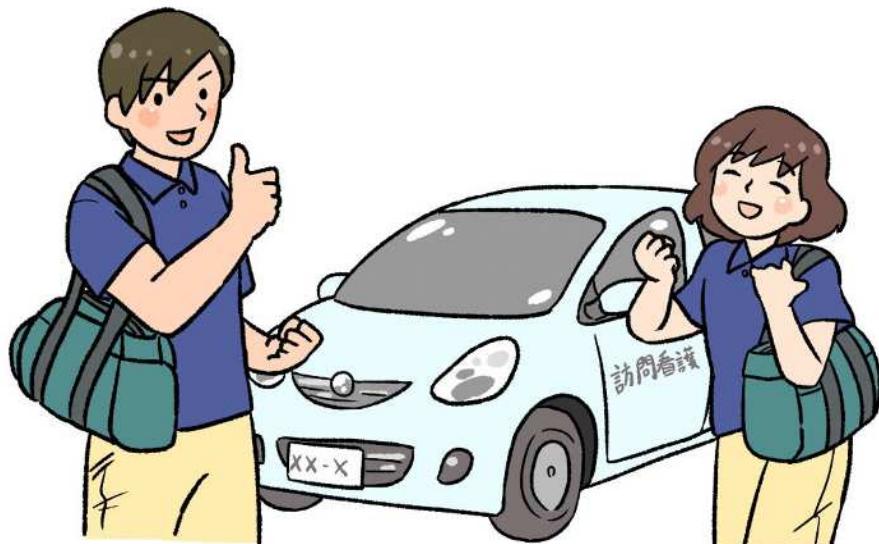


島根県
新卒等訪問看護師
育成プログラム
改訂版



令和8年1月 改訂
島根県健康福祉部医療政策課
島根県訪問看護支援センター

目 次

I. 育成プログラムの概要

1. 目的	1
2. 目標	1
3. 育成プログラムの対象者と定義	1
4. 学習課題を達成するための育成プログラムの基本的な考え方	1
5. 新卒等訪問看護師に必要な学習課題の内容と枠組み	2

II. 育成体制の概要

1. 育成体制	3
2. 育成関係機関とその役割	3
3. 育成支援の会議等	4
4. 学習支援の方法	5
5. 成長に合わせた学習支援	
● OJTによる支援	6
● OFF-JTによる支援	10

III. 育成プログラム

1. 採用準備	12
2. 学習支援の実際（1か月～24か月）	
就職1か月目	13
就職2か月目	14
就職3か月目	16
就職4～6か月目	17
就職7～9か月目	19
就職10～12か月目	21
就職13～18か月目	23
就職19～24か月目	25
3. 年間スケジュール	27

IV. 関係様式等

【様式 1-1】利用者（患者）振り返りシート	29
【様式 1-2】訪問看護振り返りシート	30
【様式 2】手順書	31
【様式 3】カンファレンス記録用紙	33
【様式 4】研修計画書・実施チェック表	35
【様式 5】研修報告書	37
【様式 6】成長確認シート	39
【様式 7】自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール	40
【様式 8-1】OJT シート：在宅看護過程	47
【様式 8-2】OJT シート：在宅療養における家族看護	49
【様式 9】看護基本技術チェックリスト	51
【各種様式の記載のタイミング及び提出先一覧】	58
【島根県訪問看護師キャリアラダー】	59
【参考様式】職員の派遣研修に関する協定書	60
引用・参考文献	62

I. 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新卒等看護師が、自律した訪問看護師として活動できる。

2. 目標

- 訪問看護に必要な専門知識・技術・態度を習得し、訪問看護を自律して行うことができる。
- 利用者と家族のありようを受け入れ、コミュニケーションを通して利用者・家族と良好な関係をつくることができる。
- 在宅療養者各々のケアシステムの一員として認められ、看護専門職として自律的に活動し、役割を遂行できる。
- 訪問看護師として、自分のキャリア形成を考え、自分の目標を持ち、その目標に向かって努力し、継続的な学習を自律的に進めていくことができる。

3. 育成プログラムの対象者と定義

● 新卒等看護師

看護基礎教育修了後、訪問看護ステーション等での勤務経験がなく、かつ、病院での勤務期間（休職期間を除く）が1年以内の看護師をいう。

● 学習支援者

新卒等看護師の学習支援に関わる訪問看護事業所の管理者、指導者、スタッフおよび学習支援に関わる関係者（島根県看護協会、島根県訪問看護支援センター、看護師等養成機関、医療・福祉施設、行政等）をさす。学習支援者は、根拠に基づいた指導ができることとする。

4. 学習課題を達成するための育成プログラムの基本的な考え方

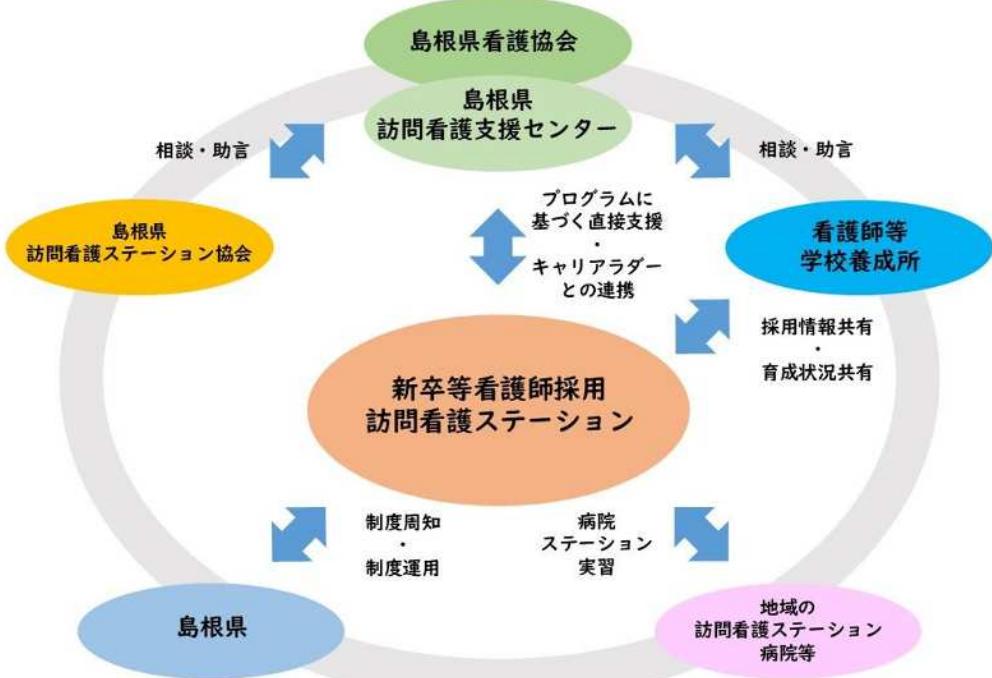
- 本育成プログラムは2年間で修了するものとする。
- 同行訪問から学ぶことを基本とする。
- 島根県看護協会の訪問看護師養成講習会（訪問看護人材養成基礎カリキュラム）、訪問看護研修等を受講し、知識・技術を補強する。
- 実務研修として、勤務先以外の訪問看護ステーションや病院等で研修を行い、地域包括ケアシステムを理解する。振り返りカンファレンスや学習支援者（指導者）等との面接で自己の課題を明確にする。

5. 新卒等訪問看護師に必要な学習課題の内容と枠組み



II. 育成体制の概要

I. 育成体制



2. 育成関係機関とその役割

機 関	役 割
新卒等看護師採用の訪問看護ステーション	① ニーズの発信 ② 新卒等看護師の採用（人材確保） ③ 訪問看護実践における指導・助言 ④ 育成プログラムに基づくカンファレンス・会議等の時間の確保 ⑤ 教育体制の整備
島根県看護協会 島根県訪問看護支援センター	① 各関係機関との調整 ② 島根県からの事業受託、予算確保等 ③ 研修の企画・調整・実施・評価 ④ 育成プログラムに基づく支援 ⑤ 訪問看護ステーション内の教育環境の整備に関する相談・支援 ⑥ 事業の普及啓発 ⑦ 人材確保に関する相談・支援 ⑧ 学習支援者会議の開催 ⑨ 訪問看護支援センター運営協議会の開催
島根県	① 在宅医療推進に関する施策の企画・立案・評価 ② 新卒等訪問看護師育成事業費の確保及び事業委託
看護師等学校養成所	① 情報提供 ② 学習支援に係る助言・指導 ③ 訪問看護の知識、技術の助言・指導
訪問看護ステーション協会	① 地域の訪問看護ステーションに関する情報提供 ② 学習支援に係る助言・指導
病院・介護保険施設等	① 医療機関における医療や看護の技術・知識を習得する場の提供 ② 退院支援、地域連携等を学ぶ場の提供 ③ 介護保険施設等における看護や介護の実際を学ぶ場の提供 ④ 多職種連携を学ぶ場の提供

3. 育成支援の会議等

会議名	目的・目標	参加者
振り返りカンファレンス <1年目> 4~9月：1回/週 9月以降：2回/月 <2年目> 通年：1回/月	<p>〈目的〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒等看護師・2年目看護師の学習過程を振り返り、習得状況を確認し、課題と次の目標を明確にする <p>〈目標〉</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 新卒等看護師・2年目看護師は、学習過程を振り返り、自己の課題を明確にできる ② 新卒等看護師・2年目看護師は、助言を受けて、課題解決に向けて目標が立てられる ③ 学習支援者（管理者・指導者）は、新卒等看護師・2年目看護師の学習状況等の振り返りを基に習得状況の把握ができる ④ 学習支援者（管理者・指導者）は、新卒等看護師・2年目看護師が自己的課題の明確化、課題解決に向けての目標設定の支援ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・新卒等看護師、2年目看護師 ・学習支援者（管理者、指導者）
学習支援者会議 <1年目> 4~6月：1回/月 9月以降：1回/隔月 7月：交流会 <2年目> 9月・3月の2回/年 7月：交流会	<p>〈目的〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒等看護師・2年目看護師、および学習支援者（管理者・指導者）の育成上の課題を共有し、新卒等看護師・2年目看護師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 <p>〈目標〉</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 新卒等看護師・2年目看護師は、学習過程等を振り返り、自己の課題を明確にできる ② 学習支援者（管理者・指導者）は、新卒等看護師・2年目看護師の振り返りを踏まえ、現場の指導上の課題を明らかにことができる ③ 訪問看護支援センター・行政担当者は、現場の指導上の課題が把握できる ④ 学習支援者会議は、現場の指導上の課題を踏まえ、新卒等看護師・2年目看護師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 	<ul style="list-style-type: none"> ・新卒等看護師、2年目看護師 ・学習支援者（管理者、指導者） ・訪問看護支援センター担当者 ・行政（県）担当者
訪問看護支援センター 運営協議会 3回/年	<p>〈目的〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新卒等看護師・2年目看護師の目標達成状況を踏まえ、プログラムの評価を行い、次年度のプログラムの企画・調整を行う <p>〈目標〉</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 訪問看護支援センター担当者は、新卒等看護師・2年目看護師の育成プログラムの進捗状況を把握し、運営協議会メンバーと情報共有することができる ② 運営協議会メンバーは、新卒等看護師・2年目看護師の育成プログラムの進捗状況を踏まえ、課題を明確にできる ③ 運営協議会メンバーは、課題解決に向けて検討する ④ 運営協議会メンバーは、育成プログラムの評価を行い、次年度のプログラムの企画・調整をする 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護協会担当者 ・訪問看護支援センター担当者 ・訪問看護ステーション協会担当者 ・教育機関（委任を受けた者） ・行政（県）担当者

4. 学習支援の方法

● 学習支援の目的

新卒等看護師・2年目看護師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に育てることである。

● 学習支援の目標

訪問看護ステーション利用者のケアの質を低下させることなく、訪問看護ステーションの一員として自律的に活動することができるように、学習内容・方法を検討し、支援できる。

● 学習支援のポイント

① 学習課題の焦点化

- ・ 優先順位を共に考え、課題達成に向け支援する

② 新卒等看護師・2年目看護師が気づいていない課題を気づくように促し、問い合わせる

- ・ 目的意識や気づきを促し、やりがいや達成感を与えモチベーションを高める

③ 「確実にできる」「一人でできる」と評価する理由や根拠を共有化する

- ・ 達成度の評価は、利用者から了解が得られることを基準とし、客観的評価や根拠について話し合う

④ 精神的・心理的な支援を行い、不安やストレスの軽減を図る

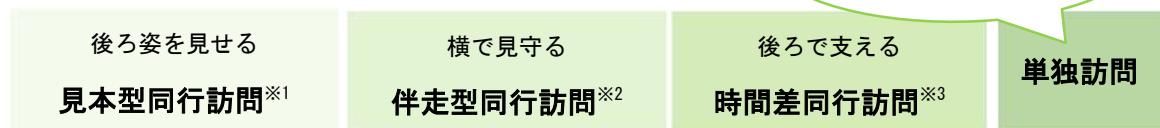
5. 成長に合わせた学習支援

● OJTによる支援

(I) 同行訪問から単独訪問へのステップ

新卒等看護師が、単独訪問ができるようになることを目標に「見て学ぶ」→「一部を実施してみる」→「見守りのもと一連で実施」→「一人でやってみる」という準備、適切なステップを踏んで成長できるよう同行訪問を計画する。

ステーション看護師
チームで支えよう！



■同行訪問の選定ポイント

- できる限り多くの利用者を訪問する
- ステーションの全ての看護師と同行する

- 習得する必要な技術、医療処置がある利用者

- 受け持ち利用者

■同行訪問の目的

- ステーションの利用者・家族の特徴を知る
- 利用者・家族の生活を知る

- 手順書^{※4}による個別ケアの理解を実施

- 独り立ちに向け訪問を確立する

図 同行訪問の種類とそのポイント

- ※1 見本型同行訪問：指導者やスタッフが新卒等看護師に訪問看護のモデル（見本）を示し、学習する機会とする同行訪問
- ※2 伴走型同行訪問：新卒等看護師が主になって訪問看護を実践し、それを指導者やスタッフがサポートし、見守り、伴走しながら学習する同行訪問
- ※3 時間差訪問：新卒等看護師が受け持ち利用者の単独訪問ができるように支援する同行訪問。新卒等看護師の単独訪問の時間内に指導者が合流し、利用者・家族の状態のアセスメントやケアの実施、家族への説明内容など確認し、単独訪問内容を支持する同行訪問
- ※4 手順書：利用者の訪問看護実践における個別的なケア方法の手順と根拠を示したもの

(I) 同行訪問の実際

- ① 1年目の4～5月に勤務先の訪問看護ステーションの多様な利用者へ幅広く同行訪問する
- ② 同行訪問した利用者ごとの留意点やケアの根拠を明確にしたケア方法の「手順書(様式2)」を作成する（自施設で使用している書式があればそれを使用）
- ③ 複数名の利用者へ継続して同行訪問を行う。訪問前に、必ず前回の訪問記録、作成した手順書を確認し、情報収集と当日訪問のシミュレーションを行う
- ④ 作成した「手順書」に沿ってケアを実施するケアの内容、方法を振り返り「利用者(患者)振り返りシート(様式1-1)」及び「訪問看護振り返りシート(様式1-2)」に記録を残す

(2) 新卒等看護師の成長に合わせた同行訪問

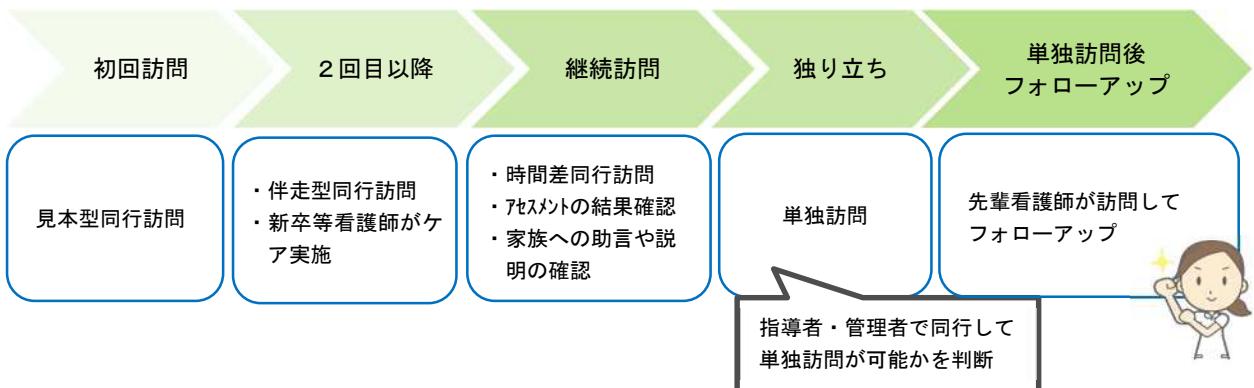


図 新卒等看護師の成長に合わせた同行訪問から単独訪問へのステップ

(3) 新卒等看護師の成長に合わせた受け持ち利用者の選定

新卒等看護師の受け持ちは、新卒等看護師の学習がスムーズにでき、無理なく達成できる事例を選定することが大切である。**1事例目**は、「成功体験にする」ことができる事例、**2事例目**は、習得した技術やケアを活用して「何とかやっていけそう」と関心や意欲を高める事例、次の事例は、自信を高めるために「新卒等看護師が希望する事例」を自分で選び、さらには「チャレンジ事例」のように少しずつ目標を高めていく。

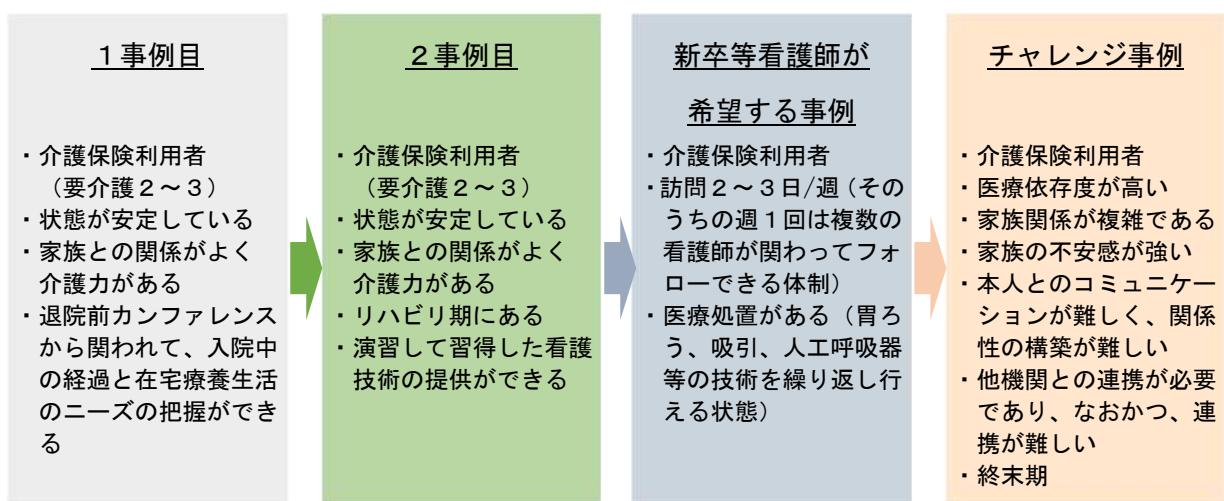


図 新卒等看護師の成長に合わせた受け持ち患者の選定

(4) 単独訪問の実際

- ① 1年目の6月頃から、受け持ち利用者に1人で訪問する（訪問は1人だが、ステーションの看護職員全員で支える）
- ② 単独訪問する受け持ち利用者の全体像を把握するために、「関連図」を描く（様式自由）
- ③ 単独訪問開始前に所内の事例検討会（カンファレンス）で受け持ち利用者について発表し理解を深める
- ④ 受け持ち利用者の看護過程を展開し、自施設の訪問看護計画書・報告書を作成する
- ⑤ 訪問前に必ず前回の訪問記録の確認と情報収集を行い、当日の訪問のシミュレーションを行う。必要時、所内で指導者や先輩訪問看護師と共に処置・ケア等のデモンストレーション

ンを行う

- ⑥ 単独訪問数は徐々に増やす。受け持ち利用者は3か月目に1人、4~6か月目に2~3人、12か月目に4~5人を目指す

(5) 単独訪問の要件と見極め方法

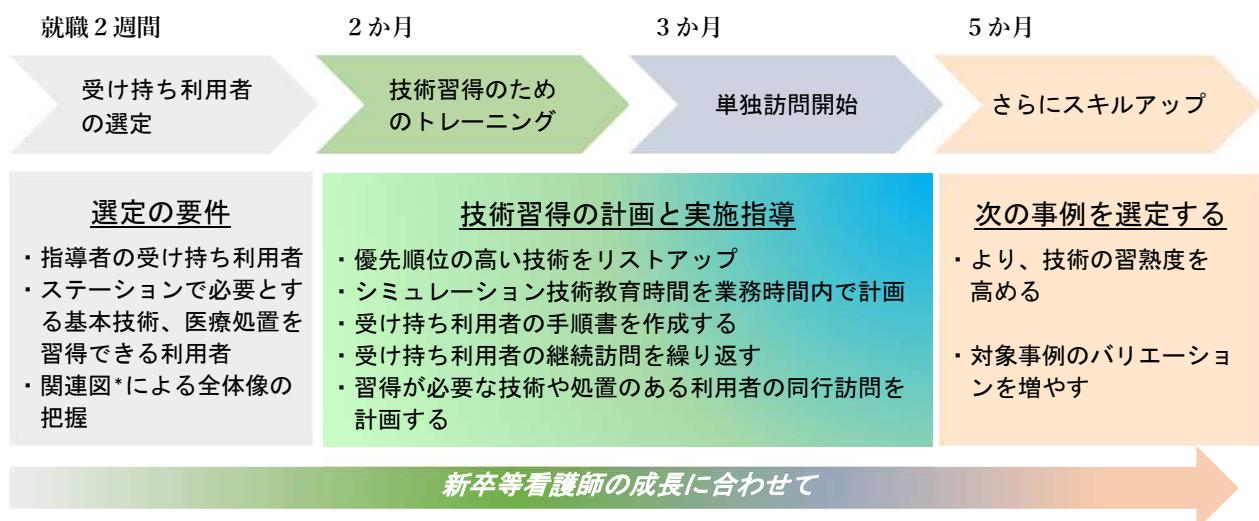
– 単独訪問の要件 –

- ア) 受け持ち利用者・家族との関係性が構築できる
 - イ) 受け持ち利用者・家族の関連図を作成し、問題を明確化することができる
 - ウ) 受け持ち利用者の生活の仕方に合った手順書を作成し、個別的な看護技術を提供できる
 - エ) 受け持ち利用者を総合的に把握し、一連の看護過程を展開できる
 - オ) 受け持ち利用者の緊急時の対応方法を説明できる
 - カ) 受け持ち利用者・家族から了解を得られる

– 単独訪問の見極め法 –

- ア) 管理者と指導者が同行訪問で実践学習の到達度を確認する
- イ) 振り返り学習とカンファレンスで新卒者の理解状況を確認する

(6) 受け持ち利用者の安心・安全な訪問に向けた技術習得の進め方



*関連図：利用者の病態生理や治療状況、利用者・家族の生活上の問題に関する情報を整理する。その上で、利用者と家族の生活の全体像を把握し、今、何が起こっているか、今後、起こり得る問題の因果関係や影響要因、関連要因を明確にするために書き起こすもの。関連図を描くことにより、客観的に問題状況を把握し、論理的に結論を導き出す能力を育成する。

図 新卒等看護師の成長に合わせた技術習得の進め方

(7) 単独訪問を支援する2つの学習方法

訪問看護ステーション内での事前・事後学習と同行訪問による訪問看護実践学習の2つの方法を繰り返すことで、思考と行為を結びつけ、受け持ち利用者の個別的な訪問看護展開を自律して実践できるよう支援します。

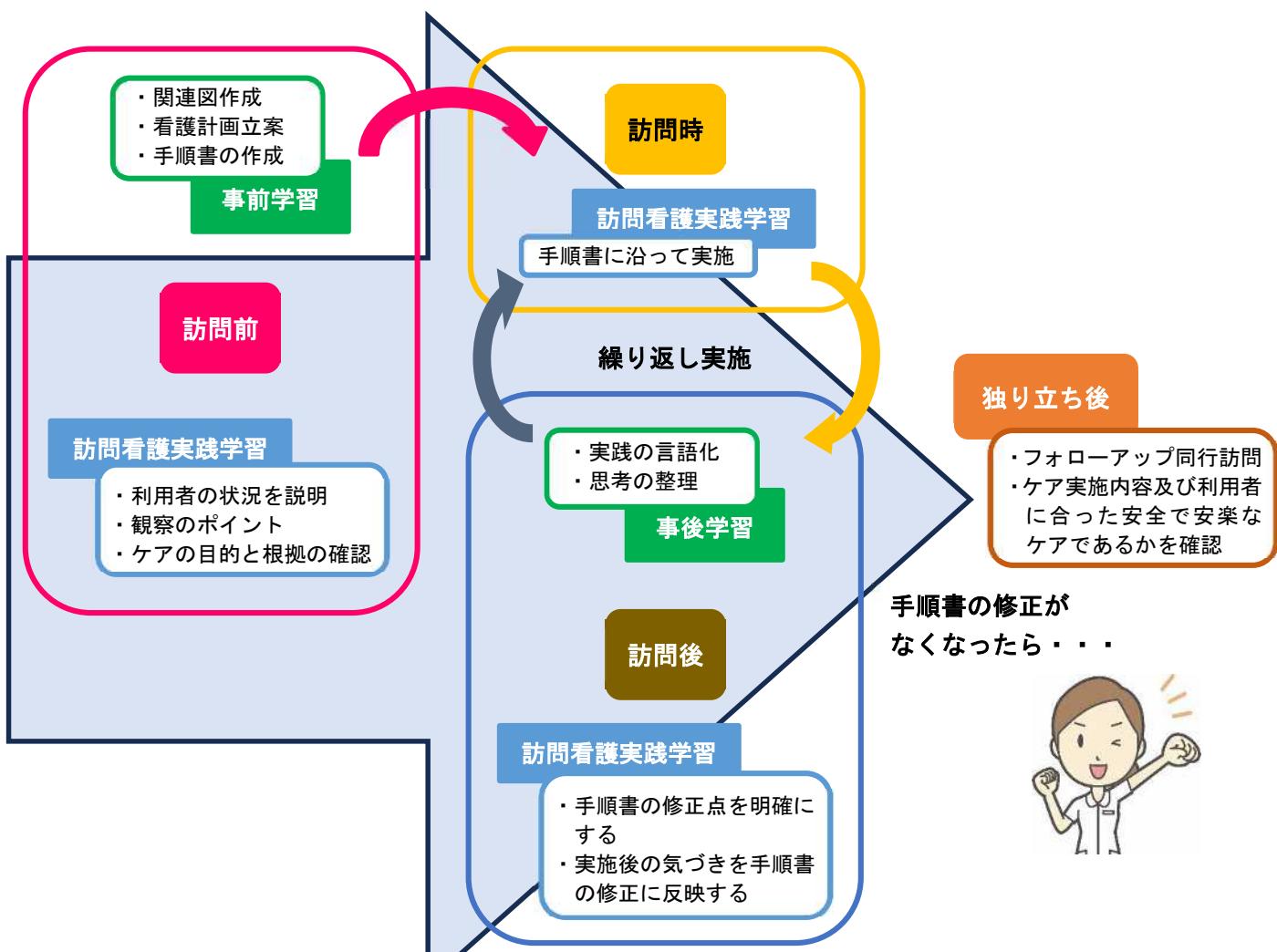
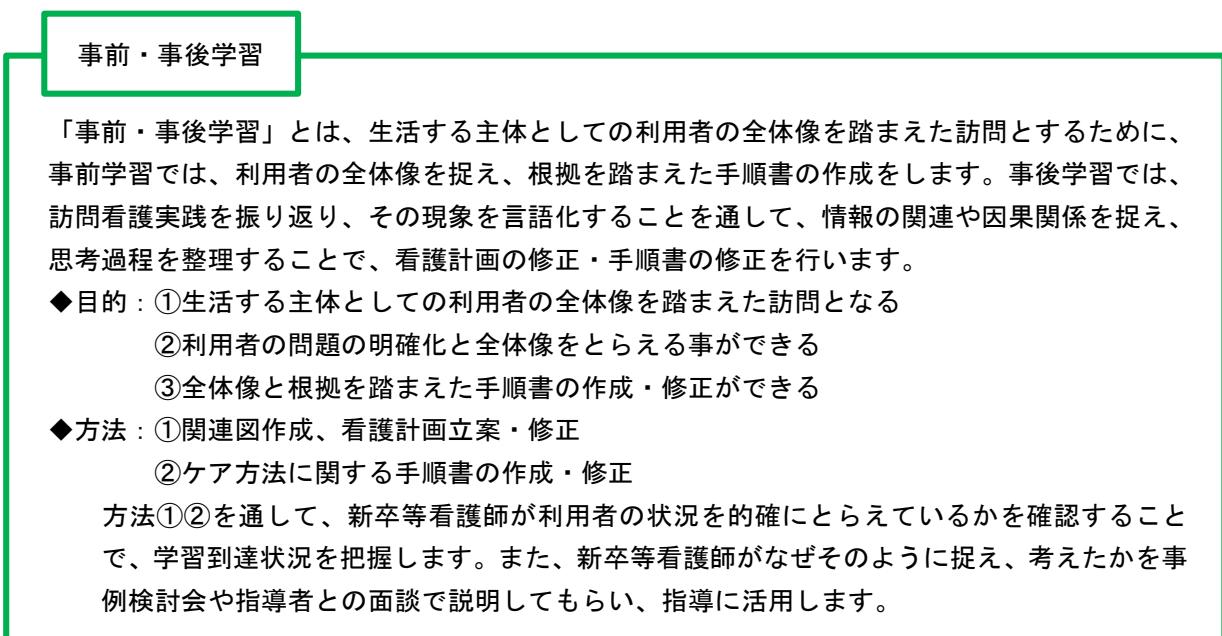


図 単独訪問を支援する2つの学習方法

(8) 緊急時対応に関する学習支援方法

- ① 勤務先の訪問看護ステーションの判断により、隨時、日中の急変時、緊急時訪問が必要な利用者へ同行訪問し、対応等を実践から学ぶ
- ② 徐々に時間外の緊急時訪問が必要な利用者へ同行訪問する
- ③ 経験したケアに基づき、訪問看護振り返りシート（様式 I-1、I-2）に記載する
- ④ 訪問看護師（指導者）と共に24時間対応を行い、状況判断や対応方法を学ぶ

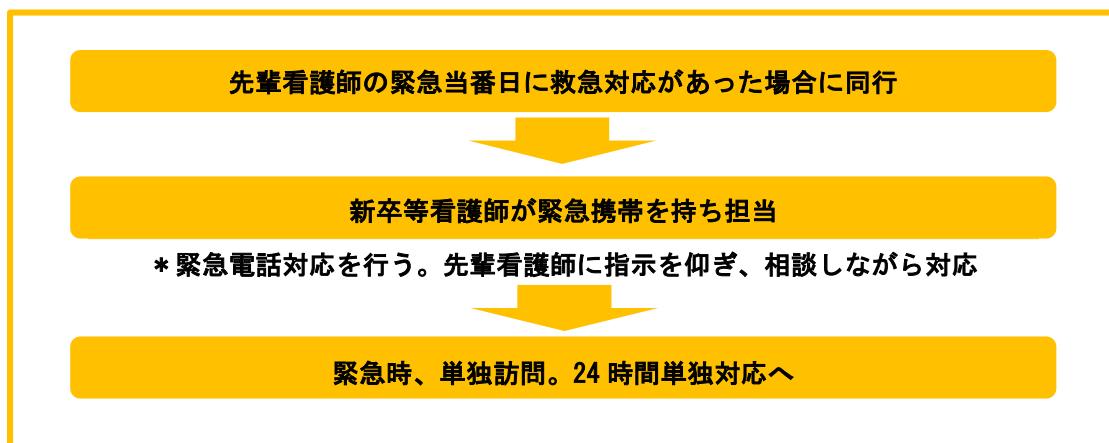


図 単独での緊急対応に向けた進め方

● OFF-JTによる支援

(1) 各種研修

内容	方法
新人看護職員研修	①就職時、自施設に関連病院がある場合は、病院の「新人看護職員研修」を受講する ②新人看護職員が少ない場合は、島根県看護協会主催の「新人看護職員研修事業 多施設合同研修」への参加も可能とする ③上記①・②以外に、同一圏域内での病院での「新人看護職員研修」が受講できるよう調整を行い、受講する。なお、同一圏域内での受講が困難な場合は、訪問看護支援センターとも相談の上、他圏域で受講できる病院を調整する ④受講した研修の概要は、研修報告書（様式5）に簡潔に記載する
訪問看護研修	①島根県看護協会による訪問看護師養成講習会（訪問看護人材養成基礎カリキュラム）を受講する ②研修中に使用した参考文献や提出した記録・レポート等は写しを取り、ファイルに綴っておく
勤務先以外の訪問看護ステーションでの研修	①自施設では経験できない対象者の看護を学ぶため、他ステーションでの研修を行う（1カ所につき2～5日間単位） ②研修前に研修先と研修内容について打ち合わせを行い、「研修計画書・実施チェック表（様式4）」を記載し、研修先と自施設に提出する。 ③研修後は「利用者（患者）振り返りシート（様式I-1）、および、訪問看護振り返りシート（様式I-2）を記載し、研修先および自施設へ提出する。
病院研修*	①1年目の9月頃、1月頃を目安に、病院での研修を行う。 ②2年目の研修については、年2回程度とし、時期等については島根県訪問看護支援センターと相談の上、調整する ③研修期間や内容については、訪問看護ステーションと病院でのすり合わせを行う ④研修場所は、一般病棟のみならず、専門外来、救急部門、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、療養型病棟、退院支援部門等も経験できるよう計画するのが望ましい ⑤病院での研修は、日々の「研修計画書・実施チェック表（様式4）」「研修報告書（様式5）」を記載し、研修先および自施設に提出する。

(2) 病院研修*

【目標】

1年目：①入院および在宅での医療・看護の違いを知り、ケアの根柢を学ぶ

②患者の入院から退院までの病棟・外来（地域連携室を含む）の関わり方を学ぶ

2年目：①病院での地域連携・退院支援の現状を知り訪問看護師としての連携を理解する

②病院で行われる治療や看護を知り、在宅でのリスクを考えることができる

【場所・時期】

1年目：〈場所〉 病棟等で実習する

〈時期・期間〉 前期：9月頃が望ましい（3～5日）

後期：1月頃が望ましい（3～5日）

2年目：〈場所〉 一般病棟、救急部門、慢性期病棟、回復期病棟、地域包括ケア病棟、地域連携室等で実習する

〈時期〉 年2回程度実施する。訪問看護ステーション、病院、島根県訪問看護支援センター等で協議し、決定する

【内容】

1年目：〈前期研修〉

①看護師と共に行動し、病院での看護を学ぶ

②看護師と共に行動し、日常生活援助、診療の補助技術を体験する

③カンファレンスを通じ自己の学びを言語化し課題を明確にする

〈後期研修〉

①外来、地域連携室等での見学を通して、退院に向けた病棟・外来看護師のかかわりを学ぶ

②病棟での多職種カンファレンス等に参加し、多職種の連携やチーム医療の実際を学ぶ

③カンファレンスを通じ自己の学びを言語化し課題を明確にする

2年目：①慢性期・回復期・療養型・地域包括ケア病棟、救急部門、地域連携室での看護の実際・役割や専門性・特色を知り、訪問看護師としての連携を考える
②カンファレンスを通して、自己の学びを言語化し、課題を明確にする

【その他】

・研修病院は島根県訪問看護支援センターが調整をする

・実習にあたっては研修病院との協議のうえ、契約書（参考様式Ⅰ）等により確認を行う

III. 育成プログラム

I. 採用準備

● 採用計画の手順

(1) 育成体制の準備

- ・ 長期・中期計画に基づき、年度ごとの採用人数の決定
- ・ 複数の訪問看護ステーションを開設している場合、新卒等看護師を育成する予定の訪問看護ステーションの決定

(2) 新卒等看護師の募集について PR（看護系教育機関、就職ガイダンス等）

- ・ 看護師等養成校へ募集チラシの配布、訪問による説明
- ・ オープンカンパニーやキャリア教育*の実施
- ・ ホームページへの掲載

(3) 募集要項の養成所への送付

- ・ 時期：採用予定の11～13か月前（前々年度の3月頃）

(4) 募集の内容

- ・ 採用予定人数、採用予定の訪問看護ステーション名、採用の概要
- ・ 採用試験、面接の日程
- ・ 応募資格

(5) 採用試験、面接の実施

- ・ 採用試験問題作成、面接内容の準備、面接員の日程調整

(6) 採用決定、通知

- ・ 採用通知書を郵送
- ・ 採用までのスケジュール、採用手続き、辞令交付の案内

(7) 訪問看護支援センターとの研修調整

- ・ 採用後、1～2か月で開始する予定の外部研修の確認、受講依頼、日程調整

* オープンカンパニー、キャリア教育とは、企業や業界、職種などについて具体的に理解を深める機会を提供するプログラム（採用活動ではない）。内容は、説明会、交流会、職場見学、グループワーク、就業体験など。但し、就業体験は必須ではない。ここで得られた学生情報は、広報活動や採用選考活動に使用することはできない。

● 育成のための準備

- ① 事業所独自の育成プログラムの作成・周知、役割分担
- ② スタッフへの周知、受け入れ準備のための勉強会（基本的看護技術の確認 等）
- ③ 指導者の決定
- ④ 指導者の勤務調整
- ⑤ 新卒等看護師、指導者の席の配置調整
- ⑥ 利用者ごとの手順書、記録の整備
- ⑦ 看護ケアマニュアル、参考文献の準備
- ⑧ 看護用品、事務用品の準備
- ⑨ シミュレーターの準備（購入可能な物の選定、他機関における借用 等）

2. 学習支援の実際

1) 1年目

就職1か月目

「訪問看護ステーションの職場環境に慣れることから始めましょう。不安なこと、気がかりなことを自ら語り、笑顔で看護の仕事をしましょう。」

新卒等看護師の目指す姿	<p>–利用者全体やステーション内を自分の目で見てみよう–</p> <ul style="list-style-type: none">・看護職としての自覚を持って、日々の業務に取り組む・訪問看護のしくみや制度の概要、訪問看護の流れ、訪問看護記録の種類を知る・ステーションの1日の流れ、1週間の流れ、1か月の流れを知る・ステーションの環境に慣れ、訪問の準備ができる・単独訪問への準備として、数人の利用者に継続訪問し、利用者の全体像や療養環境を理解する・利用者・家族とのコミュニケーションが取れ、ニーズを把握する会話ができる
新卒等看護師の学習方法	<p>–まずは、自分に必要な学びを書きだそう–</p> <ul style="list-style-type: none">・毎週の目標や同行訪問時の看護師のケア内容・方法・根拠を「利用者（患者）振り返りシート（様式1-1）、訪問看護振り返りシート（様式1-2）」、「手順書（様式2）」に記録する・多様な利用者への同行訪問をとおして、習得が必要な基礎看護技術を挙げ、優先順位・訪問看護記録から利用者の状況、ケアの内容を情報収集する・1週間に1回開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだ事を「カンファレンス記録用紙（様式3）」に記載し、課題を明確にする・新人看護研修を受講し、概要を「研修報告書（様式5）」に簡潔にまとめる・1ヶ月を振り返り、「成長確認シート（様式6）」に簡潔に経験や学びを整理し、次月における課題を明確にする
学習支援	<p>–新卒等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">・管理者はオリエンテーションを行う（事業所の概要、方針、就業規則、訪問看護のしくみ・制度、1日の流れ、1週間の流れ、1か月の流れ等の説明）・指導者は、1日の中で学習時間を設け、体験したことを振り返る時間を確保する・指導者は、習得が必要な看護技術を挙げ、優先順位をつける・「カンファレンス記録用紙（様式3）」や新卒等看護師との対話をとおし、新卒等看護師の理解度と学習課題を確認し、必要な学習を促す
ステーション内の支援体制	<p>–新卒等看護師を受け止める場としてカンファレンスの時間を確保する–</p> <ul style="list-style-type: none">・指導者は振り返りカンファレンスを週1回行う。新卒等看護師の学習・勤務状況を知り、課題を共有する場と時間をつくる・指導者は新卒等看護師と個別面談を行い、安心して仕事ができる環境づくりをする・管理者・指導者は、訪問看護基礎技術研修を計画し、月2回実施する
看護協会・訪問看護支援センターのバックアップ	<ul style="list-style-type: none">・訪問看護基礎技術研修計画の支援をする・新卒等看護師・管理者・指導者に1年間のプログラム全体を説明する・新卒等看護師の学びの状況や記録用紙を月2回把握する・「学習支援者会議」を月1回開く。新卒等看護師の学びの状況や課題を知り、支援者で対応策を共有する

*島根県看護協会主催の「新人看護職員研修事業 多施設合同研修」へ参加した場合は、研修終了後、研修内容や学びを「研修報告書（様式5）」に簡潔にまとめ、自施設に提出する。

就職 2 か月目

「少し訪問にも慣れました。いよいよ単独訪問に向けて受け持ち利用者の抱える課題と解決に向けてアセスメントと看護ケアの実践力を養う時期です。受け持ち利用者の訪問看護計画や訪問看護報告書を指導者と一緒に考えてみましょう。」

新卒等看護師の目指す姿	-その人の生活に合った看護ケアを習得しよう-
	<ul style="list-style-type: none">・数人の継続訪問する利用者のケアに加わり、その人に合った援助ができる・利用者・家族とのコミュニケーションが取れ、ニーズを把握する会話ができる・多様な利用者への同行訪問をとおして、利用者の状況や必要な看護技術、ステーションの特徴、訪問看護制度を知る・単独訪問への準備として、数人の利用者に継続訪問し、利用者の全体像を理解する・受け持ち利用者の看護問題と解決策について検討することができる・受け持ち利用者の訪問実績を入力できる
新卒等看護師の学習方法	-受け持ち利用者の全体像を知ろう-
	<ul style="list-style-type: none">・利用者に実施したケアの目的・根拠、観察した内容を事業所の記録や「利用者（患者）振り返りシート（様式 1-1）、訪問看護振り返りシート（様式 1-2）」に記載する・継続訪問する利用者のケアの留意点等を「手順書（様式 2）」に記載する・受け持ち利用者の疾患と治療、必要なケアについて理解を深める・受け持ち利用者の全体像を把握するために、関連図を書く・単独訪問の前に、受け持ち利用者を所内カンファレンスで発表する・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・習得が必要な看護技術を繰り返し練習する・受け持ち利用者の訪問実績を訪問同行者とともにに入力する・1週間に1回開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだ事を「カンファレンス記録用紙（様式 3）」に記載し、課題を明確にする・訪問看護師養成講習会（訪問看護師人材養成基礎カリキュラム）を受講した学びを「研修報告書（様式 5）」に記載し、ステーションで共有する・「自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール（様式 7）（2か月目）を確認し、自己の課題を明確にする・1ヶ月を振り返り、「成長確認シート（様式 6）」に簡潔に経験や学びを整理し、次月における課題を明確にする
学習支援	-同行訪問をしながら、ケアを任せていこう-
	<ul style="list-style-type: none">・受け持ち利用者の同行訪問では、伴走型同行訪問へと変えていく・継続訪問の利用者の手順書を作成し、看護技術の習得ができるようにする・受け持ち利用者の関連図、看護問題の焦点化ができるように面接し指導する・受け持ち利用者の訪問看護計画書・訪問看護報告書が作成できるように指導する・訪問同行者は、受け持ち利用者の訪問実績が入力できるよう指導する
ステーション内の支援体制	-意図的な訪問計画とスタッフ全員で一貫した指導を心がけよう-
	<ul style="list-style-type: none">・指導者はスタッフ全員で一貫した指導ができるように調整する・指導者は振り返りカンファレンスを週1回行う・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・管理者や指導者が同行訪問し、単独訪問の要件を満たしているかを確認する・管理者は指導者と相談し、単独訪問の利用者を選定する・指導者は新卒等看護師と個別面談を行い、安心して仕事ができる環境づくりをする。「自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール（様式 7）」を用いて、何を優先的に学習すべきかを確認し、次のステップへ進む目安とする

	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者・指導者は、訪問看護基礎技術研修を計画し、月2回実施する
看護協会・ 訪問看護支 援センター のバック アップ	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護基礎技術研修計画の支援をする ・新卒等看護師の学びの状況や記録用紙を月2回把握する ・「学習支援者会議」を月1回開く。新卒等看護師の学びの状況や課題を知り、支援者で共 有する。新卒等看護師の精神面の支援も行う

*島根県看護協会主催の「新人看護職員研修事業 多施設合同研修」へ参加した場合は、研修終了後、研修内容や学びを「研修報告書（様式5）」に簡潔にまとめ、自施設に提出する。

就職 3か月目

「いよいよ単独訪問に向けて気持ちを高め、引き締めていく時期です。思い切ってひとりになって、その一歩を踏み出してみましょう。また、受け持ち利用者や家族との信頼関係をつくっていきましょう。」

新卒等看護師の目指す姿	<p>－単独訪問で独り立ち－</p> <ul style="list-style-type: none">・継続訪問している利用者にひとりで訪問し、その人に合った援助ができる・利用者・家族とのコミュニケーションが取れ、ニーズを把握する会話ができる・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・利用者の看護問題と解決策について検討することができる
新卒等看護師の学習方法	<p>－受け持ち利用者・家族との信頼関係をつくろう－</p> <ul style="list-style-type: none">・一人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管理者に報告する・ケアの目的・根拠、観察した内容を事業所の記録や「利用者（患者）振り返りシート（様式 I-1）、訪問看護振り返りシート（様式 I-2）」に記載する・継続訪問する利用者のケアの留意点等を「手順書（様式 2）」に記載する・受け持ち利用者の疾患と治療、必要なケアについて理解を深める・受け持ち利用者の全体像を把握するために、関連図を書く・単独訪問前に、受け持ち利用者を所内カンファレンスで発表する・習得が必要な看護技術を繰り返し練習する・1週間に1回開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだ事を「カンファレンス記録用紙（様式 3）」に記載し、課題を明確にする・経験した技術については「看護技術チェックリスト（様式 9）（3か月目）」に記載する・1ヶ月を振り返り、「成長確認シート（様式 6）」に簡潔に経験や学びを整理し、次月にむけての課題を明確にする
学習支援	<p>－できるところは認め、背中を押し、応援しよう－</p> <ul style="list-style-type: none">・一人目の受け持ち利用者にケアを積極的に行うことができるよう、時間差同行訪問で見守る・継続訪問利用者の手順書を作成し、技術の習得ができるようにする・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・受け持ち利用者の関連図、看護問題の焦点化ができるように面接し、指導する・受け持ち利用者のサービス調整会議や退院前カンファレンス等、所外で多職種連携の会議に参加できるよう計画する
ステーション内の支援体制	<p>－管理者・指導者・スタッフで話し合い、学習支援体制を見直す－</p> <ul style="list-style-type: none">・指導者は振り返りカンファレンスを週1回行う・看護技術チェックリスト（様式 9）を用いて3か月間の振り返りを行い、今後の方向性の確認を行う・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・管理者や指導者が同行訪問し、単独訪問の要件を満たしているかを確認する・不安のないように時間差同行訪問から単独訪問に移行するよう、訪問を計画する・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・管理者・指導者は、訪問看護基礎技術研修を計画し、月2回実施する
看護協会・訪問看護支援センターのバックアップ	<ul style="list-style-type: none">・訪問看護基礎技術研修計画の支援をする・新卒等看護師の学びの状況や記録用紙を月2回把握する・「学習支援者会議」を月1回開く。これまでの学習の進捗状況について、新卒等看護師・指導者と共有する。指導者に対しても必要な支援をする・島根県訪問看護支援センター運営協議会は、プログラムの進捗状況を把握する

* 島根県看護協会主催の「新人看護職員研修事業 多施設合同研修」へ参加した場合は、研修終了後、研修内容や学びを「研修報告書（様式 5）」に簡潔にまとめ、自施設に提出する。

就職 4～6か月目

「一人で準備し、訪問ができるようになり、「訪問看護師らしく」なる時期です。受け持ち利用者の単独訪問で自分のアセスメント力を磨きながら、ひとつずつ階段を上り始めます。この3か月間は、受け持ち利用者の単独訪問が2～3人目へとステップアップし、受け持ち利用者以外にも単独訪問ができるようになります。一つひとつのケアの向上とアセスメント力、看護過程の展開をしっかり学ぶ時期です。」

新卒等看護師の目指す姿	<p>－個別ケアと家族支援を展開しよう－</p> <ul style="list-style-type: none">・2～3人目の受け持ち利用者の単独訪問ができる・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・受け持ち利用者・家族との関係性が構築できる・他職種との連携、地域との連携について理解できる・これまでの学びや課題を明らかにできる
新卒等看護師の学習方法	<p>－利用者的生活全体を理解し家族他職種と共有しよう－</p> <ul style="list-style-type: none">・訪問の前後に指導者に報告・連絡・相談し、問題の早期解決を図る・ケアの目的・根拠、観察した内容を事業所の記録や「利用者（患者）振り返りシート（様式1-1）、訪問看護振り返りシート（様式1-2）」に記載する・利用者のケアの留意点等を「手順書（様式2）」に記載する・利用者を支える家族の役割や他職種の支援内容についての理解を深める・2～3人目の受け持ち利用者のアセスメント・ケア計画を所内カンファレンスで発表する・1週間に1回開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだ事を「カンファレンス記録用紙（様式3）」に記載し、課題を明確にする・4か月目・6か月目に訪問看護師養成講習会（訪問看護人材養成基礎カリキュラム）を受講した学びを「研修報告書（様式5）」に記載し、ステーションで共有する・前期病院研修の準備をおこなう。病院研修の目標を理解し、研修病院と打ち合わせを行い、「研修計画書・実施チェック表（様式4）」に具体的な研修計画を記載する・前期病院研修においては、毎日「研修計画書・実施チェック表（様式4）」および「研修報告書（様式5）」を記載する。日々の実践を振り返り、課題を明確にしながら研修を進める・6か月目に、「OJTシート：在宅看護過程（様式8-1）、OJTシート：在宅療養における家族看護（様式8-2）」を活用し、自己評価を行う・「自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール（様式7）（4・6か月目）を確認し、自己の課題を明確にする・病院研修計画までに経験した技術について、「看護技術チェックリスト（様式9）」に記載する・1ヶ月毎の振り返りを、「成長確認シート（様式6）」に簡潔に経験や学びを整理し、次月にむけての課題を明確にする
学習支援	<p>－不安なく単独訪問できるように声をかけ、見守ろう－</p> <ul style="list-style-type: none">・新卒等看護師の成長に合わせ、2～3人目の受け持ち利用者訪問は、見本型・伴走型・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・サービス調整会議や退院前カンファレンス等、所外で多職種連携の会議に参加できるよう計画する
ステーション内の支援体制	<p>－新卒等看護師もステーションの一員として役割分担する－</p> <ul style="list-style-type: none">・単独訪問を増やしていくために、新卒等看護師と指導者で十分に話し合う・指導者は振り返りカンファレンスを月2～3回行う・6か月目には所内カンファレンスで新卒等看護師の成長について語り合い、指導内容の振り返りと改善策の検討を行う・6か月目に、「OJTシート：在宅看護過程（様式8-1）、OJTシート：在宅療養における家族

ステーション内の支援体制	<p>看護（様式 8-2）」を活用し、課題共有及び自己評価を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指導者は新卒等看護師と個別面談を行い、安心して仕事ができる環境づくりをする。「自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール（様式 7）」（4・6か月目）を用いて、何を優先的に学習すべきかを確認し、次のステップへ進む目安とする ・前期病院研修の準備のため、島根県訪問看護支援センターと研修病院について調整をする ・研修病院と研修内容について打ち合わせを行い、効果的な病院研修となるよう新卒等看護師の研修計画についてアドバイスを行う ・病院研修計画までに経験した看護技術を確認し、病院研修に向けての課題を明確にする ・管理者・指導者は、訪問看護基礎技術研修を計画し、月 2 回実施する
看護協会・訪問看護支援センターのバックアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護基礎技術研修計画の支援をする ・「学習支援者会議」を、2か月に 1 回（6ヶ月目）開く。これまでの学習の進捗状況について、新卒等看護師・指導者と共有する。指導者に対しても必要な支援をする ・6か月目の学習支援会議で、「OJT シート：在宅看護過程（様式 8-1）、OJT シート：在宅療養における家族看護（様式 8-2）」を活用し、新卒等看護師・指導者・管理者と振り返る ・前期病院研修の研修病院の調整を行う ・交流会を企画し同じ経験をした、他事業所の訪問看護師と思いを共有する場を提供し、自身の目指す看護師像が描けるよう支援する

* 島根県看護協会主催の「新人看護職員研修事業 多施設合同研修」へ参加した場合は、研修終了後、研修内容や学びを「研修報告書（様式 5）」に簡潔にまとめ、自施設に提出する。

就職 7～9か月目

「事例や訪問看護実践のバリエーションを増やす時期です。訪問看護には少し慣れてきましたが、新卒等看護師も指導者も息切れしてくる頃です。訪問看護ステーションの管理運営面、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です（この時期は、新卒等看護師と管理者との相談が必要時計画しましょう）。継続して、単独訪問を増やしていくことも重要なステップアップです。その場合、4～6か月の内容を継続して行きましょう。」

（病院研修が入りますので、4～6か月の内容で継続となる可能性が大きいです）

新卒等看護師の目指す姿	-受け持ち利用者のバリエーションを増やそう-
	<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、目標を明らかにする・自分がなりたい訪問看護師像のイメージを描く・3～4人目の受け持ち利用者の単独訪問ができる・受け持ち利用者の状態の予測ができ、予防や緊急時の対応が説明できる・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
新卒等看護師の学習方法	-受け持ち利用者を通して自分の看護を語ろう／他の訪問看護ステーション研修で学ぼう-
	<ul style="list-style-type: none">・訪問の前後、指導者と相談し、意図的な訪問を行う・ケアの目的・根拠、観察した内容を事業所の記録や「利用者（患者）振り返りシート（様式1-1）、訪問看護振り返りシート（様式1-2）」に記載する・継続訪問する利用者のケアの留意点を「手順書（様式2）」に記載する・受け持ち利用者の関連図と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・訪問看護師養成講習会（訪問看護人材養成基礎カリキュラム）における訪問看護ステーション実習に参加する。記録については、訪問看護師養成講習会の記録用紙「訪問看護ステーション実習記録1～3」に記載し、自施設及び指定された方法で提出する・後期病院研修の準備をおこなう。病院研修の目標を理解し、研修病院と打ち合わせを行い、「研修計画書・実施チェック表（様式4）」に具体的な研修計画を記載する・月に2回（2週間に1回）開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだことを振り返り、「カンファレンス記録用紙（様式3）」に記録し、課題を明確にする。・1ヶ月毎の振り返りを、「成長確認シート（様式6）」に簡潔に経験や学びを整理し、次月にむけての課題を明確にする・9か月までに経験した技術について、「看護技術チェックリスト（様式9）」に記載する
学習支援	-新卒等看護師の成長に応じた訪問計画を立案しよう-
	<ul style="list-style-type: none">・新卒等看護師の成長に合わせた訪問計画を立案する・カンファレンスで検討する事例に継続訪問ができるように調整する・継続訪問の利用者の手順書を作成し、技術の習得ができるようにする・指導者は、振り返りカンファレンスを月2～3回実施し、学びや課題を確認する・受け持ち利用者の関連図で全体像の理解を確認する・指導者は、新卒等看護師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に考慮する
ステーション内の支援体制	-新卒等看護師の学びをステーションで活用し、みんなの学びにする-
	<ul style="list-style-type: none">・9か月目の面接を行い、新卒等看護師の学びをステーションで活用できるよう支援する・振り返りのカンファレンスを月2回行う・後期病院研修の準備のため、島根県訪問看護支援センターと研修病院について調整をする

ステーション内 の支援体制	<ul style="list-style-type: none"> ・研修病院と研修内容について打ち合わせを行い、効果的な病院研修となるよう新卒等看護師の研修計画についてアドバイスを行う ・管理者・指導者は、訪問看護基礎技術研修を適宜計画し、実施する
看護協会・ 訪問看護支 援センター のバック アップ	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護基礎技術研修計画の支援をする ・「学習支援者会議」を2か月に1回（8ヶ月目）開く。これまでの学習進捗状況について、新卒等看護師・管理者・指導者と共有し必要な支援を修正する。指導者に対しても必要な支援をする ・9か月目の振り返りの内容を共有し、学びや課題を確認する ・新卒等看護師・管理者・指導者の意見を十分把握し、次年度のプログラムを実施可能なものに修正する ・後期病院研修の研修病院の調整を行う ・島根県訪問看護支援センター運営協議会は、プログラムの進捗状況を把握し、次年度のプログラムを計画する

* 島根県看護協会主催の「新人看護職員研修事業 多施設合同研修」へ参加した場合は、研修終了後、研修内容や学びを「研修報告書（様式5）」に簡潔にまとめ、自施設に提出する。

就職 10～12か月目

「単独訪問や他の訪問看護ステーションでの研修を終え、少し視野が広がりました。職場の環境に適応し、自分の訪問看護実践への振り返りが深くできるようになります。自分の得手不得手を自覚し、自分のステーションで必要とされる実践能力を高め、ぐっと成長できる時期です。」

新卒等看護師の目指す姿	<p>ー利用者から信頼される看護師になろうー</p> <ul style="list-style-type: none">・12か月目には4～5人の受け持ち利用者の単独訪問ができる・利用者・家族の意向を確認して尊重し、良好な関係をつくることができる・多職種の意向を確認して尊重し、良好な関係をつくることができる・訪問看護師として判断を的確に説明できる・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ことができる
	<p>ーより安全で確かな訪問看護を実践しようー</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・受け持ち利用者へ安全、安楽なケアを実施する・ケアの目的・根拠、観察した内容を事業所の記録や「利用者（患者）振り返りシート（様式1-1）、訪問看護の振り返り（様式1-2）」に記載する・継続訪問する利用者のケアの留意点を「手順書（様式2）」に記載する・訪問時に利用者の状況を判断し、ケア計画の変更や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・月に2回（2週間に1回）開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだことを振り返り、「カンファレンス記録用紙（様式3）」に記録し、課題を明確にする・訪問看護師養成講習会（訪問看護人材養成基礎カリキュラム）を受講した学びを「研修報告書（様式5）」に記載し、ステーションで共有する・自施設以外の他のステーションで研修を行い、「利用者（患者）振り返りシート（様式1-1）、訪問看護振り返りシート（様式1-2）」に記載し、研修先および自施設に提出する。研修後ステーションで共有する・後期病院研修においては、毎日「研修計画書・実施チェック表（様式4）」および「研修報告書（様式5）」を記載する。日々の実践を振り返り、課題を明確にしながら研修を進める・12か月目に、「OJTシート：在宅看護過程（様式8-1）、OJTシート：在宅療養における家族看護（様式8-2）」を活用し、自己評価する・12か月目までに経験したことを「看護技術チェックリスト（様式9）」に記載する・1ヶ月毎の振り返りを、「成長確認シート（様式6）」に簡潔に経験や学びを整理し、次月にむけての課題を明確にする
学習支援	<p>ー新卒等看護師が自分の成長を自覚できるような声掛けをしようー</p> <ul style="list-style-type: none">・受け持ち利用者以外の単独訪問を増やしていく・カンファレンスで検討する事例に継続訪問ができるように調整する・指導者は、月2回振り返りカンファレンスを行い、学びや課題を確認する・受け持ち利用者の関連図で全体像の理解を確認する・新卒等看護師と指導者は訪問事例のバリエーションを増やすよう考慮する・訪問看護師養成講習会、他ステーションでの研修で学んだことをスタッフに伝える場を提供する

ステーション内の支援体制	<p>－新卒等看護師の学びをステーションで共有し、みんなの学びにする－</p> <ul style="list-style-type: none"> ・12か月目の面接を行う。「OJTシート：在宅看護過程（様式8-1）、OJTシート：在宅療養における家族看護（様式8-2）」、「自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール（様式7）」を活用し、1年間のまとめと次年度の課題、目標を明確にする ・所内カンファレンスで新卒等看護師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及び改善策の検討を行う ・次年度に向けて、新卒等看護師の学習課題をステーション内で確認する ・指導者は、振り返りカンファレンスを月2回もつ ・管理者・指導者は、訪問看護基礎技術研修を適宜計画し、実施する
看護協会・訪問看護支援センターのバックアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護基礎技術研修計画の支援をする ・「学習支援者会議」を2か月に1回（10ヶ月目、12ヶ月目）開く。これまでの学習進捗状況について、新卒等看護師・管理者・指導者と共に必要な支援を修正する。また、指導者の意見を十分把握し、指導者に対しても必要な支援をする ・12か月目の学習支援者会議で、「OJTシート：在宅看護過程（様式8-1）、OJTシート：在宅療養における家族看護（様式8-1）」、「自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール（様式7）」を活用し、新卒等看護師・指導者・管理者と振り返る ・島根県訪問看護支援センター運営協議会は、プログラムの進捗状況を把握し、次年度のプログラムを計画する

2) 2年目

就職 13~18か月目

「就職してから1年が経ち、訪問看護の仕事や役割が理解できてきました。単独訪問ができる利用者を更に増やしていく時期です。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。また、緊急時対応ができることを目標に、日々の訪問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年間を振り返り、2年目の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。」

2年目 看護師の 目指す姿	<p>－判断力を高めよう－</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアがされることだけでなく、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を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・実施・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
2年目 看護師の 学習方法	<p>－緊急時対応ができるようにシミュレーション学習をしよう－</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、経験できるよう訪問計画する ・緊急時対応シミュレーション（紙面上・ロールプレイ）を通して緊急時の対応を学ぶ ・緊急時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、自己の緊急時対応マニュアルを作成する ・「利用者（患者）振り返りシート（様式1-1）、訪問看護振り返りシート（様式1-2）」を継続して記載する ・月に1回、開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだことを振り返り、「カンファレンス記録用紙（様式3）」に記録し、課題を明確にする ・病院研修の準備をおこなう。病院研修の目標を理解し、研修病院と打ち合わせを行い、「研修計画書・実施チェック表（様式4）」に具体的な研修計画を記載する ・病院研修においては、毎日「研修計画書・実施チェック表（様式4）」および「研修報告書（様式5）」を記載する。日々の実践を振り返り、課題を明確にしながら研修を進める ・18か月目までに経験したことを「看護技術チェックリスト（様式9）」に記載する ・18か月目の振り返りを、「成長確認シート（様式6）」に簡潔に経験や学びを整理し、今後における課題を明確にする
学習支援	<p>－日々の訪問でアセスメント能力を高められるよう支援しよう－</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2年目看護師の知識・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2年目看護師と同行訪問し、対応した看護師のアセスメントを2年目看護師と振り返り、緊急時対応について助言する ・管理者・指導者は、2年目看護師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。

ステーション 内の支援体制	<p>－2年目看護師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、事業所内で役割分担をし、シミュレーション学習ができる時間をつくる ・場合によっては、研修協力病院、外部研修を活用する ・2年目の病院研修は年2回程度実施する。実施の時期・研修病院については、島根県訪問看護支援センターと調整する ・研修病院と研修内容について打合せを行い、効果的な病院研修となるよう研修計画についてアドバイスを行う
看護協会・ 訪問看護支援 センターの バックアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・18か月目に「学習支援者会議」を開催し、学習過程の課題および次の目標を明確にする ・新卒等訪問看護師育成事業の交流会の企画運営を行い、2年目看護師としての出席を依頼、他の新卒等看護師・2年目看護師等と交流を持ち、自身の体験の意味付けや振り返りができる場の提供を行う ・島根県訪問看護支援センター運営協議会は、プログラムの進捗状況を把握する

就職 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です。緊急時対応も指導者と共にを行い、3月には緊急携帯当番を一人で担当できるようにしましょう。このような時期であるため、2年目看護師のストレスや緊張感が高まります。訪問看護事業所の職員全員が新卒の気持ちを理解し、フォローが重要になります。支え合いながら訪問看護師として自律していくことをを目指しましょう。育成プログラムによる学習支援は、2年目で終了します。2年間のまとめを行い、なりたい訪問看護師像にむけて、今後も自己研鑽を継続しましょう。」

2年目 看護師の 目指す姿	-緊急時対応・看取りを一人でできるようになろう-
	<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・3年目に向けて、自己の課題を明確にする
2年目 看護師の 学習方法	-緊急時対応の方法を実践から学ぼう-
	<ul style="list-style-type: none">・緊急対応のシミュレーション（紙上→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を行い、同行訪問して緊急時の対応方法を学ぶ・緊急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でき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・自分用の緊急時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、緩和ケアや看取りの計画を立て、看護実践する・月に1回程度、開催される振り返りカンファレンスを踏まえ、体験を通して気づいたこと、学んだことを振り返り、「カンファレンス記録用紙（様式3）」に記録し、課題を明確にする・24か月目の振り返りを、「成長確認シート（様式6）」に簡潔に経験や学びを整理し、3年目に向けての課題を明確にする
学習支援	-緊急時対応の振り返りを十分に行い、支援しよう-
	<ul style="list-style-type: none">・緊急時対応を一人でできるよう2年目看護師と共に使う。その際、2年目看護師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につながることを意識して指導し、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、2年目看護師の理解度と学習課題を確認し、必要な学習を促す
ステーション 内の支援体制	-訪問看護事業所の育成体制を評価し継続しよう-
	<ul style="list-style-type: none">・管理者・指導者は、2年目看護師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ることを伝え、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・2年目看護師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

看護協会・
訪問看護支援
センターの
バックアップ

- ・24か月目に「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
- ・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
- ・島根県訪問看護支援センター運営協議会は、プログラムの進捗状況を把握し、次年度のプログラムを計画する

*2年目の病院研修は「年2回程度」である。2回目の病院研修をこの時期に行う場合は、「就職13~18か月目」を参照

3. 年間スケジュール

1) 1年目

1年目	学習課題	到達目標											
	専門組織人としての基盤の確立	<ul style="list-style-type: none"> 看護職としての自覚を持って、日々の業務に取り組む 多様な利用者への同行訪問を通して、利用者の状況や必要な看護技術、ステーションの特徴、訪問看護制度を知る 											
	①職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力 ②訪問看護制度に基づく看護の役割特質、訪問看護の概要の理解 ③自組織の運営・経営管理に関する理解と自分の役割の遂行 ④訪問看護師として自分を生かすための目標設定と自己教育	<ul style="list-style-type: none"> 看護職としての自覚を持って、日々の業務に取り組む 多様な利用者への同行訪問を通して、利用者の状況や必要な看護技術、ステーションの特徴、訪問看護制度を知る 											
	確実な知識・技術の習得により訪問看護サービスの提供と質の向上 ⑤利用者・家族の状況に即したよりよい療養生活の実現のための効果的な看護計画の立案・実施・評価 ⑥リスクマネジメントの知識の習得と実施 ⑦連携スキルおよびチームマネジメントスキルの習得 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習得	<ul style="list-style-type: none"> 単独訪問への準備として、数人の利用者に継続訪問し、利用者の全体像を理解する 利用者の看護問題と解決策について検討することができる 											
実施主体	内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
訪問看護ステーション	同行訪問								年間通して実施				
	単独訪問 受け持ち人数（目安）					1人	2~3人						4~5人
	振り返りカンファレンス				週1回開催				月2回開催				
	成長確認シート				毎月記載し、訪問看護支援センターへ提出								
島根県訪問看護支援センター	学習支援者会議	○	○	○	交流会		○	○	○	○			
	訪問看護師養成講習会				月1回開催			隔月1回開催					
	病院研修				打合せ		実施		打合せ		実施		
島根県看護協会	多施設合同研修												

2) 2年目

学習課題		到達目標												
専門組織人としての基盤の確立														
①職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力 ②訪問看護制度に基づく看護の役割特質、訪問看護の概要の理解 ③自組織の運営・経営管理に関する理解と自分の役割の遂行 ④訪問看護師として自分を生かすための目標設定と自己教育														
確実な知識・技術の習得により訪問看護サービスの提供と質の向上														
⑤利用者・家族の状況に即したよりよい療養生活の実現のための効果的な看護計画の立案・実施・評価 ⑥リスクマネジメントの知識の習得と実施 ⑦連携スキルおよびチームマネジメントスキルの習得 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習得		・利用者・家族のよりよい在宅療養のため、どのような看護を実践すればよいかを考えることができる ・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												
		・緊急時対応が一人ができる ・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 ・他職種との連携の中で、訪問看護師としての役割を理解し、実勢できる												
2年目	実施主体	内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
訪問看護ステーション	同行・単独訪問		◀						年間通して実施					▶
	振り返りカンファレンス		◀						月1回開催					▶
	成長確認シート					▶	交流会	○				○		○
島根県訪問看護支援センター	学習支援者会議		◀					○		年2回開催			○	
	病院研修		◀					○		年2回程度実施			○	
島根県看護協会	各種研修		◀					○		教育計画を参考に研修参加計画を立てる			▶	

※3年目以降は、「島根県訪問看護師キャリアラダー」レベルⅠ（新人）を評価したのち、現状に合わせた目標設定を行い、訪問看護師としての成長を支援する

關係樣式

利用者（患者）振り返りシート

氏名 :

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

訪問看護振り返りシート

氏名 :

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

手順書

年　月　日（　）利用者名：

記載者：

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

手順書

年　月　日（　）利用者名：

記載者：

時間	ケアの方法（根拠・留意点）	使用物品
0分	<p>初回の同行訪問後、利用者ごとの留意点、ケアの根拠を明確にしたものを作成する。</p> <p>訪問前に、前回の記録を確認しシミュレーションをする。</p>	ステーションから持っていくもの
退室		

カンファレンス記録用紙

カンファレンス日時： 年 月 日 ()

ステーション名：

氏名：

振り返りカンファレンスをとおして確認できたこと

自分の学習課題

次週の目標

指導者のコメント

カンファレンス記録用紙

カンファレンス日時： 年 月 日 ()

ステーション名：

氏名：

振り返りカンファレンスをとおして確認できたこと

定期的に行うカンファレンス時に使用

自分の学習課題

次週の目標

指導者のコメント

研修計画書・実施チェック表

氏名 : 研修期間 : / ~ / 研修先 :

【研修目標】

研修内容

項目	計画	見学日	実施日	備考

※項目については、新卒者採用訪問看護ステーションと研修先との調整の上、実際の

研修内容に即したものをお記載してください

研修計画書・実施チェック表

氏名 : 研修期間 : / ~ / 研修先 :

【研修目標】

研修ごとに具体的な目標を記載して下さい

研修内容

項目	計画	見学日	実施日	備考
	「○○の見学」「○○の実施」など具体的に記載してください			

※項目については、新卒者採用訪問看護ステーションと研修先との調整の上、実際の

研修内容に即したものをお記載ください

研修報告書

氏名 :

研修先 :

No.

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

研修報告書

氏名 :

研修先 :

No.

月 日 ()	月 日 ()
研修内容	研修内容
<p style="color: red; border: 2px solid red; padding: 5px;"> ・病院・他施設研修においては日々の振り返り (日誌)として使用してください。 ・訪問看護師養成講習会などの各種研修会の 振り返りとして使用してください。 </p>	
学んだこと	学んだこと
学習者としての自己課題	学習者としての自己課題
指導者のコメント	指導者のコメント

成長確認シート

月 (カ月)

氏名 :

所属 :

提出日

年 日 月

実施した内容

学んだこと

今後の自己課題

指導者コメント

* このシートは毎月記載して島根県訪問看護支援センターへ提出してください

自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール

Ⅰ 【専門職組織人として訪問看護活動を行うための基盤の確立】 ※ 1回／2ヶ月 指導者とともに成長を確認しましょう

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

到達基準 : 6月までにBが8割程度、9月までにAが8割程度 3月までにAが8割程度 3月までにBが8割程度

学習課題	視点	下位項目	確認日					
			1月	2月	3月	4月	5月	6月
1. 職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力	1 前に踏み出す力	主体性：物事に進んで取り組む力	わからないことは積極的に質問したり自分で調べる					
			研修や業務に積極的に取り組んでいる					
		働きかけ力：他人に働きかけ巻き込む力	新人であることを自覚し、自分ができることできないことについて説明できる					
			自分で解決できないことは指導者に相談している					
	2 考え抜く力	実行力：目的を設定し確実に実行する力	目標を設定し粘り強く取組む					
			失敗したことをいつまでもよくよせず次の対策に生かしている					
			自己・他者評価を踏まえた自己の学習課題を見つけている					
			課題の明確化のための指導者の意見を求め受け入れている					
	3 チームで働く力	発信力：自分の意見をわかりやすく伝える	物事が計画通りにいかない時はなぜなのか原因を考えたり指導者に助言を求める					
			今の方より優れた方法があるのではないかと考える					
			傾聴力：相手に意見を丁寧に聞く力	他人の意見を聞くときは目と目を合わせ相槌などを打つ				
			柔軟性：意見の違いや立場の違いを理解する力	相手の話を素直にきくことができる				
		状況把握力：自分と周囲の人々や物事との関係性を理解	自分のルールや考え方固執しないで他人の意見も尊重できる					
		規律性：社会のルールや人ととの約束を守る力	周囲から期待されている自分の役割を把握して行動することができる					
		ストレスコントロール力：ストレスの発生源に対応する	相手に迷惑をかけないよう最低限守らなくてはならないルール約束を理解押している					
			ストレスの原因を見つけて自力または他者の力を借り取り除くことができる					

評価基準 : A: 確実にできる（90%以上） B: 助言があればできる（70~80%程度） C: 繰り返しの助言が必要（50~60%程度） D: 未経験
 到達基準 : 6月までにBが8割程度、9月までにAが8割程度 3月までにAが8割程度 3月までにBが8割程度

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

評価基準 : A: 確実にできる（90%以上） B: 助言があればできる（70~80%程度） C: 繰り返しの助言が必要（50~60%程度） D: 未経験
 到達基準 : 6月までにBが8割程度、9月までにAが8割程度 3月までにAが8割程度 3月までにBが8割程度

学習課題	視点	下位項目	確認日				
			1月	2月	3月	4月	5月
3. 自組織の運営・経営管理に関する理解と自分の役割遂行	12 訪問看護ステーションの運営に関する関連法令・基準を説明する						
	13 ケア専門職・組織・社会人としての役割期待を常に意識し、身体的・精神的・社会的健康の維持・向上に努める	就業上のルールを守る					
		訪問マナーの必要性を説明する					
		自己の健康を管理する					
	14 訪問看護ステーションを支える一員としての責任を常に考えながら判断・行動する	日々の看護活動について、常に報告・連絡・相談する					
	15 訪問看護事業を展開・継続してゆくために必要な経営管理について説明する						
4. 訪問看護師として自分を活かすための目標設定と自己教育	16 みなと協力して自施設をよりよい職場環境にするように判断・行動する						
	17 自分自身についての理解を深める	どのようなことをすれば自分は満足するか自覚している					
		自分の強み・弱み・改善すべき点について自覚している					
		自分の不安や気づきについて、他者が理解できるように説明し相談できる					
	18 訪問看護師としてアイデンティティを確立する	自分が訪問看護師としてしたいこと、目指したいイメージが明確である					
		訪問看護への意欲を維持・向上させるようにしている					
		訪問看護師として成長する意思をもち、各々の事例を通して知識・技術を高める					
		地域ケアシステムの一員と自覚し、自分の強み・弱みに関し、他の訪問看護師を支援し、他の訪問看護師の支援を活用する					
		望ましい訪問看護のイメージをもち、今の職場で最善を尽くし自分の力量を高める					
	19 自己教育力を身につける	自分の仕事を改善するための学習目標・課題を明確にする					
		自分の学習目標・課題を達成するための学習方法を見いだす					
		計画した学習方法を着実に実施する					
	20 ワークライフバランスを大切にする	自分の個人生活と訪問看護師の仕事の両立を実現可能な範囲で調整する					

II 【確実な知識・技術習得による訪問看護サービスの提供と質の保証】

※ 担当した利用者ごとに、指導者とともに成長を確認しましょう 確認時期は、指導者と相談の上決定しましょう

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

到達基準 : 6月までにBが8割程度、9月までにAが8割程度 3月までにAが8割程度 3月までにBが8割程度

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

* 1 : 施設で使用しているアセスメントツールに変更してもよい。

* 2 : 特定の利用者の必要な事項について、事前に指導者と確認する。 () 内はAさんに必要な学習すべき疾患・治療法を記載する。 (カッコ内の イタリック体は例示)

評価基準 : A: 確実にできる（90%以上） B: 助言があればできる（70～80%程度） C: 繰り返しの助言が必要（50～60%程度） D: 未経験
 到達基準 : 6月までにBが8割程度、9月までにAが8割程度 3月までにAが8割程度 3月までにBが8割程度

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

* 3 : 特定の利用者の必要な事項について、事前に指導者と確認する。（カッコ内のイタリック体は例示）

評価基準 : A: 確実にできる（90%以上） B: 助言があればできる（70~80%程度） C: 繰り返しの助言が必要（50~60%程度） D: 未経験
 到達基準 : 6月までにBが8割程度、9月までにAが8割程度 3月までにAが8割程度 3月までにBが8割程度

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

評価基準 : A: 確実にできる（90%以上） B: 助言があればできる（70~80%程度） C: 繰り返しの助言が必要（50~60%程度） D: 未経験
 到達基準 : 6月までにBが8割程度、9月までにAが8割程度 3月までにAが8割程度 3月までにBが8割程度

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

OJTシート：在宅看護過程

全体の目標：効果的・効率的に在宅看護過程を展開できる

氏名： 所属： 評価日： 年 月 日 学習支援者会議： 年 月 日

評価指標： A：一人でできる B：指導の下にできる C:できない D:未経験

		評価	評価の理由	目標と方策
収 情 集 報	1 利用者・家族、および関係職種からの情報を記録する			
	2 状況に応じて、情報を意図的に収集する			
	3 利用中又は利用可能な社会資源の情報を収集する			
メ ア ン セ ト ス	4 把握した情報を多角的に関連付けて整理する			
	5 利用者の健康障害と生活機能を関連させて課題を整理する			
	6 長期的な視点で予防的に関わる必要のある課題を整理する			
	7 利用者・家族の強みを挙げる			
計 画 立 案	8 利用者・家族の状況を考慮し課題の優先順位を決定する			
	9 利用者・家族の希望を考慮し関係職種の意見を取り入れ目標を設定する			
	10 評価可能な目標を段階的に設定する			
	11 利用可能な社会資源・制度との関連を考慮して具体策を挙げる			
	12 利用者・家族の意思と価値観を尊重し、具体策を挙げる			
	13 利用者の健康障害と生活機能を、強みと関連させ具体策を挙げる			
	14 利用者・家族の生活を24時間、1週間、1ヶ月、1年単位で捉え、予側的視点を含めた具体策を挙げる			
	15 計画内容を利用者・家族にわかりやすく説明する			
実 施	16 関係職種にチームケアの中での看護職の役割をわかりやすく説明する			
	17 利用者・家族の状況に合わせて看護援助を提供する			
	18 根拠を説明して医療処置・看護援助を実施する			
	19 計画された看護援助を予定時間内に行う			
	20 看護援助の方法や必要な物品を状況に応じて工夫する			
	21 利用者・家族が継続できる介護や医療処置の方法を助言・指導する			
	22 家族、関係職種と協力して計画を実施する			
	23 必要時、管理者・主治医・関係職種に報告、連絡、相談する			
評 価	24 実施に伴う一連の過程を記録する			
	25 実施後に課題ごとに評価を行い、必要に応じて計画を修正する			
	26 訪問看護報告書・計画書を書く			
	27 中間サマリ・終了サマリ・情報提供用サマリを書く			
	28 受け持ち事例をまとめると			

OJTシート：在宅看護過程

全体の目標：効果的・効率的に在宅看護過程を展開できる

6か月目に評価

氏名： 所属： 評価日： 年 月 日 学習支援者会議： 年 月 日

評価指標： A:一人でできる B:指導の下にできる C:できない D:未経験

		評価	評価の理由	目標と方策	
収 情 集 報	1 利用者・家族、および関係職種からの情報を記録する				
	2 状況に応じて、情報を意図的に収集する				
	3 利用中又は利用可能な社会資源の情報を収集する	指標に沿って評価を記入する			
メ ア ン セ ト ス	4 把握した情報を多角的に関連付けて整理する				
	5 利用者の健康障害と生活機能を関連させて課題を整理する				
	6 長期的な視点で予防的に関わる必要のある課題を整理する				
	7 利用者・家族の強みを挙げる				
	8 利用者・家族の状況を考慮し課題の優先順位を決定する				
	計 画 立 案	9 利用者・家族の希望を考慮し関係職種の意見を取り入れ目標を設定する			
		10 評価可能な目標を段階的に設定する			
		11 利用可能な社会資源・制度との関連を考慮して具体策を挙げる			
12 利用者・家族の意思と価値観を尊重し、具体策を挙げる					
13 利用者の健康障害と生活機能を、強みと関連させ具体策を挙げる					
14 利用者・家族の生活を24時間、1週間、1ヶ月、1年単位で捉え、予測的視点を含めた具体策を挙げる					
15 計画内容を利用者・家族にわかりやすく説明する					
16 関係職種にチームケアの中での看護職の役割をわかりやすく説明する					
実 施	17 利用者・家族の状況に合わせて看護援助を提供する				
	18 根拠を説明して医療処置・看護援助を実施する				
	19 計画された看護援助を予定時間内に行う				
	20 看護援助の方法や必要な物品を状況に応じて工夫する				
	21 利用者・家族が継続できる介護や医療処置の方法を助言・指導する				
	22 家族、関係職種と協力して計画を実施する				
	23 必要時、管理者・主治医・関係職種に報告、連絡、相談する				
	24 実施に伴う一連の過程を記録する				
評 価	25 実施後に課題ごとに評価を行い、必要に応じて計画を修正する				
	26 訪問看護報告書・計画書を書く				
	27 中間サマリ・終了サマリ・情報提供用サマリを書く				
	28 受け持ち事例をまとめると				

OJTシート：在宅療養における家族看護

全体の目標：在宅療養における家族の課題を把握し、解決にむけて支援できる

氏名： 所属： 評価日： 年 月 日 学習支援者会議： 年 月 日

評価指標： A：一人でできる B：指導の下にできる C:できない D:未経験

		評価	評価の理由	目標と方策
姿 基 勢 本	1 積極的に家族とコミュニケーションをはかる			
	2 利用者・家族に敬意をもって接する			
	3 利用者・家族に対して中立的立場で接する			
	4 家族一人ひとりの意思・価値観を尊重する			
情 報 収 集	5 家族に関する多様な情報を利用者・家族や周囲の人々から収集する			
	6 家族の健康状態を把握する			
	7 家族の生活状況を把握する			
	8 家族が行っている介護を把握する			
	9 家族内での一人ひとりの役割を把握する			
	10 在宅療養に対する家族の思い・考えを把握する			
	11 家族の言動に違和感を感じたときは放置せず確認する			
ア セ ス メ ン ト	12 家族関係図を作成し、家族の課題を整理する			
	13 家族の健康上の課題を整理する			
	14 家族の日常生活・社会生活上の課題を整理する			
	15 療養生活における家族の介護上の課題を整理する			
	16 家族の強みを挙げる			
	17 家族アセスメントモデルを活用して家族の全体像を整理する			
	18 家族の課題の優先順位を決定する			
看 護 介 入	19 家族と共に課題解決に向けて話し合い、目標を設定する			
	20 家族の強み・主体性を活かした具体的な解決策を提案する			
	21 療養生活に影響する家族関係を調整するための環境を整える			
	22 家族にとって必要と考えられる社会資源を提示する			
	23 計画の実施において、家族の生活スタイルを尊重する			
	24 家族の貢献に対してねぎらいと称賛の言葉をかける			
	25 状況に応じて家族全体や個々に働きかける			
評 価	26 状況に応じて継続的にケアチームで取り組む			
	27 課題が解決されているか、利用者・家族と共に確認する			
	28 利用者・家族が満足した療養生活が送られているかを確認する			

OJTシート：在宅療養における家族看護

6か月目に評価

全体の目標：在宅療養における家族の課題を把握し、解決にむけて支援できる
 氏名： 所属： 評価日： 年 月 日 学習支援者会議： 年 月 日
 評価指標： A：一人でできる B：指導の下にできる C:できない D:未経験

		評価	評価の理由	目標と方策
姿 基 勢 本	1 積極的に家族とコミュニケーションをはかる	評価 指標に沿って評価を 記入する		
	2 利用者・家族に敬意をもって接する			
	3 利用者・家族に対して中立的立場で接する			
	4 家族一人ひとりの意思・価値観を尊重する			
情 報 収 集	5 家族に関する多様な情報を利用者・家族や周囲の人々から収集する			
	6 家族の健康状態を把握する			
	7 家族の生活状況を把握する			
	8 家族が行っている介護を把握する			
	9 家族内での一人ひとりの役割を把握する			
	10 在宅療養に対する家族の思い・考えを把握する			
	11 家族の言動に違和感を感じたときは放置せず確認する			
ア セ ス メ ン ト	12 家族関係図を作成し、家族の課題を整理する			
	13 家族の健康上の課題を整理する			
	14 家族の日常生活・社会生活上の課題を整理する			
	15 療養生活における家族の介護上の課題を整理する			
	16 家族の強みを挙げる			
	17 家族アセスメントモデルを活用して家族の全体像を整理する			
	18 家族の課題の優先順位を決定する			
	19 家族と共に課題解決に向けて話し合い、目標を設定する			
看 護 介 入	20 家族の強み・主体性を活かした具体的な解決策を提案する			
	21 療養生活に影響する家族関係を調整するための環境を整える			
	22 家族にとって必要と考えられる社会資源を提示する			
	23 計画の実施において、家族の生活スタイルを尊重する			
	24 家族の貢献に対してねぎらいと称賛の言葉をかける			
	25 状況に応じて家族全体や個々に働きかける			
	26 状況に応じて継続的にケアチームで取り組む			
評 価	27 課題が解決されているか、利用者・家族と共に確認する			
	28 利用者・家族が満足した療養生活が送られているかを確認する			

看護基本技術チェックリスト

到達目標：訪問看護の実践に必要な知識・基本的看護技術が習得できる

(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)

<1年以内の到達目標>

I：できる II：指導のもとできる III：演習でできる IV：知識としてわかる

<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

<記入方法>

該当する評価基準を各時期に記入しましょう

技術項目			到達目標	3か月	6か月	9か月	12か月	18か月	24か月
				自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者
環境調整	1	療養生活環境の調整ができる (温・湿度、換気、採光、臭気、騒音等)	I						
	2	適切なリネンの選択ができる	I						
	3	基本的なリネン交換ができる	I						
	4	日常生活における環境に関するアセスメントができる	I						
	5	連絡用具を手の届く場所に準備することができる	I						
食事援助	6	脱水・浮腫のアセスメントができる	I						
	7	摂食嚥下機能と栄養のアセスメントができる	I						
	8	摂食嚥下機能を維持・回復するためのリハビリテーションができる	II						
	9	摂食嚥下機能を維持・回復するためのリハビリテーションの指導ができる	II						
	10	安全な摂食嚥下方法を本人・家族に指導できる	II						
	11	嚥下障害のある対象の食事介助ができる	I						
	12	片麻痺がある場合、健側から摂取介助を行うことができる	I						
	13	対象者の状態にあった自助具についてアセスメントできる	I						
	14	対象者の状態にあった食事形態についてアセスメントでき、選択することができる	II						
	15	経腸栄養チューブが確実に挿入されてるか確認ができる	I						
	16	経腸栄養チューブ挿入時の適切な固定が適切にできる	I						
	17	経腸栄養チューブ挿入時の周囲の皮膚のケアができる	I						
	18	必要な場合、経腸栄養チューブの吸引ができる	I						
	19	経腸栄養時の管理を家族に指導することができる	II						
	21	おむつ交換ができる	I						
	22	おむつ交換の方法を家族に指導できる	I						

	技術項目	到達目標	3か月		6か月		9か月		12か月		18か月		24か月	
			自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者
排泄援助	23 ハルンバックを空にすることができます	I												
	24 膀胱内留置カテーテルの管理ができる	I												
	25 膀胱内留置カテーテルの管理を家族に指導できる	I												
	26 膀胱洗浄ができる	I												
	27 膀胱内留置カテーテルの必要物品が準備できる	I												
	28 対象者にあったカテーテルが選択できる	II												
	29 間欠導尿ができる（男）	II												
	30 間欠導尿ができる（女）	II												
	31 無菌操作が取れ、女性の膀胱内留置カテーテルの挿入ができる	II												
	32 無菌操作が取れ、男性の膀胱内留置カテーテルの挿入ができる	II												
	33 自己導尿が必要なときに、清潔操作・手技操作について説明できる	IV												
	34 腎瘻・尿管皮膚瘻・膀胱瘻等が正しい位置に挿入されているか確認ができる	II												
	35 腎瘻・尿管皮膚瘻・膀胱瘻等挿入時の固定が適切にできる	II												
	36 腎瘻・尿管皮膚瘻・膀胱瘻の周囲の皮膚のケアができる	II												
	37 腎瘻・尿管皮膚瘻・膀胱瘻等の管理が指導できる	II												
	38 腹部膨満感・嘔気・嘔吐・腸音を観察ができ、排泄に関するアセスメントができる	I												
	39 排便状態に応じた、適切な緩下剤の調節ができる	I												
	40 便処理に必要な物品が準備できる	I												
	41 リネン類が汚染しないように保護ができる	I												
	42 摘便ができる	I												
	43 グリセリン浣腸液が適切な温度であることを確認できる	I												
	44 グリセリン浣腸を実施する際に適切な体位にポジショニングすることができる（左側臥位で実施）	I												
	45 人工肛門の貼付が適切な位置にできているか確認できる	I												
	46 人工肛門貼付部位周囲の皮膚のケアができる	II												
	47 人工肛門の器具が対象者にあったものであるかアセスメントできる	IV												
	48 人工肛門の管理が家族に指導できる	II												
	49 日常生活動作に関するアセスメントができる	I												
	50 歩行・移動の介助・移送ができる	I												
	51 歩行・移動の介助・移送方法の指導ができる	I												

技術項目		到達目標	3か月		6か月		9か月		12か月		18か月		24か月	
			自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者
活動・休息援助	52	自助具の必要性について アセスメントすることができる												
	53	必要な自助具があれば、提供することができる												
	54	転倒・転落防止のための安全対策を 確保することができる												
	55	状態に応じた体位変換ができる												
	56	状態に応じた体位変換の仕方を指導できる												
	57	尖足予防ができる												
	58	在宅でのリハビリテーション (関節可動域訓練)ができる												
	59	在宅でのリハビリテーション (筋力強化)ができる												
	60	安全と機能維持のためのリハビリテーションを 家族に指導できる												
清潔・衣生活援助	61	対象者のセルフケア能力に応じた援助ができる												
	62	全身清拭ができる												
	63	陰部ケアができる												
	64	洗髪ができる												
	65	部分浴(手浴・足浴)ができる												
	66	入浴介助(シャワー浴)ができる												
	67	爪切りができる												
	68	口腔ケアの必要性が理解できる												
	69	口腔内の観察ができ、アセスメントができる												
	70	状況に応じた方法で口腔ケアができる												
	71	状況に応じた口腔ケアの仕方を指導できる												
	72	寝衣交換などの衣生活支援 (片麻痺寝たきりを含む)ができる												
	73	寝衣交換の仕方を家族に指導できる												
呼吸・循環を整える援助	74	呼吸機能に関するアセスメントができる												
	75	呼吸音・肺音(水泡音、その他複雑音の有無)が 聴取できる												
	76	在宅酸素療法が正確にできているか確認できる												
	77	酸素吸入の必要性が説明できる												
	78	酸素療法に対する患者の不安に対応できる												
	79	患者の状態に合わせ、経鼻カニューレと マスクの選択ができる												
	80	安楽な呼吸を保つ体位を保つことができる												
	81	腹式呼吸の指導ができる												
	82	吸引カテーテルの適切なサイズを 選択することができる												

技術項目	到達目標	3か月		6か月		9か月		12か月		18か月		24か月	
		自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者	自己者	他者
83 気管内吸引ができる													
84 口腔および鼻腔の吸引ができる													
85 吸引管理の方法を家族に指導できる													
86 喀痰の性状、量の確認ができる													
87 吸引前後の呼吸・循環状態の観察ができる													
88 ネブライザーが実施できる													
89 人工呼吸器の設定、作動確認ができる													
90 人工呼吸器の管理を家族に指導できる													
91 患者の状態に応じた肺理学療法が実施できる													
92 心音が聴取できる													
93 循環器系に関するアセスメントができる													
94 皮膚粘膜の状態、口渴を観察することができる													
95 体重の増減と、浮腫の部位と程度を観察できる													
96 水分の過負荷、体液貯留の徴候を観察できる (例:水泡音・頸静脈怒張・浮腫等)													
97 水分出納のモニターができる、 適切な水分摂取制限を説明できる													
98 体液喪失時(出血・嘔吐・下痢・発汗・頻呼吸)を観察できる													
99 体液喪失時に必要な場合輸液管理ができる													
100 ペースメーカーの設定要件が確認できる													
101 低血圧時の対応 (トレンデレンブルグ体位に患者を ポジショニングする)ができる													
102 循環器系リハビリテーションが理解できる													
症 状 ・ 生 体 機 能 管 理	103 体温調節管理ができる												
	104 呼吸、脈拍、体温、血圧の正しい測定ができる												
	105 パルスオキシメーターによる測定ができる												
	106 呼吸、脈拍、体温、血圧、 パルスオキシメーターの測定値を評価し、 記録ができる												
	107 意識状態の確認ができる												
	108 瞳孔反射の確認ができる												
	109 振戦の有無が確認ができる												
	110 麻痺の有無が確認できる												
	111 症状、病態を正確に観察できる												
	112 観察した症状や病態からアセスメントを行い、 記録できる												
	113 自己血糖測定の取り扱いができる												

技術項目		到達目標	3か月		6か月		9か月		12か月		18か月		24か月	
			自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者
創傷管理	114	低血糖症状の徴候を観察し、原因を明らかにできる												
	115	低血糖症状の出現時の方法が説明ができる												
	116	動静脈シャントのある患者のシャント音の観察ができる												
	117	必要な検体容器を準備できる												
	118	検体採取に際し適切な静脈を選択できる												
	119	検体を採取することができる（無菌操作）												
	120	針の処理を抜針後速やかに行うことができる												
	121	移送時は、検体を適切な容器に保管する												
与薬の技術	122	褥瘡の発生要因が理解できる												
	123	褥瘡後発部位に対しての患者の危険因子の観察ができる												
	124	褥瘡後発部位を適切な用具を用いて圧迫を除去し、保護することができる												
	125	患者の状態に応じて適切な体圧分散寝具（エアーマット・ウレタンマットレス）の必要性を提案できる												
	126	皮膚損傷の有無、状態の観察ができる												
	127	創傷処置が実施できる（排液・色調・大きさ・臭い）を観察することができる												
	128	必要な場合、検体を採取する												
	129	与薬に関する5つの「正しい」を守ることができる												
看護実践	130	経口薬の与薬ができる												
	131	外用薬の与薬（点眼・貼用剤）ができる												
	132	直腸内与薬ができる												
	133	薬剤の管理・与薬ができるよう指導ができる												
	134	皮下注射ができる												
	135	アンプルまたはバイアルから、静脈内投与する薬物を適切に調合することができます												
	136	静脈穿刺に適した静脈を選択できる												
	137	動静脈シャントのある患者は、反対の腕から実施する												
	138	翼状針による点滴静脈内注射ができる												
	139	留置針による点滴静脈内注射ができる												
	140	注射針を正しい位置にテープで確実に固定できる												
	141	薬剤、指示に応じた注入速度で静脈内に与薬する												
	142	留置した点滴内静脈注射・持続皮下注射の管理を家族に指導できる												

技術項目			到達目標	3か月	6か月	9か月	12か月	18か月	24か月
				自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者
与薬の技術	143	中心静脈内注射の準備ができる	II						
	144	中心静脈内注射の介助ができる	II						
	145	中心静脈内注射の刺入部位の確認ができる	I						
	146	中心静脈内注射の貼付(テープ固定)交換ができる	I						
	147	中心静脈内注射の管理を家族に指導ができる	II						
	148	輸液・シリンジポンプの準備と管理ができる	I						
	149	抗生物質の用法と副作用の観察ができる	I						
	150	インシュリン製剤の種類・用法が確認できる	I						
	151	輸血の準備、輸血中と輸血後の観察ができる	I						
苦痛の緩和・安楽確保	152	安楽な体位保持ができる	I						
	153	罨法により身体安楽促進ケアができる	I						
	154	リラクゼーション	I						
	155	患者の精神的安寧を保つための看護ケアができる	I						
	156	痛みの部位、特徴、程度を確認できる	I						
	157	鎮痛剤の種類、服用量、回数を確認する	I						
	158	鎮痛時の効果をアセスメントできる	I						
	159	麻薬の効能、使用方法を理解できる	I						
	160	鎮痛薬、特に麻薬の内服に対する誤った認識を訂正できる	III						
	161	薬剤などの管理 (毒薬・劇薬・麻薬・血液製剤を含む)ができる	II						
救命救急処置	162	意識レベルの観察ができる	I						
	163	知覚・運動機能レベルが観察できる	I						
	164	気道確保ができる	I						
	165	一次救命ができる	I						
	166	応援要請ができる	I						
	167	止血行為ができる	I						
感染予防	168	起こりうる事故について理解し、予防策を説明できる	I						
	169	起こりうる事故について理解し、予防策を実施できる	I						
	170	滅菌物の取り扱いができる	I						
	171	医療廃棄物規定に沿った適切な取り扱いができる	I						
	172	針刺し事故防止対策の実施と針刺し事故後の対応を理解でき、実施できる	II						
	173	洗浄・消毒・滅菌の適切な選択ができる	I						
	174	患者と家族に感染の予防法について説明できる	II						
確安全	175	患者と家族に医療廃棄物の取り扱いについて説明できる	II						

技術項目			到達目標	3か月		6か月		9か月		12か月		18か月		24か月	
				自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者	自己者	他人者
	176	リスクがある患者に対して安全策がとれる													
	177	リスクを発見した場合、改善策を提案できる													
死後のケア	178	死後の処置ができる	III												
	179	死亡診断書の取り扱いができる	III												
	180	死亡時の連絡方法がわかる	II												
	181	予期悲嘆について理解できる	III												
	182	家族のケア（グリーフケア）について理解できる	III												
記録	183	基本情報記録のための情報収集ができる													
	184	得た情報をもとにアセスメントし、関連図が作成できる													
	185	関連図より、問題を明確にし、看護計画が立案できる	II												
	186	看護計画をもとにケアプランが立案できる	II												
	187	訪問後速やかに訪問看護記録を記載する	II												
	188	手順書見直し、追加・修正ができる	II												
	189	訪問看護経験記録を作成できる													
	190	振り返りの記録用紙を作成できる													
	191	パソコンの使用方法が理解できる													
		確認者サイン（印）													

参照：公益社団法人千葉県看護協会

新卒等訪問看護師育成プログラム 各種記録様式の種類と記載のタイミング及び提出先一覧

様式	名称	記載のタイミング	提出先
様式1-1	利用者（患者）振り返りシート	①同行訪問時 ②他ST研修時	①同行訪問時は自施設 ②他STでの研修時は研修先ST・自施設
様式1-2	訪問看護振り返りシート	①同行訪問時 ②他ST研修時	①同行訪問時は自施設 ②他STでの研修時は研修先ST・自施設
様式2	手順書	①同行訪問時 ②単独訪問時	①②自施設
様式3	カンファレンス記録用紙	①1回/W（1～6ヶ月目）②2回/月（7～12ヶ月目）③1回/月（13～24ヶ月）	①・②自己ファイル
様式4	研修計画書・実施チェック表	①他ST研修時 ②病院研修時	①研修先ST・所属ST ②研修先病院・所属ST
様式5	研修報告書	①病院研修時 ②新人看護研修時 ③訪問看護養成講習会終了時 ④各種研修終了時	①・②・③・④自施設
様式6	成長確認シート	①毎月（1年間） ②2年目の6か月目 ③2年目12か月目	①・②・③島根県訪問看護支援センター
様式7	自律的な新卒訪問看護師になるための成長確認ツール	①2か月毎（5・7・9・11・1・3月）	①自己ファイル
様式8-1	OJTシート：在宅看護過程	①6か月目 ②12か月目	①②自己ファイル
様式8-2	OJTシート：在宅療養における家族看護	①6か月目 ②12か月目	①②自己ファイル
様式9	看護基本技術チェック表	①3ヶ月毎（1年目：6・9・12・3月 2年目：9・3月）	①自己ファイル

島根県訪問看護師キャリアラダー

	レベル	I (新人)	II (初級)	III (中級)	IV (上級)	V (管理者)
	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受けて看護を実践する	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
I 看護実践能力	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 □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	□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個別性を踏まえ必要な情報収集ができる	□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別性を踏まえ必要な情報収集ができる	□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個別性を踏まえ必要な情報収集ができる	□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
		□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	□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	□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	□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	□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
	ケアする力	レベル毎の目標 助言を受けながら、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 □指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実践できる	□ケアの受け手の個別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	□ケアの受け手の個別性に合わせて、物・時間・体制の3つを考えて適切なケアを実践できる	□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	□ケアの受け手の複雑なニーズに対応するためあらゆる見知（看護及び看護以外の分野）を動員し、ケアを実践・評価・追究できる
		□指導を受けながらケアの受け手に基本的援助ができる	□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	□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	□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	□複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
	協働する力	□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	□ケアの受け手の状況に応じた援助ができる	□ケアの受け手の個別性をとらえ、指示書に沿って包括的な看護実践ができる		
		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し、連携に活かす
		行動目標 □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	□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	□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	□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	□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
		□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	□関係者と密にコミュニケーションをとることができ	□ケアの受け手とケアについて意見交換ができる	□多職種連携が機能するように調整できる	□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
		□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	□看護の展開に必要な関係者を特定できる	□積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	□多職種の活力を維持・向上させる関わりができる	□関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる
	意思決定を支える力	□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	□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			□目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
		□連絡・報告・相談ができる				
		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 □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	□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	□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	□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	□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
			□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	□ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いが理解できる		□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
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-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-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向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向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 □事業所の業務の流れを理解している □看護チ-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	□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	□チ-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 □管理・運営を理解している □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	□特殊または専門的な能力を必要とする役割、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 □管理・運営を理解し行動できる	□事業所内でのリーダーとして役割を遂行できる □地域・組織から求められる役割を遂行できる □事業所内の健全な管理・運営ができる
	地域連携	□地域の特性（人口、産業、医療、介護等）を理解している □在宅療養に関する地域の資源を理解している	□在宅療養に関連する地域の資源を踏まえ、訪問看護の役割を理解している	□所属する事業所の地域の中での役割を自覚している	□現場の課題の明確化ができる □地域の多職種に向けて訪問看護の役割を発信できる	□現場の課題に対し、具体的な解決を図ることができる □地域で組織や職種を超えた役割を担うケアの質に貢献できる活動ができる
	災害	□災害マニュアルを熟読し、災害発生時には指示に従い取るべき適切な行動を理解できる	□災害発生時の自分の果たす役割を理解し、行動を考えられる	□災害発生時にはマニュアルに沿った迅速な行動ができる、他者への指導ができる	□災害発生時にはリーダーシップを取ることができる	□災害発生時の対応についてマニュアルを作成し、危機管理体制を整備できる
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 □同行訪問で何を学ぶかを明確にできる □同行訪問で得た技術など自立して実践できるように知識・技術を習得している □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	□事業所の利用者に提供される医療処置・看護技術や関連する知識を習得している □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	□訪問看護師としての自立に向け、様々なケースに対応できる技術を習得している □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	□訪問看護の調整力を發揮するための知識・技術を習得している □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み、後輩のロールモデルとなる事ができる □訪問看護師として実践から自己の課題を明確にできる	□実践・課題を分析し、得た成果を言語化・可視化（数値化）できる □訪問看護分野における先導役として自覚を持ち行動できる □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

●●法人 ●●訪問看護ステーション（以下「甲」という。）と ●●病院（以下「乙」という。）は、研修を目的として甲が乙に派遣する看護師の身分取扱い等について、次のとおり協定書を締結する。

（研修員）

第1条 甲が乙に派遣する看護師（以下「研修員」という。）は次のとおりとする。

派遣元（甲）	氏名	派遣先（乙）
<u>●●法人</u> 訪問看護ステーション	<u>●● ●●●</u>	<u>●●病院</u>

（研修期間及び研修料）

第2条 研修期間は、令和●●年●月●●日から令和●●年●月●●日までとする。

- 2 研修期間を変更するときは、変更予定日の少なくとも1か月前までに、甲・乙協議の上決定し、決定後は速やかに研修員に通知するものとする。
- 3 甲は乙に対し、研修料として日額●,●●●円を支払うものとする。
- 4 甲は、研修期間終了後、乙からの通知に基づき、研修期間に係る研修料の全額を所定の期日までに支払わなければならない。

（身分）

第3条 甲は研修員が現に保有する身分のまま乙での研修を命じ、乙は当該研修員を乙の職員として併せて任命するものとし、研修期間が満了したときはこれを解任するものとする。

（指揮命令及び安全配慮）

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

- 2 乙は、研修期間中、研修員の業務につき安全配慮義務を有するものとする。

（給与等）

第5条 研修員の給料及び手当は、甲がその関係規定に基づいて支給する。

（旅費）

第6条 研修員の赴任、滞在、帰任及び甲の用務に係る旅費は、甲がその関係規程に基づいて支給し、派遣期間中における乙の業務に係る旅費は、乙がその関係規程に基づいて支給するものとする。

（服務等）

第7条 研修員は乙の指揮命令に基づき、乙の業務に従事するものとする。

- 2 勤務時間については、乙の関係規定を適用とする。
- 3 研修員の服務、休日及び休暇等の取扱いについては、甲の関係規定を適用とする。

（分限及び懲戒）

第8条 研修員について分限及び懲戒の処分を必要とする事由が生じたときは、その都度甲乙協議するものとする。

(社会保険等)

第8条 研修員にかかる健康保険、介護保険、厚生年金保険、及び雇用保険については、甲において

被保険者資格を継続することとし、その保険料の事業主負担分は甲の負担とする。

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

3 労災保険については、乙において加入し、その保険料は乙の負担とする。

(労働災害の補償等)

第9条 研修員の労働災害の補償等について、その手続きは、乙の協力のもと甲が行うものとする。

(損害賠償等)

第10条 研修員が、乙の業務遂行上、他人に損害を与えたときの賠償責任は、乙が負うものとする。ただし、研修員の故意、または重大な過失によって事故が発生した場合は、甲がその責を負うものとする。

2 研修員が、故意又は過失により乙に損害を与えた場合において、乙が当該研修員にその損害賠償等をさせようとするときは、あらかじめ甲と協議するものとする。

(健康管理)

第11条 研修員の健康管理については、甲が行うものとし、その費用は甲の負担とする。

(出勤状況等の報告)

第12条 乙は、原則として毎月●日までに、前月の研修員の勤務状況を甲に報告するものとする。

2 前項に定めるもののほか、研修員の研修状況については、必要的都度、甲に報告するものとする。

(その他)

第13条 この協定に定める事項で疑義が生じたもの及びこの協定に定めるもののほか、研修職員の身分取扱いその他研修に関する必要な事項は、その都度甲乙協議の上決定するものとする。

以上の協定書を証するため、本書2通を作成し、各々が記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

令和●●年●月●日

甲 島根県●●市●●町
●●法人●●訪問看護ステーション
所長 ●● ●●

乙 島根県●●市●●町
●●病院
院長 ●● ●●

<引用・参考文献>

1. 公益社団法人千葉県看護協会：新卒者等訪問看護師育成プログラム、平成 26 年 3 月。
2. 公益社団法人鳥取県看護協会：鳥取県新卒訪問看護師育成プログラム、平成 29 年 3 月。
3. 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。
4. 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課：訪問看護 OJT マニュアル、平成 25 年 3 月。
5. きらきら訪問ナース研究会：地域で育てる新卒訪問看護師のための包括的人財育成ガイド、平成 28 年 3 月。
6. ケアプロ株式会社編著：ケアプロ式新卒・新人訪問看護師教育プログラム、2017.1、学研。

このプログラム（改訂版）は、以下のメンバーにより内容を検討し、策定されました。

所属機関・団体	役 職	氏 名	期 間
島根県看護協会	会長	池田 康枝	令和 6～7 年度
同	専務理事	原 徳子	令和 6～7 年度
島根県立大学 看護学科 地域・在宅看護学 (鳥取看護大学 看護学科 在宅看護学)	准教授 教授	加藤 典子	令和 6 年度 令和 7 年度
島根県立大学 看護学科 地域・在宅看護学	講師	吉松 恵子	令和 6～7 年度
島根県看護協会訪問看護ステーションおおだ	所長	小椋 智恵美	令和 6～7 年度
島根大学医学部附属病院	副病院長・看護部長	川上 利枝	令和 6～7 年度
島根県立中央病院	副院長・看護局長	伊藤 千加子	令和 6 年度
同	副院長・看護局長	田根 圭子	令和 7 年度
島根県訪問看護支援センター		栗谷 とし子	令和 6 年度
同		勝部 久美子	令和 6 年度
同		池田 貴美江	令和 6～7 年度
同		伊藤 久美子	令和 7 年度
同		松本 亥智江	令和 7 年度
島根県健康福祉部医療政策課	課長補佐	遠藤 智弘	令和 6～7 年度

初 版 平成 30 年 3 月

改訂版 令和 8 年 1 月

島根で 新卒で 訪問看護師になろう！



令和8年1月 改訂