

(2) 担当ケースの難易度

- ・訪問看護師として関わる担当ケースの難易度のレベルは多様です。
- ・難易度のレベルは、「状態の安定性」だけでなく、「主介護者の状況」「他のサービスの利用状況」「中核となるケアマネジャーの存在」「主治医との連携のしやすさ」などによっても異なります。
- ・例えば下表のように、新任訪問看護師の成長過程に応じて対象ケースの難易度を変えていくことが考えられます。これはあくまで例ですので、訪問看護ステーション個々の理念や強みによって、難易度を勘案しながら担当するケースを決めると良いでしょう。

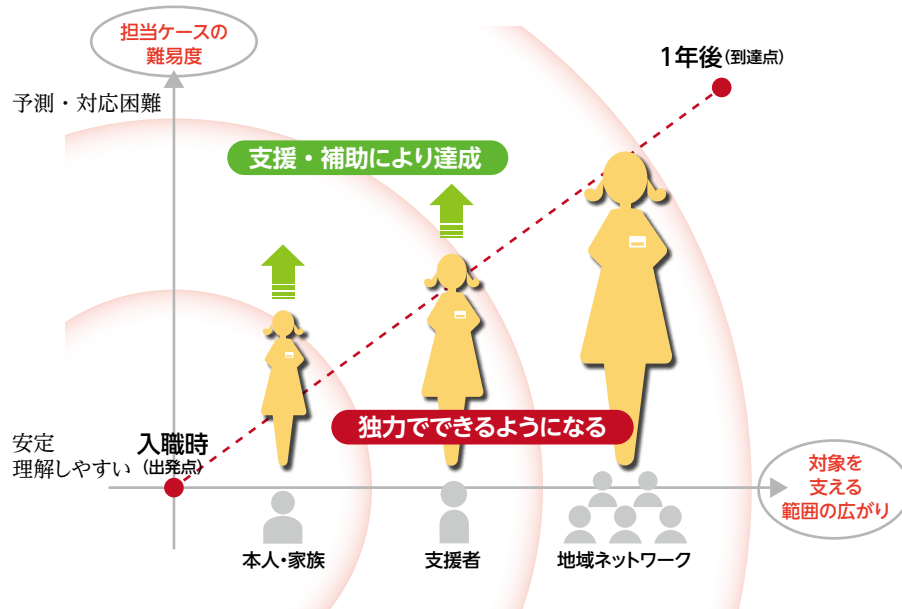
図表 新任訪問看護師の成長過程に応じた担当ケースの例

<p>初期段階で担当 するケース例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険利用者 要介護 3～4 程度 ・ 脳卒中の利用者（嚥下機能は異常なし、会話できる） ・ 訪問を開始してから一定期間が経過し、状態が安定している ・ 家族（主介護者）が同居している ・ 主治医と連絡がとりやすい ・ 通所サービスを週 1～2 回程度、訪問看護は週 1 回
<p>中間段階で担当 するケース例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険利用者 要介護 5 ・ 気管切開、胃ろう造設 ・ 主治医と連絡がとりやすい ・ ヘルパーと介護者が療養支援
<p>達成段階で担当 するケース例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保険利用者 ・ がんの看取りの事例（比較的予後予測がしやすい） ・ 主介護者の自宅での看取り希望が明らかである ・ 主治医が定期的に訪問し、連携しやすい

(3) レベルアップのプロセス

訪問看護師として対象を捉える範囲のレベルは、入職からの期間とともに変化し、各期間内では様々な難易度レベルの訪問看護を経験して進んでいきます。

図表 新任看護師のレベルアップの過程 (イメージ)



- OJTを通して、「対象を捉える範囲」を拡大しながら、独力で対応できる対象ケースの難易度を変えていきます。
- 初期段階では、難易度の低い対象ケースを担当しつつ、難易度の高い対象ケースについても、先輩の対応の見学、先輩の見守りの下での実施などにより経験します。
- 自分が担当、介入できるレベルを少しずつ向上させ、先輩や指導者からの支援や補助を受ける範囲が小さくなり、最終的には自分で担当できるようになることを目指します。



3.3 OJTの進め方

3.3.1 OJTのスケジュール

新任訪問看護師のOJT期間として仮に1年程度を想定した場合、以下のような全体スケジュールが考えられます。

- ・入職から3か月程度は、同行訪問を繰り返し実施します。
- ・当初は、状態が安定し問題の少ない利用者を担当し、基本的な業務の流れを理解します。
- ・徐々に、独居の利用者、認知症の利用者等、対応が困難である利用者を単独で担当できるように支援、指導をします。
- ・オリエンテーション時、3か月後、6か月後など、定期的に面談を行い、目標の達成状況や課題、今後の育成計画について確認します。

図表 新任訪問看護師のOJTのスケジュール (例)



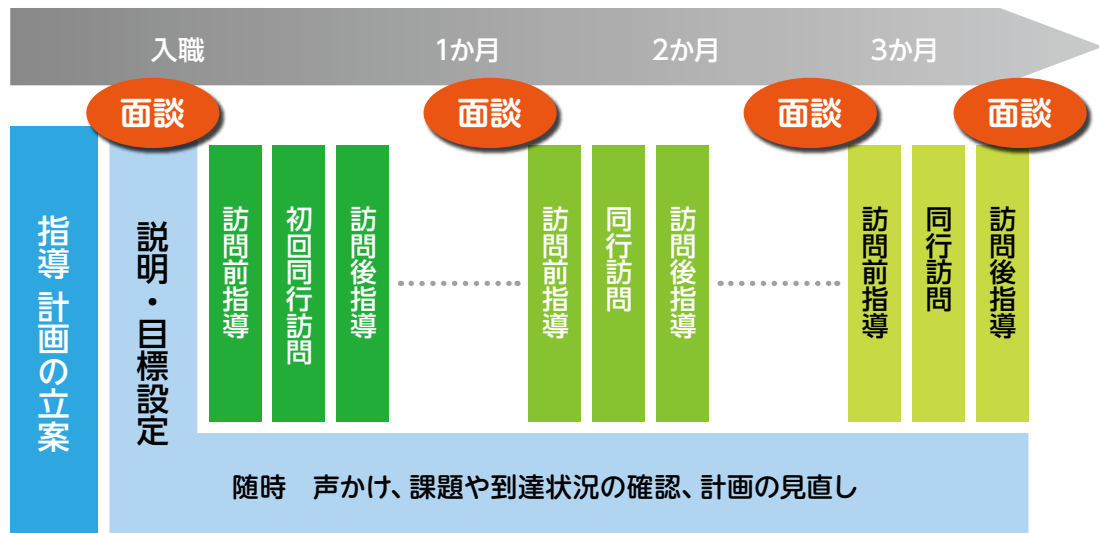
OJTは以下のような手順を進めます。

- ① OJT計画検討 (指導体制、スケジュール、担当利用者、実施方法、目標)
- ② オリエンテーション (基本事項と今後のOJTの進め方の説明)
- ③ 面談・目標設定 (新任訪問看護師の志向・意向の確認と目標の設定)
- ④ 同行訪問 (担当利用者選定、日程調整、訪問準備、訪問、振り返り)
- ⑤ 面談・評価 (振り返り、課題の解決、不安の解消、新たな目標設定)
- ⑥ 単独での訪問 (事前の確認、フォロー)
- ⑦ 面談・評価 (達成状況、課題の解決策の検討、新たな目標設定、計画)

3.3.2 同行訪問によるOJTの進め方

入職後3か月程度の期間に実施する「同行訪問によるOJT」は以下のような手順で進めます。

図表 同行訪問によるOJT (例)



- ・はじめに、3か月間の同行訪問による指導計画を立てます。担当する利用者を選定し、大まかな訪問スケジュールをもとに育成計画を検討します。
- ・担当する利用者については、「状態の安定性」「主介護者の状況」「他のサービスの利用状況」「中核となるケアマネジャーの存在」「主治医との連携のしやすさ」などの観点から、成長の過程に応じて難易度を変えていきます。
- ・導入時に面談を行い、同行訪問の目的、内容を説明した上で、1か月後、2か月後、3か月後の目標を設定します。（評価シートを用いた面談の方法については「5. 評価シートの活用」に記載。）
- ・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ほか、1か月後、2か月後、3か月後など定期的に面談を行います。
- ・訪問時の指導内容は、接遇やサービス提供のスキル向上にあわせて、レベルアップさせます。例えば、初回は指導者が実施する内容を見学することからはじめ、最終的には全て独力で適切に実施できるようになることを目指します。

⇒具体的な内容は「4. OJTの実践」を参照してください。

4

OJTの実践

- ・ 「1～3か月」「～6か月」「～12か月」の段階に分けて構成し、それぞれの段階における「目標」「指導内容」「指導方法」を整理します。
- ・ 具体的な指導の進め方、説明や模範の示し方や効果的な指導のための留意事項などを記載します。

4.1 初期導入（1～3か月）における指導

目 標

● 訪問看護師として対象を捉える範囲

1. ケア対象を本人と介護者を中心とする家族として捉え、相互の関係性を理解することができる
2. 本人、介護者と家族を支援するメンバーと各役割を理解することができる

● 対象ケースの困難度

- ・ 比較的安定した利用者を担当し、見守りと予防的ケアを中心とする
- ・ 支援を受けながら、独居や認知症等の多様なケースを経験する

● 実務上の目標

- ・ 一人で地図を見て訪問できる
- ・ 業務の一通りの流れを把握している
- ・ 訪問看護師としてふさわしい態度・姿勢をとることができる
- ・ 指導者の支援の下で、主体的にサービス提供ができる
- ・ 本人だけではなく介護者（家族）を含めてケア対象と捉え、家族への働きかけができる
- ・ 利用者・家族から信頼を得ることができている
- ・ 指導者の支援がなくても、サービス提供が滞りなくできる
- ・ フィジカルアセスメント^{*}ができる
- ・ （日常的な範囲で）状況に応じた判断・対応ができる

指導内容

- ・ 訪問看護サービスの基本的な流れ
- ・ 事業所内のルール
- ・ 利用者と家族の理解
- ・ 事前準備から訪問、事後のフォローまでの業務手順
- ・ 訪問時の挨拶、マナー、態度など
- ・ フィジカルアセスメント^{*}の徹底
- ・ 生活重視の視点 など

※フィジカルアセスメント
会話や観察、打診、聴診、触診などにより利用者の身体状況や症状を分析・評価すること。訪問看護では、在宅の環境の中で得られる情報を収集・活用し、的確に判断する能力が特に重要となります。

指導方法

1. 準備段階

(1) 同行訪問の計画検討

- ・ 指導目標、体制、スケジュールの検討
指導目標と指導項目を明確にします。無理のない体制、スケジュールで指導計画を立てます。
- ・ 対象とする利用者の選定
状態が安定し、理解しやすい利用者を担当します。

(2) オリエンテーション

- ・ 訪問看護師としての心構え
社会人としての心構え、マナー、話し方や態度等について説明し自覚を促します。さらに、訪問看護師としての役割、生活重視の考え方、関係機関との連携の重要性など、業務の基礎となる考え方を説明します。
- ・ サービス提供の流れ
訪問看護サービスの概要説明
- ・ 職場のルール
事業所の方針とルールについて説明します。困ったときは独断で解決しようとせず、すぐに管理者に連絡することなど。
- ・ 今後のOJTの進め方
- ・ 不明・不安の有無の確認、解消

(3) 目標の設定

- ・ 目標設定の目的
目標を明確にし、指導者と学習者が共有し意識付けることよりOJTの効果を高めます。
- ・ 目標設定の考え方
長期的な目標を確認した上で、段階的な育成のための個別具体的な短期的な目標を立て、定期的に達成状況を確認しながら、スキルアップを図れるようにします。

病棟から転職した場合

病院【医療】と在宅【生活】の視点の切り替えが重要

ブランクから復職した場合

知識やスキルのキャッチアップが重要

新卒の場合

看護技術の基礎を確認することが重要

2. 同行訪問

<初回の流れ>

※留意事項

(1) 訪問前

- ・ 利用者及びサービス計画、生活の目標
- ・ サービス内容・手順、留意点の説明
利用者の状態像と居宅サービス計画を踏まえ、課題と訪問看護サービスへの期待と目標、サービス計画を確認します。
具体的なサービスの手順とその根拠、想定されるリスクや留意点について説明。
記録作成のポイントの説明。
- ・ 必要となる看護知識・スキルの確認※
- ・ 利用者・家族への事前連絡
- ・ 物品の用意、利用者宅までの道順の確認等
- ・ 訪問に当たっての心構えと意識付け
- ・ 不安、不明点の確認、解消

(2) 訪問時

- ・ 利用者・家族への紹介
- ・ 接遇、サービス提供の模範を示します。
利用者・家族に配慮しつつ、支障のない範囲で、観察のポイント、行為の目的、留意点などを説明しながら実施します。
- ・ 利用者・家族からの聞き取りや、指導、説明についても模範を示します。
- ・ 新任訪問看護師の態度や行動全般にも目を配り、良かった点、改善すべき点などをチェックします。

病院ではデータや画像を重視しがちですが、在宅ではフィジカルアセスメント（観察、触診、打診など）が重要です。

(3) 訪問後

- ・ 訪問内容の振り返り
指導者から一方的に評価を伝えるのではなく、新任訪問看護師自身による振り返りと気づきを促します。
現場で詳細な解説ができなかった部分について、具体的に説明します。

判断や対応が必要となった場面における思考プロセスについて説明します。

利用者の状態像の変化の予測を立てます。

- ・ 新任訪問看護師の態度や行為の良かった点を評価します。
- ・ 改善が必要な点について、気づきを促します。
- ・ 問題点や不安を確認し、解消しておきます。
- ・ 次の訪問に向けて目標を設定します。

・ 先に指導者から説明をするのではなく、感じ取ったことを聞き、不足している部分を補います。

・ それまでに経験したことや興味の対象に応じて、新任訪問看護師が訪問の際に無意識に目を向けるポイントが異なります。個性や経験を踏まえた助言が重要です。

3. 振り返り

- ・ 1か月目、(2か月目)、3か月目の区切りで振り返りを行います。
- ・ 新任訪問看護師と面談をしながら、目標に対する達成状況を確認します。
まず、自己評価により新任訪問看護師が認識している達成状況、良かった点、課題等を把握します。それに対して、管理者としての運営方針を踏まえて、指導者としての視点からフィードバックを行います。
- ・ 達成状況に応じて、新任訪問看護師と相談しながら今後の育成計画の更新を行います。

コラム

モデル事業においてOJTマニュアルを利用して感じたこと

あすか山訪問看護ステーション
統括所長 平原優美

あすか山訪問看護ステーションで今回モデル事業に参加して大変勉強になりました。

同行訪問は以前から行っており、机上での研修より重要だと考えていましたが、これまできちんと整理して考えていませんでした。このモデル事業でマニュアルにしたがってスタッフと面接を行い、丁寧に評価し合う中で、本人の自己課題が明らかになり、適切なアドバイスができたことはとても貴重な経験でした。

日々忙しく動いている管理者やリーダーは、新任スタッフの成長を心から望んでいるにも関わらず、指導方法に自信が持てないまま、これまでの私のように、なんとなくで行っている方が多いのではないのでしょうか。

ぜひ、このわかりやすいマニュアルを利用して、スタッフと向き合ってほしいと思います。

そして、一人でも多くの新任訪問看護師がいきいきと働き続けるといいなと思います。

管理者の皆さまのご健闘をお祈りします。

4.2 中間段階（～6か月）における指導

目 標

● 訪問看護師として対象を捉える範囲

1. 支援者相互の関係を理解することができる
2. 本人、介護者と家族が利用可能な地域資源を理解することができる

● 対象ケースの困難度

- ・ 比較的安定した利用者を継続して担当する
- ・ 本人に加えて、家族介護者へのケアの視点が重要となる
- ・ 必要に応じて支援を受けながら、生活状況、病状や障害の程度を考慮して、難易度の高いケースを経験する
- ・ 看取りのケースを経験する

● 実務上の目標

- ・ 一通りのサービスを一人で実施することができる
- ・ 他の支援者相互の関係性を理解するとともに、支援者との関係性において訪問看護の役割、機能を理解し、積極的に働きかけができる
- ・ 利用者・家族の価値観や生活様式について深く理解し、尊重した対応ができる
- ・ 事務手続についても、不安なく適切・円滑に進めることができる
- ・ サービス提供の目標について説明し同意を得ることができる
- ・ 看取りのケースを経験する

指導内容

- ・ 支援者相互の関係と望ましい連携のあり方
- ・ 地域資源の内容、特徴
- ・ 家族へのケアの視点
- ・ 看取りのケースにおける対応

指導方法

1. 事例検討

- ・ 自分の担当する利用者の状況を事業所内で共有し、検討します。
- ・ 事例を通して、訪問看護師として重要な視点や適切な対応を学びます。また、利用者の状況について把握・理解し、生活の目標及び訪問看護の計画を立てる能力、事実、状況や経緯、自分の考え方などを他者に分かりやすく説明する能力、他者の意見を取り入れ客観的に捉えなおす能力などを習得します。
- ・ 事例検討の時間を確保し、書類作成等の準備をして実施する方法もありますが、定期的に行われるカンファレンスにおいて、検討したいケースをピックアップして、説明し、出席者と共に協議するなど、日常業務の一環として実施することも可能です。
- ・ 「エコマップ」等を用いて、周囲の資源も含めて利用者を捉えることも重要です。症状のアセスメントだけではなく、周りの地域資源についても十分に理解し、連携する必要があることを指導します。

2. サービス担当者会議

- ・ 自身が担当するケースのサービス担当者会議には、できるだけ早い段階から参加します。
- ・ サービス担当者会議では、他職種の専門性を理解・尊重し、話し合いをして協力関係をつくることが求められます。どのような態度や言葉で話し合いを行えば良いか、先輩の訪問看護師が実践してみせることが重要です。
- ・ サービス担当者会議には、医師が参加しないこともあり、訪問看護師だけが医療職として参加することもあります。疾患について、他職種に分かりやすく説明できるようになる必要があります。
- ・ 他職種に対して、ケアに関する助言をすることも求められます。例えば、「褥瘡ができやすい状況なので、体位交換をこのようにして下さい」「保湿ケアをして下さい」といった助言や、福祉用具に関するアドバイスなど、予防の視点を伝えることが重要です。
- ・ 困難ケースの場合は、ベテランの訪問看護師が同席し、必要に応じて支援や助言をします。

3. ターミナルケア

- ・ 看取りの経験をします。1年後に1人で担当できるようになることを目標として、指導者や先輩看護師と共にいくつかの看取りのケースを担当していきます。
- ・ ターミナルケアでは、麻薬の使い方、スピリチュアルケアがポイントになります。
- ・ エンゼルケアでは、その人らしさを重視することや家族との関わり方を学びます。

4. 6か月目の振り返り

- ・ 一通りこなせるようになった段階で、訪問看護師としての心構えや、課題（ニーズ）に遡ってサービス全体の意味付けを振り返ります。
- ・ 学習者の考えを聞くことに重点を置き、知識や考え方を全体的に確認します。

コラム

新任看護師のOJTマニュアルの活用方法

田園調布医師会立訪問看護ステーション
統括所長 宮近郁子

後期高齢者が増え多死時代の到来という言葉が新聞を賑わせています。その鍵を担うのは在宅医と訪問看護師です。当然のことながら、訪問看護師はこれからますます重要な立場となります。

興味をもってこの訪問看護の世界に入ってきた新任看護師をいかに育てていくかが、管理者としての重要な役割です。今まで、新しいスタッフが入ったら、オリエンテーションそして同行訪問をしながら仕事を覚えてもらっていました。ただ、業務を覚えてもらうことが目的でした。当時、マニュアルなど無かったので、おそらくその時のスタッフは、一人立ちするのが怖かったと思います。

この新任看護師OJTマニュアルは、1年を通して1人前に育て上げるものに仕上がっています。新任看護師を少しずつ育て上げるといった印象です。管理者が新任看護師と向き合いながらひとりひとりの自己の課題を明らかにして、訪問看護師を育てていかなければなりません。つまり、子育てと一緒にです。OJTマニュアルを活用しながら、私たちの後輩訪問看護師を大切に大切に育てようではありませんか。

4.3 仕上げの段階（～12か月）における指導

目 標

● 訪問看護師として対象を捉える範囲

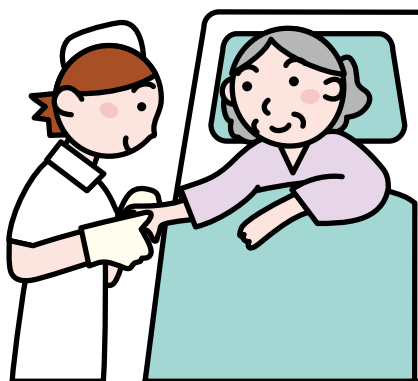
1. 地域の中の訪問看護ステーションの役割を理解し、支援者、家族、介護者と本人全体を包括的に理解することができる
2. 他機関・他職種に必要な応じて働きかけることができる

● 対象ケースの困難度

- ・ 独居や認知症等、困難なケースを担当することができるようになる
- ・ 主担当として看取りのケースを受け持つ

● 実務上の目標

- ・ さまざまな場面における応用力を身に付ける
- ・ 全身状態や生活の仕方、利用者の反応等を総合的視野から状況判断できる
- ・ 利用者の病態から予測される問題に予防的に対処することができる
- ・ 地域ネットワークにおける他職種との関係性の中で訪問看護ステーションの役割を捉え、他職種の専門性を理解し、尊重することができる
- ・ 地域ネットワークの中で多様な関係機関と連絡調整、連携が円滑にできる
- ・ 利用者、家族から相談を受け、適切な対応ができる
- ・ 1年間を通して四季を経験し、季節に応じた変化を予測して予防的な対応をとることができる
- ・ 看取りのケースでは、死のプロセスの理解と、その時期に応じたケアができる。状態を把握し、予測に基づき家族にアプローチできる。亡くなるまでの間にやっておくべきことを伝えられる



指導内容

- ・ 地域資源を前提として支援者、家族、介護者と本人全体を包括的に捉える視点や考え方
- ・ ケア体制の構築、他機関・他職種連携の進め方のポイント
- ・ 1年を振り返るとともに訪問看護師として一人立ちする自覚を促す

指導方法

- ・ 新たな知識や技術の習得というよりも、これまでに蓄積してきた知識・経験を総合的に活用できるよう、指導します。
- ・ 1年の経験を振り返り、自分の強み・弱みを理解し、次につなげる指導をします。
- ・ 訪問看護ステーションのスタッフとして自覚と責任を持てるように支援しましょう。
- ・ 多様なケースの経験を通じて、困難ケースにも対応できるようになることを目指します。また、これまで経験した中で抜けている部分についてはサポートし、対応できるように指導します。
- ・ 自分が担当する利用者のケアだけでなく、ステーションの全体の状況に目を向け、必要に応じて適切なサポートをすることができるよう指導します。
- ・ 全ての利用者の状況を把握し、夜間の携帯電話当番ができることを目指します。
- ・ これまでにどのようなケースを経験したかを確認します。ターミナル、小児、認知症など、担当したいケースについて新任訪問看護師自身から希望が出ることがあります。こうした希望を重視しながら、小児から高齢者まで様々なケースに訪問できることを目指します。



5

評価シートの活用

- ・ 評価シートは、本人と指導者が共有し、成長のためのコミュニケーションツールとして活用します。(人事考課や査定を目的としません)
- ・ 以下の場面での使用を想定しています。

● オリエンテーション

面談の中で評価項目を確認し、OJTの中で習得を目指す目標として、意識付けをします。

● 定期面談・評価

- ・ 1か月後、2か月後、3か月後、6か月後、1年後など、時期を定めて、定期的に次の手順で実施します。

① 学習者（新任訪問看護師）が自己評価を記入

- ・ 評価項目ごとに「未経験」「できない」「指導のもとにできる」「一人でできる」をチェックします。
- ・ 「一人でできる」以外の項目について、評価の理由、目標と方策の方向性を記入します（中項目単位でも良い）。

② 指導者（管理者等）が評価を記入

- ・ 評価項目ごとに「未経験」「できない」「指導のもとにできる」「一人でできる」をチェックします。
- ・ 「一人でできる」以外の項目について、評価の理由、目標と方策の方向性を記入します（中項目単位でも良い）。

③ 面談により課題を明確にし、目標と計画を検討

- ・ 評価結果を持ち寄り、相談して最終評価を決定します。
 - ・ 学習課題について意識を共有し、相談により次の目標を設定し、具体的な計画を立てます。
 - ・ 学習者、指導者それぞれがシートをファイリングし、履歴を確認できるようにしておきます。
- ・ シートへの記入に際しては、「記入の手引」を参考とします。

【評価シート記入の手引】

大	中	小	新任訪問看護師の 達成目標	1~ 3か月	~ 6か月	~ 12か月	評価の視点	目標・方策の方向性	
訪問看護師としての基本的な能力									
訪問看護ステーションの一員として働くことができる									
基本姿勢	就業上のルールを守る	○					・就業時間を守っているか ・就業規則を理解し、必要な書類を提出しているか	・挨拶や報告・連絡・相談する習慣など、訪問看護師として身につけるべき態度を養う	
	訪問看護の目的・サービス内容を理解する			○			・訪問看護サービスの目的や役割、機能、サービス内容について理解しているか（簡潔に説明できるか）		
	事業所の理念・活動目標に沿った対応をする				○		・事業所の理念・活動目標を理解し、常に適切な行動をとることができるか		
基礎知識	基本的な医療保険、介護保険等の制度の仕組みを理解する	○					基本的な医療保険、介護保険等の制度の仕組みを理解しているか（簡潔に説明できるか）		
	訪問看護の報酬体系、利用者負担等について理解する	○					訪問看護の報酬体系、利用者負担等について理解しているか（簡潔に説明できるか）		
	地域の交通機関の利用方法、道路事情、訪問先の目印などを把握する	○					・活動地域の複数の移動方法について言えるか ・目的地周辺の主要施設（学校、警察、消防署、ガソリンスタンド、コンビニエンスストア、公衆トイレ、駐車場等）などの所在を把握しているか		
連携・相談	同僚・管理者と円滑なコミュニケーションをとることができる	○					・個別の業務に関する報告・連絡・相談に限らず、自分自身のことや事業所のことなど、管理者や看護職員と日常的にコミュニケーションをとることができるか		・事業所の一員として、他の職員に話しかけたり、円滑なコミュニケーションをとれる関係をつくる
	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談する	○					・日々の看護活動について、管理者や看護職員に報告・連絡・相談することができるか		・挨拶や報告・連絡・相談する習慣など、訪問看護師として身につけるべき態度を養う
	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する	○					・一人で判断が困難な問題に関して、同僚や上司等に速やかに相談することができるか		・組織内部で看護職員としての自己を振り返り、他の職員と連携し、事業所内での役割がとれる
	利用者・家族の問題に気付いた場合には、同僚・管理者に速やかに相談する	○					・気付いた利用者・家族の問題を全て所内の看護職員に報告しているか ・報告の時期は適切か	・利用者・家族が安心して訪問看護サービスを受けることができるように、常に意識して看護を提供できる	
環境整備	訪問看護ステーション内の物品を整備・補充する	○					・使用した物品は元の位置に戻しているか ・不足した物品は購入の手続きをするなど補充することができるか	・物品の整備・補充が速やかにでき、他者に迷惑をかけない	
災害時対応	災害時対応マニュアルを理解し、災害発生時は指示に従い適切に行動する	○					・災害時対応マニュアルを熟読しているか ・災害時の行動についてのイメージがついているか	・災害時には適切な行動をとることができる	
訪問看護師としてふさわしい態度・姿勢をとることができる									
マナー	その場にふさわしい態度で挨拶する	○					・利用者・家族・看護職員など自らその場にふさわしい態度で挨拶することができるか	・挨拶や報告・連絡・相談する習慣など、訪問看護師として身につけるべき態度を養う	
	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	○					・礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応することができるか		
	来客・電話に適切に対応する	○					・来客や電話があった際、事業所の顔として、積極的に誠意を持って対応することができるか		
コミュニケーション	コミュニケーションを通して、利用者・家族との良好な関係をつくる	○					・訪問時に明るく笑顔で挨拶しているか ・利用者や家族との約束や契約、依頼されたことについて誠実に対応しているか	・管理者や看護職員、利用者や家族などと会話の仕方や聴く姿勢、相手に自分の意見が伝えられる態度などに留意して行動する	
時間管理	訪問予定時間通りに訪問する	○					・訪問予定時間に遅れずに訪問することができるか	・訪問看護師としての基本的なルールを習慣付ける	
自己研鑽	知識・技術・態度などの不足を補うために自己学習する			○			・訪問看護師として不足している知識・技術・態度を自覚することができるか ・自己の実践を振り返り、不足している部分について、積極的に自己学習し補う努力を行っているか	・訪問看護師としての自己を振り返り、知識・技術・態度を客観的に評価する	
健康管理	日頃の健康管理に努める	○					・健康的な生活を心がけているか ・事故の感染予防に努めているか	・定期的に健康診断や検診を受けるなど	
訪問看護師としての専門的能力									
利用者・家族の生活を見ることができる									
生活重視	利用者・家族の価値観や生活様式を受け入れる			○			・利用者・家族の価値観や生活様式について理解し、尊重しているか	・利用者の疾患や治療を最優先にして看護の展開を考えるのではなく、利用者が疾患や障害を抱えながら残された機能を積極的に生かし、生活全体の質(QOL)を高めていくことができるかを考えて、看護を展開する ・看護計画、実践の根拠を明確に示すことができる ・訪問看護実践を他の看護職員にも理解できるように、記載する	
	治療優先でなく、生活を重視する	○					・利用者の疾患だけを捉えて看護を提供するのではなく、利用者・家族の生活も考えた看護判断ができるか		

大	中	小	新任訪問看護師の達成目標	1~3か月	~6か月	~12か月	評価の視点	目標・方策の方向性
		意思尊重	サービスの実施に当たり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重する	○			・利用者・家族の意思を常に尊重しているか ・利用者・家族と目標を共有しているか	
		家族の健康	家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする			○	・利用者だけでなく、家族も含めて看護の対象としてだけでなく、健康や日常生活についてアドバイスをしているか	・家族看護について基本的な学習をする ・利用者だけでなく家族も含めて看護の対象と捉える
説明することができる・聴くことができる								
		概要説明	ステーションの概要、重要事項説明書・契約書内容・利用料金について理解する		○		事業所のサービス内容について理解しているか	・事業所のサービス内容について、きちんと理解している
			提供する看護の内容を事前に分かりやすく説明する		○		・訪問時や機会を捉えて看護師として観察したことや判断したこと、実施することについて利用者や家族に説明しているか	・訪問時に利用者や家族に対してケアに関する説明の時間をもつ
		指導助言	在宅療養に必要な教育指導を利用者・家族に行う	○			・その利用者・家族にあった方法で、在宅療養に必要な教育指導ができていますか	・利用者・家族の希望・意欲・理解度を考慮して、利用者や家族に適した指導方法を立案して実施する
		相談対応	利用者・家族からの相談に適切に対応する			○	利用者・家族の相談事を傾聴し、適切な援助ができていますか	
		カンファレンス	相手の立場に立って、利用者・家族の話聞く		○		・自然な日常の会話の中で利用者・家族から必要な情報を得ているか ・気軽に必要なことを聞ける関係を利用者・家族と築いているか ・情報を得ることの必要性について利用者・家族に説明しているか	・日常の会話を大切にする ・聴く姿勢を持つ ・情報の活用目的について理解し、利用者・家族に説明する
			利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する		○		・管理者や看護職員など他者の意見を聴く姿勢や態度を持っているか ・利用者に問題意識をもって関わり、気付いた問題に対して他者に伝え理解を得ることができていますか	・管理者や看護職員、利用者、家族などの会話の仕方や聴く姿勢、相手に自分の意見を伝えられる態度などに留意して行動する ・訪問看護師としてできること、できないことを利用者や家族に明確に説明する ・約束したことに対しては誠実に対応する
訪問看護サービスを提供することができる								
		訪問前準備	利用者個別に訪問の目的を理解する	○			・個々の利用者について、訪問看護サービスを利用する目的に照らして、毎回の訪問の目的を理解し、意識しているか	
			必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる	○			利用者・家族について必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画となっているか	
			訪問先・訪問予定を確認して、必要な情報をもとにその日の援助計画を立てる	○			・医師の指示書やケアプランとの整合性を確認しているか ・訪問先・訪問予定を確認することができているか ・訪問予定者の必要な情報をもとにその日の援助方針に従って援助内容を計画できているか	・看護計画、実践の根拠を明確に示すことができる
			訪問看護に必要な物品や身支度を事前に整える	○			・訪問する利用者の看護に必要な物品を訪問前に準備することができているか ・利用者の状況を踏まえて適切な身支度ができるか	・必要な物品を訪問前に準備し、身支度をする事ができる
		療養上の世話	訪問看護計画に基づいて療養上の支援(世話)を行う	○			・個別の利用者の訪問看護計画に基づいて症状等の観察、食事の世話、清拭及び排泄の介助、生活指導などができているか	
		看護技術*	訪問看護に必要な最低限の看護技術を身に付ける	○			・在宅看護に必要とされる最低限の看護技術(VS測定、日常生活援助、洗腸、点滴、軟膏塗布、服薬管理、吸引、モニター測定、リハビリテーション看護、経管栄養、座薬挿入、在宅酸素療法、医療機器管理など)を身に付けるように職場の勉強会や外部の研修会などに参加し、努力しているか ・技術を身に付けるために積極的に同行訪問を求めているか	・トピックスについては、勉強会や研修会に参加し、在宅看護に必要な知識・技術・態度が身に付いているかを評価する
		感染管理	安全に感染予防及び医療廃棄物の取扱いを行う	○			・防護用具(マスク・ガウン・手袋)等を適切に使用し感染予防に努めているか ・医療廃棄物が出た場合、決められた方法で処理することができているか	・感染管理についての知識を得て、安全に実践できる
		環境整備	利用者の居室の生活環境(光、音、温度等)を整備する	○			・利用者が快適・健康に生活できるよう、居室の生活環境(光、音、温度等)を整備し、家族にも説明しているか	
		訪問後対応	訪問後の物品片付け、衛生管理を行う	○			・訪問後に物品を片付けや衛生管理、不足があれば補充、調達するなどの対応ができていますか	・事業所の一員として、またチームケアの一員として、訪問後に必要な対応し、次回以降の訪問に備えることができる
			訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	○			・訪問後に、事業所内の管理者や他の訪問看護師、さらには介護支援専門員等事業所外の関係者に必要事項の申し送りができているか	
		安心・安全	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	○			・担当している利用者・家族に不安はないと言えるか ・看護実践の際に、利用者・家族が安全、安心、安楽であるかを考えながら行っているか	・利用者・家族が安心して訪問看護サービスを受けることができるように、常に意識して看護を提供できる
			緊急時の手当の方法、連絡方法等を理解する	○			・重大性、緊急性を的確に判断し対処・報告できているか	・主治医に連絡するなど状況に応じて対処する

大	中	小	新任訪問看護師の 達成目標	1~ 3か月	~ 6か月	~ 12か月	評価の視点	目標・方策の方向性
		夜間対応	訪問看護ステーションの利用者全体の状況を理解し、夜間の携帯当番を担当する			○	・利用者全体の状況を理解しているか ・夜間の当番を担当し、対応ができるか	
		判断	全身状態や生活の仕方、利用者の反応等を総合的視野から状況判断する			○	全身状態や生活の仕方、利用者の反応等を総合的視野から状況判断できているか	
		予防	利用者の病態から予測される問題に予防的に対処する			○	・予測される問題をリストアップできるか ・問題に対して必要な予防策を挙げ対処しているか	・利用者・家族が安心して訪問看護サービスを受けることができるように、常に意識して看護を提供できる
地域の資源を理解し、連携することができる								
		地域の理解	地域の保健医療福祉機関・サービスを把握する	○			・地域において連携先となる保健福祉機関・サービスの窓口や担当者などを把握しているか	・地域の他機関、他職種について、個別のケースにおける連携先として認識するだけではなく、地域ネットワークにおける相互の位置づけや役割、関係性について理解し、尊重しあうことができる
			地域の中での訪問看護ステーションの役割を理解する		○		・地域の他の機関や職種と連携において、訪問看護ステーションの位置づけや果たすべき役割について、理解できているか	
			地域内の他機関・他職種の専門性を理解し、尊重する			○	・他の機関や職種の役割や専門性を理解し、尊重することができるか	
		地域連携	訪問看護の経過等を必要時、主治医に正確に報告・相談する	○			・定期的、及び変化やその予兆があった場合に、訪問看護の経過等を主治医に正確に報告・相談しているか	
			利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する			○	・利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携して、必要な情報提供や調整を行っているか	
			介護支援専門員と連携・調整を行う			○	・利用者の状況、状態変化などについて、介護支援専門員と随時情報共有し、必要に応じてケアプランの見直しなどにつなげているか	
			その他の関係機関との連携や調整を行う			○	・ケアチームで支援していることを説明できるか ・関係職種・機関に対して報告・連絡・相談が必要な状況がわかっているか ・緊急性を判断し、状況に応じて連携できるか	・ケアチームで支援していることを念頭に置く ・関係職種・機関への報告、連絡、相談が必要な状況を管理者や同僚に確認する
情報管理を適切にすることができる								
		記録	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	○			訪問看護記録・報告書・計画書について、必要な事項を漏れなく正確に書いているか	記録等作成の目的や重要性を理解し、目的に沿って適切な記述ができるようになる
			訪問後、速やかに訪問記録をつける	○			・訪問看護記録を一両日中に正確に記載することができるか	・訪問看護実践を他の看護職員にも理解できるように、記載する
		個人情報	個人情報保護の必要性を理解し、情報を適切に管理する	○			・個人情報保護の必要性を説明できるか ・守秘義務を果たしているか ・得られた個人情報が外部に漏洩しないよう留意しているか ・ケア会議などで他者に情報を提供する場合、利用者・家族に同意を得ているか	・利用者・家族の尊厳を重視した情報の取扱いや関わり方ができる

※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ことが望ましい

<参考資料>

- ・「訪問看護 OJT ガイドブック」(公益財団法人日本訪問看護財団)
- ・「自己評価目標達成チェック表」(世田谷区社会福祉事業団訪問看護ステーション)
- ・「訪問看護事業所自己評価票」(北海道総合在宅ケア事業団)
- ・「在宅における看護実践自己評価尺度」(千葉大看護学部)
- ・東京都福祉サービス第三者評価「訪問看護」
- ・「介護事業所等における人材育成の観点からみたサービスの質の向上に関する調査研究報告書」(長寿社会開発センター)
- ・「介護保険サービスの自己評価実施ガイドライン」(滋賀県健康福祉サービス評価システム)
- ・「介護保険サービス評価に関する北海道基準の自己評価」(北海道)

評価シート



学習者氏名：	年 月 日
指導者氏名：	評価日： (1か月・2か月・3か月・6か月・12か月)

大 中 小	新任訪問看護師の 達成目標	目標時期			評価			評価の視点	目標・方策の方向性
		1～3か月	～6か月	～12か月	未経験	できない	指図のもとにできる		
訪問看護師としての基本的能力									
	就業上のルールを守る								
	訪問看護の目的・サービス内容を理解する		○						
	事業所の理念・活動目標に沿った対応をする			○					
	基本的な医療保険、介護保険等の制度の仕組みを理解する		○						
	訪問看護の報酬体系、利用者負担等について理解する		○						
	地域の交通機関の利用方法、道路事情、訪問先の目印などを把握する		○						
	同僚・管理者と円滑なコミュニケーションをとることができる		○						
	日々の看護活動について、同僚・管理者に常に報告・連絡・相談する		○						
	一人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者に速やかに相談する		○						
	利用者・家族の問題に気付いた場合には、同僚・管理者に速やかに相談する		○						
	訪問看護ステーション内の物品を整備・補充する		○						
	災害時対応マニュアルを理解し、災害発生時は指示に従い適切に行動する		○						
訪問看護師としてふさわしい態度・姿勢をとることができる									
	その場にふさわしい態度で挨拶する		○						
	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する		○						
	来客・電話に適切に対応する		○						
	コミュニケーションを通して、利用者・家族との良好な関係をつくる		○						

大 中 小	新任訪問看護師の 達成目標	目標時期			評価			評価の視点	目標・方策の方向性
		1～ 3か月	～ 6か月	～ 12か月	未経験	できない	評価のもと にできる		
	時間管理	訪問予定時間通りに訪問する	○						
	自己研鑽	知識・技術・態度などの不足を補うために自己学習する	○						
	健康管理	日頃の健康管理に努める	○						
訪問看護師としての専門的能力									
利用者・家族の生活を見ることができ									
	生活重視	利用者・家族の価値観や生活様式を受け入れる	○						
	意思尊重	治療優先でなく、生活を重視する	○						
	家族の健康	サービスの実施に当たり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重する 家族の健康に気を配り、健康管理や日常生活のアドバイスをする	○						
説明することができ・聴くことができる									
	概要説明	ステーションの概要、重要事項説明書・契約書内容・利用料金について理解する	○						
	指導助言	提供する看護の内容を事前に分かりやすく説明する	○						
	相談対応	在宅療養に必要な教育指導を利用者・家族に行う	○						
	カンファレンス	利用者・家族からの相談に適切に対応する 相手の立場に立って、利用者・家族の話を聞く 利用者・家族に関する事柄について、カンファレンス等で適切に説明する	○						
訪問看護サービスを提供することができる									
	訪問前準備	利用者個別に訪問の目的を理解する 必要な情報を収集し、具体的な目標を設定した看護計画を立てる 訪問先・訪問予定を確認して、必要な情報をもとにその日の援助計画を立てる	○						
	療養上の世話	訪問看護に必要な物品や身支度を事前に整える	○						
	看護技術※	訪問看護計画に基づいて療養上の支援（世話）を行う 訪問看護に必要な最低限の看護技術を身に付ける	○						

大	中	小	新任訪問看護師の 達成目標	目標時期		評価			評価の視点	目標・方策の方向性
				1～ 3か月	～ 6か月	～ 12か月	未経験	できない		
		感染管理	安全に感染予防及び医療廃棄物の取扱いを行う	○						
		環境整備	利用者の居室の生活環境（光、音、温度等）を整備する	○						
		訪問後対応	訪問後の物品片付け、衛生管理を行う	○						
			訪問後に事業所内・他機関に報告・申し送りをする	○						
		安心・安全	利用者・家族の安心・安全・安楽を念頭に置いてケアを提供する	○						
			緊急時の手当の方法、連絡方法等を理解する	○						
		夜間対応	訪問看護ステーションの利用者全体の状況を理解し、夜間の 携帯当番を担当する		○					
		判断	全身状態や生活の仕方、利用者の反応等を総合的視野から状 況判断する		○					
		予防	利用者の病態から予測される問題に予防的に対処する		○					
地域の資源を理解し、連携することができる										
			地域の保健医療福祉機関・サービスを把握する	○						
		地域の理解	地域の中で訪問看護ステーションの役割を理解する		○					
			地域内の他機関・他職種専門性を理解し、尊重する		○					
			訪問看護の経過等が必要時、主治医に正確に報告・相談する	○						
		地域連携	利用者の入退院時に、医療機関・その他の機関と連携する		○					
			介護支援専門員と連携・調整を行う		○					
			その他の関係機関との連携や調整を行う		○					
情報管理を適切にすることができる										
		記録	訪問看護記録・報告書・計画書を適切に書く	○						
			訪問後、速やかに訪問記録をつける	○						
		個人情報	個人情報保護の必要性を理解し、情報を適切に管理する	○						

※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ことが望ましい

訪問看護OJTマニュアル作成部会

《検討経過》

回数	開催時期	主な検討事項
1	7月9日	(1) 第1回東京都訪問看護支援検討委員会報告 (2) 訪問看護OJTマニュアル案の作成について
2	8月9日	(1) 第2回東京都訪問看護支援検討委員会報告 (2) 訪問看護OJTマニュアル構成案について (3) 訪問看護の人材確保・定着に関する調査結果概要について
3	10月4日	(1) 訪問看護OJTマニュアル（構成案）について (2) その他
4	1月29日	(1) モデル事業結果報告及び訪問看護OJTマニュアル（構成案）について モデル事業実施ステーションからの報告 (2) 印刷デザイン案の決定 (3) OJTマニュアルを活用した人材育成の方法について

《委員名簿》

◎河原 加代子	首都大学東京健康福祉学部看護学科教授
島田 恵	首都大学東京健康福祉学部看護学科准教授
鈴木 央	鈴木内科医院 副院長
服部 絵美	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション 所長
平原 優美	公益財団法人日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション 統括所長
馬神 祥子	東京都福祉保健局医療政策部医療人材課長
横手 裕三子	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長

◎は部会長

(五十音順)

訪問看護OJTマニュアル

- 登録番号 (24) 273
 (24) 405
- 平成25年3月発行
- 発行 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課
 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
 電話 03-5320-4279 (ダイヤルイン)
- 印刷 鶴川印刷株式会社
 〒113-0033 東京都文京区本郷二丁目22-12

菜の花の花言葉は「快活な愛」「小さな幸せ」「快活」「活発」「元気いっぱい」等です。