

新卒(新人)訪問看護師

育成プログラム

～これから訪問看護を始めるあなたへ～



長崎県訪問看護サポートセンター
(長崎県委託事業)

2023年2月

目 次

	頁
会長あいさつ	1
先輩からのメッセージ	2
プログラムの活用について	3
1. 新卒(新人)訪問看護師育成プログラムの概要	4
1) 目的	
2) 目標	
3) 学習課題	4～5
4) 新卒訪問看護師が取り組む課題の構造	5
5) 学習支援体制と連携・役割分担	6
2. 新卒訪問看護師育成プログラムの概要一覧・スケジュール	7
3. 新卒訪問看護師の時期別学習支援マニュアル	8
1) 1 か月目	8
2) 2 か月目	9
3) 3 か月目	10
4) 4～6 か月目	11
5) 7～9 か月目	12
6) 10～12 か月目	13
7) 13～18 か月目	14
8) 19～24 か月目	15
4. 記録用紙	16
様式 1 訪問看護ステーションの概要	17～18
様式 2 基本情報記録 アセスメント I	19～20
様式 3-1 手順書	21
様式 3-2 手順書 (記入例)	22
様式 4-1 毎日の振り返り記録 I (1 か月～3 か月)	23
様式 4-2 毎日の振り返り記録 II (4 か月～24 か月)	24
様式 5 訪問看護経験記録	25～26
様式 6 週間スケジュール	27
様式 7 振り返り会議記録	28
様式 8 看護基本技術チェックリスト	29～30
様式 9 研修記録	31
様式 10 新卒(新人)訪問看護評価シート	32～37
5. 訪問看護師キャリアラダー一覧	38
あとがき	39
引用・参考文献	40



ごあいさつ

公益社団法人長崎県看護協会
会長 西村 伊知恵

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目前に控え、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの推進が図られています。長崎県看護協会は、平成 30 年度より長崎県から訪問看護サポートセンター事業を受託し、訪問看護師の育成や質の向上に資する事業や相談支援事業等を実施しております。関係団体の皆様がたには、日ごろから本協会の活動に格別のご理解とご支援を賜っておりますことについて、心からお礼申し上げます。

国は地域包括ケアシステム構築に向けて、2025 年までに 10 万人の訪問看護従事者の確保が必要との推計値を出しております。2012 年から 2016 年の平均で年間 3,220 人の自然増との結果を受け、このままでは 2025 年には訪問看護従事者は 75,980 人ととどまる見込みとの見解を公表しました。地域包括ケアの推進に向けては国を挙げた取組みが不可欠との認識が示されたところです。一方、日本看護協会は訪問看護師倍増策を打ち出し、訪問看護に係る総合的な推進・支援のための拠点となる訪問看護総合支援センターの設置を推進しています。経営支援、人材確保、訪問看護の質向上の 3 点を目的とするセンターとして、7 つの機能が盛り込まれるなどの構想が示されています。

人材確保ということを見ると、10 の事業所を有する本協会の在宅支援事業部も、新卒看護師採用も視野に入れ、育成プログラムを作成する必要性について検討しており、令和元年度に訪問看護新卒新人育成ワーキンググループを設置し、在宅支援事業部と協働する形で活動を始めました。令和 3 年度は、長崎県の訪問看護サポートセンター事業委託内容として「人材確保・人材育成に関する委員会」が明確に位置付けられることになりました。これは現在も継続しております。令和 3 年 8 月に実施した長崎県内訪問看護ステーションの人材育成に関する実態調査の結果からも、管理者が困っていることとして、スタッフの教育や育成、人材確保との回答が 4 割を占めていました。また、従事者数が限られる中、新卒者の採用、新人看護職員の雇用については、さまざまな事情から踏み切れない事業所があることもわかりました。訪問看護従事者の確保と人材育成については、訪問看護ステーション管理者のほとんどが悩みを抱えていることを事実として受け止め、この新卒（新人）訪問看護師育成プログラムを作成いたしました。プログラムの作成にあたっては、委員の皆様方が熱心に議論し、検討してくださいました。委員の皆様方に感謝申し上げます。どうぞ、『新卒（新人）訪問看護師育成プログラム』をご覧の上活用して頂き、ご意見等頂戴いただけると幸いです。

最後になりますが、看護協会活動に対して、今後ともご指導、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

《先輩からのメッセージ》



患者さんや家族の生活に合わせ寄り添いながら行う、在宅での療養を支援する訪問看護としての関わりは、病院で行う看護とは違うことも多いですがとても奥が深いです。看護力だけでなく人間力も成長できると思います。

20代、訪問看護歴5ヶ月



利用者様の日常の中で、一緒に笑い、一緒に語り、一緒に泣くことが出来る素晴らしい仕事です。困難なこともあります。本当の看護は在宅にあると思っており、この仕事にであえて日々感謝しています。家の湯船に浸かってゆったりしている顔を見られるのは、私たちにとっても至福の時です。

40代 訪問看護歴5年



訪問看護師になったのは、学生の時の実習がきっかけです。療養者のみならず家族や看護師も生き生きとしていた光景が忘れられません。このプログラムは、新卒看護師だけでなく初めて訪問看護に携わるすべての看護師のために、訪問看護に必要な知識や経験を積み重ねていく内容になっています。訪問看護に興味をもった方にプログラムを活用してもらい、訪問看護師の仲間が増えてくれたらと思います。

40代 訪問看護歴13年



新人訪問看護師となった皆様へ

このプログラムを通して、自らのキャリアを考え、学び、成長できることを願っています。利用者、社会ニーズに沿って、様々な状況に対応し変化できる訪問看護ステーションのメンバーとして共に成長し続けましょう。

30代 訪問看護歴6年



《プログラムの活用について》

このプログラムは、新卒訪問看護師を育成するために作成しておりますが、新人訪問看護師を育成する際にも参考にして下さい。

◎新卒訪問看護師にとって

訪問看護師を目指す新卒者が、どのように学び、自己研鑽していけばよいかイメージできるようになっています。時期別対応マニュアルを使いながら、ひとつひとつ課題をクリアしていきましょう。

◎新人訪問看護師にとって

看護経験があっても訪問看護師としては1年目の新人です。

病院や施設での経験がある場合は、在宅の視点を持った看護の学習ができるよう、潜在看護師であった場合は、知識や技術などスキルアップができるようになっています。

新卒用の時期別対応マニュアルは、必要な部分をピックアップして進んでください。併せて訪問看護師キャリアラダーを使用して下さい。

◎訪問看護ステーションの指導者やスタッフにとって

新卒や新人の訪問看護師をどのように受け入れ、育てていくかをサポートできる内容になっています。

「訪問看護のサービスの流れ」については、訪問看護サポートセンターのホームページの情報を参照ください。「介護保険と医療保険について」「利用料金」など、訪問看護に関することも掲載してあります。

「訪問看護師キャリアラダー」については、長崎県看護協会で作成したものがありません。訪問看護サポートセンターのホームページからダウンロードし、ラダーの段階に沿ってチェックしてください。

ホームページ <http://www.nagasaki-nurse.or.jp/nursenet/>



《用語の定義》

新卒訪問看護師：看護師としての勤務経験がなく、看護基礎教育を修了しすぐに訪問看護に従事する者

新人訪問看護師：病院・クリニック・施設などで看護師経験はあるが、訪問看護に初めて従事する者



1. 新卒(新人)訪問看護師育成プログラムの概要

1) 目的

- 訪問看護ステーションに就職した卒業直後の看護師が、訪問看護師として、主体的に考えて業務に取り組むことができる。
- 病院等で経験のある看護師が訪問看護ステーションに就職し、これまでの知識・技術を活用しながら、訪問看護師として自律し看護を提供することができる。

2) 目標

- (1) 訪問看護に必要な専門的知識・技術を習得し、訪問看護の一員として業務を行うことができる。
- (2) 在宅療養者に関わるケアシステムの一員として他職種と連携し、看護専門職として活動し、役割を遂行できる。
- (3) 訪問看護師として、自分のキャリアの形成を考え、自分の目標を持ち、その目標に向かって努力し、継続的な学習を進めていくことができる。

<訪問看護師に求められる資質と看護の力量>

- ・フィジカルアセスメント能力
- ・医療処置を的確に苦痛なく行える力
- ・多職種と連携し調整できる力
- ・相手の潜在能力を引き出す力
- ・主体的に考え行動する力
- ・自分を教育する力

<看護師としての資質>

自己肯定感・感受性・柔軟性・倫理性・自立性・協調性

引用文献：木下由美子編著：エッセンシャル在宅看護学、p 106-108、医学薬出版、2013 より一部改編

3) 学習課題

新卒者が取り組むべき学習課題の発見へと導く道筋として、訪問看護師に求められる知識・技術・態度についての10の「学習課題」を設定している。

(1) 訪問看護制度に基づく看護の役割と特質、訪問看護の概要の理解

基礎教育課程における習得内容を確認・補強し、訪問看護制度に基づく看護の役割と特質、訪問看護の概要を理解する

(2) 在宅療養者の身体状態の的確なアセスメントの方法の習得、最新の基本的在宅技術の習得

異常の早期発見及び利用者の身体状態に応じた適切な看護を行うために、基礎教育課程における既習内容を確認・補強し、在宅療養者の身体状態の的確なアセスメント方法及び最新の基本的在宅看護技術を習得する

(3) 訪問看護の実践に必要な疾患の最新の知識及び治療方法の取得

各疾患に関する基本的知識をもとに、最新の知識に更新する

(4) 訪問看護の場の特性と利用者各々に即した看護を行うための知識の習得

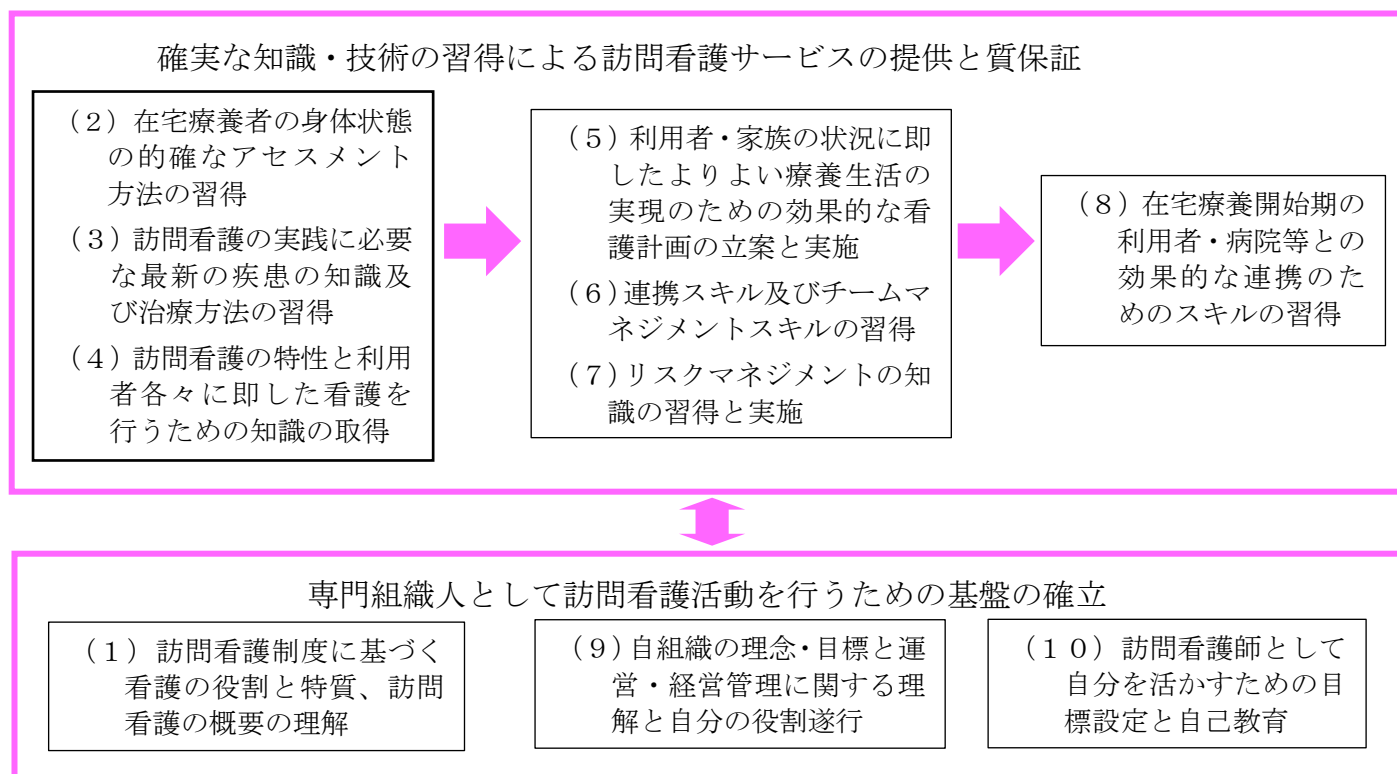
訪問看護の場の特性を認識しつつ、利用者（認知症・小児・ターミナル期、褥瘡、感染、嚥下障害等）各々に即した看護方法を展開するための知識を習得する。

- (5) **利用者・家族の状況に即したより良い療養生活実現のための効果的な看護計画の立案と実施**
利用者のよりよい療養生活の実現を目指し、利用者・家族の状況に応じた効果的な看護計画を立案し、自分の特性や限界補う方法を適用した訪問看護過程を展開する。
- (6) **連携スキル及びチームマネジメントのスキル習得**
チーム内で訪問看護師としての力量を認められ、発揮するために不可欠な連携スキル及びチームマネジメントスキルを習得する。
- (7) **リスクマネジメントの知識の習得と実施**
訪問看護において起こりうるインシデントやアクシデントに対する組織的予防策・対応策を説明し実践する。
- (8) **在宅療養開始期の利用者・病院等との効果的な連携のためのスキルの習得**
疾患・治療に関する確実な知識をもとに、在宅療養開始期の利用者や病院等との信頼関係を構築して、効果的に連携し、訪問看護師として支援していくためのイメージをもつ。
- (9) **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**
訪問看護ステーションを支える一員として、自組織の理念・目標と運営・経営管理について理解し自己の役割を果たす。
- (10) **訪問看護師として自分を活かすための目標設定と自己教育**
自分の特性をもとに訪問看護師としての目標を探索・設定し、実践の評価や学習課題の明確化・解決を継続する。

《新卒訪問看護師が取り組む【10の学習課題】の構造》

新卒訪問看護師が取り組むべき学習課題の発見へと導く道筋として、訪問看護師に求められる知識・技術・態度についての10の「学習課題」を設定している。

*学習課題(1)～(10)を構造的に下記に示した



4) 学習支援体制と連携・役割分担

(1) 支援体制と連携

①新卒者採用時訪問看護ステーションは管理者・指導者・スタッフが新卒者を現場で育成する

②サポートセンターが、長崎県の委託を受け、訪問看護師育成プログラム作成・定着事業で支援する

(2) 訪問看護ステーションの役割

現場での新卒者の学習支援者：ステーション内管理者・指導者・スタッフ

*学習支援指導者の望ましい要件：①訪問看護師5年以上の経験 ②実習指導者研修修了者

	支援内容	支援方法
管 理 者	・勤務と学習を両立できる体制作り	・同行・単独訪問の計画立案 ・振り返り時間を確保
指 導 者	・組織の一員としての姿勢・態度の育成 ・学習の効果的な進展支援	・同行・単独訪問時の指導 ・振り返りカンファレンス
ス タ ッ プ	・看護実践に根差した育成	・同行・単独訪問時の指導 ・学習の促し



2. 新卒訪問看護師育成プログラムの概要一覧・スケジュール

時期	1か月目	2か月目	3か月目	4~6か月目	7~9か月目	10~12か月目	13~18か月目	19~24か月目
キャリアラダー				ラダー I				ラダー II
目指す姿	訪問看護ステーションの一員として踏み出そう	利用者の生活に応じた看護技術を習得しよう	医療処置を習得しよう	個別ケアを磨こう	医療依存度の高い利用者の同行訪問をしよう	看護実践のバリエーションを増やそう	利用者・家族・多職種と良好な関係を作ろう	判断力を高めよう
訪問看護師としての求められる 基本的能力	基本姿勢・マナー・コミュニケーション・時間管理・健康管理・交通安全・自己研鑽	基礎知識（制度・報酬体系等） 連携・相談						
訪問看護師としての求められる 専門的能力	訪問前準備・訪問後対応・感染管理・環境整備・個人情報	生活重視・意思尊重 療養上の世話 看護技術 安心・安全・記録		概要説明・指導助言 カンファレンス 地域の理解・地域連携	家族の健康・相談対応 夜間（緊急）対応・判断・予防			
習得が必要な 看護技術	情報収集 アセスメント	看護過程の展開	看護計画・立案・実践・評価			受け持ち利用者の個別性に合わせたアセスメント、看護計画の立案・実施・評価・報告		
	日常生活援助 清潔ケア	感染管理 衣類交換（臥床者・排泄ケア）	内服管理 軟膏処置 褥瘡・創傷処置	注射・輸液管理・採血・血糖測定・排泄（排便・浣腸）・HOT・気切・吸引・吸入導尿・膀胱留置カテーテル管理・ストマ管理・胃瘻管理・腹膜透析・シャント管理	呼吸管理：非侵襲的・侵襲的人工呼吸器管理 緊急シミュレーション・ターミナルケア			看取りのケア 緊急時の対応
同行時支援実施内容	バイタルサイン測定	継続して訪問する利用者へのケア・内服管理	上記項目を機会に応じて見学・実施していく					看取りのケア 緊急時の対応
指導者の支援体制	業務上のルールを守り訪問看護師として楽しく学習できるようにスタッフ全員でサポートする	基本的な看護技術の習得に向け見学・実践の機会を増やす	マニュアルに沿った安全な医療ケアの実施	安定した事例の個別ケアの実施と相談し易い雰囲気作り	多様な事例の同行訪問を増やし看護実践のバリエーションを広げる	緊急対応の実際を学び振り返りをする 他職種連携の機会を増やし、見守りの下で実施できる	多様なニーズの把握や意思決定支援を意識したコミュニケーション力の向上	看取りや困難事例への対応法を学ぶ
訪問事例	全利用者へ同行訪問	初期段階の事例			中期段階のケース		達成段階のケース	
訪問件数の目安	全利用者の同行訪問 2~4件/日	全利用者の同行訪問 2~4件/日	単独訪問受け持ち 1事例/月 同行訪問 2~4件/日	単独訪問受け持ち 2事例/月 同行訪問 2~4件/日	単独訪問受け持ち 3事例/月、 同行訪問 継続	単独訪問受け持ち 4事例/月、 同行訪問 継続	単独訪問（受け持ち含む）8事例/月 30件以上/月	単独訪問（受け持ち含む） 10事例以上/月 50~60件以上/月 （他のスタッフと同件数）
単独受持ち事例の目安			・病状が安定している ・本人、家族の受け入れが良好	・病状が安定していて、医療的ケアがある	・医療依存度の高い事例	・急性期の事例	・困難事例（認知症、独居）	・看取りの事例
同行訪問ステップ								
サービス担当者会議 退院調整カンファレンス				サービス担当者会議参加 受け持ち事例：同行見学→同行実施		新規契約同行 担当者会議参加 受け持ち事例→単独出席		退院調整カンファレンス （事例ロールプレイ→同行見学→同行実施）
緊急時対応	事業所内で緊急時対応をどのようにしているか学ぶ緊急時対応 シミュレーション：紙面上・ロールプレイ				緊急時対応 シミュレーション：紙面上・ロールプレイ 日中の緊急時同行訪問 受け持ち患者緊急時対応マニュアル作成			緊急時対応 フォローの下に単独実施
評価表確認	1か月目	2か月目	3か月目	6か月目		12か月目	18か月目	24か月目
Off-JT 事業所内研修	入職時オリエンテーション 訪問看護の概要・訪問看護師としての基本姿勢・訪問看護制度・リスクマネジメント・看護技術・医療的ケア技術 等							
	キャリアデザイン・情報管理・感染予防技術の基礎・フィジカルアセスメントの基礎・褥瘡管理技術の基礎 社会人・職業人としての心構え・医療安全の基礎・急変時対応・対人関係構築とコミュニケーションスキル 等					精神障がい者訪問看護研修 ・小児訪問看護研修 *各種研修会は事業所の特色に合わせて受講		
	看護協会訪問看護師養成講習会（長崎県委託事業）eラーニング・集合研修・実習を含む：毎年7月頃開講 日本訪問看護財団eラーニング：毎年4月頃開講							
会議	#1 振り返り カンファレンス	1~2週間目は教育担当指導者と同行 → 同行した指導者（スタッフ）と訪問看護場面を振り返る（毎日）						
	#2 指導者共有 カンファレンス	毎週	必要時適宜実施					
	#3 振り返り会議	○毎月1回	○	○	○	○	○	○

会議参加メンバー #1：本人と指導者
#2：管理者と指導者、同行訪問のスタッフ
#3：全スタッフ

*研修会の時期は確認して参加する

3. 時期別学習支援マニュアル

時期別支援マニュアルは新卒の就職後の時間経過に沿って、新卒新人が目指す姿や学習方法、どのような学習支援が受けられるか、学習支援者がどのように新人を育成すれば良いのかを手引きとして示している。

1) 1か月目：新しい環境や初めての看護業務、就職への期待と不安でいっぱいの時期



まずは、職場環境に慣れることから始めましょう。不安な事、気がかりな事を自ら語り、笑顔で訪問看護の仕事をしていきましょう。

新卒者のめざす姿	<p>訪問看護ステーションの一員として踏み出そう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ステーションの理念、運営方針、職場のルール等を理解する ・ステーションの一員として、職員や関係者と円滑なコミュニケーションが取れる ・ステーションの1日、1ヶ月の流れを把握できる ・利用者の同行訪問を通して、利用者全体の特徴を把握できる ・訪問時のマナーや態度、コミュニケーションの方法、感染予防、生活援助等を重点的に身につける ・訪問看護に必要な物品を確認し、訪問前の準備、訪問後の対応について理解できる 	記録用紙
学習方法	<p>なりたい訪問看護師像に向けて、まずは、自分に必要な学びを書きだそう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念や運営方法を理解するため、「訪問看護ステーションの概要」に記載する ・フィジカルアセスメントや基本的看護技術の一部を介助のもと実施する ・同行訪問した利用者の情報、経験したケアの内容、方法、根拠、気づいたこと等を「毎日の振り返り記録Ⅰ」及び「訪問看護経験記録」に記録する ・全利用者の同行訪問を通して、習得が必要な看護基本技術をリストアップし、優先順位をつける ・同行訪問を繰り返している利用者の「基本情報記録 アセスメントⅠ・Ⅱ」を記載し、全体像を把握する ・振り返り会議は、「振り返り会議記録」に事前に必要事項を記載しておき会議後確認出来た事、今後の学習課題を記録して指導者へ提出する <p>《評価》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「新卒（新人）訪問看護評価シート」 ②「看護基本技術チェックリスト」の1か月目の自己評価 	<p>様式Ⅰ</p> <p>様式4-1</p> <p>様式5</p> <p>様式2</p> <p>様式7</p> <p>様式10</p> <p>様式8</p>
学習支援	<p>新卒訪問看護師が自分で学ぶための時間を確保しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、育成プログラム全体の説明及び入職時オリエンテーションを行い、実施後、理解度を確認する ・新卒訪問看護師の希望を聞きながら、訪問看護に必要なとされる知識・技術を身につけられるよう個別の育成計画を作成する ・訪問時のマナーや態度、コミュニケーション、感染予防、生活援助の基本について重点的に指導する ・同行訪問の利用者は、比較的安定した利用者を選定し、見学型同行訪問を繰り返す ・毎回、訪問前には具体的な説明と意識付けを行い、訪問後には「毎日の振り返り記録Ⅰ」と対話を通して「振り返りカンファレンス」を行い、新卒看護師の理解度と学習課題の確認、必要な学習を促すなどフィードバックを行う ・1日の中で、「毎日の振り返り記録」「基本情報」「手順書」を記載する時間を設ける 	
支援体制	<p>業務上のルールを守り訪問看護師として楽しく学習できるようスタッフ全員でサポートする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒訪問看護師の緊張や不安を理解し、対話しやすく安心できる環境を作る ・育成プログラム、個別の育成計画を事業所全員で共有し、学習支援体制を整える ・訪問後の「振り返りカンファレンス」で学習過程を振り返り課題を共有するとともに、新卒看護職が安心して仕事ができる環境づくりをする（毎日） ・「指導者共有カンファレンス」で新卒訪問看護師の学習の進捗状況を共有し、統一した指導を行う（適宜） 	
会議	<ul style="list-style-type: none"> ・1か月目の「振り返り会議」を開催し、学習過程の進捗状況、課題及び次の目標を明確にする ・「新卒訪問看護師育成検討委員会」を開催し、指導上の課題、支援方法・体制を検討する ・新卒、管理者、指導者等の相談に応じる 	様式7

2) 2か月目：訪問看護の同行に少し慣れてきた時期



いよいよ単独訪問に向け、受け持ち利用者の抱える課題と解決に向けアセスメント力と看護ケアを養う時期です。習得すべき看護技術にはシミュレーターを使用した技術訓練等を行うとともに、新人研修等に参加し、基本的な知識・技術を学びましょう。

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">新卒者のめざす姿</p>	<p>利用者の生活に応じた看護技術を習得しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者および家族とコミュニケーションが取れ、ニーズを把握することができる ・フィジカルアセスメントの土台となる疾患・治療の理解を深める ・多様な利用者への同行訪問をとおして、利用者・家族の状況や必要な看護技術を知る ・比較的安定した利用者に継続的に見学型同行訪問を行い、利用者の全体像や利用者・家族に合った援助について理解できる ・継続して見学型同行訪問した利用者には、実施可能なケアを一部実施する実施型同行訪問へとステップアップする ・受け持ち利用者の疾患と治療、必要な看護ケアについて理解を深める 	<p>記録用紙</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">学習方法</p>	<p>受け持ち利用者の全体像を把握しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ジェノグラムやエコマップを用いて、家族の相関関係、関係する人々や各専門職の役割やその関係を理解する ・同行訪問した利用者の情報、経験したケアの内容、方法、根拠、気づいたことなどを「毎日の振り返り記録Ⅰ」に記録する ・継続訪問する利用者のケアの「手順書」を書き、訪問看護の内容、流れ、根拠を確認する ・習得する事が必要な技術のリストアップ（「訪問看護経験記録」と優先順位を決め、必要時シミュレーターを用いた技術演習等を行う ・「基本情報記録 アセスメントⅠ、Ⅱ」を記載し、受け持ち利用者の全体像を把握し、看護問題の焦点化をする ・受け持ち利用者の訪問実績記録を訪問同行者と一緒に入力する <p>《評価》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「新卒（新人）訪問看護評価シート」 ②「看護基本技術チェックリスト」の2か月目の自己評価 	<p>様式4-1 様式3-1 様式5 様式2 様式10 様式8</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">学習支援</p>	<p>見学型同行訪問から実施型同行訪問へステップアップし、ケアを任せて行こう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・比較的安定した利用者に見学型同行訪問を繰り返し行う ・訪問看護に必要な知識・技術の習得が出来る利用者を選定し、繰り返して技術を学べるようにする ・新卒者の成長に合わせて、積極的にケアに参加してもらい、状況に応じて見学型から実施型同行訪問に切り替える ・毎回、訪問前には具体的な説明と意識付けを行い、訪問直後にはフィードバックを行う。同行訪問実施後の振り返り記録と対話を通じて、理解度や学習課題の確認、必要な学習の促しを行う ・1日の中で学習時間を設け、「毎日の振り返り記録」を記載する。又、継続訪問利用者には、「基本情報記録」「手順書」を作成し、知識、技術の習得が出来るように導く ・受け持ち利用者の関連図、看護問題の焦点化が出来るように面接し指導する 	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">支援体制</p>	<p>訪問看護事業所内では、スタッフ全員で一貫した指導ができるように体制を作ろう 基本的な看護技術の習得に向け見学・実践の機会を増やす</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安のないよう実施型同行訪問から時間差同行訪問、単独訪問チェックへと移行できるよう訪問計画を立案する ・「振り返りカンファレンス」で学習過程を振り返り、課題を明確にする（毎日） ・「指導者情報共有カンファレンス」で新卒訪問看護師の学習の進捗状況を共有し統一した指導を行う（適宜） 	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2か月目の「振り返り会議」を開催し、学習過程の進捗状況、課題及び次の目標を明確にする ・「新卒訪問看護師育成検討委員会」を開催し、指導上の課題、支援方法・体制を検討する ・新卒看護師、管理者、指導者等の相談に応じる 	<p>様式7</p>

3) 3か月目：単独訪問に向け気持ちを高め、引き締めていく時期



不安に対し、時間差同行訪問やフォローアップをしながら、疑問点と対応策を話し合い、自信をもって利用者・家族と迎え合えるように応援します。
不安もありますが、思い切って、一人でその一歩を踏み出しましょう。

<p>新卒者のめざす姿</p>	<p>医療処置を習得しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1名/月の利用者の単独訪問ができる ・実施訪問からステップアップし、時間差訪問をしてみよう ・継続訪問している利用者の看護問題と解決策について検討し、状況に応じた援助ができる ・利用者および家族との円滑なコミュニケーションが取れ、利用者の価値観や生活様式、ニーズを把握できる ・フィジカルアセスメントの土台となる疾患、治療の理解を深める ・継続訪問を実施している利用者のケアに加わり、見学型から実施型、時間差、単独訪問チェックとステップアップし単独訪問につなげる 	<p>記録用紙</p>
<p>学習方法</p>	<p>受け持ち利用者・家族との信頼関係を作ろう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1事例目の受け持ち利用者の単独訪問前に訪問計画・訪問後に実施内容を指導者に報告する ・受け持ち利用者の家族状況、疾患と治療、必要な看護ケア等の関連図を書き看護問題を焦点化する（「基本情報記録 アセスメントⅠ、Ⅱ」） ・「訪問看護経験記録」をチェックし、習得が必要な看護技術は、シミュレーターを使用した技術演習や事業所内での演習、DVDや書籍などで自己学習を行うとともに、習得が必要な看護技術を繰り返し行えるように、利用者を選定する。 ・地域の他機関・他職種の専門性、サービス内容を理解する ・受け持ち利用者の訪問看護計画書、訪問看護報告書を指導者と一緒に作成する ・時間差訪問している利用者の、訪問看護実績記録を入力できる ・必要と思われる事業所内外の研修を受講する <p>《評価》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「新卒（新人）訪問看護評価シート」 ②「看護基本技術チェックリスト」の3か月目の自己評価 	<p>様式2 様式5 様式9 様式10 様式8</p>
<p>学習支援</p>	<p>出来ているところは認め、単独訪問の利用者を見極めよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1事例目の受け持ち利用者の看護ケアを単独訪問に向けて積極的に行うことが出来るよう、見学型から実施型、時間差、単独訪問へとステップアップする ・継続訪問の利用者の「手順書」を確認し、看護ケア内容、ケアの流れが理解できるようにする ・習得が必要な看護技術は、シミュレーターを使用した技術演習を行うとともに、繰り返し行える利用者を選定し、同行訪問を継続する ・受け持ち利用者の関連図、看護問題の焦点化が出来るよう指導する ・「毎日の振り返り記録」と対話を通して、新卒者の理解度と学習課題を確認し、必要な学習を促す ・時期に応じた研修会の受講を促す 	
<p>支援体制</p>	<p>マニュアルに沿った安全な医療ケアの実施 管理者・指導者・職員全員で育成方法を確認しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「振り返りカンファレンス」で学習過程を振り返り、課題を明確にする（毎日） ・「指導者情報共有カンファレンス」で新卒訪問看護師の学習の進捗状況を共有し統一した指導を行う（適宜） ・単独訪問を確認する場合は同行訪問にて単独訪問チェックを行い、単独訪問の要件を満たしているかを確認して判断する ・不安のないように実施型訪問から時間差同行訪問、単独訪問チェックへと移行できるよう訪問計画を立案する ・受け持ち利用者の単独訪問前に訪問計画を確認、訪問後に実施内容の報告を受ける ・習得が必要な看護技術を繰り返し行える利用者を選定し、同行訪問を計画する 	
<p>会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・3か月目の「振り返り会議」を開催し、学習過程の進捗状況について、新卒訪問看護師・指導者と共有する ・「新卒訪問看護師育成検討委員会」を開催し、指導者に対しても必要な支援を行う ・新卒看護師、管理者、指導者等の相談に応じる 	<p>様式7</p>

4) 4～6 か月目：ひとりで準備して、訪問看護に出るようになり、「訪問看護師らしく」なる時期



単独訪問をはじめたばかりの新卒看護職は、まだまだ不安を抱えています。一つずつ階段を上がり、単独訪問が出来る利用者を 2 事例、3 事例へとステップアップします。
一つひとつのケア技術の向上とアセスメント力、看護過程の展開を学びましょう。

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">新卒者のめざす姿</p>	<p>個別ケアを磨こう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2～3 事例目の受け持ち利用者の単独訪問ができる ・利用者を支える家族の役割や生活様式、多職種の支援内容について理解する ・受け持ち利用者の状態が予測でき、予防や緊急時の対応ができる ・受け持ち利用者・家族との関係性が構築できる ・多職種との連携、地域との連携について理解できる（必要時、訪問看護の経過等を主治医に正確に報告・相談する。介護支援専門員やその他の関係機関と連携・調整を行い地域との連携について理解する） ・これまでの学びや課題を明らかにできる ・単独訪問している受け持ち利用者の報告書を作成、また、必要時は計画書の修正を行う 	<p>記録用紙</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">学習方法</p>	<p>利用者の生活全体を理解し、家族や多職種と共有しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問の前後、指導者に報告・連絡・相談し、問題の早期解決を図る ・経験できていない訪問事例、ケア内容を習得できるように、管理者、指導者へ希望を伝える ・受け持ち利用者のサービス担当者会議や入退院に関する会議に同行し、一連を見学する ・初回訪問を経験し、初回訪問時の関係性づくり・アセスメントや利用者への説明内容（ステーションの概要や重要事項説明、契約、利用料金等）を理解する ・訪問看護の目的や役割、訪問看護サービス内容について利用者に説明できるように学習する ・「毎日の振り返り記録Ⅱ」に同行訪問・単独訪問における気づきなどを毎日記載し、1 週間ごとに指導者へ提出する ・「基本情報記録 アセスメントⅠ、Ⅱ」「手順書」「訪問看護経験記録」を継続して記載する ・振り返り会議は、「振り返り会議記録」に事前に必要事項を記載しておき、会議後確認出来た事、今後の学習課題を記載し指導者に提出する ・必要と思われる事業所内外の研修を受講する <p>《評価》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「新卒（新人）訪問看護評価シート」 ②「看護基本技術チェックリスト」の6 か月目の自己評価 	<p>様式 4-2 様式 2 様式 3-1 様式 5 様式 7 様式 9 様式 10 様式 8</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">学習支援</p>	<p>不安なく単独訪問ができるよう声をかけ、見守ろう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒者の成長に合わせ、2～3 事例目の受け持ち利用者の訪問は、見学型・実施型・時間差同行訪問を適宜活用し、単独訪問ができるように計画する ・「毎日の振り返り記録Ⅱ」と対話を通し、新卒者の理解度と学習課題を確認し、必要な学習を促す ・退院調整カンファレンスの事例ロールプレイを計画し実施する ・受け持ち利用者の在宅サービスや入退院に関する会議など、所外で多職種連携の会議に参加できるように計画する ・初回訪問に同行を行い、初回訪問時の関係性づくり・アセスメントや必要な事務手続きを学ぶ ・時期に応じた研修会の受講を促す 	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">支援体制</p>	<p>安定したケースの個別ケアの実施と相談し易い雰囲気作り 訪問看護ステーションの一員としての役割を担う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「振り返りカンファレンス」で学習過程を振り返り、課題を明確にする（必要時適宜） ・単独訪問を増やしていくため、新卒者と十分話し合う ・「指導者情報共有カンファレンス」で、学習の進捗状況を共有し指導内容の振り返りと課題の共有及び改善策の検討を行い、統一した指導を行う（適宜） ・6 か月目までに経験した看護や看護技術を評価、課題を明確にし、新たな目標に向かえるよう支援する 	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・6 か月目の「振り返り会議」を開催し、学習過程の進捗状況、課題及び次の目標を明確にする ・「新卒訪問看護師育成検討委員会」で指導上の課題を共有し、支援方法や体制について検討する 	<p>様式 7</p>

5) 7～9 か月目：単独訪問事例や訪問看護実践のバリエーションを増やす時期



多様な利用者の訪問看護過程の展開を学びながら、訪問看護の幅を広げましょう。また、訪問看護事業所の管理運営面、多様な利用者や訪問看護師像の幅を広げ、地域性や文化も学ぶ転換期にもなります。訪問看護には慣れてきましたが、息切れもする頃ですので、ワークライフバランスを保ちながら健康的に働きましょう。

<p>新卒者のめざす姿</p>	<p>医療依存度の高い利用者の同行訪問をしよう 訪問看護実践のバリエーションを増やそう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6か月目の自己評価から、次の半年間に学びたいこと、目指すべき訪問看護師像をあきらかにする ・中期段階で担当するケースの同行訪問を行い、経験していない看護技術やアセスメントを経験し、習得する ・受け持ち利用者の状態が予測でき、予防や緊急時の対応が説明できる ・他機関、他職種との連携、地域との連携について理解でき、尊重することができる ・新規利用者の看護介入を行い計画立案ができる 	<p>記録用紙</p>
<p>学習方法</p>	<p>受け持ち利用者をとおして自分の看護を語ろう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標ポートフォリオを確認しながら、半年間の成長を確認するとともに、これからの自分が目指す訪問看護師像を明確にする ・訪問前後、指導者と相談し、意図的な訪問を行う ・受け持ち利用者の関連図を書き、看護過程を展開する ・受け持ち利用者のアセスメント・ケア計画・評価をカンファレンスで検討する ・緊急時対応のあった事例について、担当看護師がどのように判断し対応したかを学ぶ ・利用者の病態から予測される問題に予防的に取り組む方法について理解を深める ・「毎日の振り返り記録Ⅱ」「基本情報記録 アセスメントⅠ、Ⅱ」「手順書」を継続して記録する ・クリニカルラダー活用（チェック） ・必要と思われる事業所内外の研修を受講する 	<p>様式 4-2 様式 2 様式 3-1 様式 9</p>
<p>学習支援</p>	<p>新卒者の成長に応じた研修計画を立案しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒者の成長に合わせた訪問計画を立案する ・訪問準備・訪問後の声掛けを行い、フォローしていく ・受け持ちとなる利用者に対して単独訪問チェックを行い、単独訪問を増やす ・新たな受け持ち利用者に必要な看護ケアが確実に提供できるのかを「手順書」を基に確認する ・受け持ち利用者の看護関連図、看護計画を確認し、全体像が把握できるよう支援する ・新卒者と相談しながら訪問事例のバリエーションを増やせるよう考慮する ・利用者への訪問看護の質を保つため、新卒者の単独訪問とベテランスタッフの訪問を組み合わせで計画する ・時期に応じた研修会の受講を促す 	
<p>支援体制</p>	<p>多様なケースの同行訪問を増やし看護実践のバリエーションを広げる 新卒者の学びをステーションで共有し、みんなの学びにしよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「振り返りカンファレンス」を適宜実施する ・適宜面談を行い、新卒者の学びをステーションで活用できるよう支援する 	
<p>会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新卒者・管理者・指導者の意見を把握し、次年度プログラムの見直しを行う 	

6) 10～12 か月目：看護実践能力を高め訪問看護師としてさらにステップアップをし始める時期



単独訪問を増やし視野が広がりました。これまでの学びを生かし、さらにより高度な看護実践を必要とする利用者への同行訪問を繰り返しましょう。定期訪問以外に、サービス担当者会議や退院調整カンファレンスへの参加、新規利用者への契約訪問にも同行訪問する機会を持ちましょう。

<p>新卒者のめざす姿</p>	<p>看護実践のバリエーションを増やそう 利用者・家族・多職種と良好な関係を作ろう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・12 か月目には、5 事例の単独訪問ができる ・利用者・家族の意向を認識して尊重し、良好な関係をつくることができる ・多職種の意向を認識して尊重し、良好な関係を構築するとともに連携を図ることができる ・病状の変化がある利用者に対し、変化に応じた判断を的確に説明でき、環境整備、ケアの変更を行う ・受け持ち利用者の個別性に合わせたアセスメント・看護計画の立案・実施・評価・報告ができる ・1 年間の振り返りと次年度の課題を明確にすることができる ・新規利用者の計画立案を行い看護介入ができる 	<p>記録用紙</p>
<p>学習方法</p>	<p>より安全で確かな訪問看護を実践しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問の前後に指導者へ報告・連絡・相談し、問題の早期解決を図る ・受け持ち利用者への安全、安楽なケアを実践する ・訪問時に利用者の状況を観察、アセスメントを行い、状況によってはケア計画の変更を行いながら必要なケアを提供する ・新しい受け持ち利用者を所内カンファレンスで発表する ・「毎日の振り返り記録Ⅱ」「手順書」「基本情報記録 アセスメントⅠ、Ⅱ」を継続して記録する ・必要と思われる事業所内外の研修を受講する <p>《評価》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「新卒（新人）訪問看護評価シート」 ②「看護基本技術チェックリスト」の12 か月目の自己評価 	<p>様式4-2 様式2 様式3-1 様式9 様式10 様式8</p>
<p>学習支援</p>	<p>新卒者が自分の成長を自覚できるように声をかけよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒看護職の成長に合わせて単独訪問をさらに増やしていける様、見学型、実施型、時間差訪問を繰り返す ・新たな受け持ちの単独訪問ができるように、基本情報、関連図、手順書、経験記録の記載を確認し助言を行う ・記録と対話を通して、新卒看護職の理解度と学習課題を確認し、必要な学習を促す ・訪問事例のバリエーションを増やすように考慮する ・時期に応じた研修会の受講を促す 	
<p>支援体制</p>	<p>1年のまとめとして、これまでの成長の軌跡を振り返り、自信に繋げられるように支援しよう 緊急対応の実際を学び振り返りをする。他職種連携の機会を増やし、見守りの下で実施できる 新卒者の学びをステーションで共有し、みんなの学びにしよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・12 か月目の面接（新卒看護職の評価をもとに指導者と話し合う）を行う ・所内カンファレンスで1年間の新卒者の成長について語り合い、指導内容の振り返りと課題共有および改善策の検討を行う。さらに2年目に向けて、新卒者の学習課題をステーション内で確認する ・「振り返りカンファレンス」を適宜もつ 	
<p>会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・12 か月目の「振り返り会議」を開催し、これまでの学習の進捗状況を共有し、必要な支援を修正する ・「会議」を開催し、指導者への支援を行う ・「新卒・新人訪問看護師育成検討委員会」を開催し、新卒者の1年目の学習支援の進捗状況、2年目の学習支援計画を共有、育成プログラムの評価・修正を行う 	<p>様式7</p>

7) 13～18 か月目：単独訪問ができる利用者をさらに増やしていく時期



就職して1年がたち、訪問看護の仕事や役割が理解できました。様々な健康レベル・状態にある利用者の訪問看護を実践し、在宅医療チームの一員としての役割を果たすことができるようトレーニングしていきます。緊急時対応ができることを目標に、日々の訪問看護でのアセスメント能力を高められるよう学んでいきましょう。これまでの1年を振り返り、訪問看護師としての自己の課題を明確にし、次の目標を設定しましょう。

<p>新卒者のめざす姿</p>	<p>利用者・家族・多職種と良好な関係を作ろう 判断力を高めよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアができることだけでなく、利用者・家族のよりよい在宅療養のため、どのような訪問看護を実践すればよいか考えることができる ・緊急時対応で的確な判断ができるように、日々の訪問でのアセスメント・計画・評価を繰り返し行うことができる ・指導を受けながら、受け持ち利用者への緊急時の対応ができる 	<p>記録用紙</p>
<p>学習方法</p>	<p>緊急時対応ができるようにシミュレーションしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問時に利用者の状態をアセスメントして判断し、状況に応じて看護計画を変更して必要なケアを提供できる ・1年目に実践できなかった基礎看護技術を確認し、経験できるように計画する ・緊急時対応シミュレーション（紙面上・ロールプレイ）を通じて緊急時の対応方法を学ぶ ・緊急対応が必要な利用者の同行訪問を行う ・日中の緊急時同行訪問を行い、利用者の状況や判断対応について、自己の緊急対応マニュアルを作成する ・「毎日の振り返り記録Ⅱ」、「基本情報記録 アセスメントⅠ、Ⅱ」、「手順書」、「振り返り会議記録」を継続して記載する ・事業所内外の研修を積極的に受講する <p>《評価》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「看護基本技術チェックリスト」の18か月目の自己評価 ②「訪問看護師キャリアラダー」を活用した看護実践能力の評価 	<p>様式 4-2 様式 2 様式 3-1 様式 7 様式 9 様式 8</p>
<p>学習支援</p>	<p>新卒者が自分の成長を自覚できるように声をかけよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒看護職の知識・技術・利用者への関わり方を見て、単独訪問の利用者や時期を決める ・日々の訪問看護の振り返りを続け、アセスメントが的確にできるよう支援する ・不安なく緊急時対応ができるようにシミュレーション（紙面上・ロールプレイ）学習を立案、実施する ・緊急時対応時の訪問看護ステーション内のバックアップ体制を確認する ・緊急時訪問が日中にある場合は新卒看護職と同行訪問し、対応した看護師のアセスメントを新卒者と振り返り、緊急時対応について助言する ・管理者・指導者は、新卒看護職の単独訪問後はその日のうちに報告を受け、チーム内でフォローアップを行う ・時期に応じた研修会の受講を促す 	
<p>支援体制</p>	<p>多様なニーズの把握や意思決定支援を意識したコミュニケーション力の向上 新卒者が安心して緊急時対応ができるように支援しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時対応について、訪問看護事業所は紙上事例の作成・展開方法等の学習計画を立案し、シミュレーション学習ができる時間を作る 	
<p>会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・18か月目の「振り返り会議」を開催し、学習過程の課題及び次の目標を明確にする ・「新卒訪問看護師育成検討委員会」を開催し、指導上の課題を共有し、支援方法や体制について検討する ・1年目に「訪問看護師養成講習会」へ参加しなかった場合は、参加を勧める 	<p>様式 7</p>

8) 19～24 か月目：日中の訪問看護はほぼ単独訪問となり、医療依存度の高い利用者への訪問も行う時期



緊急時対応を指導者と共に行い、24 か月目には緊急時携帯当番を一人で担当できるようにしましょう。ストレスや緊張感が高まる時期のため、訪問看護事業所の職員全員のフォローを受けながら、訪問看護師として自律していく事を目指しましょう。育成プログラムによる学習支援は 2 年で終了します。2 年間のまとめを行い、なりたい訪問看護師像に向けて、今後も自己研鑽を継続しましょう。

<p>新卒者のめざす姿</p>	<p>判断力を高めよう 緊急時対応・看取りを一人でできるようになろう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 24 か月目には、他の職員同様程度の受け持ち利用者の単独訪問ができる ・ 緊急時対応が一人でできる ・ 人生の最終段階のケアが必要な利用者を受け持ち、緩和ケアや看取りを支援できる ・ 多職種との連携の中で、訪問看護師としての役割を理解し、実践できる ・ 次のステップを目指して自己学習を継続できる 	<p>記録用紙</p>
<p>学習方法</p>	<p>緊急時対応の方法を実践から学ぼう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時対応シミュレーション（紙面上・ロールプレイ）を通して対応を学ぶ ・ 緊急時対応当番を指導者と共に行い、同行訪問して緊急時の対応方法を学ぶ ・ 緊急時対応のセカンド当番から徐々にステップアップして、最終的には単独で緊急当番が出来るように緊急時の判断を学ぶ ・ 緊急時の対応について、状況把握、判断、提供した看護サービス等を管理者・主治医に報告する ・ 自分用の緊急対応マニュアルを作成しておき、様々な場面に対応できるように準備しておく ・ 人生の最終段階のケアが必要な利用者を受け持ち、緩和ケアや看取り計画を立て、看護実践する ・ 事業所内外の研修を積極的に受講する <p>《評価》</p> <p>①「訪問看護師キャリアラダー」を活用した看護実践能力の評価 ②「看護基本技術チェックリスト」の24 か月目の自己評価</p>	<p>様式9</p> <p>様式8</p>
<p>学習支援</p>	<p>新卒者が自分の成長を自覚できるように声をかけよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時対応を一人でできるよう新卒看護職と共に行動。その際、新卒看護職に積極的に関与してもらい、判断やケアを確認し助言を行う ・ 緊急時対応当番が一人でできるよう指導者と共に担当後、一人で担当するよう計画する ・ 日々の訪問看護において、的確なアセスメントを行うことで緊急時対応ができる事を意識して指導し、日々の振り返り時助言を行う ・ 提出された記録・評価表と対話をとおして、新卒看護職の理解度を確認し、必要な学習を促す ・ 時期に応じた研修会の受講を促す 	
<p>支援体制</p>	<p>看取りや困難事例への対応法を学ぶ 訪問看護事業所の新卒看護職育成体制を評価し継続しよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新卒看護職の緊張や不安を理解し、対話しやすい安心できる環境づくりをする ・ 緊急時対応での当番を実施することで、過度の緊張をする時期であり、日々の看護ができていないことを伝え、自信を持つようにスタッフ全員で支える ・ 訪問看護事業所内のカンファレンスで2年間の振り返りを行う ・ 新卒看護職の次の目標を指導者と共に確認し、そのための支援を継続的に行う 	
<p>会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「振り返り会議」、「学習支援者会議」を開催し、2年間の学習支援状況をまとめる ・ 「新卒訪問看護師育成検討委員会」を開催し、2年間の学習支援状況の報告を受け、育成プログラムの評価・修正を行う 	<p>様式7</p>

4. 記録用紙

様式	記録用紙名	使用方法・目的
様式 1	訪問看護ステーションの概要	オリエンテーション内容からステーションの概要を把握する
様式 2	基本情報記録 アセスメント I、II	訪問した利用者の基本情報を整理する
様式 3-1	手順書	単独訪問に向けて、記入例を参考にして利用者ケア方法・手順を記載
3-2	記入例	
様式 4-1	毎日の振り返り記録 1 か月～3 か月	訪問した利用者の状況やできたこと、気づいたこと学んだことを毎日記録する。指導者から受けたコメントなどを記載し次につなげる
様式 4-2	毎日の振り返り記録 4 か月～24 か月	同上
様式 5	訪問看護経験記録 1・2	経験したケアについてチェックし未経験項目に積極的に取り組む
様式 6	週間スケジュール	1 週間の予定を記載し事前に計画する
様式 7	振り返り会議記録	振り返り会議の前後に記載し、今後の課題を明確にする
様式 8	看護基本技術チェックリスト	1、3、6、12、18、24 カ月目でチェック
様式 9	研修記録	研修内容を記録し、学びを深める
様式 10	新卒（新人）訪問看護評価シート	1、2、3、6、12 カ月目でチェック
訪問看護師のキャリアラダー		入職 7 か月位からチェックする 新人看護師は学習の習熟度に合わせてチェックする 看護協会 HP 訪問看護サポートセンター「訪問看護師キャリアラダー」参照



様式1

訪問看護ステーションの概要

氏名

訪問看護ステーションの概要
設置主体
併施設設
訪問看護ステーション事業の目的及び運営理念
サービス提供体制 夜間・休日対応 ：あり なし 緊急時・24時間対応 ：あり なし その他
従業者の職員数・職種とその役割 看護師 常勤 名、非常勤 名、(常勤換算 名) その他の職種と人数 () 名、() 名 () 名、() 名
訪問地域と地域特性
地域における本ステーションの役割あるいは期待されていること
利用者の主な紹介経路
活動実績 直近の1か月分の統計(令和 年 月現在) 利用者合計 名(医療保険 名、介護保険 名) 訪問回数合計 回(医療保険 回、介護保険 回) 新規利用者 名(利用の契機) 修了者 名(転帰) 訪問看護指示書発行機関 [] 主治医 名

利用者・家族の特徴

(例：年齢、疾患別、要介護度や寝たきり度、医療処置（特別管理加算）、重症度（ターミナル加算等）

ステーションの管理運営に関するシステムなど

(例：緊急時体制、苦情処理、リスクマネジメント、感染管理体制、災害時対応、物品供給、薬剤管理等)

このステーションで特に学びたいこと

基本情報記録 アセスメントⅠ

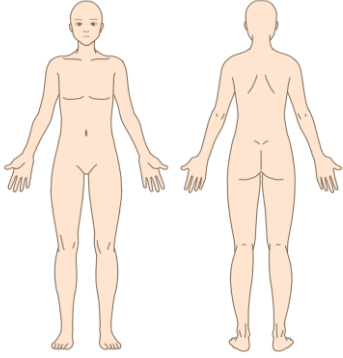
記録者：

訪問開始日 年 月 日

利用者 様 才 (男・女)	医療保険：□健康保険 (政府・組合・共済・船員)	
傷病名	介護保険：□認定済 (介護度：)	
既往歴	□認定未	
連絡先 ①	公費： □特定疾患 ()	
②	： □自立支援 ()	
介護者 主：	： □障害手帳 () □生活保護	
副：	かかりつけ医：	
訪問看護導入の経緯	ケアマネジャー： (: TEL)	
家族構成		
<p>■要介護状態区分■ (自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)</p> <p>■障害者の日常生活自立度■ (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)</p> <p>■認知症高齢患者の生活自立度■ (自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M)</p>		
I：ADL / IADL		II：認知症・コミュニケーション
a 寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	a 記憶—想起
b 起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	b 記憶—せん妄の兆候
c 座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	c 認知—言語
d 立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	d 認知—動作
e 立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	e 意思の伝達
f 歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	f 他者を理解
g 移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	g 視覚障害
h 移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	h 聴力障害→補聴器
i 入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	i 言語障害
j 整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	j 気分と問題行動
k 口腔衛生 (歯磨等)	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	気分の落ち込み・不安や恐れが強い・うつあり・暴言暴行・徘徊・介護への抵抗・収集癖・不潔行為・異食行動
l 爪切り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
m 着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	III：社会交流・ストレス
n 食事摂取	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	a 社会的活動参加 → 参加意欲
o 排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	b 喪失感
p 調理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	c 孤独
q 清掃・洗濯	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	d 引きこもり
r 買い物	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	I・II・III：特記事項
s 金銭管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
t 服薬管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
u 電話の利用	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
v 交通手段の利用	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	

IV：健康状態（食事摂取状況）		（排泄状態）	
栄養状態	問題なし	日中排泄状況	トイレ・P便器・尿器・おむつ ・カテーテル
	体重減少・栄養不良・病的肥満	日中尿意・便意	尿（有・無）、便（有・無）
食事摂取	（ ）回／日	夜間排泄状況	トイレ・P便器・尿器・おむつ ・カテーテル
水分摂取	問題なし・不足気味・脱水状態	夜間尿意・便意	尿（有・無）、便（有・無）
経管栄養・胃瘻	無 ・ 有	尿失禁	無 ・ 時々有 ・ 有
食事形態	米飯・粥・きざみ・ミキサー	便失禁	無 ・ 時々有 ・ 有

基本情報記録 アセスメントII

V：身体状態・医療処置・治療の状態	
受診状況 服薬の状況	利用中のサービス ターミナルケア情報
VI：家庭内での役割・介護上の問題 介護力（主介助者： _____ 協力者： _____） 家族が実施する医療処置 <input type="checkbox"/> 有（内容・習得状況等） <input type="checkbox"/> 無	
介護に対する不安	居住環境での問題点
病名・病状に対する説明と理解	本人の希望 家族の希望
■特記事項■	

手 順 書

利用者：

記載者：

記載日： 年 月 日

時間	ケア方法・ケア手順	根拠・留意点

手 順 書（記入例）

利用者：

記載者：

記載日：

年 月 日

時間	ケア方法・ケア手順（ケアの根拠・留意点を明確にする）
0	①公用車は、自宅南側のスペースに駐車 ②チャイムを鳴らして返事を待ってから入室し、あいさつ後、洗面所で手洗いをする。
10	③連絡手帳を確認しながら状態観察を行う <p style="text-align: center;">バイタルサイン、食事、排泄、入浴、活動状況、服薬状況など</p> ④バイタルサイン測定：体温・脈拍・呼吸・血圧・SPO2*在宅酸素の為チアノーゼ、呼吸は要観察
20	⑤身体状況の観察 <p style="text-align: center;">視診：皮膚の状態（浮腫、発赤・・・）、顔色、表情、チアノーゼの有無、 ADL（起き上がり、歩行、排泄状況・・・）</p> <p style="text-align: center;">聴診：肺音・腸蠕動音</p>
30	<p style="text-align: center;">*腸蠕動音が良好であっても残便感など不定愁訴を訴えることが多い</p> <p style="text-align: center;">問診：食事、活動、睡眠、排泄、不快感、倦怠感、痛みなどの状況（部位、持続時間・・・）、 痰の正常、動機、息切れ</p> <p style="text-align: center;">触診：腹部の状態（膨満のある部位、硬さ、痛みの有無）</p>
40	⑥酸素器の確認 <p style="text-align: center;">酸素流量計の確認、フィルターの汚れの有無、カニューラの折れ曲がりの有無、酸素ポンベ の残量と使用法の確認</p> ⑦室内の観察
50	⑧必要に応じて爪切りなどのケアを行う ⑨呼吸器リハビリテーション：口すばめ呼吸、腹式呼吸、自己排痰法など ⑩介護者とのコミュニケーション
60	⑪記録・挨拶（次回の訪問日の確認）
70	<p>【療養室の見取り図】</p>

毎日の振り返り記録Ⅰ（1か月～3か月）

氏名

記載日	年 月 日 ()	
今週の目標		
訪問時の利用者の状況		
経験したケア	ケア内容・方法	根拠
出来た事、気づいたこと、経験から学んだ事、もやもやしていること等		
自己の学習課題		
指導者から受けたコメント		
指導者確認 ()		

毎日の振り返り記録Ⅱ（4か月～24か月）

氏名

日付	訪問者	利用者の状況、ケアの内容・方法・根拠、研修の概要 気づき、学び、出来た事、もやもやしている事
／ 月		
／ 火		
／ 水		
／ 木		
／ 金		
／ 土		
単独訪問回数 回	指導者から受けたコメント 指導者確認（ ）	
同行訪問回数 回		

記載者： _____

同行訪問日（月日）																					
性別（男性：1、女性：2）																					
年齢（才）																					
保険別（1：介護保険、2：医療保険、3：他）																					
障がい高齢者の生活自立度																					
認知症高齢者の日常生活自立度																					
主 な 疾 患	1	脳血管系疾患																			
	2	呼吸器系疾患																			
	3	循環器系疾患																			
	4	糖尿病・内分泌系疾患																			
	5	悪性新生物																			
	6	神経系疾患																			
	7	精神および行動の障害																			
	8	筋骨系・結合組織の疾患																			
	9	腎・尿路・生殖器系の疾患																			
	10	感染症																			
	11	その他																			
療 養 上 の 世 話 ・ 予 防	バイタルサインチェック・病状観察																				
	療養指導（本人）																				
	介護指導・支援（家族等）																				
	食事援助	a	食事介助																		
		b	食事・栄養指導																		
		c	嚥下訓練																		
	排泄援助	a	トイレ介助																		
		b	摘便																		
		c	浣腸																		
	活動・ 休息援助	a	歩行介助																		
		b	体位変換																		
		c	関節可動域訓練																		
	清潔ケア	a	清拭																		
		b	洗髪																		
		c	入浴介助（シャワー浴）																		
		d	部分浴・陰部洗浄																		
		e	おむつ交換																		
f		寝衣交換介助																			
g		整容（髭剃り）																			
h		爪切り																			
i		シーツ交換																			
認知症ケア																					
精神障害に対するケア																					
社会資源活用支援																					
家屋調査・環境整備の支援																					
その他																					

* 同行訪問や単独訪問で経験した事例についてチェックする

* チェック方法 1：見学した

2：指導の下で一部を実施した

3：見守りの下で一連を実施した

4：単独で実施した

同行訪問日（月日）																			
医療処置にかかわる看護	創傷管理	a	褥瘡予防ケア																
		b	褥瘡処置																
		c	褥瘡以外の創傷処置																
	経管栄養	a	経鼻経管栄養																
		b	胃瘻栄養																
		c	腸瘻栄養																
	膀胱留置カテーテル交換・管理																		
	人工肛門・人工膀胱管理																		
	呼吸管理	a	呼吸リハビリ（排痰法）																
		b	在宅酸素療法																
		c	吸引																
		d	気管カニューレ管理																
		e	人工呼吸器管理																
	与薬	a	服薬管理																
		b	座薬挿入																
		c	点眼																
		d	軟膏処置																
		e	注射																
		f	末梢点滴注射																
		g	中心静脈栄養法の管理																
		h	インシュリン注射																
		i	麻薬の取り扱い																
	症状・生体機能管理	a	採血																
		b	血糖測定																
	ターミナルケア	a	看取りのケア																
		b	死後の処置																
		c	グリーフケア																
感染予防・指導																			
緊急時対応																			
連絡・調整・記録	連絡・調整	a	主治医																
		b	ケアマネジャー																
		c	関係機関																
	サービス担当者会議参加																		
	通院・入退院に関する支援																		
	退院調整カンファレンス参加																		
	新規利用者同行訪問																		
	記録	a	基本情報記録																
		b	アセスメント・関連図作成																
		c	訪問看護記録																
		d	訪問看護計画書作成																
		e	訪問看護報告書作成																
f		手順書作成																	

週間スケジュール

氏名

月日 曜日	時間	午前	時間	午後
／ 月				
／ 火				
／ 水				
／ 木				
／ 金				
／ 土				

様式7

振り返り会議記録（第 回目）

氏名

開催日時：令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分
今月の目標
実施内容（新たに実施した内容）
出来た事、気づいたこと、もやもやしていること等
振り返り会議を通して確認出来たこと
今後の自己の学習課題
指導者のコメント

様式8 看護基本技術 チェックリスト (基本姿勢・ケア1・ケア2)

氏名 _____

評価基準 A:一人で出来る B:指導の下に出来る C:できない D:未経験

*看護技術については各事業所において具体的な項目を設定する事が望ましい

項目	1か月目		2か月目		3か月目		6か月目		12か月目		18か月目		24か月目		
	年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		
	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	
基本姿勢	言葉使いがきちんとしている	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	身だしなみが整っている	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	体調管理が出来ている	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	訪問看護の流れが説明できる	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	利用者の急変時、緊急時の連絡が出来る	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	看護計画について説明し同意が得られる	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	利用料について説明し集金出来る	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	訪問者を定期的に点検し整えている	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	事業所の物品・用具の管理出来る	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	使用後の物品の片づけが適切出来る	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
ケア1	環境整備	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	福祉用具貸与 (家族指導)	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	福祉用具購入 (家族指導)	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	住宅改修 指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	食事指導 ポジショニング	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	食事介助 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	食事介助 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	清拭陰部洗浄	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	手浴	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	足浴	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
ケア2	洗髪	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	口腔ケア 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	口腔ケア 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	入浴介助	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	シャワー浴介助	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	リフト浴介助	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	衣服交換	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	爪切り 普通タイプ	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	爪切り ニッパー	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	おむつ交換 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
おむつ交換 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		
ケア2	ポジショニング	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	体位変換 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	体位変換 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	移動・移乗動作	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	経鼻経管栄養 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	経鼻経管栄養 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	胃瘻ケア 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	胃瘻ケア 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	腸瘻ケア 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	腸瘻ケア 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
ケア2	胃管カテーテル交換	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	尿管カテーテル 導尿 男性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	尿管カテーテル 導尿 女性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	尿管カテーテル 留置 男性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	尿管カテーテル 留置 女性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	膀胱洗浄	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	膀胱瘻管理	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	腎瘻管理	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	浣腸 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	
	浣腸 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D	

看護基本技術チェックリスト (ケア2・ケア3)

氏名

評価基準A：一人で出来る B：指導の下に出来る C：できない D：未経験

*看護技術については各事業所において具体的な項目を設定する事が望ましい

項目	1か月目		2か月目		3か月目		6か月目		12か月目		18か月目		24か月目	
	年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()		年 月 日 ()	
	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価	自己評価	指導者評価
ケ	摘便	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	服薬管理	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	座薬挿入 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	座薬挿入 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	麻薬の取り扱い 実施・指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	人工呼吸器 侵襲性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	人工呼吸器 非侵襲性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	カニューレ交換サポート	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
ア	鼻腔吸引 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	鼻腔吸引 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
2	口腔吸引 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	口腔吸引 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	気切吸引 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	気切吸引 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	ROM訓練	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	呼吸リハビリ	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	嚥下リハビリ	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	筋力強化訓練	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
ケ	点滴注射	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	持続皮下注射 管理	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
ア	中心静脈栄養 Port	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	中心静脈栄養 IVH	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
3	輸液ポンプ	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	採血	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	血糖測定 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	血糖測定 本人・家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
ケ	在宅酸素	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	褥瘡予防 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	褥瘡予防 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	褥瘡処置 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	褥瘡処置 家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	腹膜透析 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	腹膜透析 本人・家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	シャント管理	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	人工肛門ケア 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	人工肛門ケア 本人・家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
ケ	人工膀胱ケア 実施	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	人工膀胱ケア 本人・家族指導	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
ア	エンゼルケア	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
3	医療廃棄物の取り扱い 感染性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	医療廃棄物の取り扱い 非感染性	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	体温測定	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	脈拍測定	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	血圧測定	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	経皮的酸素飽和度測定	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	体重測定	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	腹囲測定	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	フィジカルアセスメント 呼吸・循環	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	フィジカルアセスメント 腹部	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	フィジカルアセスメント 神経	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	フィジカルアセスメント 栄養面	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D
	フィジカルアセスメント 運動器	A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D		A B C D

研修記録

氏名

(所属)

研修名

研修日時

令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

研修目標

研修内容

研修で学んだこと

指導者確認・コメント

新卒・新人訪問看護評価シート

大項目	中項目	小項目	評価内容 (自己評価・他者評価)	補 足	評価 基準	0: 未経験 1: 指導者と共にできる 2: 見守りでできる 3: 一人でできる				備考
						評価 評価者	1 か 月	3 か 月	6 か 月	
1 職業人としての基本的能力	基本姿勢	1	就業上のルールを守ることができる	就業規則を確認し、ルールを守ることができる	自己 指導者					
		2	日々の業務において連絡・報告・相談ができる	訪問場面だけでなく、勤務上の報・連・相ができる	自己 指導者					
		3	看護業務に必要な物品や身支度が整えられる	防寒着や雨具の用意等、気候等に合わせた準備や忘れ物がなく身支度できる	自己 指導者					
		4	目的地周辺の道路事情の把握や安全な移動方法を選択できる	訪問先の住所や地図により事前の道路把握ができる	自己 指導者					
		5	より良い職場環境にするように判断し行動できる	個人の取り組みだけでなく職員との協力により環境改善に努めている	自己 指導者					
		6	日々の健康管理に努めることができる	日頃から規則正しい生活により欠勤遅刻などがないように心掛けている	自己 指導者					
	コミュニケーション	7	事業所内外問わず良好なコミュニケーションを心掛けている	事業所内外問わず他者の話に耳を傾け他人の意見を受け入れる姿勢が取れる	自己 指導者					
		8	チーム内でお互いの声かけなどの配慮ができる	事業所内外問わず他者の話に耳を傾け他人の意見を受け入れる姿勢が取れる	自己 指導者					
		9	利用者、家族との日常会話でも意図的にコミュニケーションを取ることができる	日常会話の中からも看護に必要な情報を収集している	自己 指導者					
		10	相手に合わせたコミュニケーション方法が実践できる	相手の状況（視力、聴力など）に応じてコミュニケーションの方法を変更できる	自己 指導者					
		11	伝わりやすい言葉、声の大きさなどをT.P.Oに合わせて調整することができる	他者の状況に応じた対応ができ相手の笑顔をひきだすコミュニケーションが取れる	自己 指導者					
	理念・組織体制の周知と実践	12	事業所の理念及び経営方針を理解している	事業所が掲げている理念及び経営方針を理解し他者へ伝えることができる	自己 指導者					
		13	事業所の所管・所属・法人、組織について理解している	事業所の組織体制など上司から説明を受け自分なりの言葉で説明できる	自己 指導者					
		14	事業所内の自身に与えられた役割を理解している	事業所内で自身の立ち位置、役割を認識できる	自己 指導者					
		15	上司や同僚に報告・連絡・相談ができる	T.P.Oを考慮して実施できる	自己 指導者					
		16	事業所の一員として事業所の役割や機能の特色を理解している	事業所が（地域で）期待されている役割、機能について説明できる	自己 指導者					

大項目	中項目	小項目	評価内容 (自己評価・他者評価)	補足	評価基準	0: 未経験 1: 指導者と共にできる 2: 見守りでできる 3: 一人でできる				
						評価者	1か月	3か月	6か月	12か月
1 職業人としての基本的能力	マナー・接遇	17	服装や身だしなみに清潔感がある	清潔感がある服装について説明することができ、それに見合った身だしなみができているか自身の姿を鏡などで確認している	自己 指導者					
		18	利用者宅へ訪問する基本的マナーができる	玄関ドアの開け方、閉め方、靴の脱ぎ方などの基本的な礼儀作法ができる	自己 指導者					
		19	電話の対応が気持ち良く対応ができる	表情が見えなくても、「お待たせいたしました」や「ありがとうございます」など相手に労いの言葉を添え笑顔で対応できる	自己 指導者					
		20	いかなる場面・相手においても敬う言葉で対応できる	コミュニケーションをとるときには、常に看護師であるという自覚をもって、自己コントロールができる	自己 指導者					
		21	来所者へおもてなしの心で対応し、挨拶できる	訪問する場面だけでなく事業所へ来所される方へも気持ち良い対応ができる	自己 指導者					
		22	職員や利用者が相談しやすい姿勢で対応することができる	一方的な会話ではなく、相手を受け入れている態度でコミュニケーションがとれる	自己 指導者					
		23	他人を敬う気持ちで常に接することができる	他人を敬う気持ちで常に接することができる	自己 指導者					
		24	誠意をもって利用者・家族と向き合う事ができる	家族ケアの必要瀬が理解でき、積極的に家族と関わっている	自己 指導者					
		25	個人の価値観は多様であることを理解できる	利用者の言動を否定するような言葉かけや態度をしていない	自己 指導者					
2 在宅における看護過程の展開	情報収集・アセスメント	26	情報提供用紙やサマリーから訪問看護に必要な情報を抽出する事ができる	利用者に必要な情報を自ら把握できるように収集された情報に目を通して	自己 指導者					
		27	認知症高齢者の日常生活自立度を用以判定できる	認知症高齢者の日常生活自立度のランクが示す状態を理解している	自己 指導者					
		28	身体的アセスメントができる	五感を用いて全身の観察を行い、状態を正しく理解し以上を早期に発見する	自己 指導者					
		29	利用者、家族、サービス関係者から必要な情報を収集・記録し、スタッフ間で共有できる	サービス関係者とは利用者に関わる医療介護サービス担当者（医師・ケアマネ・ヘルパー・薬剤師・民生委員・OT・PT・ST・MSWなど）	自己 指導者					
		30	病院と在宅の療養環境の違い、生活の場におけるリスクがわかる	利用者の思いや生活を大切にしたい看護提供の理解ができる	自己 指導者					
		31	抽出した情報を総合的にアセスメントし、問題点の整理ができる	利用者の心身の状況や生活状況を情報整理しながら問題の明確化が図れ、優先順位が分かる	自己 指導者					
		32	利用者・家族の意思を尊重しながら課題解決のための具体的な目標設定ができる	目標は、期日を決めて成果を実感できるよう日常生活における具体的なものとする	自己 指導者					

大項目	中項目	小項目	評価内容 (自己評価・他者評価)	補足	評価基準		0: 未経験 1: 指導者と共にできる 2: 見守りのできる 3: 一人のできる					
					評価者	評価						
						1か月	3か月	6か月	12か月	備考		
2 在宅における看護過程の展開	看護計画↓看護実践↓評価↓計画修正↓看護記録作成	33	医師の指示、ケアマネジャーのプランから個別看護計画を作成できる	医師の指示書を確認し、病状の進行を予防する視点で看護計画が立案できる	自己							
					指導者							
		34	初回情報収集やアセスメント用紙、初期計画の記載ができる	新規訪問に至るまでに必要な記録について理解し、書類作成、準備ができる	自己							
					指導者							
		35	要支援に対する予防計画や報告書の記載ができる	介護認定に対する制度上の違いが資料を見て説明でき、対応できる	自己							
					指導者							
		36	看護計画又は看護手順書にプライバシー・羞恥心への配慮を行っている	看護計画や看護手順書に羞恥心に配慮した取り組みを文章化している	自己							
					指導者							
		37	生活環境に応じた感染予防をアセスメントし、計画立案・実施している	在宅での感染対策について、病院との違いも踏まえ説明できる	自己							
					指導者							
		38	利用者宅の生活様式に配慮した準備や後片付けができる	ケアや処置の準備・片付け時、本人や家族へ声掛け、利用者宅の生活様式に配慮した準備や後片付けができる	自己							
					指導者							
		39	利用者・家族が大切にしていること（こだわりや生活習慣など）に配慮したケアを実施している	利用者個人が大切にしていることを把握し配慮できる	自己							
					指導者							
		40	当者会議内容、ケアプラン等確認後、アセスメントしケア方法の手順書を作成している	担当者が休みに対応する場合など誰が見てもわかりやすい手順書が記入できる	自己							
					指導者							
		41	用者の計画書、手順書を確認し、訪問時の状態から優先順位を考えて看護の提供、記録ができる	教育計画に基づいて指導を行った結果、スキルに応じて再アセスメントを行い、計画の修正・再指導ができる	自己							
					指導者							
42	利用者のペースに合わせて看護提供ができる	利用者の意向を確認しケアを行う前の同意を得ている	自己									
			指導者									
43	その日の利用者の状態や状況に応じたケアの工夫、看護援助の方法を変更できる	手順書通りに実践できない場合でも、利用者の状況に応じてその場でケア手順の修正や看護提供ができる	自己									
			指導者									
44	看護計画の立案、評価、修正の一連の流れを理解し行っている	計画の評価・修正時期について理解できている。また、評価されている内容が修正プランに反映できる	自己									
			指導者									
45	受け持ちケースの計画更新時には事業所内でカンファレンスの開催を提案できる	計画修正時に利用者の希望も集約し、上司に意見を求める場を自身でセッティングし、適切に評価更新している	自己									
			指導者									
46	看護サマリーの必要性を理解して記録ができる	看護サマリーの必要性が分り継続看護の視点で記入、連携の必要性を理解できる	自己									
			指導者									
47	必要時、サービス関係者へ情報共有ができる。担当者会議、退院時カンファレンスに参加し必要な情報収集・提供を行っている	利用者の担当者として各種会議に参加し、訪問看護の視点から利用者の状況を他機関に理解できるように（専門用語等を用いず）情報提供できる	自己									
			指導者									
48	記録の必要性、目的について理解できる	記録物は第三者にも伝わる書体・内容で記載できる	自己									
			指導者									
49	訪問看護師にとって必要な記録の種類について理解している	訪問看護の制度上必要な記録の種類が説明できる	自己									
			指導者									
50	日々の看護記録、訪問看護計画書・評価・報告書が記載できる	過不足なく記載できるよう日々努めている	自己									
			指導者									
51	実施した看護について振り返り評価し修正している	自己の知識・技術の不足している点、注意すべきケアや手順のポイントが分かる	自己									
			指導者									

大項目	中項目	小項目	評価内容 (自己評価・他者評価)	補足	評価基準		0: 未経験 1: 指導者と共にできる 2: 見守りできる 3: 一人でできる					
					評価者	1 か月	3 か月	6 か月	12 か月	備考		
											自己	指導者
2 在宅における看護過程の展開	医療的ケア	52	医療的ケアの必要性の有無を判断できる	予期せぬ医療介入が必要な場合には必ず指示を仰ぐことができる	自己							
					指導者							
		53	医療的ケアを行う場所、時間設定時は、個人の時間や空間を配慮している	処置を行う場所・時間など利用者や家族に同意をとっている	自己							
					指導者							
		54	医療的ケアについては、医師の指示のもと安全・安楽に処置が行える	医療的ケアの手順や手技などを安全・安楽に心がけて対応できる	自己							
				利用者・家族の実施方法を考慮し、継続できる方法でケアを実施することができる	自己							
					指導者							
56	高度な知識と技術（人工呼吸器や腹膜透析、終末期など）を身につけることができる	ステップアップしながら実践できる看護技術を計画的に増やすことができる	自己									
			指導者									
57	専門家に意見を求め医療的ケアの方法について個別性に応じた工夫をしている	専門家とは認定看護師、専門看護師、医療機器業者などを指す	自己									
			指導者									
3 チーム医療の実践	他職種協働・連携	58	利用者の緊急時には医師に連絡し、指示を得て対処できる	利用者に対する医療的ケアについて相談できるよう医師との関係性の構築に努めている	自己							
					指導者							
		59	エンドオブライフケア（老衰などの終末期も含む）の実施を他の職員と協働し対応できる	老いや病気による人生の終焉に提供されるべき医療・看護・介護について多職種と協働して実践できる	自己							
					指導者							
		60	医師やケアマネなど多職種との連携を密にとることができる	関係機関へ情報提供を速やかに依頼し連携を図ることができる	自己							
					指導者							
		61	利用者に関係する他サービスと必要な情報交換を行っている	報告内容・方法について、自己判断で行うのではなく指導者に相談できる	自己							
					指導者							
		62	利用者に関係する他サービスの担当者・看護職員と、円滑なコミュニケーションをとりチームで関わり支援している	多職種連携の必要性も理解した上でタイムリーに報告し、報告の内容・方法も適切にできる	自己							
					指導者							
63	関係する他のサービス担当者へ、必要なタイミングと方法で連絡を取ることができる	報告時、指示的でなく相手の立場を尊重し、良好な関係を築くように意識している	自己									
			指導者									
64	報告書やFAXの文章が他者にわかりやすく記入し配信できる	報告を受ける側の立場に立った、簡潔・明瞭な書類作成や電話連絡ができている。報告内容は簡潔に分かりやすく用件が伝えられ、それらを記録に残している	自己									
			指導者									
65	サービス担当者会議に出席し現状を報告・意見や必要な情報を伝えることができる	利用者主体を観点に、医療面でのアセスメントを行い、多職種に情報提供・サービス体制の質の向上に繋がるような関わりができる	自己									
			指導者									
66	チーム内で利用者、家族の価値観を共有し、「その人らしさ」を大切にできるケアが提供できる	利用者に対するケアについて、カンファレンスを開催し職員間で共有している	自己									
			指導者									
67	個別性を尊重した教育計画を立て、計画を共有している	多職種に対しても利用者や家族の生活歴や価値観・想いを尊重し、個別性に応じてケアを共有できる	自己									
			指導者									
68	退院支援にも関わり、スムーズな在宅生活を再開できるような支援をしている	入院時から病棟看護師と連携しスムーズに在宅移行できるように協働している	自己									
			指導者									

大項目	中項目	小項目	評価内容 (自己評価・他者評価)	補 足	評価基準		0: 未経験 1: 指導者と共にできる 2: 見守りでできる 3: 一人でできる					
					評価 評価者	1 か 月	3 か 月	6 か 月	12 か 月	備考		
											自己	指導者
4 医療安全・感染予防の実践	リスク対策	69	事故や緊急時・災害発生時等に指示を受けて、迅速に行動している	災害訓練（防災の日）の緊急連絡網が円滑に活用され、緊急事態のときは指示を得ながら看護師としての役割が遂行できる	自己							
					指導者							
		70	スタンダードプリコーション（標準予防策）を実施している	感染管理の意識を持ち、利用者及び自分自身を感染から守るために、職員全員がスタンダードプリコーション（標準予防策）を理解している	自己							
					指導者							
		71	個人防護具の選択・使用方法について理解し対応している	空気感染、飛沫感染、接触感染など、感染経路に応じて適切な個人防護具の選択・使用・処理ができる	自己							
					指導者							
		72	感染経路に応じた感染対策を実施している	必要時、医師や感染管理認定看護師と連携し、正しい感染予防策が実践できる	自己							
					指導者							
		73	利用者、家族、関わる各サービス担当者に対し感染症予防策を説明している	家族や多職種へ感染症が流行しているときには啓発活動ができ、感染予防策の伝達・指導が行える	自己							
					指導者							
		74	在宅医療廃棄物の処理・取り扱いを理解し、処理している	各自治体に応じた医療廃棄物のルールを知り対応している	自己							
					指導者							
5 専門性を高める能力	自己研鑽	75	専門職としてのキャリア発達のために意欲を持っている	看護師として常に新しい情報・知識を得ようと意欲を持って業務にあたっている	自己							
					指導者							
		76	指導や面談から自己の苦手分野や不足部分が見える	自己を振り返り・分析をする時間を持つことで、課題を抽出でき、自身の苦手な分野とも向き合うことができる	自己							
					指導者							
		77	研修報告書を期限内に適切な内容で記載している	研修参加後に学びや気づきが簡潔明瞭に記載できる	自己							
					指導者							
		78	自己の課題を明らかにして学習目標の計画ができる	抽出した課題に対しての取り組みができ、研修計画を立案し、自主的に行動できる	自己							
			指導者									
		79	年間個別研修計画の達成に向けて実施できる	研修目標・計画が具体的に立案され、個別研修計画を予定通り参加できる	自己							
					指導者							
		80	特別管理加算に係わる医療的ケア技術の習得に努め実施している	不得手な医療技術は自ら上司に相談し、同行訪問や勉強会に参加するなど自己研鑽に励み、新たな医療手技など手順や操作などの場合には必ず練習して実践できる	自己							
					指導者							
		81	感染管理に関連した研修や勉強会に参加している	自身が感染媒体にならないよう自己管理を意識している	自己							
					指導者							
		82	有資格者であることを自覚し日頃から自己管理に努めている	健康管理は専門職として基本であるという意識で日頃から過ごしている	自己							
					指導者							

大項目	中項目	小項目	評価内容 (自己評価・他者評価)	補足	評価基準	0: 未経験 1: 指導者と共にできる 2: 見守りでできる 3: 一人でできる				備考
					評価者	1か月	3か月	6か月	12か月	
6 法令遵守と看護師としての倫理観	個人情報保護・倫理的配慮	83	守秘義務が遵守できる	事務所内外で業務に関わる内容以外の利用者の情報のみならず、職員の個人情報について漏洩しないよう配慮した姿勢がとれる	自己					
					指導者					
		84	個人情報の取り扱いに注意し、常に整理整頓ができる	マニュアルに基づいた管理を行っている	自己					
					指導者					
		85	個人情報保護法について説明できる	事業所に掲示されている個人情報保護指針の取り組みを説明できる	自己					
					指導者					
		86	カルテ（モバイル・パソコン）の個人情報取り扱いに注意できる	モバイル・パソコンのセキュリティに注意している、外出時に机上のメモやカルテなどを片付けている	自己					
					指導者					
		87	身体拘束の種類や状況を説明でき回避する策を講じられる	マニュアルに記載されている内容を理解している	自己					
					指導者					
88	利用者・家族の権利をまもり、一人の人として尊重できる	利用者・家族の権利（①人間としての尊厳が尊重される権利②知る権利③自己決定できる権利④プライバシーが保護される権利）を尊重し誠実に対応するよう努力している	自己							
			指導者							
89	成年後見人制度について説明できる	認知症や障がいがあり自己判断することが困難な利用者に制度が活用ができる事を知っている	自己							
			指導者							
90	プライバシー・羞恥心に配慮したかかわりをしている	羞恥心に配慮した看護の具体例を説明できる。ケアの中で不必要な露出を避けるなど羞恥心に配慮したことばかけや関わりができる	自己							
			指導者							
91	介護保険について説明できる	介護保険の基本単位（算定基準時間）について言える。居宅サービス計画書1.2.3表について説明できる	自己							
			指導者							

5. 訪問看護師キャリアラダー一覽

レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断を持ち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
レベル		I（～6か月）	II（6ヶ月～1年）	III（1年～3年）	IV（3年～5年） 主任	V（5年以上） 管理者
ニーズをとらえる力	レベル毎の目標	助言を受けてケアの受け手や状況（場）のニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）のニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況（場）の特性をふまえたニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況（場）を統合しニーズをとらえる	ケアの受け手や状況（場）の関連や意味を踏まえてニーズをとらえる
	行動目標	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる	<input type="checkbox"/> 自立してケアの受け手の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個性性を踏まえ必要な情報収集ができる	<input type="checkbox"/> 予測的な状況判断のもと身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる	<input type="checkbox"/> 複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる
		<input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	<input type="checkbox"/> 得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	<input type="checkbox"/> 得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> 意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができるーJNAより追加
ケアする力	レベル毎の目標	助言を得ながら、安全な看護を実践する	ケアの受け手や状況（場）に応じた看護を実践する	ケアの受け手や状況（場）の特性をふまえた看護を実践する	様々な技術を選択・応用し看護を実践する	最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する
	行動目標	<input type="checkbox"/> 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実践できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個性性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践する	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個性性に合わせて、物・時間・体制の3つを考慮して適切なケアを実践できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズに応えるため幅広い選択肢の中から適切なケアを実践できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の複雑なニーズに対応するためあらゆる知見（看護及び看護以外の分野）を動員し、ケアを実践・評価・追求できる
		<input type="checkbox"/> 指導を受けながらケアの受け手に基本的援助ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手に対してケアを実践する際に必要な情報を得ることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズを察知し安全なケアの方法や工夫ができる	<input type="checkbox"/> 幅広い視野でケアの受け手をとらえ、起こりうる課題や問題に対して予測的及び予防的に看護実践ができる	<input type="checkbox"/> 複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
		<input type="checkbox"/> 看護手順やガイドラインに沿って、基本的看護技術を用いて看護援助ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況に応じた援助ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個性性をとらえ、指示書に沿って包括的な看護実践ができる		
協働する力	レベル毎の目標	関係者と情報共有ができる	看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる	ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる	ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる	受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出す連携に活かす
	行動目標	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解したうえで、それぞれ積極的に情報交換ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別的なニーズに対応するために、その関係者と協力しながら多職種連携を進めていくことができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手が置かれている状況（場）を広くとらえ、結果を予測しながら多職種連携の必要性を見極め、主体的に多職種と協力しあうことができる	<input type="checkbox"/> 複雑な状況（場）の中で見えにくくなっているケアの受け手のニーズに適切に対応するために、自律的な判断のもと関係者に積極的に働きかけることができる
		<input type="checkbox"/> 助言を受けながらチームの一員としての役割が理解できる	<input type="checkbox"/> 関係者と密にコミュニケーションをとることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手とケアについて意見交換ができる	<input type="checkbox"/> 多職種連携が機能するように調整できる	<input type="checkbox"/> 多職種連携が十分に機能するよう、その調整的役割を担うことができる
		<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアに必要と判断した情報を関係者から収集することができる	<input type="checkbox"/> 看護の展開に必要な関係者を特定できる	<input type="checkbox"/> 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	<input type="checkbox"/> 多職種の活力を維持・向上させるかわりができる	<input type="checkbox"/> 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる
		<input type="checkbox"/> ケアの受け手を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる	<input type="checkbox"/> 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換ができる			<input type="checkbox"/> 目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
		<input type="checkbox"/> 連絡・報告・相談ができる				
意思決定を支える力	レベル毎の目標	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る	ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる	複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる
	行動目標	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる	<input type="checkbox"/> 適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる
			<input type="checkbox"/> 確認した思いや考え、希望をケアに関連付けることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いが理解できる		<input type="checkbox"/> 法的および文化的配慮など多方面からケアの受け手や周囲の人々を擁護した意思決定プロセスを支援できる
				<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる		
組織的役割遂行能力	レベル毎の目標	チームのメンバーとしての役割や係、活動内容を理解する	チームのメンバーとしての役割や係活動の補佐的役割を果たせる	チームリーダーやコーディネーターの役割、また創造的能力を要求される役割を果たせる	サービスの質向上にむけ組織の課題や方向性を明確にする	サービスの質向上にむけ組織の課題や方向性を明確にし取り組むことができる
	行動目標	<input type="checkbox"/> 看護チームでは、チームのメンバーの役割、組織的には係等の役割を遂行できる	<input type="checkbox"/> 組織の一員としての役割が理解でき、部署の目標達成に向けて基準や手順を順守した行動がとれる	<input type="checkbox"/> チームリーダーやコーディネーターの役割、また創造的能力を要求される役割を遂行できる	<input type="checkbox"/> 特殊または専門的な能力を必要とされる役割、または指導的な役割（学生指導・業務改善係・学習会係・教育委員・リスクマネジメント係）を遂行できる	<input type="checkbox"/> 地域・組織から求められる役割を遂行できる
					<input type="checkbox"/> 現場の課題の明確化ができる	<input type="checkbox"/> 現場の課題に対し、具体的解決を図れる
自己教育・研究能力	レベル毎の目標	自己の課題を導き出し学習することができる	自己課題を達成することができる	自己の学習活動に積極的に取り組むだけでなく新人や学生の指導的な役割を果たす	自己の学習活動に積極的に取り組むだけでなくスタッフの指導的な役割を果たすことができる	自己の学習活動に積極的に取り組みながら、同時に個々のスタッフのキャリアアップに向け指導・支援することができる
	行動目標	<input type="checkbox"/> 自己の課題を指導によって発見し、自主的な学習に取り組むことができる	<input type="checkbox"/> 自己課題を明確化し、達成に向けた学習活動を展開することができる	<input type="checkbox"/> 自己の学習活動に積極的に取り組むとともに、新人や看護学生に対する指導的な役割を実践することができる	<input type="checkbox"/> 自己のキャリア開発に関して目指す方向に主体的に取り組む、後輩のロールモデルとなる事ができる	<input type="checkbox"/> 単独で専門領域や高度な看護技術等についての自己教育活動を展開することができる、主となり、研究活動を実践できる。また教育的役割がとれる

詳細は看護協会HP訪問看護サポートセンター「訪問看護師キャリアラダー」参照

あとがき

訪問看護は、高齢や障がい・慢性疾患などを抱えながら自宅で療養する方たちへ看護サービスを提供し、自分らしい生活を送れるように支援します。時には、ご家族の健康やストレスにも配慮しながら、医師やケアマネージャーなど他職種への情報提供や調整を行い、ある時には療養者やご家族の代弁者となることもあります。今までは、そこで働く看護師は、病院などで一定の経験を持つ者が、新たな領域での就業を求めて訪問看護ステーションへ再就職することがほとんどでした。

「訪問看護は興味があるけれども難しそう」という声を伺うことがよくあります。そのため、「新卒の看護師が訪問看護に従事するのは無理」という風潮があることも事実です。また、訪問看護ステーション側も臨床経験の全くない看護師をどういう風に育成していったらよいのか、自分たちにそれができるのか、不安や戸惑いがあるように思います。

長崎県は全国よりも早く高齢人口のピークを迎えることが予測されており、今後は看護人材の需給ギャップも今以上に拡大することが懸念されています。看護職はどの領域でも不足していますが、訪問看護を担う看護師が不足しては、医療の機能分化を進め、入院日数を短くし、在宅医療や介護を充実させることはできません。

この「新卒（新人）訪問看護師育成プログラム」は資格を取得して間もない看護師や初めて訪問看護に従事する看護師が、やりがいと魅力を見つけ、そのキャリアを続けていってくれることを期待して作成しました。このプログラムが育成の指針として活用され、ひとりでも多くの看護師が訪問看護に挑戦してくれるよう願っています。

委員長 佐竹 啓子



【引用・参考文献】

1. 公益社団法人千葉県看護協会・千葉大学看護学研究科共同開発：新卒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，2013
2. 公益社団法人岡山県看護協会：岡山県新卒訪問看護師育成プログラム～地域で育む～，2018
3. 公益財団法人日本訪問看護財団：訪問看護人材養成基礎カリキュラム，2017
4. 岩手県保健福祉部医療政策室：岩手県版新卒訪問看護師育成プログラム，2020
5. 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
6. 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，2013

このプログラムは、以下のメンバーにより作成されました。

〈 訪問看護師の人材確保・人材育成に関する検討委員会 〉

委員長：佐竹 啓子	フランススコ訪問看護ステーション訪問看護師	認定看護管理者
委員：木口 綾子	在宅看護専門看護師	
清水 仁司	陽の出訪問看護ステーション主任	訪問看護師
吉田 浩二	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	准教授

事務局：川口 朋美	長崎県福祉保健部長寿社会課	地域包括ケア推進班
余里 康子	長崎県看護協会専務理事	
松尾 美香	長崎県看護協会事業部課長	
下屋敷元子	長崎県看護協会在宅支援事業部部長	
金子 和美	長崎県看護協会訪問看護サポートセンター所長	
池田津奈子	長崎県看護協会訪問看護サポートセンター	

2023年2月

お問合せ先：公益社団法人長崎県看護協会
長崎県訪問看護サポートセンター
(長崎県委託事業)
長崎県諫早市永昌町 23-6
TEL：0957-49-8055
Email. nurse-net@nagasaki-nurse.or.jp



MEMO

MEMO

