

新卒訪問看護師 育成プログラム



平成30年3月

公益社団法人京都府看護協会

目 次

ごあいさつ	3
京都府新卒訪問看護師育成事業	
公益社団法人 京都府看護協会 会長 今西美津恵	
I. 京都府新卒訪問看護師育成プログラム	4
1. 目的	4
2. 目標	4
3. 新卒訪問看護師が備える力	4
4. 新卒訪問看護師を育成するプログラム	6
5. 新卒訪問看護師育成プログラム概要とスケジュール	7
6. 学習支援の内容と方法及びその時期	9
7. 学習支援体制と連携・役割分担	13
8. 学習支援者の支援の内容・方法	14
9. 学習支援のための会議	14
10. 病院研修要項	16
II. 学習支援	17
1. 学習支援内容の構成	17
2. 学習支援の方法	17
3. 訪問看護ステップ	18
1) 新卒訪問看護師の訪問看護ステップの目安	19
2) 単独訪問看護までの流れ	21
4. 訪問看護場面の記録様式（参考）	22
記載用紙 ①～⑦	23
III. 評価	30
1. 評価の方法	30
2. 評価の指標	30
1) ラダー評価表（3枚）	31
2) 年間ポートフォリオ	37
3) 技術チェックリスト	39
4) 書類チェックリスト	42
5) 利用者、ご家族からの評価	43
6) 研修実施項目	44
IV. 文献（引用文献・参考文献）	45

ごあいさつ

平成 29 年 3 月に策定された京都府地域医療構想では 2025 年の在宅医療等は平成 25 年度に比し、約 2 倍に増加すると推計されています。

地域医療構想に基づき 4 月からスタートする京都府保健医療計画では訪問看護ステーション数を平成 30 年度からの 6 年間に 266 施設から 340 施設に増やす目標となっています。

京都府看護協会では小児から高齢者、誰もが医療・介護を受けながら住み慣れた地域で安心して暮らせる看護を担う訪問看護師の確保が重点的な課題でした。

京都府の訪問看護の状況は、平成 30 年 2 月末で 270 のステーションが指定を受けていますが、看護師は常勤換算で 4.9 人（平成 29 年度京都府訪問看護事業実態調査結果より）と小規模運営が 6 割と多く、非常勤も含む看護職の平成 28 年度退職率は 14.3% と高く人材確保・育成、離職防止が難しい現状です。

訪問看護師人材確保や育成は、訪問看護ステーションのみでの育成は困難で地域の病院・施設、保健所などの行政、多職種等の協力を得て専門的に学べる環境づくりが必要ではないかと考えます。すでに新卒訪問看護師育成プログラムの作成と活用により、新卒訪問看護師を育成し成果に繋がっている都道府県看護協会からの報告があります。

京都府看護協会は臨床経験がない新卒看護師が訪問看護に従事できるよう、平成 29 年度に「新卒訪問看護師育成検討プログラム検討委員会」を立ち上げました。検討委員会には看護大学や看護専門学校など看護基礎教育に携わる教員、訪問看護管理者、訪問看護認定看護師、京都府の看護担当者の各委員と共に検討を進めてきました。看護基礎教育において地域看護、在宅看護を学び、訪問看護ステーションの実習も経験し、訪問看護を目指す学生も出てきており、新卒の訪問看護師育成は人材の量、質共に確保に繋がることでもあります。

当プログラムは新卒で採用された看護師が訪問看護事業所を基盤に置き、計画的な同行訪問とリフレクションを繰り返し、時機を得ながら関係機関と連携し自立した訪問看護ができる能力を養い、利用者や家族から「また来てや」と言われる訪問看護師に成長出来ることを目指しています。成長期間は 2 年後を目標にし、採用した訪問看護ステーションと検討委員会が中心になり、京都府訪問看護ステーション協議会、訪問看護認定看護師会、協力の医療機関や教育機関等と連携を図り、質の高い人材育成に向け支援を行ないます。

今後このプログラムの活用が、住み慣れた地域で暮らしと共に看護を提供する訪問看護師の確保・育成に繋がることを期待しています。

最後になりましたが、新卒訪問看護師育成プログラムの作成に大変なご尽力をいただいた検討委員会の皆様方に厚くお礼を申し上げます。

平成 30 年 3 月

公益社団法人京都府看護協会
会長 今西 美津恵

I. 京都府新卒訪問看護師育成プログラム

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本プログラムにより自律した訪問看護活動ができ、利用者と家族から「また来てや」といわれる訪問看護師に成長できる。

2. 目標：「また来てや」といわれる訪問看護師の基盤となる能力

- 目標1** 訪問看護師に必要な専門的知識と技術などの基礎的能力・看護実践力および利用者・家族を捉える基礎的な視点を習得し訪問看護ができる。
- 目標2** 訪問看護師として高い倫理観（自律・自尊、善行、無危害、正義）に基づき法令を遵守して行動ができる。
- 目標3** 在宅ケアチームにおいて多職種で協働し、求めに応じた役割を遂行できる。
- 目標4** 訪問看護師としてのキャリアデザインを描き、生涯にわたり自己研鑽し、在宅看護の発展に寄与する基礎力を習得できる。
- 目標5** 医療安全に則り、看護技術を提供する上で利用者の安全安楽を守ることができる（確実な基礎看護技術、感染管理、清潔操作、リスクマネジメント）。
- 目標6** 在宅における看護管理に必要な視点を理解し、組織の一員として行動することができる。

3. 利用者と家族から「また来てや」といわれる新卒訪問看護師が備える力

- 目標1** を達成するための看護実践の力、修得が必要な力
 - ① 身だしなみ、マナーと接遇の向上に努め、気遣いにより信頼関係が構築できる。
 - ② 利用者の疾患や障害、生活背景から望む暮らしの実現に向けた課題がわかり、利用者・家族の意向に寄り添った看護援助ができる。
 - ③ フィジカルイグザミネーションや心理的側面、家族・介護状況、環境・生活の側面のアセスメントにより利用者と家族の全体像をとらえ療養上の課題解決に必要な援助スキルを身につける。

- ④ 利用者・家族のセルフケア能力を活かした日常生活指導、教育的支援ができる。
- ⑤ 利用者・家族の医療的ケアの実施状況を考慮し、継続可能な方法（シンプルケア）を提案、実施できる。

目標2 を達成するための看護実践の力、必要な力

- ① 利用者・家族の意思決定を尊重し、住み馴れた地域で最期まで自分らしく暮らしていただけるよう支援できる。
- ② 看護師としての誇りと責任をもち法令遵守ができる。
- ③ 利用者や専門職者各々の価値を尊重することができる。

目標3 を達成するための看護実践の力、必要な力

- ① 各職種の専門性を理解した上で、看・看連携、多職種連携を密に行い、求めに応じて利用者・家族の代弁者や調整役となり看護師としての役割を果たすことができる。
- ② 他職種の思いや意見を押し量りつつ必要な意見を伝え、在宅ケアチーム形成に貢献できる。

目標4 を達成するための看護実践の力、必要な力

- ① 訪問看護師として生涯にわたり専門職として成長しつづける自己研鑽能力を有している。
- ② 次世代を担う訪問看護師として、地域包括ケアの発展に寄与することができる。

目標5 を達成するための看護実践の力、修得が必要な力

- ① 確実な基礎看護技術を備え、生活の場において安全、安楽に配慮した看護が提供できる。
- ② 感染、医療用機器のトラブル、チューブ抜去等、生活の場におけるリスクを予測し、事故を予防することができる。
- ③ 利用者の緊急事態に備えるとともに、緊急時には優先順位を考慮して最善の対応ができる。

目標6 を達成するための看護実践の力、修得が必要な力

- ① 訪問看護ステーションの活動や看護管理について基礎的な知識を備えている。
- ② 経営マネジメントの視点を理解し、組織の一員として行動できる。

4. 利用者と家族から「また来てや」といわれる新卒訪問看護師を育成するプログラム

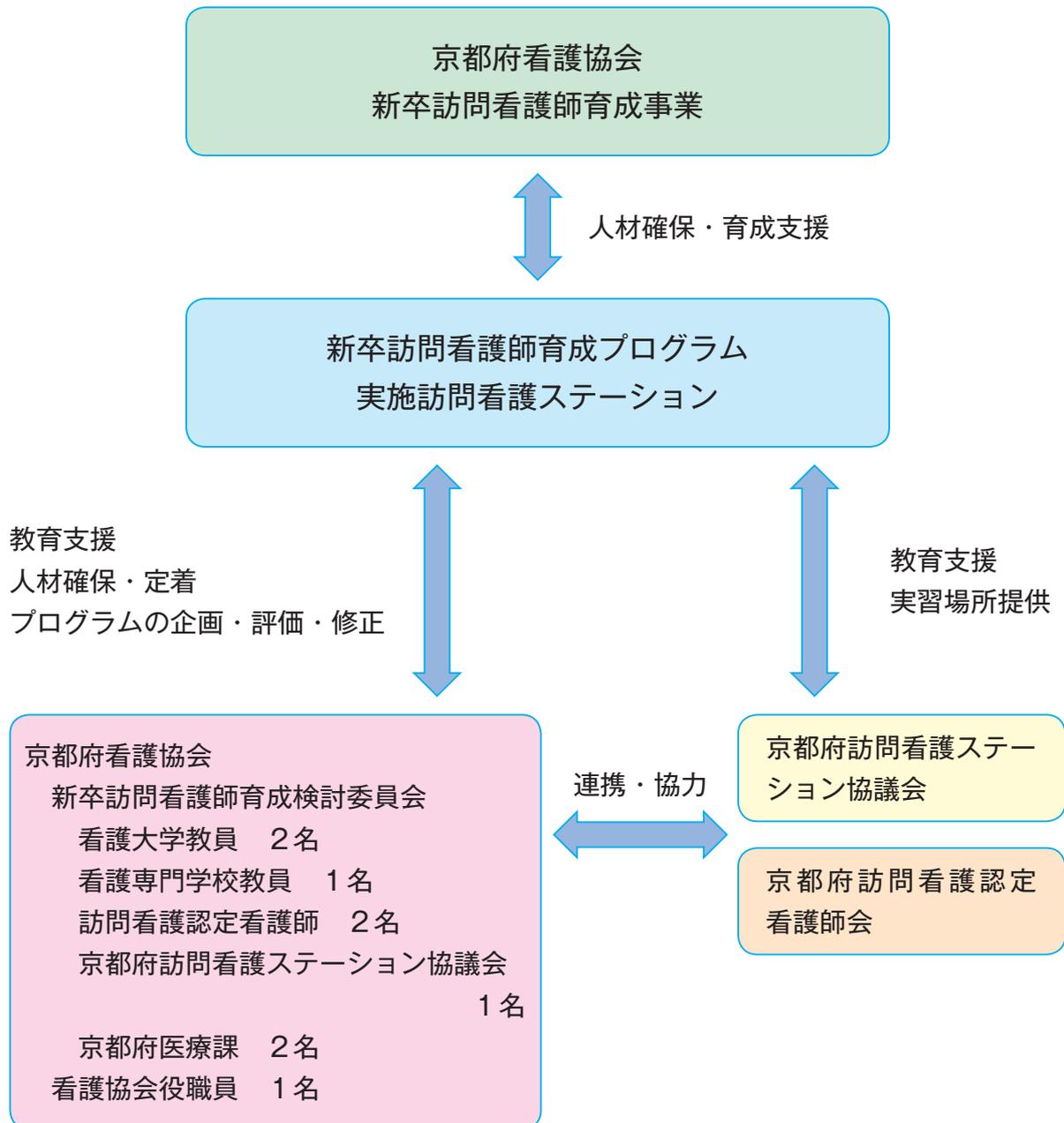
- 1) 育成プログラムでは、中小規模の訪問看護ステーションが採用した新卒看護師を2年間で訪問看護師として自律した活動できるようになることを支援する。
- 2) 見学訪問から単独訪問までの8段階のステップを段階的に進み、受け持ち利用者の24時間対応、介護保険利用者の老衰等の看取りができる。
- 3) さまざまな研修受講と On the Job Training を通して、知識や技術を習得する。
- 4) 自施設や協力訪問看護ステーション、医療機関等での研修を行う。
- 5) 振り返りやカンファレンス、定期的なポートフォリオによる自己評価と他者評価により課題を明確にする。



7. 学習支援体制と連携・役割分担

新卒訪問看護師が就職した訪問看護ステーションを中心に、京都府看護協会や京都府訪問看護ステーション協議会等の関係団体と連携して、新卒訪問看護師を育成するものとする。

下図はイメージ図である。



8. 学習支援者の支援の内容・方法

事業所の管理者、指導者、スタッフは、京都府訪問看護認定看護師会や京都府看護協会からの助言を受け、新卒訪問看護師の育成にあたるものとする。

具体的な支援方法は、下表のとおりである。

学習支援者		支援の内容	支援の方法
訪問看護 ステーション	管理者	・勤務と学習を両立できる体制づくり	・同行・単独訪問の計画を立案 ・振り返り時間を確保
	指導者	・組織の一員として姿勢・態度の育成 ・学習の効果的な進展を支援	・同行・単独訪問時の指導 ・振り返りカンファレンス
	スタッフ	・看護実践に根ざした育成 ・ケアマネジメント支援 ・多職種連携・協働支援	・学習の促し ・対象者の意向、ケアプランの理解 ・多職種とのコミュニケーション
京都府訪問看護認定看護師会		・個別ケースの相談・助言	・OJT
京都府看護協会		・訪問看護の知識・技術強化支援 ・管理者への支援・相談 ・指導者への支援・相談 ・振り返りカンファレンス・学習支援者会議の企画・運営	・新卒者の知識・技術の習得への支援 ・新卒者の課題解決を図る ・管理者の課題解決を図る ・指導者の課題解決を図る

9. 学習支援のための会議

卒訪問看護師の育成は、新卒者の経験した事例を丁寧に振り返ることで行う。

そのため、新卒者の状況に応じて、適宜事業所内で、振り返りカンファレンスや指導者情報共有カンファレンスを実施し、関係団体との学習支援者会議や新卒訪問看護師育成検討委員会等に参画し、適切な指導体制がとれるようにする。

会議名	目的	構成員	指導のポイント
振り返り カンファレンス	新卒者の状況を把握し、新卒者が学習過程を振り返り、課題を解決し、次の目標を明確にできるように支援する	新卒者・管理者・指導者 利用者または家族	<ul style="list-style-type: none"> ●新卒者にカンファレンス前にポートフォリオのビジョン・目標をもとに体験を俯瞰させ、目標の自己評価、課題の明確化を促す。 ●評価はポジティブフィードバックで行う。具体的にできていること、良かったところを評価し、新卒者に成長を確認させる。 ●利用者・家族との対話を促し、「どんな訪問看護師といわれたいか」訪問看護師としての価値観やキャリアビジョンが明確化できるよう支援する。 ●新卒者の次の目標設定は具体的で肯定的な表現になっているか確認し、助言を行う。

会議名	目的	構成員	指導のポイント
指導者情報共有カンファレンス	新卒者への指導方法・内容を確認し効果的な習得に繋がるように支援する	事業所内の指導担当職員	<ul style="list-style-type: none"> ●新卒者の訪問看護時の反応やケア状況の情報を共有し、新卒者の課題・強みを理解する。 ●指導担当職員間でコーチング、ティーチングのありかたを統一し、新卒者が指導に対して混乱しないよう調整する。 ●ICF など他職種と共通言語を用いて利用者の全体像理解における新卒者の課題を確認する。 ●多職種連携は、新卒者の経験内容を確認し、学びを共有する。
学習支援者会議	現場の指導上の課題を共有し、新卒者の目標が達成できるように支援方法や体制について検討する	管理者・指導者・新卒訪問看護師育成検討委員会委員	<ul style="list-style-type: none"> ●指導者の指導上の悩みや指導方法について話し合う。 ●ポートフォリオを活用した学びの発表会を設定し、新卒者・指導者共に成長を喜び合う。
新卒訪問看護師育成検討委員会	新卒者、学習支援者が目的を達成できるようプログラムの企画・調整・評価を行う	大学教員・専門学校教員・訪問看護ステーション管理者・京都府訪問看護ステーション協議会担当者・研修担当者・京都府担当者・看護協会役職員	<ul style="list-style-type: none"> ●新卒訪問看護師育成プログラムの進捗状況を確認し、課題の早期発見、問題解決を図る。 ●介護保険制度等、法律や制度の改正に伴うプログラム見直しの必要性について検討し、必要時追加・修正を行う。 ●新卒訪問看護師育成プログラムの評価を行う。



10. 病院研修要項

訪問看護事業所で実施することが困難な看護技術研修については、医療機関が実施する新人看護職員受入研修等、新卒者を対象とした看護技術研修を受講することとする。

【目的】

1. 在宅で行われている看護の根拠が理解できる。
2. 在宅療養者に多い疾患の医療と看護を学ぶ。
3. 自施設では実施が難しい援助技術を学ぶ。

【研修期間及・内容・申し込み方法】

医療機関の実施する新人看護職員受入研修や関係団体の実施する新人看護職員研修を受講する。

＜参考＞

医療機関の実施する新人看護職員受入研修については、京都健康医療よろずネットのお知らせ一覧に掲載されている。

URL：<http://www.mfis.pre.kyoto.lg.jp/>

平成 30 新人看護職員研修受け入れ研修施設（抜粋）

	施設名	受入人数	受入条件	研修期間	研修形態
①	京都府立医科大学付属病院	各 15 名（予定）	部分参加可	7 月、10 月、1 月	講義のみ
②	日本バプテスト病院	4 名	部分参加可	4 月～3 月	講義と演習
⑨	京都九条病院	5 名	部分参加可	4 月～9 月	講義と演習
⑬	京都山城総合医療センター	5 名	部分参加可	4 月～3 月	講義と演習
⑭	京都中部総合医療センター	10 名	部分参加可	4 月～12 月	講義と演習
⑯	市立福知山市民病院	3 名	部分参加可	5 月、7 月	講義と演習
⑳	京丹後市立久美浜病院	3 名	部分参加可	4 月～10 月	講義と演習

【研修の選定】

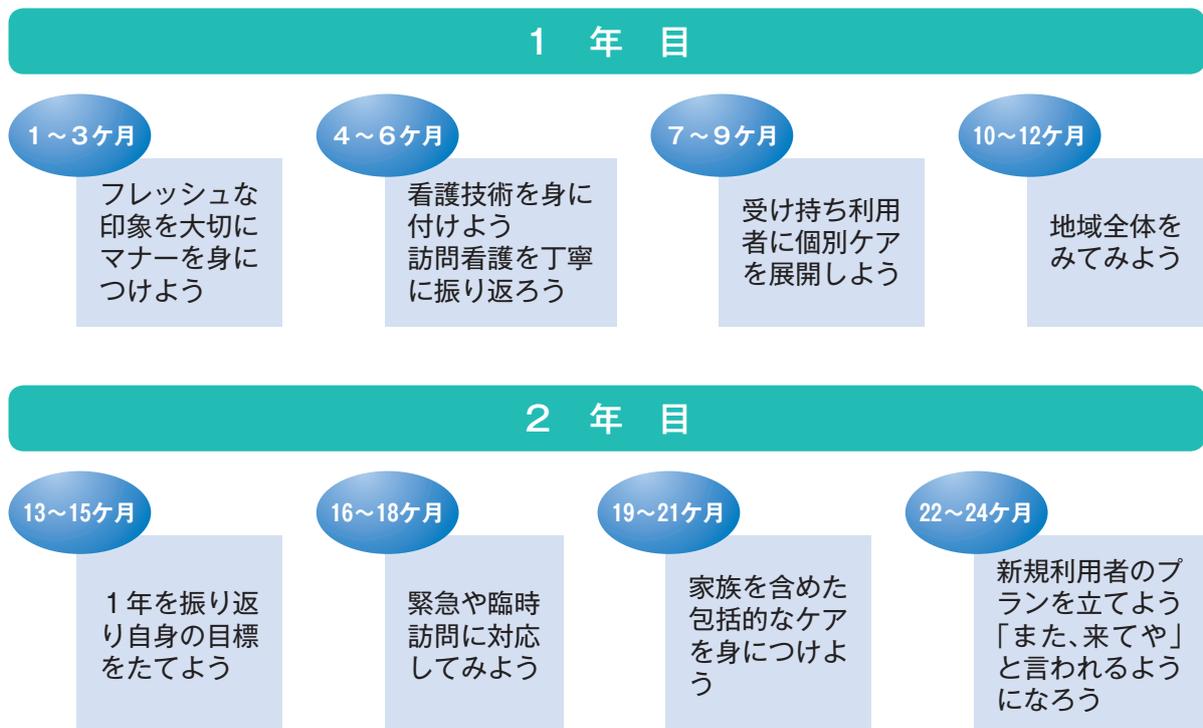
- ・申込期間や実施項目が各施設ばらばらのため、自施設では経験が難しい項目や、事前に押さえてもらいたい項目を年度初めに確認する。
- ・ポートフォリオの「気づき」や「学んだこと」又は技術チェックリストから必要な研修項目を選定し、各施設の申し込み方法に従って申し込みをする。

Ⅱ. 学習支援

1. 学習支援内容の構成

今回作成した学習支援のマニュアルは、採用から2年間、月毎に(1)学習・研修内容、(2)看護技術、(3)事業所内の学習支援（訪問支援、事業所内ケースカンファレンス、振り返りカンファレンス、指導者情報共有カンファレンス）(4)学習支援者会議（外部委員含む）(5)評価（事業所内、利用者）にて構成した。

成長のプロセス



2. 学習支援の方法

資料に基づき、訪問看護は、丁寧に振り返りを行いながら同行訪問評価を経て次のステップへと進む展開とした。

学習支援は、各事業所で、柔軟に取り組めるように学習・研修内容の時期の目安を示した。特定の医療機器を必要とする研修は、効果的に学習するために集合研修を設定した。

到達の評価は、ラダー評価表および技術チェックリスト表等を用いながら実施する。

3. 訪問看護ステップ

※ステップを踏みながら訪問経験を増やす

※単独訪問の決定は利用者およびその家族の同意のもと単独訪問の可否を決定する

① 見学訪問

① + ② 見学実践訪問

① + ② + ③ 助言訪問 + ④ 単独訪問 (内服管理・清潔ケア 要介護1～2)

※以下は①+②+③のステップを繰り返しながら単独訪問の目標事例がステップアップしていく

※以下の受け持ち事例が変更し、その単独訪問に至るには①見学、②見学実践、③助言訪問、④単独訪問のステップを踏むこととする

④-1 介護保険の特別管理加算算定者

④-2 介護保険の教育的関わり指導ケース

④-3 介護保険の老衰ターミナル+医療保険優先者訪問見守り訪問

④-4 家族同居の利用者への療養生活に必要な介護指導・生活指導等の介護教育の実践を行う

④-5 医療保険優先利用者の退院時から訪問看護導入場面

表：訪問の種類と定義

① 見学訪問	先輩の訪問看護に見学訪問し学ぶ（シャドーのみ）。 各種書類の記載方法の見学も行う。
② 見学実践訪問	見学場面において新卒者が一部の看護技術を担い実践し、必要時サポートを受ける。カルテの記載も指導を受けながら先輩と共に行う。
③ 助言訪問	先輩に訪問同行をしてもらうが、新卒者が訪問の準備から実践、記録に至る一連の訪問看護を基本的には単独で行うが必要時助言を受ける。
④ 単独訪問	新卒者が単独で訪問するが、初回単独訪問時は先輩がステーションで待機しフォローしてもらう。記録記載内容を先輩に確認する。(内服管理や清潔ケアなど基礎的な看護技術を用いてできる訪問事例)
④-1 単独訪問	介護保険の特別管理加算算定者…尿バルーンカテーテル管理、HOT管理、ストマ管理などの医療技術を行う事例を受け持つ。
④-2 単独訪問	介護保険の教育的関わり指導事例…糖尿病、慢性腎不全、慢性閉塞性肺疾患、慢性心不全例などの利用者に対して教育指導を行う事例を受け持つ。
④-3 単独訪問	介護保険の老衰ターミナルなど終末期の事例を受け持つ。
④-4 単独訪問	家族同居の利用者への療養生活に必要な介護指導・生活指導等の介護教育の実践を行う。
④-5 単独訪問	医療保険優先利用者の退院時から訪問看護導入場面を経験し療養生活に必要な医療提供の調整を実践する。

1) 新卒訪問看護師の訪問看護ステップの目安

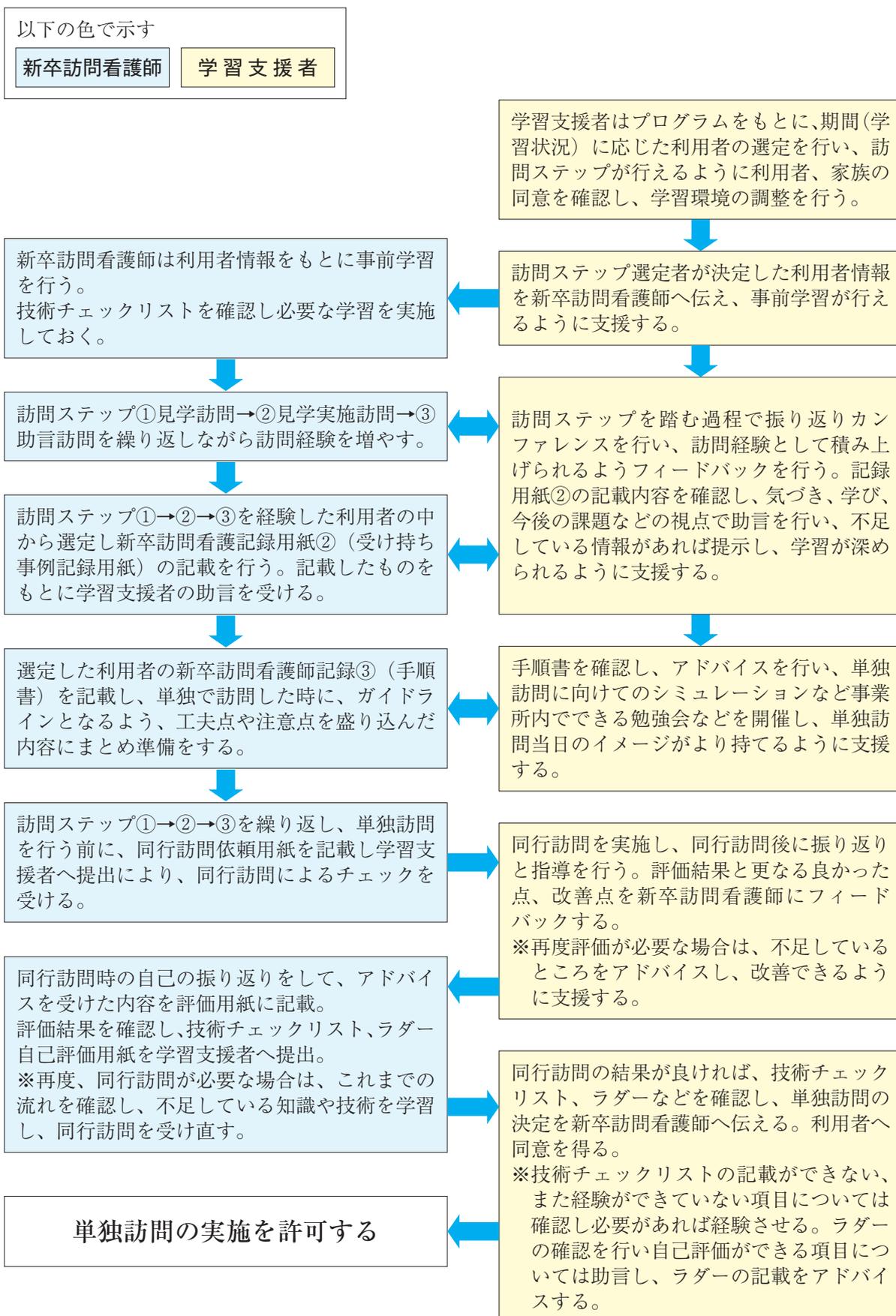
表：新卒訪問看護師の訪問ステップの目安

経過	学習内容
1ヶ月目～ 3ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの一日の流れ、一週間の流れを把握する。 ・新卒訪問看護記録⑦技術チェックリストを用いて必要な知識・技術を再認識する。 ・見学訪問により訪問看護に必要な知識・技術を明確にする。 ・訪問ステップ①、②、③を繰り返し、経験を多く積む。
4ヶ月目～ 6ヶ月目	<ul style="list-style-type: none"> ・継続訪問利用者の訪問看護記録の記載ができるようになる。 ・継続訪問利用者に対し新卒訪問看護記録②（受け持ち事例記録用紙）、新卒訪問看護記録③（手順書記録）を作成し、単独訪問（内服管理・清潔ケア 要介護1～2）を実施する。以下 * 4ヶ月目は訪問ステップ①、②、③、④を1例以上できることを追加 * 5ヶ月目は訪問ステップ①、②、③、④を2例以上できることを追加 * 6ヶ月目は訪問ステップ①、②、③、④を3例以上できることを追加
7ヶ月目～ 8ヶ月目	<ul style="list-style-type: none"> ・受け持ち利用者を持ち、疾患と治療に対し必要な看護ケアが理解できる。 ・受け持ち利用者の看護計画の立案ができる。 ・継続訪問利用者に対し新卒訪問看護記録②（受け持ち事例記録用紙）、新卒訪問看護記録③（手順書記録）を作成し、単独訪問（介護保険の特別管理加算算定者）を実施する。以下 * 7ヶ月目は特別管理加算事例の訪問ステップ①、②、③、④を1例以上できることを追加 * 8～9ヶ月目は特別管理加算事例の訪問ステップ①、②、③、④を2例以上できることを追加
10ヶ月目～ 1年0ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・継続訪問利用者に対し新卒訪問看護記録②（受け持ち事例記録用紙）、新卒訪問看護記録③（手順書記録）を作成し、単独訪問（介護保険の教育的関わり指導ケース）を実施する。以下 * 指導を1例以上実施 ・受け持ち利用者に対する看護を提供し、看護計画の評価・修正ができる。 ・受け持ち利用者に対する計画書・報告書の作成ができる。 ・受け持ち利用者に対し新卒訪問看護記録④新たなケアの手順書の作成が行える。 ・訪問看護指示書の指示受けができる。
1年1ヶ月～ 1年3ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・継続訪問利用者に対し新卒訪問看護記録②（受け持ち事例記録用紙）、新卒訪問看護記録③（手順書記録）を作成し、単独訪問（介護保険の老衰ターミナルなど終末期の事例を受け持つ）を実施する。 * 看取り場面を1例以上経験する。 ・担当者会議に参加し必要な情報提供情報収集が行える。 ・日中の臨時（緊急）訪問看護が指導のもと行える。 ・医療保険優先の利用者の看護の必要性が分かる。
1年4ヶ月～ 1年6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・継続訪問利用者に対し新卒訪問看護記録②（受け持ち事例記録用紙）、新卒訪問看護記録③（手順書記録）を作成し、単独訪問（医療保険優先の利用者）を実施する。1事例以上経験 ・退院前カンファレンスに参加し必要な情報提供・情報収集が行える。退院時共同指導加算の記録ができる。 ・夜間の緊急訪問看護対応が指導のもと実践できる。

経過	学習内容
1年7ヶ月～ 1年9ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・継続訪問利用者に対し新卒訪問看護記録②（受け持ち事例記録用紙）、新卒訪問看護記録③（手順書記録）を作成し、単独訪問（家族同居の利用者への療養生活に必要な介護指導・生活指導等の介護教育の実践ができる）を実施する。 ・入院サマリーを作成し、受け持ち利用者の入退院支援を行える。
1年10ヶ月～ 2年目終了	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険優先利用者の退院時から訪問看護導入場面を経験し療養生活に必要な医療提供の調整を実践する。 ・新規利用者に対する初期アセスメントを行い、初期訪問看護計画書、手順書を作成するとともに、チームに対して提示し、看護の方向性を示すことができる。 ・受け持ち利用者の心身の状況に応じた治療・ケアが提供できるよう、多職種とケアの見直しなどに関するカンファレンスを開催し運営することができる。



2) 単独訪問看護までの流れ



4. 訪問看護場面の記録様式（参考）

1) 記録用紙名

- 新卒訪問看護記録① 週間スケジュール
- 新卒訪問看護記録② 受け持ち事例記録用紙
- 新卒訪問看護記録③ 手順書記録
- 新卒訪問看護記録④ 新たなケアの手順書
- 新卒訪問看護記録⑤ 情報記録用紙
- 新卒訪問看護記録⑥ 実践記録用紙
- 新卒訪問看護記録⑦ 同行訪問依頼用紙

新卒訪問看護 記録用紙番号	用紙の説明
①週間スケジュール	訪問看護での行動スケジュール（1週間毎）を記載（事前に計画しておく）
②受持事例記録用紙	単独訪問に向けての準備（受け持つ予定の利用者情報を記載）
③手順書記録	単独訪問に向けての準備（看護手順を記載）
④新たなケアの手順書	受け持ち利用者に新たなケアが必要な時に手順書を記入する
⑤情報記録用紙	ポートフォリオとして印象に残った事例の情報を記載しておく
⑥実践記録用紙	ポートフォリオとして印象に残った事例、まとめておきたいケア内容や学んだこと・気づきを記載しておく
⑦同行訪問依頼用紙	同行訪問から単独訪問に移行するための評価を依頼する

新卒訪問看護記録① 週間スケジュール

氏名 _____

曜日 月日	時間	AM	時間	PM
月 (/)				
火 (/)				
水 (/)				
木 (/)				
金 (/)				
土 (/)				

新卒訪問看護記録② 受け持ち事例記録用紙

利用者名

担当看護師氏名

新卒訪問看護	訪問日	年	月	日	<	回目	>
<利用者背景：家族背景> 年齢： 歳 性別： キーパーソン： 主介護者 ：				<感じたこと>			
<本人の思い> <家族の思い>							
<現病歴>							
<これまでの看護経過>				<学んだこと>			
<看護内容>				<今後に活かせること>			

新卒訪問看護記録③ 手順書記録

利用者名

氏名

ケア項目<	>手順の実際
<必要物品>	<物品収納方法・場所> ※図でも可
<手順>	
<工夫点・留意事項>	

新卒訪問看護記録④ 新たなケアの手順書

利用者名

氏名

日付	ケア項目	具体的な手順計画	実施及び評価

新卒訪問看護記録⑤ 情報記録用紙（記入日： 月 日）

氏名

氏名		年齢（ 才代）	男 ・ 女
病名			介護： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 保険 <input type="checkbox"/> 認定済（介護度 ）
主治 医	医療機関名	訪問看護開始年月日 年 月 日～	
	【既往症】 感染症（無・有： ）		
【経過と現在の状況】			【内服薬】【自己管理】 可 ・ 不可
【本人の思い 家族の思い】			
【看護上の問題】			【家族状況】 主介護者： Kp：
【利用者の身体状態】 ① 認知の状況：正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M ② 麻痺：なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢 ③ 起居：自立・一部介助・座位・起居不能・その他（ ） ④ 歩行：自立・杖・歩行器・車椅子（一部全助・全介助） ⑤ 障害：視力（ ）・聴力（ ） ⑥ 意志の伝達：できる・時々できる・ほとんどできない・できない ⑦ 排泄：自立・ポータブル・おむつ 尿便意（有・不明・無） 最終排便（ほぼ毎日良便） ⑧ 食事：自立・一部介助・全介助 食事形態（普通・軟・流動） 嚥下・咀嚼障害（無・有） 食事療法（無・有： ） ⑨ 清潔：自立・一部介助・全介助 入浴・シャワー・清拭 ⑩ 更衣：自立・一部介助・全介助			【看護・ケア上での注意点】
【医療処置】 ① 褥瘡 ② 注射 ③ 経管栄養 ④ 吸引 ⑤ 中心静脈栄養 ⑥ 膀胱留置カテーテル（ ） Fr（最終交換日 / ・交換頻度 ） ⑦ HOT ⑧ 気管カニューレ ⑨ 人工呼吸器 ⑩ 自己導尿 ⑪ ストーマケア ⑫ 疼痛管理 ⑬ その他（ ）			【特記事項】

新卒訪問看護記録⑥ 実践記録用紙

利用者名

氏名

日付	看護項目	看護の実際	気づき・学んだこと

同行訪問依頼用紙⑦

(特別管理加算に関する技術 その他の看護ケア) ※対象項目にレ点をつける

訪問実施日 年 月 日 (助言訪問 回経験後)

新卒訪問看護師氏名

評価者名

利用者情報	歳 (性別：男 ・ 女) 保険種類 介護 ・ 医療 要介護度 () 日常生活自立度ランク () 世帯構成：独居 ・ 家族同居
主疾患名	
看護技術	・ ・ ・
振り返り内容	※利用者の状態アセスメントを含むこと
評価者のコメント	良かった点
	改善点
【評価結果】 単独訪問： 可 ・ 不可 (次回評価予定日： 年 月 日)	

Ⅲ. 評 価

1. 評価の方法

本プログラムの評価の特徴は、新卒訪問看護師の自己評価、学習支援者の評価に加えて、「また来てや」と言われる訪問看護師を目指して「利用者評価」を設けていることである。

評価項目は、学習支援者のための支援内容・方法の項目に記したが、以下のとおりとする。

- 1) ラダーを用いた到達評価：学習者は、3ヶ月、6ヶ月、1年、2年ごとにラダーを用いて自己評価を行う。自己評価とともに、事業所内学習支援者がラダー評価を行い、面接をしながら到達を確認する。到達状況は、事業所内で共有し、そのつど学習支援計画に生かす。
- 2) 評価時にはポートフォリオを記載し、自己評価・他者評価の資料とする。
- 3) 技術チェック表は、訪問看護の経験時に記載し、事業所内の振り返りにて定期的に確認する。
- 4) 利用者評価は、4ヶ月目、10ヶ月目、1年6ヶ月に行う。
学習支援者が、訪問看護のマナー、訪問看護技術、利用者・家族との対応などを視点に聞き取りを実施し評価する。
- 5) 研修実施状況を確認する。

2. 評価の指標

評価の指標として添付されている以下のものを活用する。

- 1) ラダー評価表（3枚）
- 2) 年間ポートフォリオ
- 3) 技術チェックリスト
- 4) 書類チェックリスト
- 5) 利用者、ご家族からの評価
- 6) 研修実施項目

Ⅲ. 2. 1) ラダー評価表

		ラダー評価（自己評価・他者評価）		【評価基準】1：指導者と共にできる 2：見守りでできる 3：一人のできる				
大項目	中項目	小項目	評価内容	補足	3ヶ月	6ヶ月	1年	2年
目標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ている				
		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・相ができています				
		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など、気候等に合わせた準備や忘れ物がなく身支度できています				
		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ています				
		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				
		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がけられている				
	コミュニケーション	7	社内外問わず良好なコミュニケーションを心掛けている	社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				
		8	チーム内でお互いの声かけなどの配慮ができる	職員個々の価値観の違いや他職種の専門性についても理解ある態度で接することができる				
		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とることができる	日常会話の中からでも看護に必要な情報を収集している				
		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				
		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とれる				
	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知っている	事業所が掲げている理念及び経営方針を知り他者へ伝えることができる				
		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				
		14	事業所内での自身に与えられた役割を理解している	事業所内での自身の立ち位置、役割を考慮することができる				
		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				
	マナー・接遇	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				
		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				
		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				
		19	電話の応対も気持ち良く対応ができる	相手の表情が見えない状況でも、「お待たせいたしました」や「ありがとうございます」など相手にねぎらいの言葉を添えて笑顔で対応できる				
		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ています				
		21	来所者へおもてなしの心で対応し、自からすすんで挨拶できる	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				
		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				
		23	他人を敬う気持ちで常に接することができる	自己の考えで利用者・家族を判断したり価値観を押し付けていない				
		24	誠意をもって真摯に利用者・家族と向き合うことができる	家族ケアの必要性が理解でき、積極的に家族と関わることを行っている				
		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				
目標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ことができる	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				
		27	認知症高齢者の日常生活自立度を用いてランクが判定できる	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				
		28	フィジカルイグザミネーションを用いた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異常を早期に発見する				
		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）				
		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				
		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				
	看護計画 ↓ 看護実践 ↓ 評価 ↓ 計画修正 ↓ 看護記録作成	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				
		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	医師の指示書の確認をし、病状の進行を予防する視点で看護計画が立案できている（か）				
		34	初回情報収集やアセスメント用紙、初回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				
		35	要支援に対する予防計画の作成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、対応できている				
		36	看護計画又は看護手順書にプライバシー・羞恥心への配慮を反映している	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				
		37	利用者の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				
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・片付け時に本人や家族に声掛けが行えている。また、利用者宅の生活様式に配慮した準備や後片付けができています						
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）に配慮したケアをしている	利用者個人が大切にしていることを情報として得て配慮できる						
40	担当者会議内容、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						
41	利用者の計画書、手順書を確認し、訪問時の状態から優先順位を考慮して看護の提供、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ない、計画の修正・再指導ができています						
42	利用者のペースに合わせて看護提供ができています	利用者の意向を確認しケアを行う前の同意を得ている						
43	その日の利用者の状態や状況に応じたケアの工夫、看護の創造が行える	手順書通りにいか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						
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出来ているまた、評価されている内容が修正プランに反映できる						
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、上司に積極的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						
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わかり継続看護の視点で記入、連携の必要性を理解する事ができる						
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（専門用語等もちいず）情報提供できる						

ラダー評価（自己評価・他者評価）				【評価基準】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						
大項目	中項目	小項目	評価内容	補足	3ヶ月	6ヶ月	1年	2年		
目標2…在宅における看護過程の展開	緩和ケア	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・内容で記入できている						
		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						
		50	日々の看護記録、訪問看護計画書・評価・報告書が適切に記載できる	カルテマニュアルに沿って過不足なく記入できるよう日々努めている						
		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						
	家族支援	52	疾患別に応じた終末期の経過が想定でき、病期ごとに個別性のある看護計画を立案・修正できる	疾患ごとの終末期の進行度がわかり、想定される状態に対応した看護計画が立案できている						
		53	オピオイド製剤をはじめとした薬物療法の基礎知識を持ち、トータルペインの視点で利用者を理解し、苦痛の緩和を目指して対応できる	医師と連携し効果的にレスキュードーズの使用やオピオイドローテーションが理解でき、且つその投与経路、薬剤効果や副作用を理解できる						
		54	緊急性の判断ができ、その場で決断できる	利用者からの緊急連絡に対し訪問か電話対応で対処するか、判断することができる						
		55	救急車の要請するケースの判断がきちんでき、利用者、家族などへ受診方法について具体的な指示が出せる	救急搬送は利用者の状態に応じて救急車と介護タクシーなどを選択できる						
		56	精神的苦痛やスピリチュアルペインに対し、寄り添うことができている	苦痛に応じた緩和ケアを行うことができる。または、リーダーに相談し実施できている代替療法の知識を持ち、精神面へのサポートに努めている						
		57	家族の関係性に配慮して関わることができている	利用者、家族の想いを聴き、家族背景からそれぞれの立場を理解しアドバイス方法がわかる						
	医療的ケア	58	利用者、家族が分かるような手順書を作成し、自立を促すかわりをしてしている	潜在能力・残存機能を活かせる計画を立案し、セルフケア能力を高めるかわりをしてしている						
		59	セルフケア能力を引出し支援することができる	利用者・家族の想いを表出できるよう、関係性の構築、雰囲気作り、話を聴くタイミングなど配慮できている						
		60	利用者家族の持てる力を認め、労いの声かけなど配慮ができる	利用者だけでなく家族もケアをされる対象として関わることができる						
		61	家族関係の調整を行う関わりをしてしている	家族間のコミュニケーションを促し、家族間の相互理解・意思決定・役割分担がスムーズに行なえるように仲介的な関わりをしてしている						
		62	電話連絡など相手が見えない状況での対処方法について家族の介護力に応じた指示が出せる	電話での見えない環境下で問診や情報収集をしながら現場の状況を把握できるように努め相手を落ち着かせながら対応できるように誘導している						
		63	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ている						
	目標3…チーム医療の実践	多職種協働・連携	64	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					
			65	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、安全安楽を心がけて対応できている					
66			高度な知識と技術（人工呼吸器や腹膜透析、ターミナル期など）を身につけることができる。	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						
67			高度な知識と技術（人工呼吸器や腹膜透析、ターミナル期など）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						
68			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						
69			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						
70			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ている						
71			医師やケアマネなど他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						
72			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、自己判断で行なうのではなくリーダーに相談できている						
緊急時の対応・事故対策		73	利用者に関係する他サービスの担当者、他の看護職員と、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がわかった上でタイムリーに報告し、報告の内容・方法も適切にできている						
		74	関係する他サービスへ、必要なタイミングと方法で連絡を取る事ができている	報告時も指示的でなくサービスの立場を尊重し、良好な関係を築くように意識している						
		75	報告書やFAXの文章が他者にわかりやすく記入でき配信できている	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						
		76	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事ができる	利用者主体を観点に、医療面でのアセスメントを行ない、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ている						
		77	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	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						
		78	個別性を尊重した教育計画をたて、計画的に指導が行えている	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の指導ができる						
		79	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						
		目標4…医療安全・感染予防の実践	感染予防対策	80	ヒヤリハットなど個人に関する各種記録類が記載できる	ヒヤリハット・不適合など、危機管理意識をもってタイムリーに記入でき、職員間で共有・改善点の対策がとれている				
				81	在宅で使用されている医療機器が正しく作動し、利用・管理されているかチェックしている	医療機器を取り扱う場合、事前のチェックを忘れずに行っている				
82	日頃のケアの中から緊急時におけるリスク＝予防について利用者、家族に説明できる			利用者・家族が安全に医療的ケアを行えるよう、必要時手順書などを作成し、個別性に応じた方法・内容・表現で指導することができる						
83	緊急場面に遭遇した時に、他職員へSOSが出せ、指示を仰ぎながら対処することができる			緊急事態発生時の対応方法、連絡方法を知っており、説明できる						
84	緊急対応後、その後の経過観察を自己で確認でき、上司に報告できる			訪問時に予測されることやリスクに対する対策が述べられる。ケアを行い、そのケアについての根拠や注意点について上司に報告が出来る						
85	利用者、家族に対し起こり得る緊急事態を予測しあらかじめ対応方法を指導できている			利用者の緊急状態を予測して、利用者宅における緊急時の物品の配置場所等を知っている。（呼吸器使用であればアンビューバックの置場等）						
86	病院（施設）と在宅との違いを理解し、起こりうる事故を想定することができる			在宅での事故は生命のみならず、生活そのものに関わるという視点を持ち、日頃から注意深く丁寧な業務が行えている						
87	常日頃からリスクに対する意識を持ち、ヒヤリハットを自主的に提出している			利用者だけでなく自分自身のリスクも予測し、ヒヤリハットを自主的に適切な書き方で提出している						
88	事故対策についてマニュアルを理解し対応策が言える			事故対策マニュアルの存在や保管場所を知っており、マニュアルに応じた行動できる						
89	事故（不適合）を起こした場合には報告・連絡・相談ができ報告書の記載を行っている			報告連絡相談はもちろんのこと同じような事故を繰り返さないよう、事故などの報告書には必ず職員全員が閲覧し、対策を講じている						
多職種協働・連携	90	ヒヤリハットなど個人に関する各種記録類が記載できる	ヒヤリハット・不適合など、危機管理意識をもってタイムリーに記入でき、職員間で共有・改善点の対策がとれている							
	91	不適合や緊急時・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ており、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							
	92	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）を行えるように意識できている							
	93	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							
	94	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。							

ラダー評価（自己評価・他者評価）				【評価基準】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				
大項目	中項目	小項目	評価内容	補足	3ヶ月	6ヶ月	1年	2年
		95	利用者、家族、関わる各サービスに対し感染症予防策を説明している	家族や他職種へ感染症が流行しているときには啓もう活動ができ、感染予防策の伝達・指導が行える				
		96	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				
目標5…専門性を高める能力	自己研鑽	97	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				
		98	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事で、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ていく				
		99	研修報告書を期限内に適切な内容で記載している	研修参加後に学び気づきが簡潔明瞭に記載できている				
		100	自己の課題を明らかにして学習目標の計画ができていく	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、自主的に行動できている				
		101	年間個別研修計画の達成に向けて実施できている	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				
		102	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	不得手な医療技術について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場合には必ず練習してから実践				
		103	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の意識が必要				
		104	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	健康管理は職業人として基本であるという意識で日頃から過ごせている				
目標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	105	守秘義務が厳守できる	事業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えいしないように配慮した姿勢がとれる				
		106	個人情報の取り扱いに注意し、常に整理整頓ができる	カルテ管理マニュアルに基づいた管理を行っている				
		107	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見て説明できる				
		108	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ーに注意している、外出時に机上のメモやカルテなどを片付けている				
		109	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	身体拘束のマニュアルに記載されている内容を理解している				
		110	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				
	業務の法的根拠と制度の理解	111	成年後見人制度について説明できる	認知症や障害があり自己判断することが困難な利用者に制度の活用を知っている				
		112	プライバシー・羞恥心に配慮したかかわりをしていく	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声かけや関わりができる				
		113	介護保険の概要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				
		114	医療保険と介護保険の関連や大まかな仕組みが自分の言葉で説明できる	訪問看護提供に関して医療保険が優先になる疾患や状態がわかる				
		115	報告書・計画書・医師の指示書の訪問看護制度上の取り扱いが言える	利用者の同意、サイン、医師への提出期限や指示書の有効期間など説明できる				
		116	医療保険・介護保険それぞれの加算の種類が言える	医療保険、介護保険の加算算定についてはそれぞれに若干の違いがあり、その違いについて仕組みについて自分なりの言葉で言える				
目標7…在宅における看護管理	看護計画管理	117	医療保険の基本算定の仕組みが言える	医療保険の算定の仕組みについては、基本療養費、管理療養費に分かれていることの説明ができる				
		118	生活保護法に関連した介護券・医療券の必要な手続きがわかる	用紙の取り扱いや、書類の有効期間などの管理方法がわかる				
		119	看護計画は、本人及び家族の意向や基本情報からのアセスメント、ケアプランとの整合性の必要性があることを理解している	利用者の思いや利用者、家族の意思、選択がきちんと反映できるように統制がとれていることが確認できている				
		120	担当者会議録、カンファレンス記録、退院時共同指導加算の記録ができる	担当者会議やカンファレンスの決定事項が簡潔に、且つ分かりやすく記入されている退院時共同管理加算の記録は利用者・家族が理解できる内容である				
		121	利用者に関する他サービスの種類・役割を知っている	在宅生活を支援している各種介護保険サービスの種類、役割が言える				
		122	提供表等から利用者スケジュールの確認をし、利用者の訪問予定を確認できている	訪問看護の役割や他のサービス関連や利用者の週間スケジュールがわかる				
123		医療保険の心身の状況などのレセプト用紙に記載しなければならない項目が理解できる	医療保険に関する行政報告用の書類の種類やレセプトに必要な情報提供を記入できる					
経営管理	124	利用者に係る料金についての金額が計算できる	その他の法制度について理解していなければ新規対応が難しいため、それらについて利用者、家族に対して説明ができる（参考書等を用いても可）					
	125	障害者総合支援法における自立支援医療について（厚生医療・精神医療・育成医療）の上限管理ができる	上限管理票の記載、取扱いを行っている					
	126	各種の受給者証についての更新や番号確認など利用者、家族へ説明できる	月初めや各種更新申請などの時には証書を目視で確認している					
	127	看護計画について利用者に分かりやすく説明し同意を得ている	同意が必要な書類の理解ができていく					
	128	自己の目標訪問件数を意識して行動できる	自己目標の訪問看護提供の達成の度合を訪問看護提供件数で確認する					
129	コスト削減を意識し、省エネ対策、時間管理対策を意識して実践している	業所内でコスト削減（消耗品（衛生材料など、省エネ対策方法や時間管理対策）について意識して取り組む姿勢がある						
130	経営マネジメントの視点で目標管理に貢献できている	事業所全体の営業目標達成に向けて職員同士が共同して取り組む姿勢を持っている						

Ⅲ. 2. 2) 年間ポートフォリオ

年間ポートフォリオ「また来てや」と言われる訪問看護師に成長する！

氏名 _____

ビジョン：											A には、自己の課題、記しておきたい体験を記入する。		
ゴール：											B には、A をもとに学べた内容・学習できた知識・技術を記入する。		
C には、前期・中期・後期の自己評価を記入する。													
月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	指導者からのコメント
目標	前期目標			中期目標				後期目標					
A 自己の課題・特筆すべき体験													
B 学習した知識・技術 体験からの学び													
C 自己評価													

Ⅲ. 2. 3) 新卒訪問看護記録 技術チェックリスト

氏名

新卒訪問看護師育成研修		訪問看護ステーション			
		見学した	指導を受けて実施した	見守りで実施できる	単独でできる
血圧測定（アネロイド式）					
採血＋静脈注射					
採血					
点滴準備から投与					
静脈内留置針の実施					
CVポート	CVポート留置針の刺入				
	CVポートフラッシュ				
皮下点滴注射					
輸液ポンプ					
血糖測定					
インスリン注射					
気管 カニューレ	カニューレ部Yガーゼ交換				
	カフ圧確認				
	スピーチカニューレ交換				
人工呼吸器	NPPV				
	人工呼吸器				
吸引	気管カニューレ内吸引				
	鼻腔吸引				
	口腔吸引				
吸入	ネブライザー				
	噴霧式吸入				
ストーマ	ワンピース装着				
	排泄物処理				
	ツーピース装着				
	排泄物処理				
浣腸					
摘便					
導尿	自己導尿 男性				
	女性				
	介助導尿 男性				
	女性				

新卒訪問看護師育成研修		訪問看護ステーション			
		見学した	指導を受けて実施した	見守りで実施できる	単独でできる
膀胱留置 カテーテル	男性挿入				
	抜去				
	女性挿入				
	抜去				
膀胱洗浄					
胃ろう管理	ガーゼ交換				
	カフ圧確認				
	カテーテルチップによる注入				
	滴下注入				
鼻注栄養管理	チューブの固定				
	カテーテルチップによる注入				
	滴下注入				
透析シャント 管理	シャント音の確認				
	スリル確認				
	人工血管（内・外）				
腹膜透析	チューブの固定				
	透析セットの準備				
	機器の使用				
	排液の確認				
褥瘡処置	真皮を超えないものの処置				
	真皮を超えるものの処置				
内腔シャント管理					
ドレーン管理					
軟膏塗布					
点眼					
包帯法					
口腔ケア	半介助				
	全介助				
	義歯取り扱い				
食事介助	ミキサー食				
	キザミ食				
	トロミ食				
足浴	全介助				
	一部介助				
全身清拭	全介助				
	一部介助				

新卒訪問看護師育成研修		訪問看護ステーション			
		見学した	指導を受けて実施した	見守りで実施できる	単独でできる
手浴	全介助				
	一部介助				
陰部洗淨	男性				
	女性				
洗髪	座位				
	臥位				
入浴介助	全介助				
	一部介助				
爪切り	手				
	足				
	白癬爪きり				
冷電法					
温電法					
シーツ交換	臥床患者有り				
	臥床患者なし				
移乗（ベッド～車椅子）	全介助				
	一部介助				
リハビリ	歩行訓練				
	可動域訓練				
麻薬管理	座薬				
	内服				
	貼用薬				
	点滴				
	レスキュー薬				
家族への指導（技術項目）	例）鼻空吸引				

Ⅲ. 2. 4) 新卒訪問看護記録 書類チェックリスト

氏名

用紙の理解から 説明ができることを目標	オリエン テーション	訪問看護ステーション				コメント
	用紙の説明を受け た	実際の説明場面を 見た	内容を理解し説明 ができる	助言を受け ながら説明 できる	利用者へ 説明できる	
申込用紙						
重要事項説明書						
契約書						
訪問看護指示書						
点滴指示書						
点滴協定書						
特別訪問看護指示書						
精神科訪問看護指示書						
自立支援法自己負担上限管理表						
ターミナルケア加算同意書						
健康保険被保険者証						
介護保険被保険者証						
自立支援法受給者証						
重度障害老人健康管理事業制度						
特定疾患医療受給者証						
難病患者登録証明書						
福祉医療費受給者証						
労災保険						
介護保険自主点検表						
退院時共同指導加算						
担当者会議照会用紙						

Ⅲ. 2. 5) めざせ! 「また来てや」といわれる訪問看護師……

利用者様、ご家族からの評価 (アドバイス、励ましや要望等)

訪問看護師名

4ヶ月目 (月 日)	10ヶ月目 (月 日)	1年6ヶ月目 (月 日)
自己評価、感じたこと		

Ⅳ. 文献 (引用文献・参考文献)

- 1) ケアプロ株式会社編：新卒・新人訪問看護師教育プログラム，学研，2017.
- 2) 特集：来たれ新卒訪問看護師 千葉県訪問看護実践センター事業の試み，訪問看護と介護，18(8)，2013.
- 3) 間 裕子：在宅ケアに活かすコーチング 第1版第1刷，日本看護協会出版会，2007.
- 4) 清水 準一・柏木 聖代・川村 佐和子編：在宅看護の実習ガイド 事例とSTEPで可視化・言語化する 第1版第1刷，日本看護協会出版会，2017.
- 5) 鈴木 敏恵：ポートフォリオ評価とコーチング手法. 第1版第4刷，医学書院，2011.
- 6) 公益社団法人 日本看護協会編：看護に活かす 基準・指針・ガイドライン集 2016，日本看護協会出版会，2016.
- 7) 公益社団法人 日本看護協会編：平成 29 年版 看護白書. 看護師のクリニカルラダー活用による訪問看護師の教育，p190～199，日本看護協会出版会，2017.
- 8) 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～平成 29 年 3 月
- 9) 公益社団法人千葉県看護協会・千葉大学看護学研究科協働開発：新卒訪問看護師育成プログラム運用における学習支援マニュアル，平成 25 年度版.
- 10) 公益社団法人広島県看護協会：新卒訪問看護師育成マニュアル，平成 28 年 3 月.
- 11) 公益社団法人滋賀県看護協会：新卒訪問看護師育成マニュアル，平成 27 年 3 月. 平成 29 年 3 月

この育成プログラムは、以下のメンバーにより検討し、京都府看護協会により作成されました。

<新卒訪問看護師育成プログラム検討委員会>

小松 光代 (同志社女子大学看護学部看護学科 教授)

松本 賢哉 (京都橘大学看護学部看護学科 准教授)

上野 佳穂 (京都保健衛生専門学校 看護学科三年課程 副教務主任)

松久保眞美 (ナーシングケアホームおとく 管理者 訪問看護認定看護師)

勝本 孝子 (金井病院 在宅ケアセンター 訪問看護認定看護師)

豊島 博子 (京都府健康福祉部 医療課 医務看護担当副課長)

粟屋 明子 (京都府健康福祉部 医療課 医務看護担当 技師)

(事務局)

長谷川泰子 (公益社団法人京都府看護協会 常任理事)

平成 30 年 3 月



公益社団法人京都府看護協会

〒606-8111 京都市左京区高野泉町40番5

TEL : 075-723-7195

FAX : 075-723-7272

E-mail : kyokango@kyokango.or.jp