹⁶⁾。なお、内発的動機づけには、指導者（学習支援者）が「質問する」「引き出す」ことが鍵となる。

成人型学習において、以下は重要な要素となる。

自己効力感は、自分がある状況において必要な行動をうまく遂行できるかという可能性の認知である。行動変容や内発的動機づけにおいて必要不可欠な要素であり、成功体験を重ねること、モデリング/代理体験、言語的説得（「あなたはできる」と言われることなど）などによって高められる¹⁷⁾。

3. 認知・構成主義における学習理論

報酬や罰といった「外発的動機づけ」学習理論に対して、人間の内発的な頭の働きに（認知機能）、つまり学習したことを自らが頭の中で解釈し、再編成・再構成する学習に注目したのが「認知・構成主義学習理論」である。知識は体系立てて理解され、新しい知識と既存の知識は関連性をもって結び付けられ、応用される。この「自分の知識の地図や構造図の中に新たな知識を位置づけていく」構造化によって、長期記憶として頭の中に保管されていくと考えられる¹⁸⁾。

このプロセスにおいて重要なのが「メタ認知」である。「メタ」とは「高次の」や「超越した」という意味で、人が自分自身を認識する場合において、自分を一段上から自分の思考や行動を客観的に眺め、自身を評価することである。メタ認知ができると、自身を客観的に評価し、考えや行動をコントロールすることが可能となり、ミスを起こさないように予測をもって行動をしたりすることができるようになり、学習効果も高くなる^{18) 19)}。(図 5)

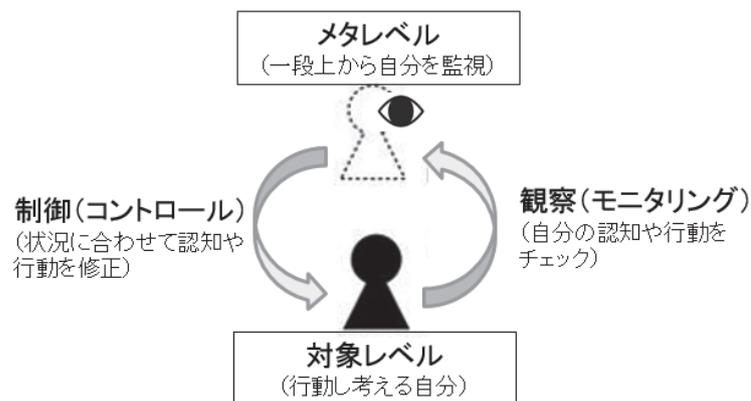


図5 メタ認知：概念図（文献19）p.126, Fig. 1を改変）

4. 現場経験を通しての学習：状況主義における学習理論

人々は歴史的に、その文化、その環境の中でどのようにエキスパートとなっていたのかを明らかにし、その認知的プロセスを理論化したものが、「状況に埋め込まれた学習（正統的周辺参加）」とも「状況的学習理論」とも呼ばれる学習理論である²⁰⁾。歴史的に、多くの職場において、体系だった教育や研修ではなく、新人を職場環境の中に受け入れ、最初は重要性が低く簡単な仕事（しかし、その組織にとっては必要な仕事）から始めさせ、徐々に重要な仕事を担わせてきた。新人は、最初は周辺の仕事をしながらも、状況に埋め込まれた相互作用の中から、そのコミュニティで使用されている言葉や業務、組織の原則などを覚えていく。そして、年月を経るに従って、より中心的で重要な仕事を担うようになるというものである²¹⁾（図6）。これは、「人は社会的状況の中で発達する」、そして「学習を共同参加の過程の中に位置づける」という考え方である。

一方で職人の伝統的な徒弟制が、仕事場のニーズが優先され、必ずしも以下（参考）に示す学習プロセスに則っておらず、新人には「見よう見まねで覚えさせる」というものであるのに対し、状況主義に基づいた学習方法では、学習者のニーズを優先し、以下（参考）に示すステップに則って学習プロセスを踏む（認知的徒弟制）。

この学習プロセスを実施するにあたって、学習者が適切に学習できるように「場の設定」を行い、その場に「正統なメンバー」として学習者を位置づけ、学習者は中心的存在（エキスパート）を模倣して参加の度合いを段階的に深めていくのが、「正統的周辺参加」である²²⁾。

状況主義に基づく学習を進めるにあたって重要なことは、新人の最初の時期から役割モデルとなる職場のエキスパートを観察することができれば、仕事についてより幅広く、関連性をもってとらえられるようになるということである²¹⁾。これは、新卒等訪問看護師の学習に示唆を与えてくれる。職場は重要な学習環境であって、重要性の低い、単純な仕事から始めることも、職場環境が教育的で、役割モデルとなるエキスパートがそばにつくことによって重要な学習の場となる。

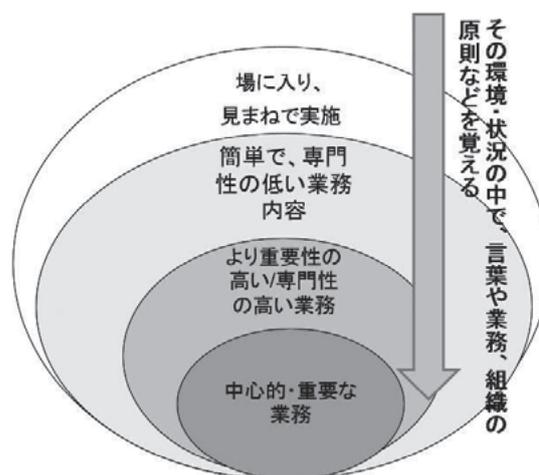


図6 正統的周辺参加の概念図

【参考】

認知的徒弟制とは「正統的周辺参加」の基礎となった考え方で、先に述べた伝統的な徒弟制に対して、見習いの学習過程を認知的に理論化したものである。新人がエキスパートから学ぶ学習過程には、以下のステップがある。

第1ステップ (モデリング) : デモンストレーションを見せる。

第2ステップ (コーチング) : 実際にやらせてみて、その様子を観察してフィードバックする。

第3ステップ (スキャフォールディング : 足場づくり)

: 作業の難易度に合わせて足場を作って手助けする。成長に合わせて徐々に支援を減らしていく (フェーディング)。

第4ステップ (アーティキュレーション : 明確な言語化) : 思考を言語化させる、

第5ステップ (リフレクション) : パフォーマンスについて振り返りを促す。

第6ステップ (エクスペラレーション : 探索) : 課題を自主的に探索するように考えさせる。

(文献 22) から抜粋し、内容を要約した。一般的には、認知的徒弟制の学習過程は、4段階 (モデリング→コーチング→スキャフォールディング→フェーディングから構成される。)

モデリング : 観察学習とも訳される。認知的徒弟性の一つのプロセスである²²⁾。他者 (モデル) の体験を観察することによりさまざまな行動や情動、価値規範等を取り入れ学習することである¹⁷⁾。エキスパートの動きや思考、態度を観察し、認識していくことで、次の高い段階へと移行しやすくなる。

職場内教育 (On the Job Training : OJT) : 先に説明した状況的学習よりもより構造的で意図的であるが、どの職場においても行われているもので、看護界でも「プリセプターシップ」²³⁾を取り入れ、計画的に実施されている職場が多いことから、これについても概説する。

OJT とは、職場で実務をさせることで行う職業教育のことで、職場の上司や先輩が、部下や後輩に対し具体的な仕事を与えて、その仕事をとおして、仕事に必要な知識・技術・技能・態度などを意図的・計画的・継続的に指導し、修得させることによって全体的な業務処理能力や力量を育成する活動である²⁴⁾。

OJT においても、以下に示すように構造的に理解して実施することが重要である。認知的徒弟制の学習プロセスと理解することができる。

- ・ 安心して取り組めるよう、あらかじめ構造化する (計画的に臨む)。
- ・ 段階的に進める (「新卒等訪問看護師育成マニュアル (第2版)」に沿うとよい)。
- ・ 実際の看護ケアをして見せる — 注意深く、根気よく説明し、見せ、どのように理解しているのかを質問する。
- ・ 一度に1点ずつ、段階的に丁寧に教える。一度に多くを教えようとしない。
- ・ 効果を確認する。仕事をやらせてみて、説明させ、質問すること。理解できたと判断できるまで続けること。
- ・ できたことを確認しながら、徐々にかわりを減らし、自立させていくこと。
- ・ 常に指導者がリソース・パーソンとしてそばにいることを説明すること。

(文献 24) を参考に作成)

V. 教育評価

1. 教育評価の必要性

ここでの教育評価は、新卒等訪問看護師に提供している教育プログラム及び教育的な関りを振り返り、目標が達成できたかどうかを評価し、さらなる改善を図るために行なわれる。教育評価では、新卒等訪問看護師と指導者との間で行われる教授・学習活動について、指導者と新卒等訪問看護師が双方に評価することによって、指導者は自らの教授・学習活動を振り返り、実施している指導計画や方法の修正（改善・方向づけ）を行う。同様に、新卒等訪問看護師も自らの達成度合いや内容を評価し、学習への動機づけを強めるとともに、次の学習目標や活動を設定する（図7）。

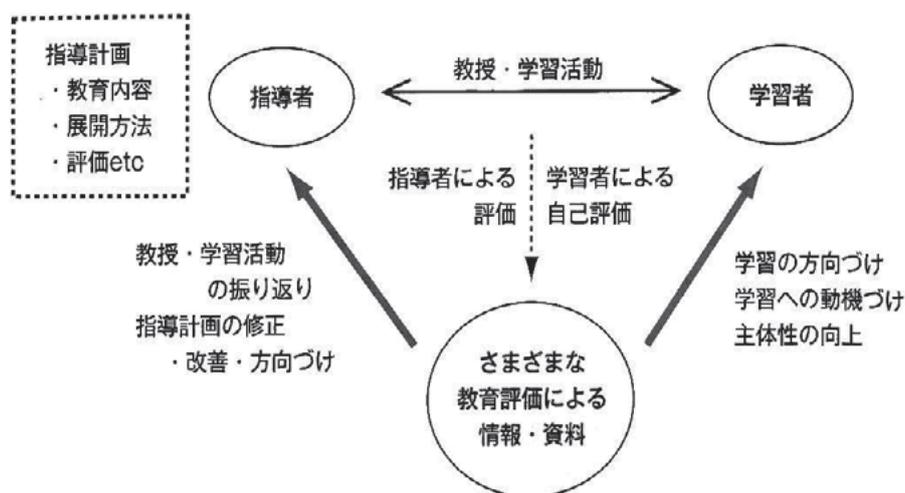


図7 教授・学習活動と評価の有機的な結びつき（文献25）p.206, 図Ⅷ-1を転載）

2. 教育評価の方法

教育の評価方法には、その目的によってさまざまな方法が選択される。筆記試験、実技試験、標準テストなどは基礎看護教育（学校・養成所）で標準的に用いられる方法である。これに対して、卒後教育（現任教育）ではすでに得た知識を現場に応用させ、問題解決を行うことが重要となってくるので、対話による評価、形成的評価やパフォーマンス評価などが行われる¹⁸⁾。

形成的評価：学習の途中に、どの程度、目標に近づいているかを評価し、その後の進み方を考える手がかりを得るための評価。新卒等訪問看護師は自分の目標達成度合いを評価することができ、その後の学習計画の修正ができる。指導者にとっては、新卒等訪問看護師がどのように学習をすすめているかについてメタ認識ができ、また指導方法や内容、態度についてのフィードバックとなり、その後の教育内容や教育方法の修正に役立つ^{18) 25)}。新卒等訪問看護師育成プログラムの各時期に行なわれる評価は、主に形成的評価となる。

（参考）これに対して、学習の終わりに、目標が達成されたかどうかを見るための評価を「総括的評価」という。

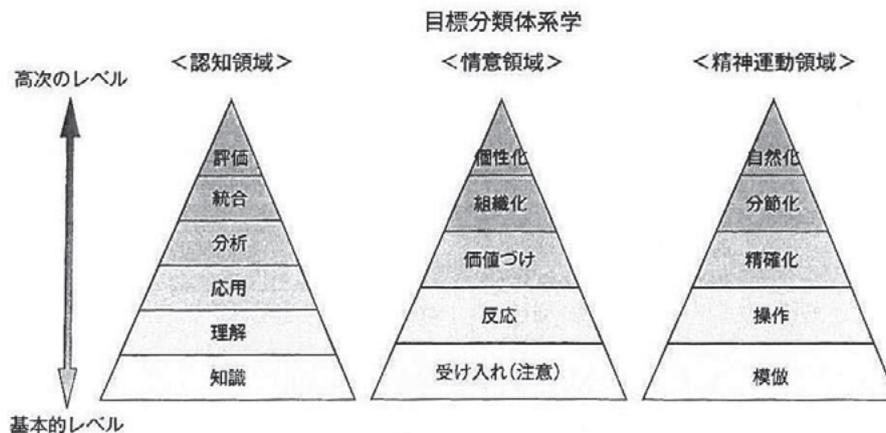
【参考】

専門職としての成長を振り返る、という目的ではポートフォリオや自身の実践をまとめ発表することは、実践を系統立てて振り返るために役立つ。実践報告について文献を使ってまとめ、学会や研究会で発表することも、専門職としての成長のためには意味がある。

ポートフォリオ：ポートフォリオは、経験から学ぶ方法の一つとして位置づけられる。自分の職場での体験を描写・記述し、学んだことを書き込み、実際の職場での体験をじっくりと振り返り（リフレクション）次の経験に活かせるように「抽象的概念化（何故そうだったか、どうすればよいか、などの考えを一般的な言葉で整理し表現すること）」し、次のステップに生かす。ポートフォリオ自体は、「学習者の成果や省察の記録、メンター（助言者・指導者）の指導と評価の記録などをファイルなどに蓄積・整理していくもの」であるが、有用な学習・評価ツールとなる²⁶⁾。指導者もポートフォリオを活用することで、今まで難しかった学習者の主体的な取り組みや態度、成長を評価することが可能となる。

3. 目標分類体系学による評価

教育評価は、あらかじめ設定した教育目標に沿って行われる必要がある。ブルームは、教育において達成されるべき目標を大きく、認知領域（主として知識の習得と理解及び知的諸能力の発達）、情意領域（興味や態度、価値観の形成と正しい判断力や適応性の発達）、精神運動領域（各種技能や運動技能）の3領域に分け、明確な目標段階設定に基づいて系統的な評価が行えるように目標分類体系学を示した。3つの領域にかかる学習内容は、単純なものから複雑・統合に至る順序性ないし内容的な階層を有する^{25) 27)}。



（佐々木幾美：看護教育学，教育評価の考え方，南江堂，2009，P209より転写）

図8 教育評価の考え方（文献25），p. 209，図Ⅷ-3を転載）

4. 形成的評価の技法：フィードバック

1) フィードバック

学習プロセスの途中で、新卒等訪問看護師がどのくらい目標を達成できているのか、そのパフォーマンスの結果を本人に伝え、行動の修正を図るためにフィードバックという手段が用いられる（形成的評価）。またフィードバックは、効果的に行われれば、個人やグループの成長につながり、指導者と学習者の関係を深めることにもつながる。

2) 効果的なフィードバック

タイムリーな、効果的なフィードバックは新卒等訪問看護師のパフォーマンスを改善する。反対に、相手の欠点をあげつらう、「なぜできないのか理由を教えてください」と問い詰めるようなフィードバックは指導者との関係を悪くする。効果的なフィードバックを行う方法は、次のように示されている^{28) 29) 30)}。

- ①日々行うことが効果的
- ②行動を褒めるフィードバックは学習者の意欲を高める。
- ③学習者と指導者は、対等な関係性をもって、共通のゴールの下で、
- ④リラックスした環境で、かつ集中できる状況で（座り方／位置の取り方も重要）、
- ⑤適切なタイミングで（できるだけ行った行動に近い時間に）、計画的に（実施予定を知らせて、場所やかかる時間も話し合っておくとよい）、
- ⑥学習者が行った結果に基づいて、
- ⑦修正できる能力に対して（パーソナリティなどではなく）、
- ⑧学習者が行った特定のパフォーマンスに対して（一般的な行動に対してではなく、また、学習者の意図や解釈に対する事項よりも決定や行動に対して）、
- ⑨批判的／評価的ではなく、
- ⑩「私はこのように思いましたよ」と「私は」のメッセージを付けて伝える。

また、「今の私の話をどのように受け取られましたか」と問い直し、伝わっているかを確認することも重要である。さらに、指導者一人の意見では偏りがある場合があるので、複数の人に評価を確認するとよい。

フィードバックのはじめは、例えば「今回の自分の実施はどのくらいうまくいったと思う？」「どの点がうまいと思ったと思う？」と開放型の質問（open-ended question）から開始して、相手の緊張をほぐすとよい。（文献 28- 30）を参考に作成）

3) フィードバックの構造

フィードバックの枠組みと、効果的なフィードバックの例を示す（表 8）。

表 8 フィードバックの構造

	Feedback の順序	用いる言葉
セットアップ	学習者にフィードバックを提案する	「少しフィードバックの時間をとりましょうか。」
	時間と場所を決める	「明日の朝 10 時に私の部屋でどうですか。」
	学習者にフィードバックの意義を説明する	「今回のフィードバックの目的は、臨床技術を改善するためです。」
フィードバック	自己評価を確認する	「自分ではどう思ったか。どこがうまく行き、どこが改善点か。」
	次に指導者が具体的なフィードバックを行う	「あなたをみたとき、安心しました…」 サンドイッチテクニックを使う。
行動計画	学習者とともに改善するための計画を立てる	「次はどうするか。」 指導者の提案も伝える。
まとめ	行動やフォローアップ計画と同様に学習者の強みと改善点を振り返る	「次回のまとめをすると～が目標ですね。来週、また会って、新着状況を確認しましょう。」

（文献 31）, p. 238, 表 2 を転載）

4) 効果的なフィードバックの具体例

現場でのフィードバックの具体例と注意点を示す。

- ・声をかけるまえに「今、話す時間はありますか？」(気安い声掛けの方が有効であれば、「話す時間はありますか?」でもよい)と新人の予定を尋ね、心の準備をさせる。
- ・家庭訪問の前に、患者の身体状況のアセスメントや実施するケアの手順について確認してから訪問に向かうようにする。その場面で、アセスメントの不足がある場合、「〇〇については、△△まではアセスメントできていますね。では△△の状態が悪化したら、どんなことが予測できますか?」「△△を確認するためには、どんなところを看たらよいと思いますか?」と具体的に思考を深めていく(「予測できる?」「よいと思う?」と気安い言葉でもよい。)
- ・「アセスメントが的確である、前回から改善している場合など、よく考えましたね」「前回から随分と進歩しているけれども、自分で学習を進めたのですね」(声のかけ方は同上)と肯定的なフィードバックを行う。
- ・患者さんからケアを拒否された場合、患者と新人との間にどのようなやりとりがあったのかを、一緒に振り返る。拒否された自分はどんな感情を持ったのかを確認する。その際の新人の気持ちの吐露には寄り添い、肯定する。その上で、患者さんはなぜ拒否する態度に出たのかを一緒に考える。患者の気持ちに寄り添える発言/場面についての客観的な分析がでたら「よく気がつきましたね。患者さんも(相手も)あなたと同じように思うところがあるのですね。では、なぜ、患者さんはそう思うにいたったのでしょうか?」「では、次に、そのような場面に遭遇したら、どんな風に対応したらいいか考えてみましょう」(言葉遣いについては同上)などと振り返ってみる。
- ・どのような場面でも、「よく頑張っているね。〇〇がよかったですよ」(言葉遣いについては同上)と具体的に1つ褒める。

5. 形成的評価の技法：リフレクション

1) リフレクションとは

リフレクション(reflection)は、反省、内省、熟考、考察、振り返りとも表現されるが、「経験を振り返ることで、経験した内容や意味を理解し、同様の場面での具体的な課題を明確にする思考・学習方法」である³¹⁾。専門職として成長するために必要な行為で、教育評価(形成評価)でも用いられる手法である。

2) 専門職にとってのリフレクションの意義

深く意識せずに実践した、または実践中の看護ケアを振り返ることで、行為自体を意識化し、修正し、次のより改善した看護ケアに結び付けることができる。リフレクションは、専門職である看護師にとって、①理論と実践をつなぐ、②現象や物事を多面的に考える力をつける、そして③実践に真摯に向き合う態度を育成する意義があると考えられている³¹⁾。利用者宅で行った看護ケアについて、どのように考えてそれを実践したのか、利用者や家族と会話を交わしたのか、その行為の結果、利用者や家族の状態や心理にどのような変化があったのかなどを振り返ることで、新卒看護師の看護評価が可能となり、肯定的な影響が認識できれば、それが自信にもつながる。

3) リフレクションの方法・プロセス

リフレクションについてはさまざまな方法がある。日々の実践の中で、自身で行えるようになることが基本であるが、教育効果を高め、評価にも用いるために、カンファレンス、ポートフォリオ、日誌、

指導者との対話，グループでのリフレクションなどの方法がある。

リフレクションのプロセスは，次のようになる³¹⁾。

- ① 記述（何が起こったのか）。または，起こったことを説明する。
- ② 分析，解釈（なぜそのようになったと考えるのか）
- ③ 全体の意味と適用（この経験をどのように考えるのか）
- ④ 行動のための示唆（今ならどうしようと考えているのか）

VI. 学習支援計画の立案方法

1. 学習支援計画の考え方

ここまで解説してきた学習理論や方法論に基礎に，以下の点に留意して現場での学習支援計画の立案を行う。

- ① 新卒者等が訪問看護師として，業務を行いながら自律的に考え，主体的に学習する姿勢や学習スタイルを習得できるよう「新卒等訪問看護師育成マニュアル（第2版）」（公益社団法人広島県看護協会）に基づき学習支援計画を立案する。
- ② 新卒者に対しては，3年間の支援を基本とし，既卒者（訪問看護に対しては新人看護師）はその人の臨床経験や有する能力，ニーズに合わせた学習支援計画を立案する。
- ③ 既卒者に対しては，新卒者と同様に就職1～3ヶ月の支援が大切になる。指導者は，経験のある看護師でも，訪問看護師としては1年生であることを意識し，既卒者が「患者の自宅で看護を提供する」ことについて理解し，訪問看護を実践できるよう，既卒者の経験を活かしながら支援をしていく。

2. 学習支援計画作成のポイント

以下のポイントを踏まえて作成するとよい。

- ① 学習課題を焦点化する。
課題の優先順位を新卒等訪問看護師と共に考え，課題達成に向けて計画を立てる。その支援を行う。
- ② 支援計画の作成にあたっては，新卒等訪問看護師が気づいていない課題を気づくように促す問いかけを行う。
質問と承認が重要である。目的意識や気づきを促し，できているところは承認・褒めてやりがいや達成感を与え，モチベーションを高める。
- ③ 達成度の評価は，新卒等訪問看護師と話し合いながら，根拠に基づき，客観的に行う。
- ④ 作成に当たっては，評価を伴うので，精神的・心理的な支援を行い，焦りや不安，ストレスの軽減を図る。

VII. 指導者としての基本姿勢

図9の構造図（ピラミッド）は、研修医を指導する指導者の役割として図示されたものだが、新卒等訪問看護師の指導者の役割としても参考になる。指導者の役割には、①教える（ガイドする）、②お膳立てをする（オーガナイズする）、③支える（メンタリングする）、④観せる（モデリングする）があると考えられる³²⁾。

①教える（ガイドする）

学校で身につけてきた知識を活かした「実践的な問題解決能力」、そしてすぐに解決を追求することが困難な新しい問題や答えを導くことが難しい倫理的な問題などへの対処も学ぶ。

得た知識をどのように現場に生かすのかといった「know-how」を教えることが必要となる。

②お膳立てをする（オーガナイズする）

求められる経験が得られるように環境/場面/症例を整えて準備する。そして、経験を題材に、意識的に自分の対応を振り返る時間を持つ工夫が必要である。行為について振り返り（リフレクション）を行うカンファレンスは必要な方法である。指導者は、「到達目標」の内容を熟知し、適切なフィードバックを行うことが期待される。

③支える（メンタリングする）

臨地現場での重責や不確実性に耐える強さや利他的な態度を身につけていけるよう、人間的な成長を支え、自己効力感を持てるように支えていく。温かい人間関係が基本であるが、「メンタリング」の基本は、「無条件に関心を持ってみている（ことが伝わる）」こと、行った正しい行動を「承認している（ことが伝わる）」ことであると述べている。

➤「関心をもってみている（ことを伝える）」ための行動：

「眼を合わせる」「声をかける」「傾聴する」「尋ねる」など

➤「承認している（ことを伝える）」ための行動：

「うなづく」「褒める」「できているねと伝える」「尊重する」など

※成人形成期にあることを理解し、将来のキャリア、生き方についても相談に乗ることが重要である。

④観せる（モデリングする）

人は観察によってその役割を学ぶ要素が大きい（モデリング）。指導者は「役割モデル（ロールモデル）」であることを十分に認識し、自身の人格を高める、常に学習し・探求する姿勢を見せる、患者・家族に対して利他的で道徳的・倫理的な行動を取ることを課題とする必要がある。

（文献32を抜粋し、改変）

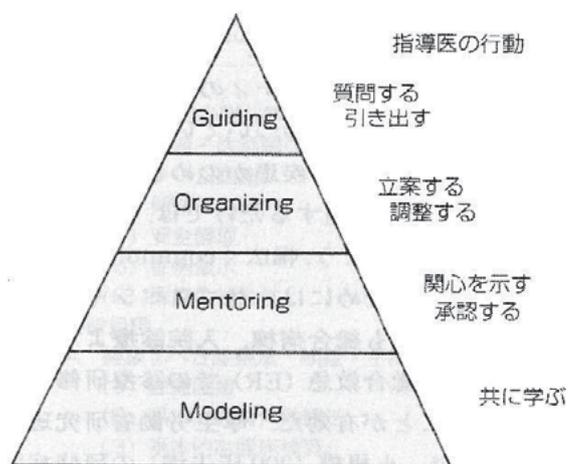


図. 指導者の役割

図9 指導者の役割（文献32）, p. 230, 図を転載）

Ⅷ. 教育効果を高めるコミュニケーション方法

1. コーチング

1) コーチングとは

コーチングとは、「答えや能力はクライアント自身にすでに備わっている」という前提に基づいて、クライアントのなかにある答えを引きだし、クライアントが主体的に取り組むようにサポートするもので、「教える」のではなく、「その人に気づきを与えて学びを助ける」ことである³³⁾。

2) コーチングスキル

コーチングには決まった方法論はない。一般的には、「傾聴（聞く）」「承認する（ほめる）」「質問する」の3つが基本とされている³³⁾。まずは相手の話をしっかりと聞くことで、相手は「理解してもらえている」と感じる事ができ、相手の安心感や信頼感が増す。さらに相手は「承認される」ことによって自己の肯定感が増す。そして、「質問する」ことによって、相手の考えを引き出し、行動/解決に向けることができるようになる。コーチングで用いられる具体的な技術と質問の例を、図10と表9に示す。

しかし、当然ながらコミュニケーションスキルだけでは相手には伝わらない。まずは、新卒等訪問看護師の行動を客観的に観察し、分析する力、そして、経験だけではなくエビデンスに準拠して相手の実践を評価する能力が必要である。そして、大切なことは、相手を真に育てようとする気持ち、寄り添おうとする姿勢、尊敬されるプロとしての生き方や姿勢、技術を見せることで、基本的な信頼関係が育ち、コーチングの技法も生きてくる。指導者（コーチ）には、自分の感情をコントロールする力も必要となる。

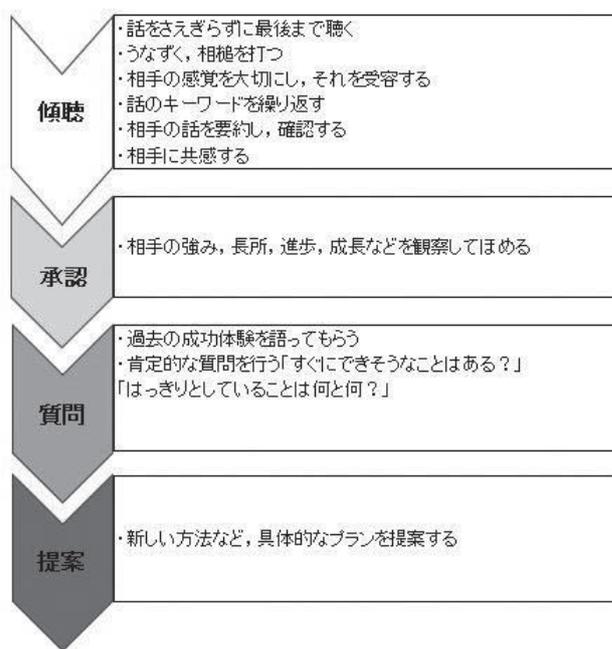


図10 コーチングスキル（文献34）を参考に作成

表9 否定質問と肯定質問

種類	特徴	例
否定質問	質問のなかに否定的な言葉を多く含むため、時には相手から責められていると感じる	「できなかった原因は何？」「どうしてできなかったの？」
肯定質問	質問のなかに肯定的な言葉を多く含むので、気持ちも前向きにシフトしやすい	「すぐにできそうなことはある？」 「はっきりしていることは、何と何？」

（文献34）p.173, 表Ⅲ-4-6を転載

2. 動機づけ面接（モチベーション・インタビュー法）

患者教育で用いられる動機づけ面接（motivational interviewing）は、患者の中にある両価性（変わりたけれど、変わりたくないという相反する気持ち）を表面化し／外在化し、その矛盾を探り、解決する方向に患者が向かうように働きかけ、患者の内発的な動機づけを呼び覚まし、行動を変容させる方法である³⁵⁾。この手法は、変化に抵抗を示す新卒等訪問看護師に対しても用いることができる。動機づけ面接の流れを図11に示す。

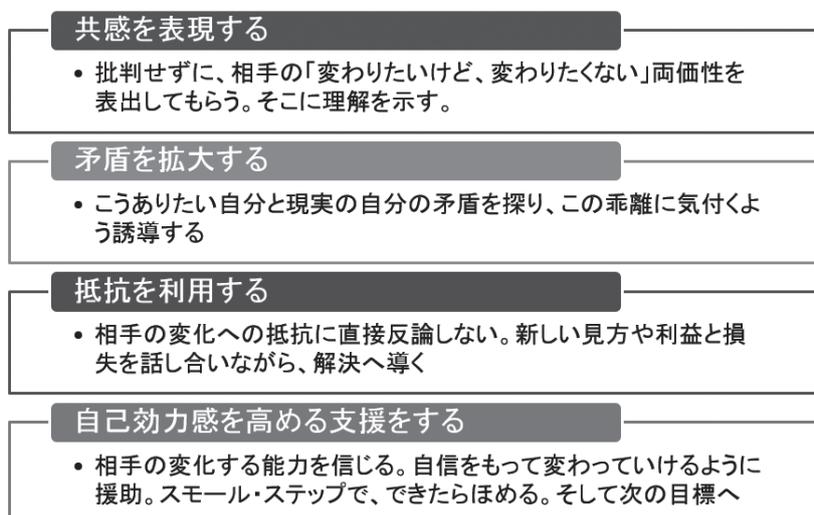


図11 動機づけ面接の流れ（文献35）を基に作成

IX. ロールプレイ(role playing)を用いた指導の実際

1. 本プログラムで実施するロールプレイ

本プログラムでは、訪問看護ステーションの中で起こりやすい「新卒等訪問看護師への指導場面」について、どのようなコミュニケーションをとると効果的なのかについて学ぶために、ロールプレイを実施する。新卒等訪問看護師役を演じた者は、新卒等訪問看護師の気持ちの理解ができ、またどのようなメッセージの伝え方や内容ならば受け入れやすく変化を起こしやすいのかなどを学び、指導者役を演じた者は、効果的なコミュニケーションの取り方について学習することができる。

2. ロールプレイとは

ロールプレイは一般に、役割演技法という。複数の人がそれぞれの役を演じ、その疑似体験を通して、ある出来事が実際に起こったときに対応できるようにする学習方法の一つである³⁶⁾。

シミュレーションが、ある事象をモデル化し、参加者がそれを擬似的に体験するものである³⁷⁾のに対し、ロールプレイでは、ある特定の（自分と違う）立場の人になったつもりで、ある問題について考え、心理状態などを理解し、それを表現するということに特徴がある。

いずれの方法を用いても、参加者や観察者からのフィードバックやリフレクション、終了後に行なわれるディブリーフィング（振り返り）やカンファレンスなどを通して適切な行動や役割の取り方について学びを深めることができる。

3. ロールプレイを用いた演習の構成

演習は、ある条件設定でのロールプレイと、ロールプレイ終了後に行なわれる振り返り（フィードバック、リフレクション、または効果的なコミュニケーションや新卒等訪問看護師への対応の改善点などについて話し合うカンファレンス／ディブリーフィング）で構成する。

1) ロールプレイ

実施の手順を次に示す。

- ① シナリオを作成する。
- ② 場面を設定し、演技者と観察者の役割を分担する
- ③ 演技者は、本指導者用育成プログラム（研修）で学習したコーチングなどのコミュニケーション技法やフィードバックを用いて、それぞれの役になったつもりで演じ、そのときの自分の気持ちや判断、行動をとらえる。また、コミュニケーションの取り方によって、相手がどのように変化するかを理解する。
- ④ 演技者（それぞれの役割）と観察者が、感じたこと、変えたほうがよい言動や態度などフィードバックを行う。
- ⑤ 観察者は演技者の会話や行動を観察し、話し方や聴く姿勢、対応のしかた、態度などを評価する（表 10）。
- ⑥ 同じシナリオや状況設定で、役割を交代して演技を行う。

表 10 ロールプレイ評価表

①観察者：チェックリストでナースの行動をチェックし、感じたこと気づいたことをまとめる。
 3：よくできている 2：できている 1：努力が必要

	ナースの行動の観察項目	評価点		
話しかた	① 相手が理解できる言葉で話しているか	3	②	1
	② 相手に合わせた声の大きさであるか	3	2	①
	③ 相手に合わせた速度であるか	3	2	①
	④ 自分の言葉で自然に話しているか（マニュアル的でなく）	3	②	1
	⑤ 相手を尊重した話しかたになっているか（尊敬語、謙譲語、丁寧語）	3	②	1
	⑥ 命令的な表現をしていないか	3	②	1
	⑦ 表現がストレートすぎないか	3	②	1
	⑧ 表現が曖昧でわかりにくいかわらないか	3	②	1
	⑨ ボディランゲージを効果的に使っているか	3	2	①
	⑩ 要点をまとめてわかりやすく話しているか	3	②	1
	⑪ 論理的でわかりやすく話しているか	3	2	①
	⑫ 一方的に話を展開していないか	3	2	①
聴きかた	① 相手の話を途中でさえぎらず、終わりまで聴いているか	3	②	1
	② 相手の言い分を否定していないか	3	②	1
	③ 相手の話を聴いていることを表現しているか（あいづち、うなずく、質問）	3	②	1
	④ 相手の話の不明瞭なところは、聞いて確かめているか	3	2	①
	⑤ 相手の気持ちや考えを受けとめたことを表現しているか	3	2	①
姿勢態度	① 相手との位置関係（距離、高さなど）は適切か	3	②	1
	② 相手の目を見て聴き、話したか	③	2	1
	③ 相手に引きずられず、落ちついた態度を保持できたか	3	②	1
	④ 話しやすいリラックスした雰囲気をつくり出せたか	3	②	1
相手および場の状況の把握	① 相手の特性をとらえて対応しているか（年齢、性格、家族関係、関心事など）	3	2	①
	② 相手の状態をとらえて対応しているか（病態、疲れ、睡眠、生理現象など）	3	2	①
	③ 場の状況をとらえて対応しているか（病室、治療、見舞客、時間など）	3	2	①
	④ 看護行動の意味、特性をとらえて対応しているか	3	2	①
	⑤ 相手の反応をとらえて、適切な対応をしているか	3	②	1
成果	① 相手の気持ちや訴え、疑問を受けとめることができたか	3	2	①
	② 相手の気持ちや訴え、疑問を引き出すことができたか	3	2	①
	③ 相手の気持ちや訴え、疑問に対応することができたか	3	②	1
	④ 目標の行動を行うために必要な情報を提供できたか	3	2	①
	⑤ 目標の行動を行うために必要な情報を得られたか	3	2	①
<p>感じたこと、気づいたこと</p> <p>患者役 ずっと食べようとしなかった患者が、ベッドを起こしただけで、歩くようになれるかと聞くほど、すぐ気持ちが切り替わるか疑問。家での生活や愛着のあるものに話を展開して初めて、患者の気持ちが少しずつ動くのではないか。</p> <p>ナース役 ただ「おいしそう」と言うより、盆にのっているものの内容を紹介した方が食欲を引き出せるのではないか。</p> <p>両者 問題が「孫に会いたい」で解決してしまったことに疑問。確かに高齢者は子どもに愛着をもつことが多いが、この患者が愛着をもっている孫がいるかどうかは、話の中で引き出すことではないか。患者の長男夫婦は50代なので、一般的に考えると孫は10代後半～20代の可能性が高く、単純に「かわいい」「会いたい」相手であるかどうか。「高齢者→孫」という発想は少し安易な気がする。</p>				

(文献 36) , P. 147, 表 (3. 演技を評価する) を転載)

2) カンファレンス

意見交換やディスカッション、フィードバックととらえてよい。シミュレーション学習では、事後の振り返り・確認作業（知識や行為の確認とこれらの定着）をディブリーフィングと呼ぶ。

- ① すべてのロールプレイが終了した後に、演技・観察したメンバーが全員参加して行う。このロールプレイは、指導者が新卒等訪問看護師をどのように効果的に育成していくのかの技術を学ぶものなので、観察したことがらを材料とし客観的に意見を出し合い、以下の点を中心に話し合うとよい。
 - ・それぞれの役割を演じて気がついたこと
 - ・言語的・非言語的メッセージで良かった点、改善すべき点
 - ・変化が起こったポイント
 - ・コーチングやフィードバックの点からうまくいった点や改善すべき点
 - ・技法や方法論の確認と今後の学習点
- ② 司会や（書記）を決め、ポイントを整理しながら進める。設定した状況・場面、新卒等訪問看護師のパーソナリティ特性を整理し、陥りやすい状況のパターンをとらえながら、指導者の対応の仕方／フィードバックについて、自分では気づいていない行動やその問題点をとらえ、改善のための材料を出す。これは指導者への教育の場であるので、今後の学習課題を整理する。

4. ロールプレイ実施のポイント

一般的なロールプレイ実施のポイントを表 11 に示す。ロールプレイの内容やシナリオによってはこれに縛られるものではない。注意点としては、本プログラムの参加者は訪問看護師としてベテランであり、これまでに作り上げられた価値観、コミュニケーションのパターンなどがあることから、自分の価値や方法に固執せず、うまくいかない点も他者からのフィードバックも前向きに受け止め、指導者としてのスキルをステップアップさせようとする姿勢が必要である。

表 11 ロールプレイ実施のポイント

	項 目	内 容
演 技	グループ人数	1 グループは 6~7 名以下が適当（それ以下でもよい。場面設定により人数は異なる。）。一般的に人数が多いと、責任感が薄れ発言しない人や関心を持たない人も出る傾向がある。
	場面設定をリアルに	演技者の行動がリアルになるように、新卒等訪問看護師の条件や場の状況などを具体的に設定する。
	1 回の演技時間	5~10 分程度を目安とする（シナリオや場面設定によっては、長い場合もある）。短すぎると、状況に応じたコミュニケーションが成立しない。
	役になりきって	演技者は場面の設定条件に合わせて、その人になったつもりで自発的に演技を行う。
	ローテーション(交代)	(時間が許せば) 新卒等訪問看護師役、指導者役、観察者の 3 役すべてを体験するようにする。
	進 行 係	(複数のグループを作って演習する場合) 円滑に進行させるために、スケジュール管理を行う係をもうけてもよい。
	ビデオの撮影	必ずしも必要としないが、自身の行動が客観的に観察できる。新卒等訪問看護師役と指導者役の両者の行動全体がとれる位置で撮影する。
カ ン フ ァ レ ン ス 等	話し合いのテーマ	カンファレンス形式で実施する場合は、テーマをもって話し合う。テーマがないと話し合いが散漫になる。
	自分の行動の整理	話し合う前に、体験で学んだこと、疑問点など、他者の演技と比較し、自分の行動はどうであったかを整理をしておくもよい。
	司 会	メンバー全員の感想意見を引き出すようにする。また、意見の言いっぱなしに終わらぬよう、論点をまとめながら進める。
	書 記	必ずしも必要としないが、記録を残す場合には実施し、途中で経過報告をしながらメンバーに議論の内容を知らせると効果的である。
	話し合いの姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・全員が話すようにする。 ・自分勝手な話をしない。その場で話し合っている内容にそって意見を言う。 ・わからないことは、その場で質問する。 ・お互いを尊重し、他者の話は最後まで聴き、途中でさえぎらない。 ・他者と意見が異なっても感情的にならない。 ・あくまで問題を明らかにする姿勢で議論し合い、学習後まで感情を引きずらない。 ・自分に対する他者の意見で感情的にならない。自分の演技も、その時の気持ちもすべて考える材料であり、自分自身を客観的に見る姿勢が大切。 ・参加者はベテランであることが多く、自身の価値観や経験にとらわれやすいので、それを客観的に見直す機会としてとらえる。
	時間厳守	決められた時間内で課題のポイントを中心に話し合いを進める。司会者は時間配分を工夫し、要領よく時間内で終了するように進行を行う。
整 理	目標と課題	話し合った内容、意見を整理し、自分の意見、感想と総合して、自分の行動目標や課題として整理する。また、目標や課題に迫るための方法を考え、計画する。

(文献 36) p145「実施のポイント」を参照 一部筆者が改変

5. ロールプレイの条件設定

1) 本プログラムのロールプレイの特徴

本プログラムでは、看護技術の指導という個別の技術の指導方法ではなく、「新卒等訪問看護師に指導を行う際に直面しやすい場면을、新卒等訪問看護師のパーソナリティ/反応パターンの分類から以下の4パターンに分け、それぞれのタイプに対してどのようにコミュニケーションを取り、フィードバックを行うのがよいか」を学ぶために設定した。

(1) 新卒等訪問看護師の特性及び反応のタイプ分け：4パターン

現場で出会う新卒等訪問看護師の特徴から、2つの軸の高低でパターンを設定した。

		能力的要素		
		技術力 高い／論理思考 低い	技術力 低い／論理思考 高い	
認知的要素 (性格的要素)	自己評価 高い	パターン1		パターン2
	自己評価 低い	パターン3		パターン4

(2) 場面の設定

訪問看護での重要な場면을切り出し（シミュレーションを行う場面設定を決める）、これについて実施する。場面設定をいくつかあげ、判断して行動がとれるように場면을ブレイクダウンする。

（例）患者への説明の場面

療養場所の意思決定を支援する場面（家族を含む）

具体的な処置場面

看護計画の立案

6. ロールプレイの実際

1) 場面

訪問看護の場面である。新卒の訪問看護師が3ヶ月程度の同行訪問を経験し、週2回のうち1回は一人で訪問に行き始めたころ、担当している利用者から指導者である訪問看護師に、「新人の〇〇さんは、もう少し指導してもらってから訪問に来てほしい」と苦情が入った。利用者に理由を尋ねると「他の看護師さんとやり方が違うから」と話し、さらに具体的な内容を問うと、

- ① 点滴ラインのテープを固定する際のテープの切り方が違う（剥げにくいような配慮がない）。
- ② 清拭時の拭き方が違う（タオルが冷めないような工夫がない）。
- ③ 着衣の着脱に時間がかかりすぎる（拘縮による関節可動域を理解できていない）。
- ④ 物品を片付ける場所や方法が違う。おむつなどの汚物を新聞で包むときの包み方に配慮がない。

など、多数の指摘があった。指導者である訪問看護師が、新卒看護師に理由を聞き、指導を行う場面である。

2) 役割

- 指導者訪問看護師役 : 1名
 新卒訪問看護師役 : 1名
 訪問看護ステーション所長役 : 1名
 観察者 : 1～2名

3) 事例の設定

上記の4つのパターンから、各パターン1例ずつ4事例を設定した。

		能力的要素	
		技術はできるが論理的思考が苦手	論理的思考はできるが技術が苦手
認知的要素 (性格的要素)	自己評価が高い (言い訳をする)	<p>事例1 新卒等訪問看護師の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・28歳，女性 ・一般職を経験した後，准看護師の免許を取得。准看護師の経験（急性期病院）を経て看護師資格を取得した。 ・訪問看護は，一人で訪問し，アセスメント・実践するので専門性が高いと考えている。 ・一方で，技術（注射など）だけが看護だと考える傾向がある。 ・ミスをしてでも自分で振り返ることをせずに，人のせいにする 	<p>事例2 新卒等訪問看護師の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・28歳，女性 ・大学（看護学以外を専攻）を卒業した後，看護系大学に再入学し，卒業した。 ・将来は，認定看護師を目指している。 ・実践は苦手の感覚がある。実践は好きではない。 ・研修会ばかりに参加を希望する。
	自己評価が低い (反応が薄い)	<p>事例3 新卒等訪問看護師の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・22歳，女性 ・看護専門学校を卒業した。 ・コミュニケーションが苦手 ・自己成長を図る意志がない。 ・仕事への意欲，やる気がない。 ・必要以上に緊張する。 ・何事にも自信がない。 	<p>事例4 新卒等訪問看護師の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・26歳，女性 ・看護系大学を卒業した（在学中に1年留年している）。 ・将来，看護教員を目指している。 ・コミュニケーションが苦手 ・自分と他者を過剰に比較する。 ・やればできるが自信がない。

4) ロールプレイの実施のポイント：

新卒等訪問看護師の設定を踏まえて，発達過程の段階（入職後1年目のステップ：本冊子 表3）と利用者背景（クラス：本冊子 表3）の設定を行い，利用者像を設定して，その利用者に対してケアを行ったと設定してロールプレイを行う。この中で，どのようなコーチング／フィードバックが有効なのかを考えて展開する。

X. 参考資料

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

新卒等訪問看護師育成マニュアル（第2版）P.3

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 摘便	前期	I			
活動・休息援助技術	15 排便調節(薬剤調整を含む)	前期	II			
	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			
呼吸・循環を整える技術	28 酸素吸入療法(HOT)	前期	I			
	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			
創傷管理技術	35 人工呼吸器の管理(気管切開)	後期	III			
	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			
	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			
与薬の技術	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			
	49 意識レベルの把握	前期	I			
救命救命処置技術	50 一次救命処置	後期	II			
	51 バイタルサイン(体温・脈拍・呼吸・血圧)	前期	I			
症状・生体機能管理技術	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			
	56 電法等身体安楽促進ケア	前期	I			
苦痛緩和・安楽の技術	57 リラクゼーション技法(呼吸法、自律訓練法など)	後期	II			
	58 精神的安楽(嗜好や習慣を取り入れたケア)	後期	II			
逝去時の看護技術	59 死亡時の対応	後期	III			
	60 死後のケア	後期	III			
感染防止の技術	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			
	65 在宅での洗浄・消毒・滅菌の適切な選択	前期	I			
安全確保の技術等	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、看護師経験を踏まえて評価時期を設定する
 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

XI. 文献（引用文献・参考文献）

- 1) 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) 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) 公益社団法人 日本看護協会: 生涯学習支援>新人看護職員研修>新人看護職員研修ガイドライン, 研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/shinjin/>
- 4) 陣田泰子: 現任教育におけるキャリア開発. (中西睦子編集: 看護サービス管理 (第3版). 212-216), 医学書院, 2007.
- 5) 勝原由美子: 看護キャリア開発・専門職としての展望. (中西睦子, 小池智子, 松浦正子編集: 看護サービス管理 (第4版), 195-199), 医学書院, 2013.
- 6) Erikson EH/小此木啓吾, 小川捷之, 岩男寿美子訳: 自我同一性, 誠信書房, 1973.
- 7) Roy C/松木光子監訳: ロイ適応看護モデル序説 (原著第2版・邦訳第2版), 211-234, 253-266, 341-357, へるす出版, 2009.
- 8) Fagermoen MS: Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 434-441, 1997.
- 9) グレッグ美鈴: 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. *看護研究*, 35 (3), 196-204, 2002.
- 10) 森山美知子: 批判的思考育成の方法. *Quality Nursing*, 2 (10), 4-13, 1996.
- 11) 牧本清子: クリティカルシンキング. (グレッグ美鈴, 池西悦子編集: 看護教育学. 107-115), 南江堂, 2009.
- 12) Arnett JJ: Emerging adulthood- A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480, 2000.
- 13) 上野貴子: 看護職者の役割移行-概念分析. *日本看護科学会誌*, 34, 272-279, 2014.
- 14) 金子典代: リアリティショック. (安酸史子: 目からウロコの新人ナースプリセプティ指導術. 12), メディカ出版, 2007.
- 15) 和賀徳子: 学習理論. (グレッグ美鈴, 池西悦子編集: 看護教育学. 164-172), 南江堂, 2009.
- 16) 安酸史子: 教育的ケアリングモデル・経験型実習教育. (グレッグ美鈴, 池西悦子編集: 看護教育学. 180-190), 南江堂, 2009.
- 17) Bandura A/本明寛, 野口京子監訳: 激動社会の中の自己効力, 129-153, 金子書房, 1997.
- 18) Gipps CV/鈴木秀幸訳: 新しい評価を求めて-テスト教育の終焉, 30-35, 論創社, 2001.
- 19) Nelson TO, & Narens L: Metamemory: A theoretical framework and new findings. In G. Bower (Ed.), *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory*. pp 125-173. New York: Academic Press, 1990.
- 20) Lave J & Wenger E/佐伯胖訳: 状況に埋め込まれた学習-正統的周辺参加. 産業図書, 1993.
- 21) Legitimate peripheral participation. Wikipedia, referred on March 20th, 2017.
- 22) https://en.wikipedia.org/wiki/Legitimate_peripheral_participation.
- 23) 西城卓也: 正統的周辺参加論と認知的徒弟制. *医学教育*, 43 (4), 292-293, 2012.
- 24) 松本喜代子: 現任教育計画. (中西睦子, 小池智子, 松浦正子編集: 看護サービス管理 (第4版), 213-224), 医学書院, 2013.
- 25) OJT. Wikipedia, cited on March 20th, 2017, <https://ja.wikipedia.org/wiki/OJT>.

- 26) 佐々木幾美：教育評価。（グレッグ美鈴，池西悦子編集：看護教育学. 203-218），南江堂，2009.
- 27) 石井絵里：ポートフォリオを活用した自己開発。（日本プライマリ・ケア連合学会編：日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア看護学 基礎編. 474-478），南山堂，2016.
- 28) 梶田叡一：教育における評価の理論Ⅱ—学校学習とブルーム理論，153-163，金子書房，1994.
- 29) Ende J：Feedback in clinical medical education, JAMA, 250 (6) , 777-781, 1983.
- 30) 津村俊充：人間関係とフィードバック，南山短期大学人間関係研究センター紀要，7, p199-202, 1990
- 31) 三好智子：評価は人を育てる—効果的なフィードバックをしよう！—，岡山医学会雑誌，127, 237-240, 2015
- 32) 池西悦子・田村由美：リフレクション。（グレッグ美鈴，池西悦子編集：看護教育学. 117-128），南江堂，2009.
- 33) 野村英樹：研修医教育における指導医の役割，日本内科学会雑誌，97 (5)，227-231, 2008.
- 34) 高野政子：人を育てる力の育成—看護師の教育に関する理論を学ぶ—B コーチング。（日本プライマリ・ケア連合学会編：日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア看護学 基礎編. 485-488），南山堂，2016.
- 35) 宇野真理子：患者教育と行動変容—E コーチング。（日本プライマリ・ケア連合学会編：日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア看護学 基礎編. 171-173），南山堂，2016.
- 36) 宇野真理子：患者教育と行動変容—F 動機づけ面接法。（日本プライマリ・ケア連合学会編：日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア看護学 基礎編. 173-174），南山堂，2016.
- 37) 大森武子，大下静香，矢口みどり：仲間とみがく看護のコミュニケーションセンス，144-155, 153, 医歯薬出版株式会社，2003.
- 38) 阿部幸恵：看護のためのシミュレーション教育—はじめの一步ワークブック（第2版），日本看護協会出版会，2016.

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	広島大学大学院医歯薬保健学研究院	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
	広島大学大学院医歯薬保健学研究院	地域・在宅看護開発学	講師	大谷 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