

かんごちゃん



滋賀県 Ver.

訪問看護ステーションのための
新任訪問看護師育成マニュアル

はじめてみよう訪問看護



滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会

公益社団法人 滋賀県看護協会 訪問看護支援センター



目 次

期待する訪問看護師像	1
【1】在宅看護の基礎知識	1
1 在宅看護とは	1
2 訪問看護と倫理	2
3 社会の変化と地域における訪問看護の役割	3
【2】訪問看護のしくみ	5
1 制度と訪問看護	5
2 訪問看護の費用	7
3 訪問看護を開始するまでの流れ	9
【3】訪問看護の実際	11
1 訪問看護における訪問看護師の役割	11
2 訪問看護過程の展開	12
1.アセスメント（情報収集）	12
2.訪問看護計画立案・実施・評価	13
3 訪問看護師としてのマナー	14
1.基本的姿勢	14
2.倫理観	14
3.誠実さ	14
4 個人情報保護とプライバシーへの配慮	14
5 自己管理	14
6 初回訪問時のマナー	15
7 コミュニケーション技術	15
8 訪問看護における危機管理（リスクマネジメント）	17
1.急変時の対応	17
2.苦情の対応	18
3.事故発生時の対応	18
4.感染症対策	18
5.災害対策	21
6.虐待発見時の対応	22
【4】さあ、実際の訪問の様子を見てみましょう！	23
訪問看護師の一日	
資料編	29
・看護技術・医療処置チェックリスト	30
・訪問看護師ステップアップシートレベル	33

■期待する訪問看護師像

●あなたの事業所が求める訪問看護師像

●滋賀県の目指す訪問看護師の姿

地域で働く専門職として

- ・誠実であり、主体的に考え判断できる看護師
- ・社会情勢の変化をとらえ主体的に学び続ける看護師

※公益社団法人滋賀県看護協会 訪問看護支援センター H27 訪問看護師研修体系検討委員会



さあ、あなたはどんな訪問看護師になりたいですか！

【1】在宅看護の基礎知識

1 在宅看護とは<地域での健康と生活(暮らし)を支える看護>

在宅看護とは、病気や心身の障害をもつ全て(乳幼児から高齢者まで)の療養者やその家族に対して、自宅やそれに準ずる場所で「その人が大切にしているその人らしい生活」が送れるよう支援する看護のことである。

病院は一時的に滞在する場所であり、病気の治療・回復を優先するが、在宅での看護は“**生活の場での看護**”であるため、その人らしく長く安定した生活が送れること、本人が望む QOL を尊重することが大切となる。在宅看護は、在宅医療や在宅福祉との連携・協働のもとに在宅ケア活動がおこなわれる。

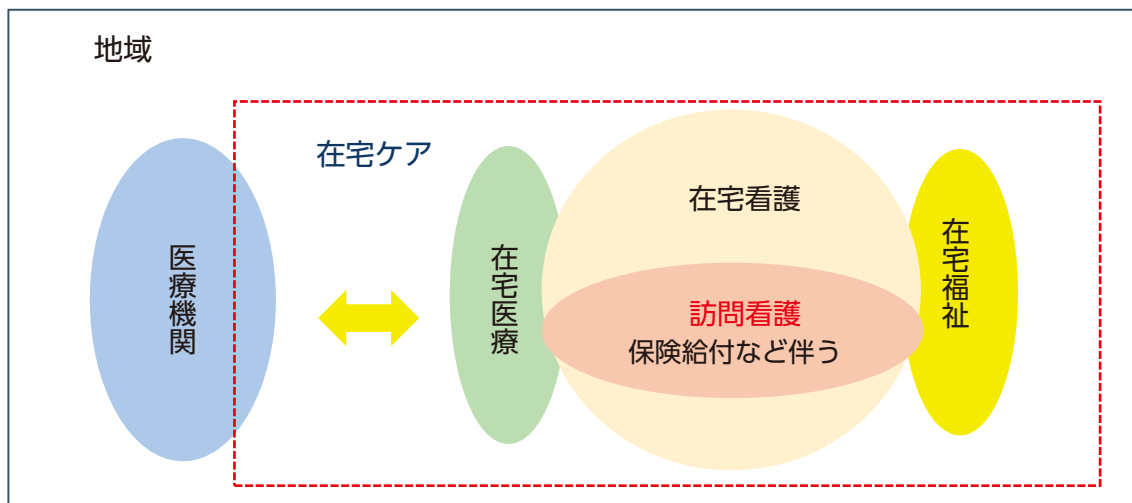


図 1：地域・在宅看護論① 地域療養を支えるケア（メディカ出版）



豆知識（在宅看護の概念のはじまり）

在宅看護の概念が生まれたのは、19世紀のイギリス。フローレンス・ナイチンゲールが「家」と「看護」を結びつける新しい言葉で活動を始めたといわれる。日本では1970年代からイギリスやアメリカで学んだ季羽倭文子（ぎば しずこ）らがリードし先駆的取り組みが各地で盛んになった。

2 訪問看護と倫理

訪問看護は在宅看護の中に位置づけられ、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の心身機能の維持回復・その家族への支援などを目的として、看護師などが疾患のある利用者の自宅を訪問し、主治医の指示に基づいて療養上の世話や診療の補助を行うことである。

人々は、人間としての尊厳を保持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の生涯にわたり健康な生活の実現に貢献することを使命としている。看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象としている。さらに、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して最期まで、その人らしく人生を全うできるようにその人のもつ力に働きかけながら支援することを目的としている。看護職は、免許によって看護を実践する権限を与えられた者である。看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保持される権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。同時に、専門職としての誇りと自覚をもって看護を実践する。

(日本看護協会 看護職の倫理綱領 前文)



改めて確認してみよう！日本看護協会 看護職の倫理要項16項目

1.在宅看護特有の倫理問題

訪問看護における特有の倫理問題として①療養者・家族の意思決定場面 ②多職種連携での場面等があげられる。

①療養者・家族の意思決定支援

訪問看護では利用者・家族の思いに沿うように支援する中で、生活や医療ケアにおけるさまざまな場面で意思決定支援を行う。

例えば人工呼吸器装着有無の選択、胃瘻導入や終了時、看取りの場など生命維持に直結する場面も多々訪れる。インフォームドコンセントが十分でない場合、導入したケアが療養者や家族の生活に沿っておらず見直しが必要な場合もあり重要な看護となる。

②多職種連携の場面

在宅看護では医師をはじめ、さまざまな職種が関係することより、異なった価値観、ものの見方の違いからくる倫理的問題が生じることがある。

2.訪問看護で倫理的問題の対処で大切にしたいことと必要な力

訪問看護を行う中で倫理的問題に直面した時にもっとも大切にしたいことは、利用者本人の希望・尊厳の重視を行うことである。

そのためには看護実践能力を構成する4つの力の1つである“意思決定を支える力”を向上させることが大切である。

(滋賀県版 訪問看護師ラダーにおける「意思決定支援を支える力」を向上するための目標)

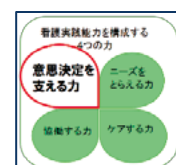
ラダーⅠ：利用者や周囲の人々の意向をよく知る

ラダーⅡ：利用者や周囲の人々の意向を看護に活かす

ラダーⅢ：利用者や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定を行う

ラダーⅣ：利用者や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重する

ラダーⅤ：複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整を行う



3 社会の変化と地域における訪問看護の役割

1.2013年 地域包括ケアシステム構築明文化

かつての日本は、子どもが多く生まれ高齢者の割合は低く、家族世帯も大家族が多く、近所同士・地域のつながりが深い状況であった。しかし時代が進むに連れ少子高齢化が加速し、家族の形態も核家族・独居世帯の増加へ変化してきた。

そこで“2025年の高齢者の急増時代”（日本人口の5人に1人が75歳以上、3人に1人が65歳以上）突入を見据え、医療・病床の確保が困難となる見込みより、高齢者を対象とした、これまでの病院ありきの「病院完結型」医療から地域全体で支える「地域完結型」医療への改革システム（地域包括ケアシステム）が推進されている。これは、“重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制”であり、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作られてきている。

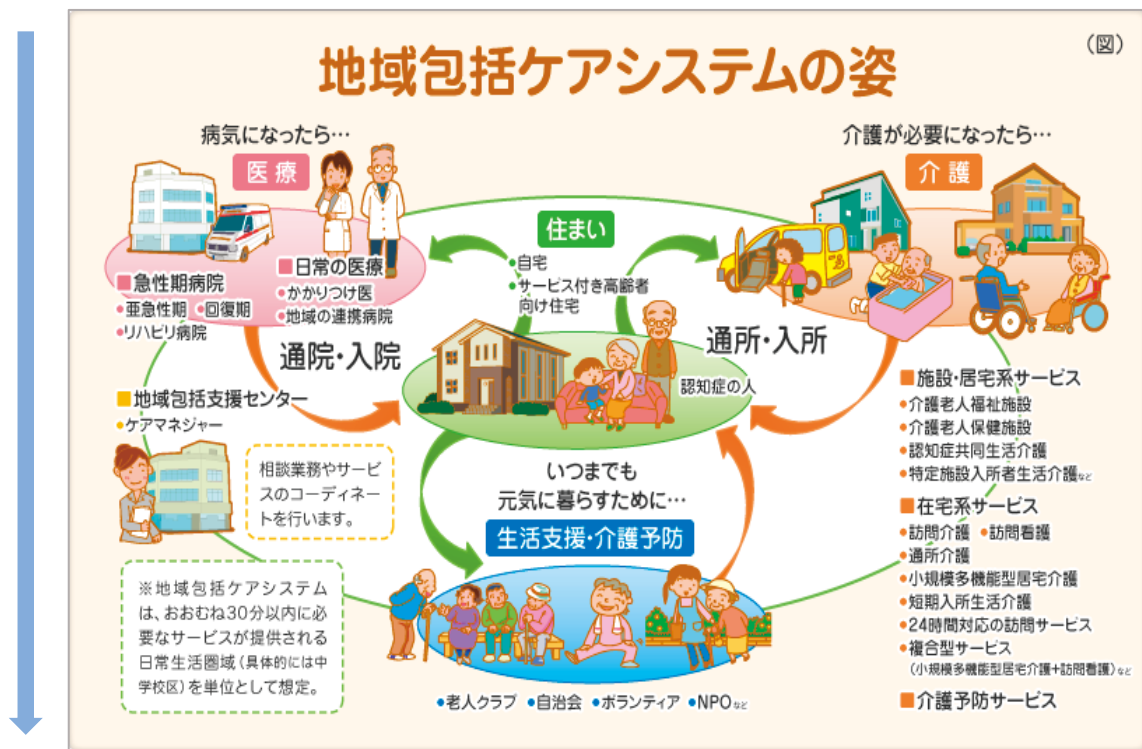


図2: 厚生労働省ホームページより

2.2018年 地域包括ケアシステムの深化版「全世代型地域共生社会」へシフト

2040年には、高齢者数はピークを迎え、現役世代（担い手）の減少となる予測に加え、昨今の核家族世帯や共働き世帯の増加、晩婚・晩産化等が進み、個人や世帯がもつ課題は複雑になってきている。

- 例えば）
- ・子育て中の母親が親族の介護も行っている
 - ・障害を持つ子どもと日常的に介護を要する高齢者を抱える世帯
 - ・高齢者と閉じこもりの子ども世帯
- など

近所同士の「無償の助け合い」が減少している現在、さまざまな課題を解決し改めて地域のつながりを強化し地域住民・地域の多様な主体が「我が事」とし、分野・世代を超えて「丸ごと」つながる社会を目指している。(全世代型地域共生社会)

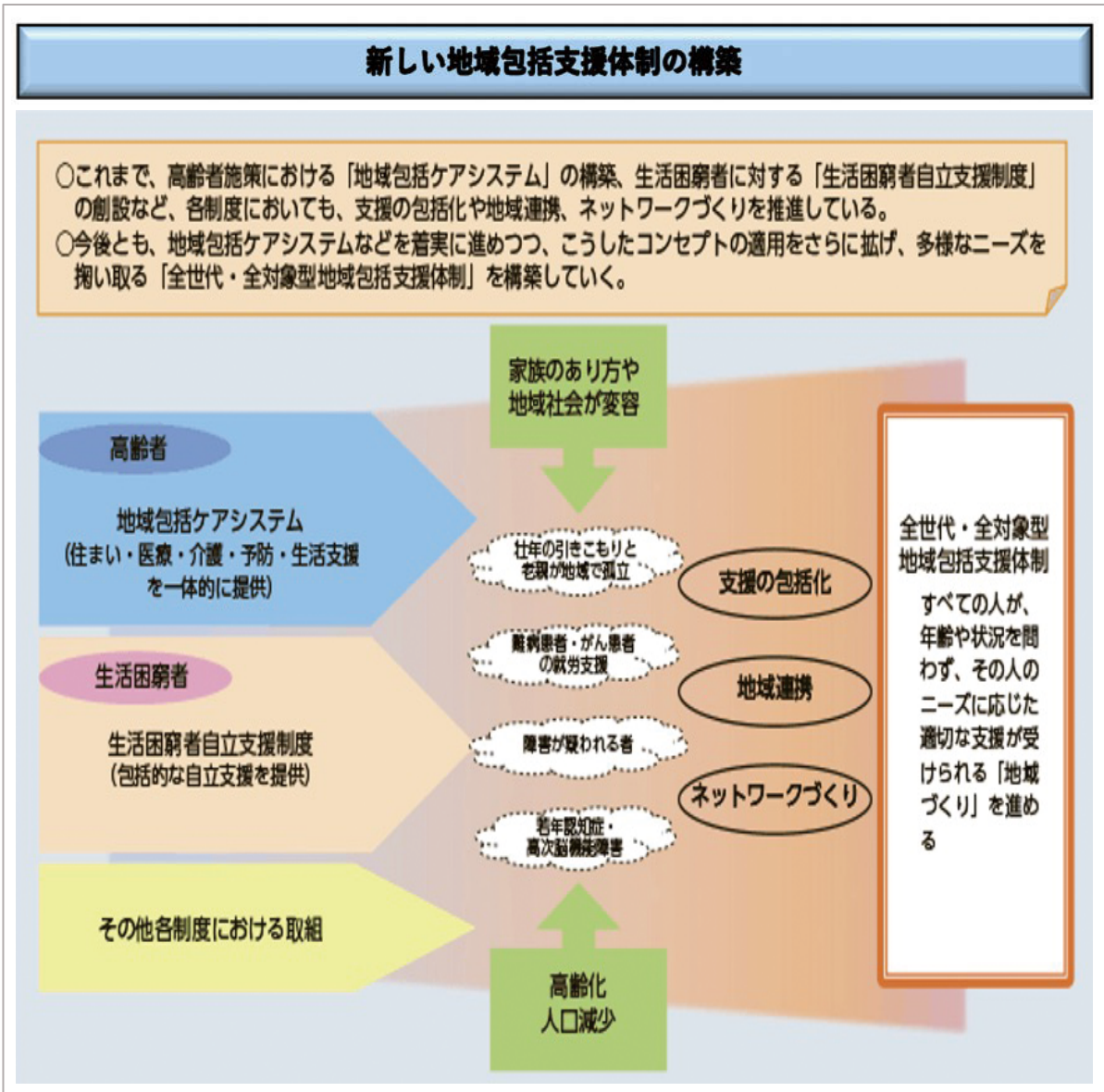


図3: H28年版 厚生労働白書より



訪問看護は、地域の中で小児から高齢者に至る全ての人を対象に介護予防から在宅看取りまで支援していることより、訪問看護師は地域共生社会を構築していく上で、推進役の要となることが期待されている。

【私たちが考える訪問看護師の役割】

- 対象となる人々を、どのような健康状態であっても、人生を生きる一人の個人として総合的にみる。つまり“疾病”をみる「医療」の視点だけでなく、生きていく営みである「生活」の視点を持って“人”をみること。
- 医療知識をベースとして、予後予測や、悪化防止の判断を勘案しながら、専門知識や高度な技術を生かして看護サービスを提供する。
- 医療と介護(生活)の両面から、療養上の問題となる要因分析、解決策を検討支援できる専門職として、多職種それぞれがもつ専門性が発揮できるように、多職種協働・連携の要としての役割を果たす。

※公益社団法人滋賀県看護協会 訪問看護支援センター H27 訪問看護師研修体系検討委員会

【2】訪問看護のしくみ

1 制度と訪問看護

訪問看護制度は当初、病気や障害をもつ高齢者に対して看護師が自宅に訪問し看護サービスを提供する制度として1983年に発足された。

以後、法の改正により「疾病や障害等をもち自宅等において療養を必要とする乳幼児から高齢者までの全ての人を対象」とした指定訪問看護制度（現在の訪問看護制度）になった。現在のこの制度は、国の保険制度である介護保険と医療保険を利用するもので、利用者の年齢や疾病等によりどちらを利用するかが異なる。

利用については主治医が「訪問看護が必要と判断した場合」で、必ず主治医の「訪問看護指示書」の発行が必要となる。

1.介護保険利用の方

第1号被保険者：要支援1,2 要介護1～5と認定された65歳以上の方

第2号被保険者：要支援1,2 要介護1～5と認定された40歳以上65歳未満の方で

16 特定疾病(以下)に該当していること

①がん末期（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）②関節リウマチ ③筋委縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗しょう症⑥初老期における認知症（脳血管疾患、アルツハイマー病、その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう）⑦パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性及びパーキンソン病）⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統委縮症（線条体異質変性症、シャイ・ドレーガー症候群、オリブ橋小脳萎縮症）⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎・気管支喘息・びまん性汎細気管支炎）⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

2.医療保険利用の方

- ・40歳未満の医療保険加入者とその家族。
- ・40歳以上65歳未満で16特定疾病罹患患者以外の方。
- ・65歳以上で要支援・要介護に該当しない方。
- ・要支援・要介護者に対して特別訪問看護指示書が交付された場合。

*特別訪問看護指示書：

訪問看護指示書がでている利用者の急性増悪、終末期、退院直後等により頻回の訪問看護が必要とされた場合に交付される。

指示有効期間は指示日から最長14日まで、月1回交付可能。ただし、疾病と状態によっては月2回まで交付可能。

- ・精神科訪問看護指示書が交付された方。
- ・厚生労働大臣の定める疾病等。

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ (図)

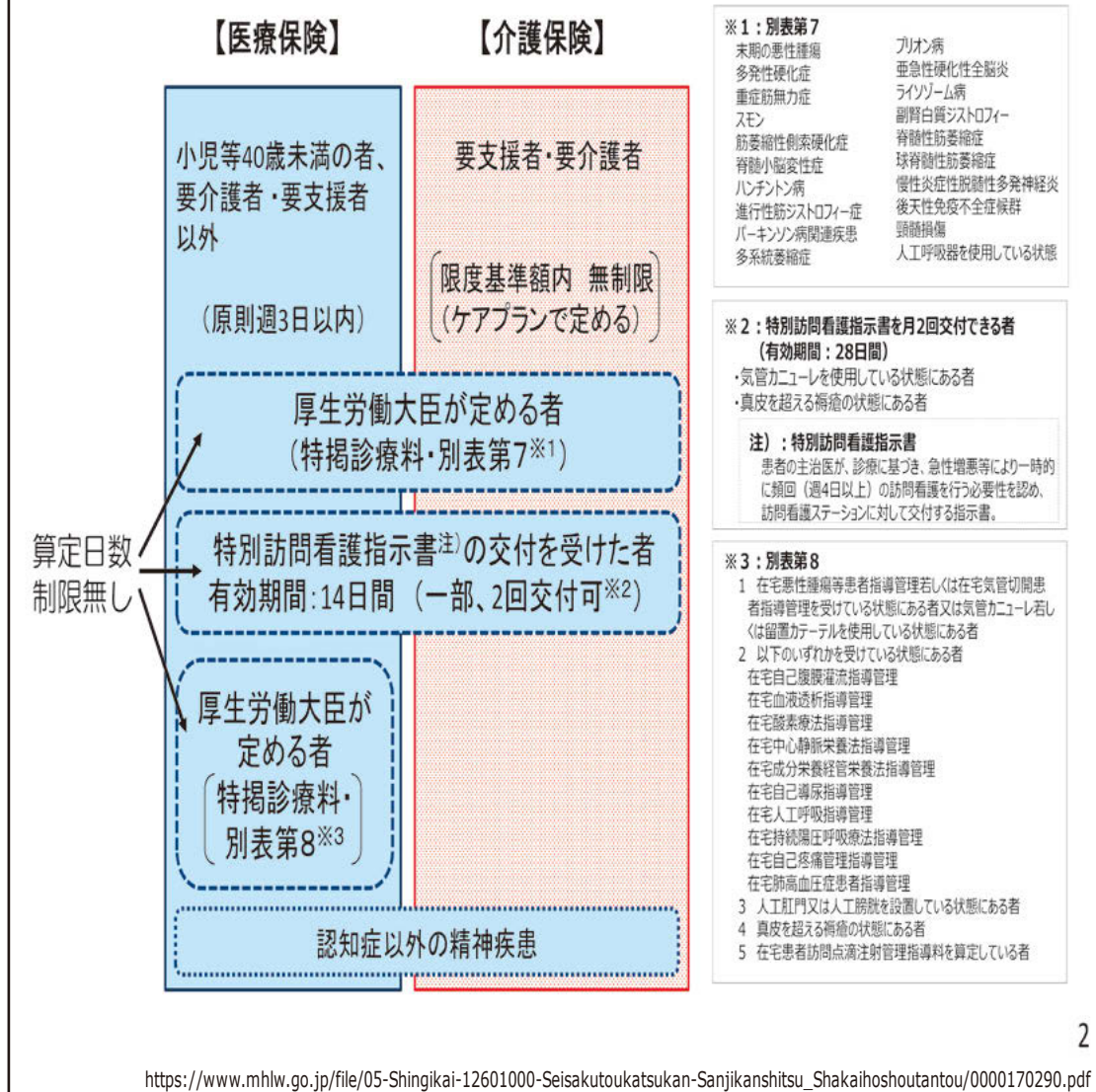


図 4



保険についてもっと調べてみよう！

- ・介護保険・介護が必要な方にその費用を給付してくれる国の保険制度の1つ。
制度の運営主体(保険者)は全国の市区町村等で、40歳以上になると介護保険の加入が義務づけられ、介護保険料を支払うことになる。
介護保険を利用する場合、市区町村の窓口に申請し介護認定審査を受けたのち、要介護度が決定される。
○要支援 1~2:日常生活を営む上で身の回りのこと(身支度・掃除・洗濯等)に支障があると見込まれる方
○要介護 1~5:身体・精神の障害により入浴・排泄・食事等の日常生活基本動作について常時介護を要すると見込まれる方
- ・医療保険・公的医療保険には①国民健康保険(自営業や退職者、無職の人が加入する地域保険)
②健康保険(会社員が加入する健康保険組合や協会けんぽ、共済組合などの職域保険)
③後期高齢医療保険(職業にかかわらず75歳以上の方が加入)等がある。

2 訪問看護の費用

1. 介護保険利用の場合

介護支援専門員が作成する居宅サービス計画にそって、利用者と契約を交わしサービスを提供する。料金体系は図5のように訪問時間により4段階に定められており、介護報酬の1～3割が自己負担（所得による）になる。基本報酬と多種の加算がある。

介護保険で要介護要支援に認定された場合、医療保険ではなく介護保険制度が優先して使用される。ただし「厚生労働大臣が定める疾病等」の対象者のみ医療保険となる。

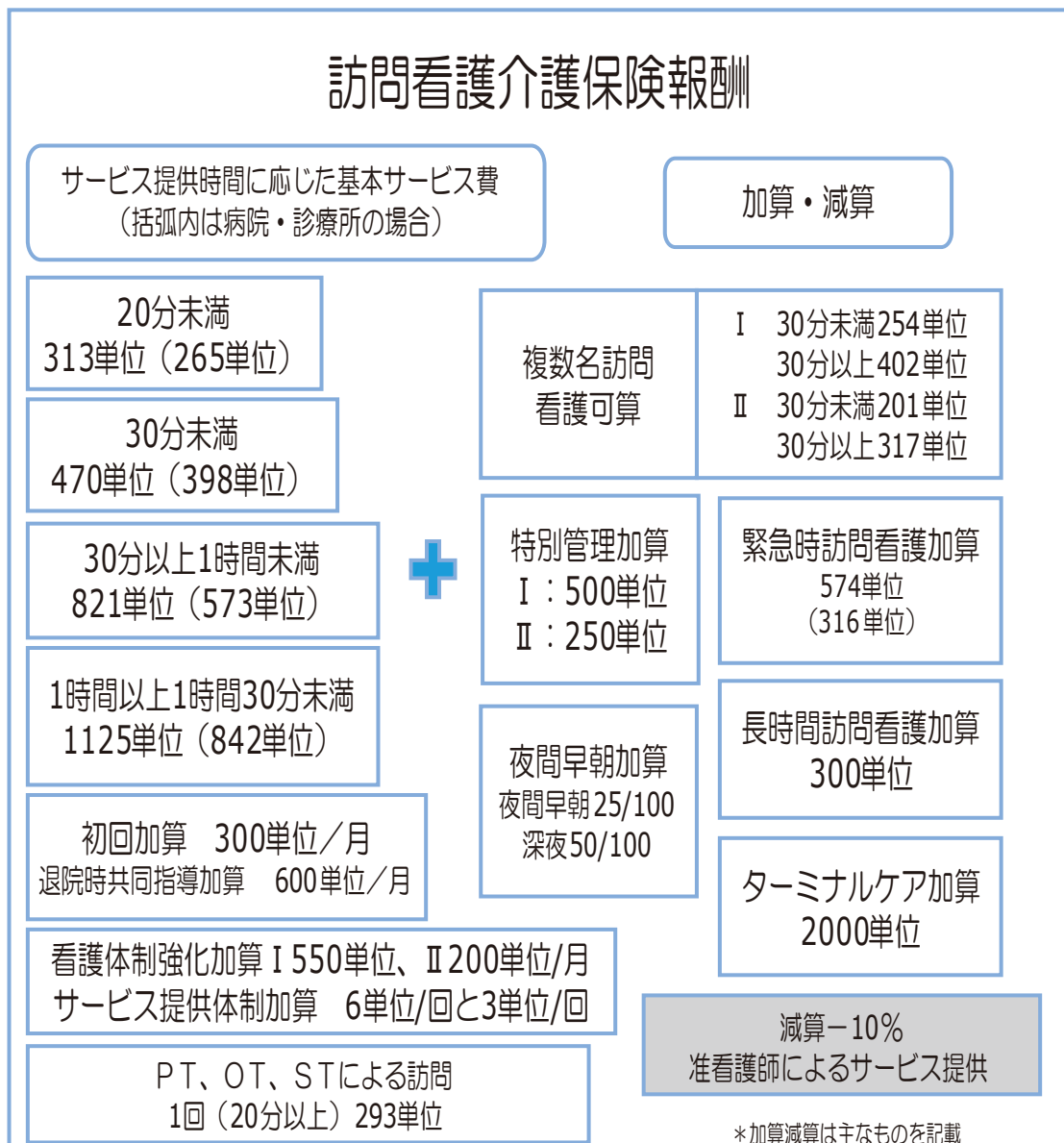


図5: 介護保険の報酬構造

2. 医療保険利用の場合

週3日が限度、1日単位で算定されるため、同一の利用者に対し1日に2回の訪問看護を行ったような場合は1日分しか算定されない。ただし、「厚生労働大臣が定める疾病等」の対象者には「難病等複数回訪問看護加算」が算定できる。

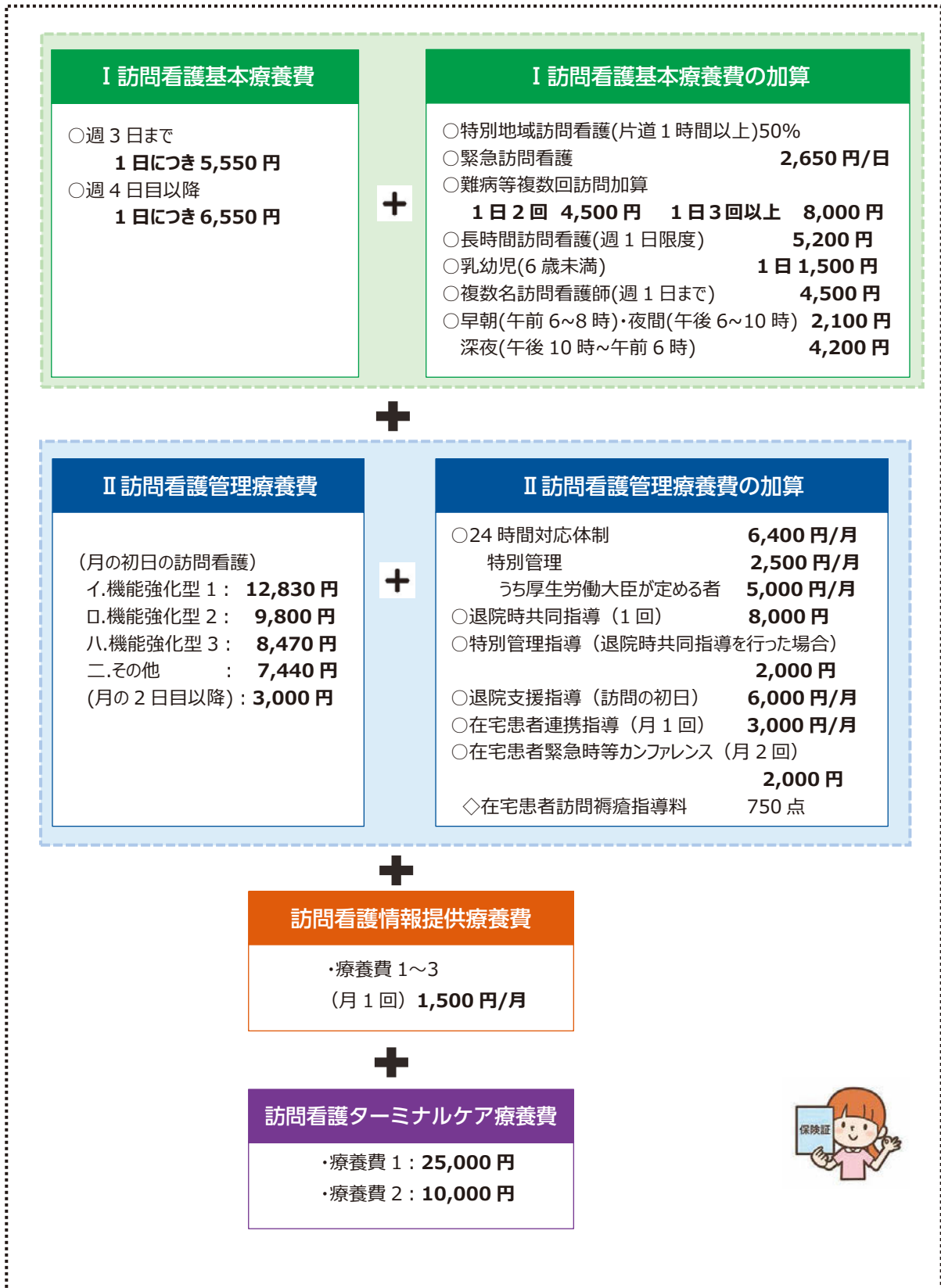


図6: 医療保険の報酬構造

また、急性憎悪により、主治医から週4日以上頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書交付を受けた場合は、1か月1回に限り、特別訪問看護指示書が交付され、交付の日から14日以内に行った訪問看護につき、14日を限度として訪問看護基本療養費が算定される。(ただし、疾病と状態によっては月2回まで交付可能。)

また、1日に2回以上訪問看護を行った場合も加算がある。

この他、算定できるものとして訪問看護情報提供療養費、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、24時間対応体制加算、特別管理加算、ターミナルケア療養費があるがそれぞれに算定できる条件がある。

3.加算と公費助成

訪問看護においては介護保険による給付が医療保険による給付に原則優先し、療養者の大部分は介護保険に基づく給付を受けている。また同じ看護でも地域によって、介護保険の報酬単価が異なるため自己負担額も異なる。事業所との連携体制やサービス内容等で介護保険に加算が加わることがある。医療保険においては、被保険者証、障害者手帳、療育手帳、特定医療費(指定難病)受給者証、福祉医療費受給券等を持っているものは、公費負担医療制度がある。生活保護受給者や低所得者の助成制度もあるが、地方自治体により制度の違いがあり、療養者の生活地域で使用できる制度を理解しておくことも、利用料が個人負担の訪問看護では重要なポイントである。

3 訪問看護を開始するまでの流れ

訪問看護を開始するためには一定の手順が必要であり、保険制度(介護保険利用か医療保険利用か)によって異なる。

基本的には、主治医から指示書(訪問看護指示書)の交付がされたら、利用者・家族に対して「重要事項説明書」に沿ってサービス内容、サービス時間、利用料、事業所の概要等を説明する。同意が得られたら、利用者または家族と訪問看護事業所で訪問看護サービスの利用に関する契約を結び開始となる。サービスの申込みは、利用者、家族、主治医、ケアマネジャー、看護師等さまざまである。

1.介護保険の利用を希望する場合

- ①利用者が介護認定を受けていない場合は、まず市町の介護保険担当窓口で介護認定の申請を依頼。
- ②介護認定結果が確定後、居宅介護支援事業所または地域包括支援センターのケアマネジャー等より訪問看護事業所へ連絡・相談あり。
- ③相談・依頼内容、ケアマネジャーやプランナー作成の提供表、ケア計画、看護の役割等を確認後、事業所で受入可能であるか検討。
- ④受入可能となった場合は主治医から訪問看護指示書の発行を受け、利用者または家族と事業所が契約。

2.医療保険の利用を希望する場合

- ①主治医、ソーシャルワーカー、看護師、本人・家族等から相談・依頼後、事業所で受入可能か検討。
- ②受入可能となった場合、主治医から訪問看護指示書の発行を受け、利用者または家族と事業所が契約。

※医療保険はケアマネジャーがいなかったため、訪問看護師が中心となり利用者・家族の生活状況も含めアセスメントしていく。

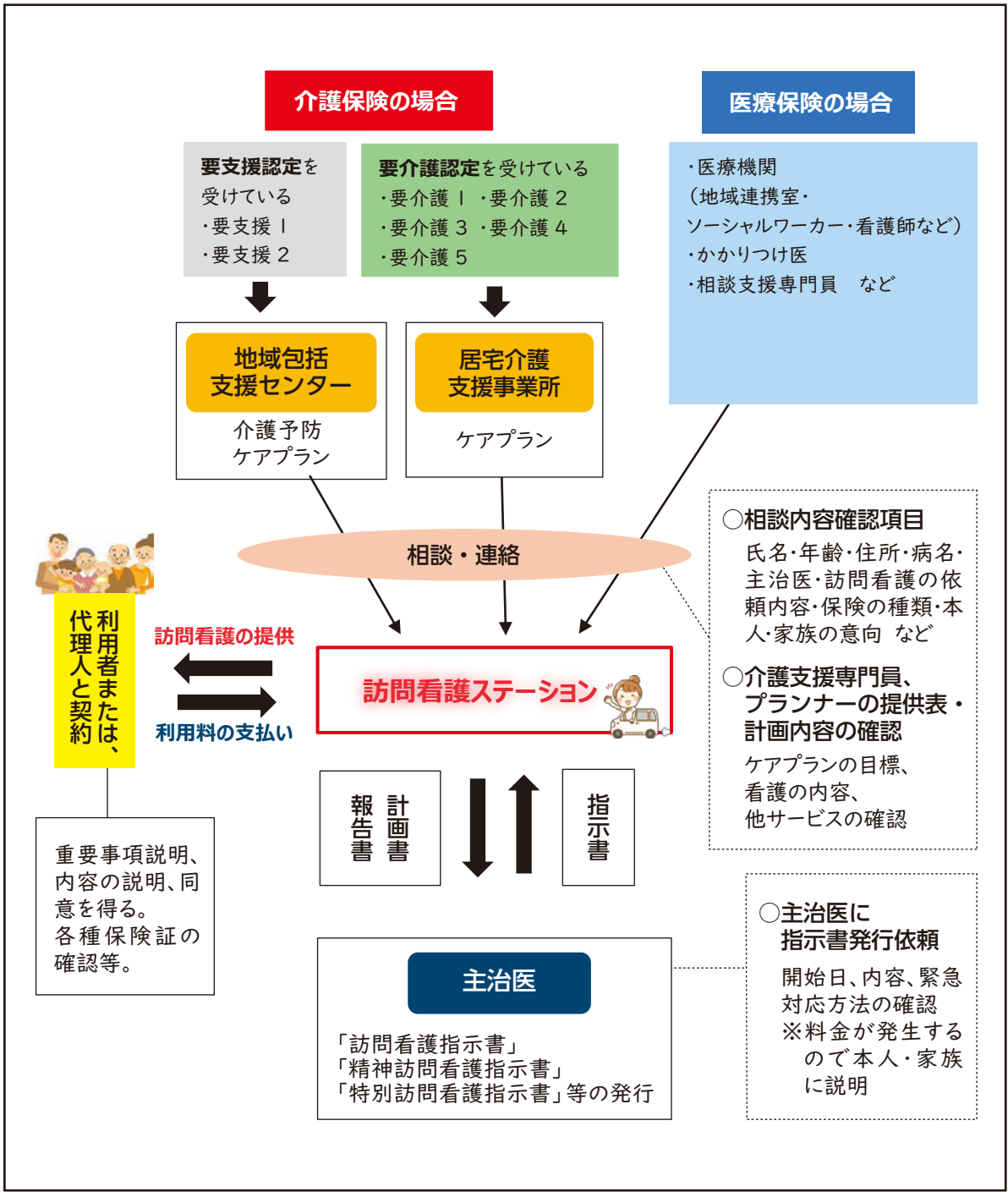


図 7：訪問看護を開始するまでの流れ

【3】訪問看護の実際

訪問看護は「生活の場での看護」、主役は利用者！

1 訪問看護における訪問看護師の役割

1. 疾病や障害の管理

- 健康状態のアセスメント（バイタルサインの測定と評価）
- 日常生活のアセスメント（食事、排泄、清潔、移動、外出状況など）
- 症状の緩和 ● 服薬管理 ● 清潔ケア ● 心理的ケア
- 医療的ケア
（排泄ケア、褥瘡処置、ストマケア、気管切開部のケア、胃瘻、膀胱留置カテーテル
在宅中心静脈栄養、医療機器管理など）
- リハビリテーション看護 ● 認知症の看護 ● ターミナルケア

2. 療養環境の整備

- 自宅や居室の段差（転倒防止）、温度・湿度（脱水や熱中症予防）

3. 必要な社会資源についての情報提供や活用

- 利用者や介護者の状況を踏まえ、必要な社会資源と結びつける。

4. 他職種との連携、調整

- 自宅で継続性・一貫性のあるケアが受けられるように
 - ・主治医、病院看護師 ・退院支援看護師 ・PT,OT,ST
 - ・ソーシャルワーカー ・ケアマネジャー ・地域包括支援センター職員
 - ・訪問介護職員 ・デイサービス職員 ・訪問入浴の職員 ・保健所保健師
 - ・薬剤師 ・福祉サービス担当者 ・入所施設職員 等

5. 利用者や家族の能力を活用した療養方法や介護方法の指導

利用者や家族の意思に基づき、もてる力、残存機能を最大限に発揮し生活できるよう、日常生活の過ごし方や介護方法について助言する。

6. 家族の健康管理、介護者の負担軽減

在宅療養の場合、介護者の存在が利用者の療養生活の継続や質を大きく左右する。介護者の健康不安や介護ストレスは、利用者への虐待の要因となりうるため、家族を含めた支援は大切である。

7. リスクマネジメント

在宅で起こりうるさまざまな危険を予測し、回避することは訪問看護師の責務である。
※本マニュアル内の「訪問看護のリスクマネジメント」参照。

2 訪問看護過程の展開

訪問看護過程とは健康問題により在宅生活に課題を持つ対象に対し、看護師がより効果的に確実に看護実践を提供するために用いる課題解決過程である。

訪問看護師は、家庭に入り看護を提供する。家庭での主体は医療者ではなく、利用者と家族である。利用者、家族が訪問看護を受けるとい意向を持っていなければ、看護は成立しない。利用者、家族には自分の意思で生き方や暮らし方を決める、主体的意思決定の権利がある。

(疾患や障害により自らが意思決定できないケースもあるが、基本的には利用者の気持ちや考えが尊重される支援であることが大切。そのためにも早期からの ACP 支援は大切。)

訪問看護過程ではこの考え方を尊重し、利用者が生活の方針やサービスの利用を含め、決定できるよう促す関わりができるよう展開される。利用者の健康問題とともに、生活に影響する対象者の機能を広くアセスメントすることが重要である。

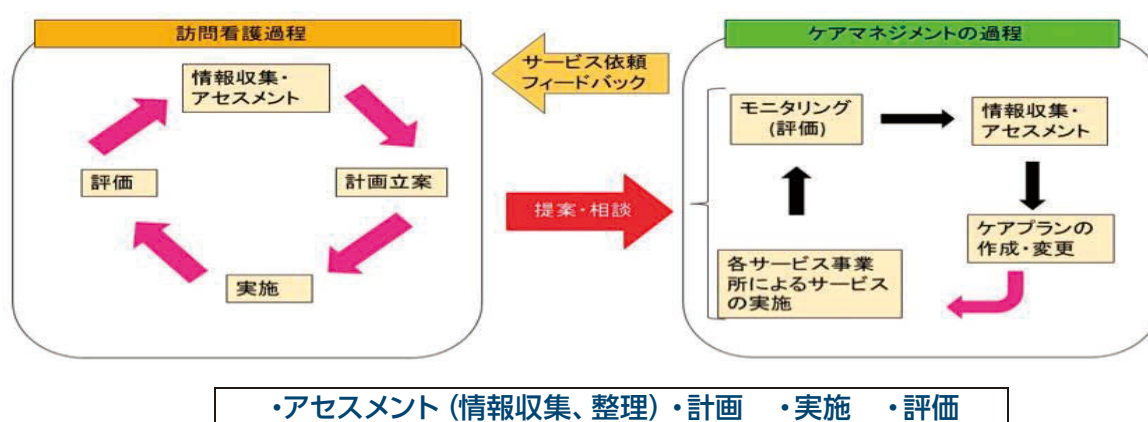


図8：地域・在宅看護論①地域療養を支えるケアより

1. アセスメント(情報収集)

【フィジカルアセスメント】

訪問看護は一人で利用者の身体状況を判断しなくてはならない。継続している病態的視点のみではなく、毎回全身を確認することにより異常を早期発見し対策をとるのは重要な技術である。訪問看護師へのフィジカルアセスメント技術に対する利用者、家族のニーズは高く、常に全身をみて情報を集める習慣が必要である。

【みる視点】

・生活をみる

利用者の望む生活を実現するための看護を実施するには、まず今ある生活を総合的にみる力が必要である。環境、生活様式、社会資源、経済状況など、生活をしていく上で関わるあらゆるものを知り、理解する必要がある。情報は一回の訪問でとるものではなく、関係性の構築とともに、少しずつ集めていく。つまり訪問時、常に生活をみる視点を持ちながら、看護ケアを行っていくことが大事な姿勢となる。

・家族をみる

利用者の在宅生活を支援する上で、家族は別居している場合であっても欠かせない存在である。家族は相互に密接に作用しあい、依存しあう最小集団であり、在宅生活を支える人的資源であると同時に、看護の対象でもある。従って、利用者と家族の関係性、介護への関わり状況、家族のケアニーズの有無、健康問題などを理解し、家庭に介入する必要がある。生活をみるという視点でも、家族を含めた生活様式を知ることが重要である。

・強みをみる

在宅での看護は限られた時間で、期間をおいての介入となる。利用者と家族は、自分たちで過ごす時間が長い。したがって訪問看護は利用者、家族の自立性を前提とし、エンパワメント的な関わりが必要となる。エンパワメントとは、人々が自ら健康上、生活上の問題を主体的に解決することができる力を獲得する過程である。その人、その家族の持つ力、すなわち『強み』に着眼して、その『強み』を生かす援助を行うことが、訪問看護の重要な関わりとなる。

2.訪問看護計画立案・実施・評価

① 短期目標と長期目標の設定

利用者と家族が目標とする総合的な在宅生活の希望の方向性を共通認識する。それが長期目標となる。長期目標を実現していくためにまず、一番先に解決しなければならない課題は何か、優先順位を考えて短期目標を設定する。どんな変化が期待できるかを見極め、短期目標は1~2ヶ月後を目安に目標を立てる。

② 計画

- ・利用者や家族が訪問看護に期待していることと、訪問看護でできることとできないことを確認し調整し、計画を立案していくこと。
- ・利用者と家族の理解力、技術、時間的ゆとり、価値観、その家庭ごとの個性を踏まえて、実行可能なものにする。
- ・計画は「誰が」「何を」「いつ」「どのように」実施するのか、他の看護師がみても同様に実施できるよう具体的に記述する。
- ・利用者と家族の自立性を高める計画となること
(介護者へ指導計画をいれる際のポイント)
 - a. 短時間に実施できること
 - b. 易しい方法であること
 - c. 明確な方法であること
 - d. 経済的に負担にならないこと
- ・どの看護師が訪問に行く場合でも不足情報を意図的に継続的に収集できるよう、観察計画に盛り込んでいく。
- ・介護者の疲労とストレスの視点を継続的に観察に取り込む
- ・必要な社会資源の紹介や導入をタイミングよくはかれるポイントを盛り込む
- ・主治医への連絡判断基準(緊急時対応方法の確認を含む)を組み込む

③ 実施

計画に沿った援助を提供する。

④ 評価

目標達成に向かって計画が進んでいるか、定期的に評価して経過修正を加える。

評価、修正にあたっては、チームカンファレンスや事例検討会、サービス担当者会議などの機会を活用する。評価・修正した内容は、訪問看護報告書に随時記録する。

評価、修正を繰り返すことで、利用者や家族にとってより効果的な看護を提供することを目指す。

*訪問看護計画書、報告書の発行

- ・毎月、主治医に「訪問看護計画書」「訪問看護報告書」を、介護支援専門員に「訪問看護計画書」を提出する。
- ・利用者に先月の評価記入した「訪問看護計画書」を提示し、目標（意向）の変化がないか確認し、今月の看護計画の確認をする。変化があった時は計画を修正し説明する。

3 訪問看護師としてのマナー

1. 基本的姿勢

- ① 身なり、服装は清潔で看護しやすく、訪問する者として失礼にならないように注意する。
- ② 化粧や香水など、匂いの強いものは避ける。
- ③ 訪問した際の挨拶、家に上がらせて頂くときのマナーを確認して訪問する。
- ④ 駐車や訪問方法は家族の意向確認とともに、近所、地域へも配慮する。
- ⑤ 療養者宅の物品を触る・動かす・借用するときは、必ず本人か家族の了承を得てから行う。



2. 倫理観

- ① 利用者や家族の生き方や価値観、自己決定権を尊重し看護師の価値観を一方向的に押し付けない。
- ② 訪問時間や約束したことを守る。(出来ない約束は、してはいけない。)
- ③ 言葉遣いや敬称は、相手の失礼にならないように注意する。
- ④ プライベートな質問は状況をみて判断し、時間をかけて行う(個人情報には時間をかけて収集する)。

3. 誠実さ

- ① 契約、その対価を頂く関係での看護提供であることを自覚する。
- ② 飲食のもてなし、金銭、物品は受け取らない。
- ③ 不明、不安な点は正直に答え、後ほど確認して伝える。
- ④ 曖昧な返事や出来ない約束はしない。
- ⑤ 約束の曜日、時間を守る。
- ⑥ 変更点などの連絡方法を確認し、確実に伝達する。
- ⑦ 退室後の療養者の生活まで考え、環境調整や本人の希望などを確認してから退室する。

4 個人情報保護とプライバシーへの配慮

訪問看護師は病名や検査結果、家族背景や生活歴など、さまざまな個人情報や要配慮情報を日々の業務の中で数多く取り扱う立場にある。個人情報保護法をはじめとする関係法規等の取り扱い規定、自組織の個人情報に関する規定を日頃から確認しておく。また、研修や情報共有をとおして意識を高める必要がある。

5 自己管理

訪問看護師には、信頼を得るための資質と能力が求められる。また何よりも療養者の健康と安全を守る者として、自分自身が健康であることが必須である。療養者の安全を守るために「自分自身の体調管理」は重要なポイントとなる。

6 初回訪問時のマナー

利用者や家族に与える第一印象が、その後の人間関係に影響する。

- ① 訪問日時は事前に連絡、了解の上での訪問をすること。
- ② 利用者の情報を把握し、訪問の目的に応じた準備をする。
- ③ 約束の5分前に到着する。遅れそうな時は、早めに連絡をする。
- ④ 車は指定の駐車場にきちんと入れる。利用者所有の駐車場がない場合は違法駐車にならないよう、事前に駐車場所を確認しておく。
- ⑤ 玄関(門)にてインターホン等で応答があれば入る。次回の訪問時の対応については、相談しておく。
- ⑥ 玄関で「こんにちは」「ごめんください」などと声をかけ(声の大きさは、利用者の状況や時間帯で判断)、返事があれば戸を開けて入り、自己紹介をする。
- ⑦ 家に上がる時は、靴をそろえる。
- ⑧ 部屋に入る前に利用者に声をかけ、目の高さが同じになるような位置に腰を下ろし、明るい笑顔で自己紹介をする。
- ⑨ 利用者や家族と接する時は、信頼関係が作れる距離が望ましい。ただし、感染症蔓延時等はできるだけ2mの間隔を空ける、会話をする際は可能な限り真正面を避ける、マスクを着用する、換気を行う等の配慮が必要である。
- ⑩ 看護業務が終わったら、次回の訪問日時、注意事項などを確認して挨拶をし、部屋を出る。
- ⑪ 玄関で再度挨拶をしてから「何かあれば、いつでもご連絡下さい」と声をかける。

7 コミュニケーション技術

- ① 人間同士が、信頼関係を持つためには意思の疎通(コミュニケーション)が必要である。特に在宅でのサービスを提供するときは、コミュニケーションの質が、在宅サービスの適・不適につながる。利用者の話、表現を積極的に「傾聴」し、「共感」しつつ、「受容」して、利用者が出した信号の意味・内容を共有していくことが大切である。

- ② コミュニケーションスキルとは

《話し方の5原則》

- a 明るく
- b 肯定的に
- c やさしく 易しく(わかりやすく)
優しく(相手の気持ちを尊重して)
- d クッション言葉
・質問のとき 失礼でございますが
・お願いのとき 恐れ入りますが
・お断りのとき 申し訳ございませんが
- e 美しく(敬語)



- ③ 「言語」と「言語以外」のコミュニケーション

言葉以外のコミュニケーションには、態度・表情・姿勢・身振り・手振り・服装や見繕い・目線・沈黙・位置と距離などがあり、視覚、聴覚、触覚など人間の五感で感じることができる。「言葉」で利用者が話す内容以外に、非言語で表している気持ち、感情、思い、言葉の背後にある深い心の部分を見逃さないよう注意しなければならない。

④ 具体的な聞き方

a 親しみを込め、相手を見て聞く

どんなに忙しくても、話す相手をやさしく見て聞くのが礼儀である。相手の表情や仕草など「非言語的」表現を見逃さず、利用者の心理をしっかりとつかむ必要がある。

b 適切に相槌を打つ

「はい」「そうですか」「なるほど」などの言葉やうなずくという態度で利用者の話をきちんとしていますという合図を送る必要がある。

《うなずき、あいづちの効果(オウサカウナギ)》

オ：驚き (すごいですね)

ウ：うなずき (なるほど、そうでしたか)

サ：誘い (それでどうなりましたか)

カ：変える (ところで)

ウ：嬉しさ (それは、よかったですね)

ナ：なさけ (大変ですね、それはお気の毒でしたね)

ギ：疑問 (まさか、本当ですか)

c 話の要点をつかむ

利用者の中には、気持ちや要求をはっきりと伝えられない方がおられる。

そのような方には、こちらから質問して、利用者の意図を正確に把握する必要がある。

d 反応を示して聞く

話の区切りでは「これは、こうゆうことですね」と内容の理解を示せば、利用者は、「聞いているな」と安心する。同じことの繰り返しになったときは、「これこれということによろしいですね」などと返すと感じよく納得してもらうことができる。

⑤ コミュニケーションの3段階

・第一段階「理解する」

内容を相手に分かってもらう段階で、筋道を立てて、分かりやすく簡潔に説明をする。

・第二段階「納得する」

説明して分かってもらえたと思っても、納得されたとは限らない。頭で理解していただいても、相手の考えや気持が変わらなければ、納得は得られない。この段階で必要なことは

*こちらの考え、主張にしっかりとした根拠があり、理論的にも納得できること。

*気持ちの上での抵抗を取り除いて、心理的にもうなずけること。

・第三段階「行動する」

納得しても、行動に直結するとは限らない。期限を切るなど具体的な行動に移るための働きかけが要である。

⑥ 説得上手のコツ

a 相手を理解するのが先決

相手が話し始めたら、話に耳を傾けて、言い分、事情、考えを知るように努めなければならない。相手の立場に立って、相手の話から自分と違った見方、考え方を理解すると、何を心配し、どこに行き違いがあり、どんな負担や不安を感じているか明らかになる。

b 相手に関心を持って聞いてもらう

聞き役に回るのは、相手にこちらの話を聞いてもらうためである。相手が間違っただけ、おかしな

ことを言っても、まず受け止めることが必要である。

c 臨機応変に対応していく。

8 訪問看護における危機管理（リスクマネジメント）

訪問看護師がかかわるリスクは、病院における場合とは異なったリスクと対策が必要である。主に「医療上のリスク」「療養環境上のリスク」「家族関係上のリスク」「災害のリスク」があり、平常時から意識し、イメージをもっていることが大切である。

訪問看護師にとって、急変時の対応も含め対策についての理解が必要となる。

1. 急変時の対応

（訪問看護師が確認しておく情報）

- ・主治医：複数の通院先がある場合は、緊急時の連絡対応（救急搬送先・在宅医の連絡等）
- ・症状による事前の指示の有無、頓服の確認（薬の保管場所の確認）
- ・独居の場合の救急搬送時の決め事の有無（複数の対応できる人の連絡先の確認）
- ・家族と担当ケアマネジャーの連絡先
- ・訪問看護事業所の急変時の体制確認、事業所への連絡先

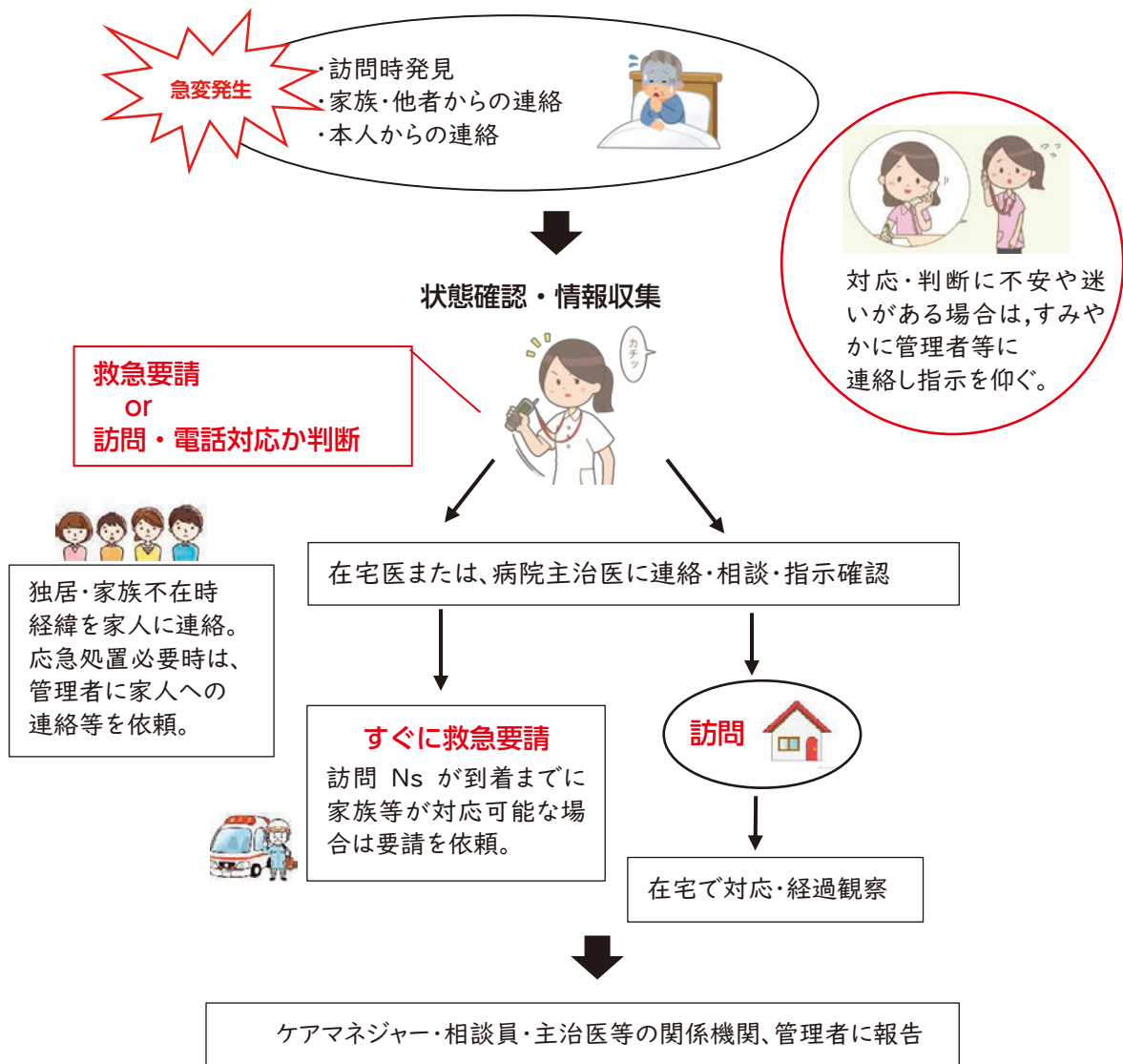


図9: 急変時 フローチャート

※個別に取決められた内容の確認。(あらかじめ緊急時の対応、連絡先等の確認)

※その時の状況によっても対応が異なるので、判断できない時は自分がどこまで対応できたのか管理者にすみやかに連絡し指示を仰ぐ。

2. 苦情の対応

- ・苦情の対応は事業所の体制を確認し、管理者への迅速な報告と対応が必要である。
- ・苦情の受付日、内容、家族の反応、事業所の対応など記録しておく。

3. 事故発生時の対応

(訪問看護師が行う安全管理)

- ・家屋の環境整備(ベット・物品の配置、手すりの設置、福祉用具の活用等)
- ・転倒・転落の防止(ベットの高さ・柵の確認・複数名介助の提案・段差の確認等)
- ・誤嚥・窒息の予防(食事の形状の工夫・誤嚥のリスクの説明・嚥下の状態の確認)
- ・熱傷・凍傷の防止(湯温度の確認・シャワーの温度調節の確認・室温の確認等)

①医療事故

応急処置をして管理者に報告。

例) 歩行、移乗時の転倒、爪切り時の出血、薬セット間違い、ベットの高さを処置時にあげて戻し忘れやベット柵の付け忘れによる転倒、医療機器(在宅酸素・HPN ポンプ・TPPV 人工呼吸器等)の確認もれによる事故等。

②破損事故

破損状況を管理者に報告。

例) 清拭用の湯のこぼし、バルンキャップの閉め忘れによる敷物や畳の破損など。

③交通事故

事務所や管理者に報告。

人身・物損事故については救急車対応を含め警察に連絡し対応をうける。

※利用者敷地内での物損も家人が了承されても自己判断せず、管理者に報告する。

④訪問スケジュールの確認間違い

あわてず、管理者に相談し、指示に従い次の訪問宅に向かう。

⑤個人情報の取り扱いに注意

利用者や事業所の情報がわかるメモやカルテ、タブレット・業務用携帯等の置忘れ、紛失に注意。

情報の持ち出しは各事業所の規定に準じ、車内や利用者宅に置き忘れた場合にはすぐに引き取りに行く。

4. 感染症対策

訪問看護の利用者は疾患をもつ乳幼児から高齢者に至る全世代で、医療依存度の高い方や在宅での看取りを希望する方等さまざまである。そのため感染対策の基本である「**うつさない、うつらない、ひろげない**」を日々意識し、業務にあたるのが大切である。

具体的には、手指衛生(石けんと流水で手を洗う「手洗い」と擦式アルコール手指消毒剤を用いる「手指消毒」)と感染防護具の適切な使用。

(訪問看護ならではのポイント)

- ・看護を提供する場が病院などの管理された場ではなく住慣れた自宅であることより、在宅での防護具用を敬遠されることもある。
 - 利用者を守るために必要なことと説明し、理解を得る努力をする。
 - 呼吸苦や小さな子ども、物事の理解が難しいなどのケースは、訪問看護師側がしっかりとスタンダードプリコーションをとる。
- ・利用者の支援には多くの関係機関（訪問介護など）が介入している場合もある。
 - 訪問看護のみが対策をとるのではなく、関係機関にも周知しみんなで対策がとれるよう調整する。
- ・1人の訪問看護師が数件の訪問を行う。
 - 感染症がある（または疑いのある）利用者は、一番最後の訪問とする。
- ・家族が処置を行うケースがある。
 - 感染をおこさないために家族への正しいケア方法を指導する。

表 1

感染経路	主な病原体	感染予防の一例
<p>空気感染</p> <p>直径 5 μm以下の飛沫核に微生物が混じって空気中に長時間浮遊することで伝播。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・結核 ・麻疹ウイルス ・水痘・帯状疱疹ウイルス など 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタンダードプリコーション ・N95 マスク ・個室隔離
<p>飛沫感染</p> <p>直径 5 μm以上の飛沫に微生物が混じって伝播。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス ・インフルエンザウイルス ・百日咳 ・マイコプラズマ など 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタンダードプリコーション ・アイシールド、フェイスシールドの着用
<p>接触感染</p> <p>接触にて微生物が伝播。感染者との直接接触や物を介した間接感染にて伝播。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ノロウイルス ・ロタウイルス ・MRSA ・疥癬 ・梅毒 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタンダードプリコーション ・利用者専用のものを準備 ・居室の掃除

※ノロウイルスについては、アルコール消毒が効かないため、次亜塩素酸ナトリウムを使用し消毒すること。

(訪問看護師が行う感染管理)

○手指衛生と个人防护具

●手指衛生(手洗い・アルコール消毒ともに、どちらも目安は15秒以上。)

- ・手洗い… よく泡立て手の甲、指先、指間、爪の間、手首もしっかり洗う。
- ・消毒… 500円玉大を目安に指先→手のひら→指間→手の甲→親指→手首の順に擦り込み乾燥させる。

(訪問先での手指衛生の必要な場面)

- ①訪問先到着時
- ②バイタル測定など利用者の皮膚に接触した後
- ③点滴、採血、尿留置カテーテルなど処置の前後
- ④血液・体液・排泄物など汚染されたものに触れた時
- ⑤手袋の着脱の前後
- ⑥訪問終了後、訪問車に乗る前



●个人防护具

- ・マスク… サージカルマスク(場合によってはN95)使用。マスクの表面は触らない。
- ・手袋… ピンホールという小さな穴が空いており長時間着用でホールの数は増える。
手袋の着脱の前後は、必ず手指消毒を行う。
手袋には、ラテックス製(天然ゴム)・ニトリル製(石油)・ビニル手袋等様々な種類があるが、ビニル製は漏れる率が高いため汚染のリスクが少ない、短時間の作業に限っての使用がよい。
- ・エプロン… 処置ごとに使いわける。エアロゾルが発生する場面や体に密着する場面は、長袖ガウンが好ましい。
- ・ゴーグル・フェイスシールド…
飛沫の飛ぶ恐れがある処置では、必ず着用。
サージカルマスク+目の保護対策の徹底は、濃厚接触者の非該当になる場合が多い。



防護具は、自分のサイズにあったもの・正しい着脱・破損が認められたらすぐ交換!

※新型コロナ感染症対策について

- ・自施設にあるBCP(業務継続計画)にて新型コロナ感染症対策の確認をしておく。
- 一般訪問時・発熱利用者・新型コロナ感染症の濃厚接触者または感染者におけるPPE(个人防护具)の取り決めによって、マスク・ガウン・フェイスガード・手袋・フットガードなどの装着をする。

○医療廃棄物の取り扱い

在宅医療廃棄物とは在宅医療に関わる医療処置に伴い家庭から排出される廃棄物をいい、一般廃棄物に分類され処分の責務は市町にある。

●鋭利なもの(医療用注射器、点滴針)

インスリンの針・注射器

➔ 医療機関での回収

●鋭利でないもの

輸液・CAPD・栄養剤バック・

チューブ類・カテーテル類

注射筒※1

➔ ゴミ袋に入れ口をしっかり縛って一般ゴミへ
(市町のルールで回収)



※1(針以外の部分:使い捨てペン型インスリン注入器・栄養剤注入シリンジ)

5.災害対策

(訪問看護師の災害対策)

- ・自施設にあるBCP(業務継続計画)にて災害時の対策を確認しておく。
- ・訪問看護師の安全確保(訪問看護師自身も被災者になりうる、就業困難時の連絡、防災マニュアルの確認)
- ・療養者の安否確認(事業所マニュアルに沿って指示のもと行う)
- ・停電時の対策

表2

使用物品	対策	
在宅酸素療法	内部バッテリーの確認 携帯用酸素ポンベに交換 酸素業者への連絡 訪問看護師による機器の管理	
吸引器	バッテリー付吸引器の選択 足踏式や手動式吸引器の準備	
輸液ポンプ	自然落下への変更	
電動ベット・エアマット	手動ハンドルが附属しているベット 機種ごとに対策対応が違うことの理解	
人工呼吸器	病院への取り決め 入院の連絡	

・地域と連携・協働した支援活動

(滋賀県での地域連携事業)

①滋賀県訪問看護災害連携システム

滋賀県では災害等で事業所の職員の確保ができなくなった場合、利用者への訪問看護の提供を継続させるため滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会内の支部ごとに「助け合いのシステム」を構築している。

②しが DWAT 滋賀県災害派遣福祉チーム

③B-ICAT びわこ感染制御支援チーム

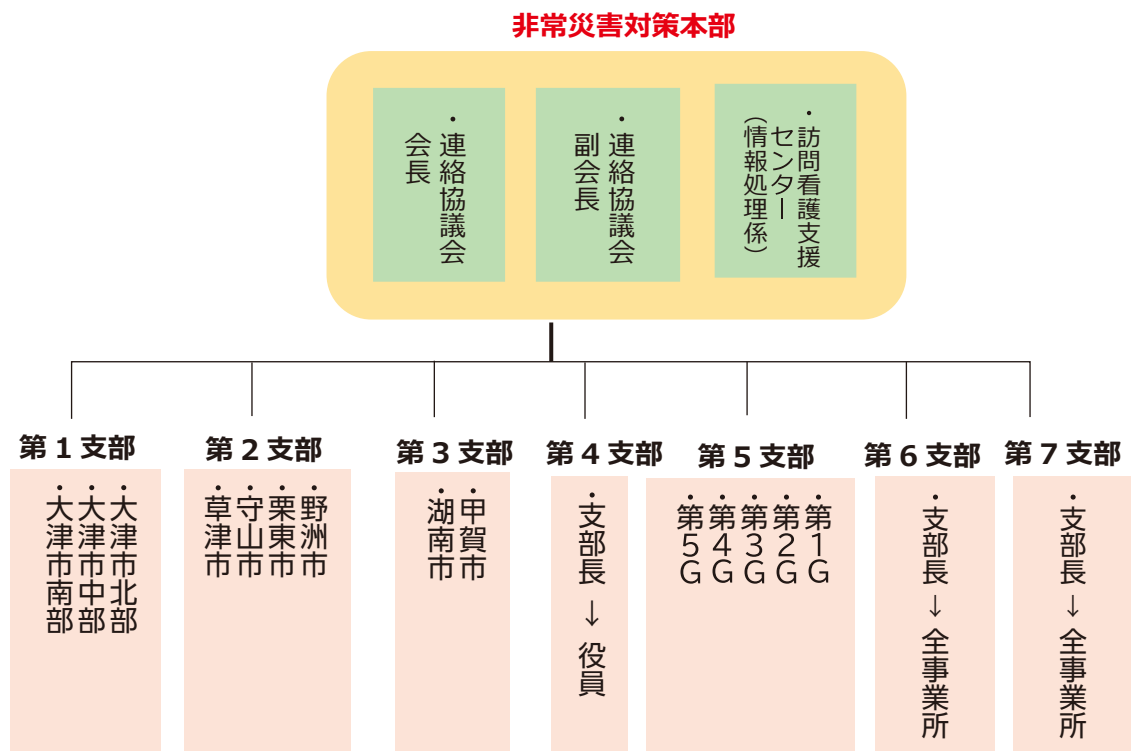


図10: 滋賀県訪問看護災害連携システム図

6.虐待発見時の対応

虐待とは、心や身体に傷を負わせたり、人権侵害や尊厳を奪うことをいう。

身体的虐待・心理的虐待・経済的虐待・性的虐待・介護・世話の放置・放任疑われる事案について、事務所にもどり管理者に把握した事実を報告する。

ただし、至急を要する場合は電話にて指示を得る。

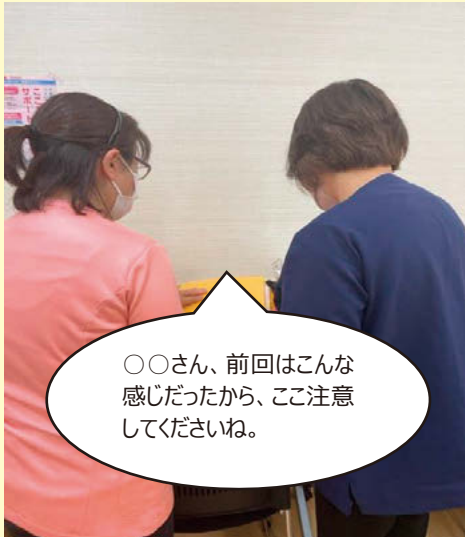
支援の対策は、所属の市町の地域包括支援センター等で検討協議される。

【4】さあ、実際の訪問の様子を見てみましょう！



●訪問看護師の1日(例)

1 情報収集・カンファレンス



〇〇さん、前はこんな感じだったから、ここ注意してくださいね。

事業所に出勤したら、自分が今日訪問するスケジュールを確認します。カルテを確認したり、ミニカンファレンスや申し送りで情報共有したりします。

2 出発



忘れものが無いよう、準備できたら出発です。事業所や地域によっては、車以外にも自転車やバイクで訪問することもあります。

また続けて訪問に行くことも多いです。そんな場合は、次の訪問の物品を一緒に持参します。



訪問カバンの中には何が入っているのかな？



- 聴診器 ●血圧計 ●体温計
- パルスオキシメーター
- メジャー等
- 急な創部等に対応できるよう絆創膏や清浄綿なども

訪問看護で持参するものは、色々あります。たとえば足浴バケツや洗髪セット、配薬のための薬、ご自宅の鍵を事情によりお預かりすることもあります。

それぞれの利用者に必要なものや準備するものをしっかり把握し、みんながわかるよう情報共有しておきましょう。



3 訪問先に到着



おはようございます。訪問看護です。

さあ!いよいよ訪問です。
挨拶は基本ですが、訪問先のお宅の事情もしっかり配慮して、ご挨拶をします。
(訪問を知られたくないお宅もあります。いろんな事情を配慮できるようにしましょう。)

4 手洗い



感染対策は重要。
しっかりきれいに洗います。

準備ができたなら、早速ケア開始!

前回の訪問からの様子、体調の変化等を伺います。体調だけでなく、いろんなお話を伺いながら、情報を集め、バイタルサインの測定をします。フィジカルアセスメントは重要です。情報を確認していきます。



“前回の血圧の値はどうだったのかな?今朝、ご家族が測定した値はどうだったのかな?”



“酸素の値はいいけど脈が速いから、今日のケアは負担しないようにしないといけない”な・・・”



“お通じは出たかな?お腹が張ってるから排便処理をした方がよさそう・・・”



「おはようございます。体調はいかがですか?」



「次は体の中の酸素の量を測りますね。息苦しさはないですか?」



「どれどれ、お腹の調子はどうでしょうね。」

5 バイタル測定

6 Spo2 測定

7 聴診

8 体温測定



今日は、外は温かいですよ。

9 胃瘻のケア



お腹の管のところも
きれいにしておきましょう。

サービスの提供時間は限られています。時間内にいかにケアを終わらせるか、時間配分を考えながらケアを提供します。



“気管支切開部の状態はどうか？痰の量は増えていないかな・・・”



テープかぶれはどうかろう？



「ちょっと喉のガーゼ
換えますね。」



「少し赤くなっていますが、
かゆみはありませんか？」

10 気管支切開部のケア

11 テープ剤の貼り換え

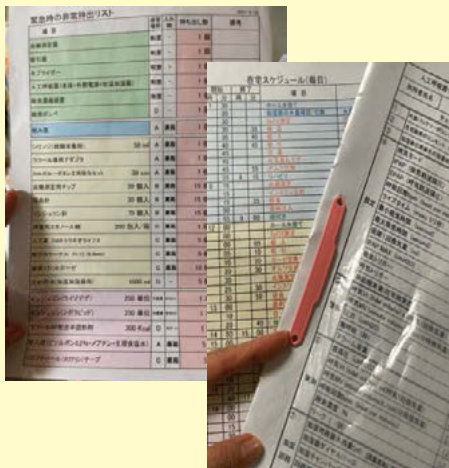
12 皮膚の観察・軟膏塗布



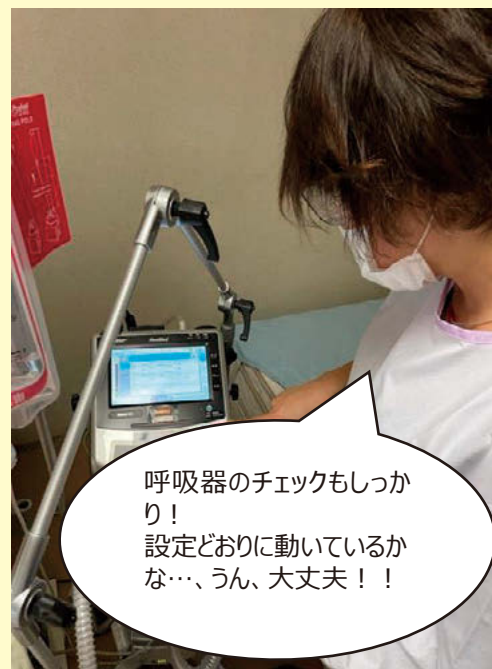
13 皮膚の観察



14 準備



15 機器の作動確認



呼吸器チェックリストや、災害時の持ち出し物品、日常使用する物品のチェックリストなどを準備しておきます。

16 介護者支援・後片付け・記録



訪問中は利用者へのケアの他、介護している家族等の相談にのったり、アドバイスも行ったりします。

訪問看護は、利用者のみならず、家族等への支援も重要となります。

一通りケアが終わったら、記録します。
(事業所に帰ってから行う場合もあります)

○後片付けも大事!

ゴミは決められた場所に、決められた方法で捨てる。

自宅の物を使った場合は、元の場所に片づける。

※ご自宅の物を使用した場合は、破損に注意し、きちんと元の場所に戻しましょう。

住み慣れた自宅で、快適に少しでも長く生活できるよう。また介護する家族も、少しでも楽に介護ができるよう多職種と協力しながら支援していきます。
だって、自分の家が一番!

17 手洗い



全てのケアが終了したら、再び手洗いをさせていただきます。終了です。

18 訪問終了・退出



訪問看護は次回訪問まで間があります。
この間の状態予測も大事です!



事業所に帰ったら・・・

今日一日の訪問の報告を管理者に行います。
そして、他のスタッフとも情報共有で申し送りをしたり、カンファレンスをしたり・・・

ケアマネをはじめ、関係機関に連絡事項があれば、この時に行うことが多いです。
(先方の関係機関からもこの時間帯に連絡がくる事が多く、さまざまな職種との
連携・コミュニケーションを図ることが大切となります。)

※お昼にランチミーティングを行ったりもします。
みんなで、看護の方向性を確かめて確認し合います。

先輩訪問看護師から一言

- その1 夏は日焼け止めや暑さ対策、冬は防寒対策を忘れずに
- その2 いろいろなお宅に訪問します。訪問先で使用する物品はそれぞれ違うため、情報収集をしっかりと。
- その3 ケアの途中で疑問や迷ったこと、困ったことなどに遭遇したら「確認します」と利用者に伝え、電話で上司に相談・確認。
わからないまま訪問を終了しない。

訪問看護は工夫の連続。

病院と違い必要な物品は揃っていないかもしれないけど、こんなもの、あんなものでも代用できると楽しさもいっぱい。

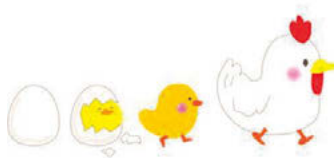
基本、ひとりでの訪問。

不安なことがたくさん出てくるかもしれませんが、相談できる人、サポートしてくれる人はたくさんいます！！

大丈夫、だいじょうぶ。



資料編



(資料1)看護技術・医療処置チェックリスト

○出来る △不安はあるが出来る ×出来ない

氏名		プリセプター:		/		/		/	
分類		具体的な処置	経験の有無	入職時		6ヶ月後		12ヶ月後	
				本人	評価者	本人	評価者	本人	評価者
1	注射	皮下注射(インスリン)★							
		血糖チェック★							
		点滴静脈注射							
		点滴皮下注射							
2	ポート管理	創部の処置							
		感染の確認							
		ポートへの穿刺							
		ポンプの管理が出来る							
3	経管栄養管理	胃瘻(腸瘻)創部の処置★							
		注入★							
		鼻チューブのエア確認が出来る★							
4	排尿管理	バルンカテーテル管理★							
		膀胱洗浄							
		用手圧迫排泄が出来る							
		バルン交換ができる(女性)							

		導尿(男性)							
		導尿(女性)							
5	ストマ管理	パウチ交換(コロストーマ)★							
		パウチ交換(ウロストーマ)★							
6	排便管理	摘便が出来る★							
		浣腸が出来る★							
7	吸入	(スプレー式)管理が出来る							
8	吸引	口腔吸引							
		鼻腔吸引							
		気管吸引							
		サイドからの吸引							
9	HOT 管理	フィルター交換・洗浄							
		流量の設定・確認							
		酸素ポンプ管理							
10	褥瘡処置	評価★							
		処置★							
11	人工呼吸器管理	回路交換							
		設定の確認							
		気管切開部のガーゼ交換							
		カフ圧確認							
		アンビューバックの取り扱い							

		バイパップの装着							
12	CAPD の管理	CAPD チューブの管理							
13	その他	文字盤が使える							
		意思伝達装置センサーを合わせる事が出来る							
		服薬管理★							
		床上での洗髪★							
		サービス担当者会議★							
		急変時の対応							
		遺族訪問							

★は経験しましょう。評価後は所属長に報告してください

管理者	主任	指導者

(資料2)滋賀県版 訪問看護ステップアップシート

別添

訪問看護師ステップアップシート

レベルⅠ



レベルの定義 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する
 “滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

- ・利用者・家族等から得た情報をアセスメントして療養上の課題が抽出できる
- ・看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて助言を受けながら応用し、実践できる

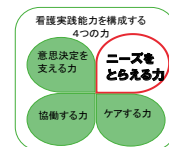


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
採用時基本	基本的姿勢	法人および事業所の理念を理解できる			
		事業所の運営方針を知る			
		事業所の組織体制が理解できる			
		服務規程・就業規則等について理解できる			
		電話やパソコン等の操作方法がわかり使用できる			
		各種届出書類・必要な手続き理解できる			
		緊急時連絡網を理解できる			
		事業所内の情報セキュリティについて理解でき行動できる			
		日々の看護活動について、管理者や看護職員に報告・連絡・相談することができる			
		自己の感染予防に努めることができる			
		健康状態に不安を感じたときは速やかに対処できる			
		訪問時の基本的なマナーが理解できる			
		業務に必要な介護保険制度の概要が理解できる			
		業務に必要な医療保険制度の概要が理解ができる			
		訪問看護を利用するまでの流れが分かり、利用者に説明できる			
		連携先の職種について理解できる			
		訪問車使用時の注意事項等を理解できる			
		地域の交通事情を理解し地域の特徴が理解できる			
訪問看護に必要な書類について理解できる					
利用者・家族の人権や自由が侵害されるような状況にある場合、それを感じし、報告できる					
項目数	20	修得率			

ニーズを捉える力

【レベルⅠの目標】 助言を得て“利用者および家族”や状況（場）のニーズをとらえる

- 行動目標 ① 助言を受けながら、受け持ち利用者の身体的・精神的・社会的、スピリチュアルな側面から情報収集ができる
 ② “利用者および家族”の状況から緊急度をとらえることができる



	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
ニーズを捉える力	人間関係能力	利用者や家族との約束や、依頼されたことについて誠実に対応できる			
		利用者に問題に対して意識をもって関わり、気づいた問題に対して他者に伝え理解を得ることができる			
		療養上必要な情報を得ることや、看護師の助言等を伝えやすい関係を利用者・家族と築くことができる			
		守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮することができる			
		看護は利用者中心のサービスであることを認識し、利用者・家族に接することができる			
		自分の悩みや困難体験を言語化し、他者の支援を得ることができる			
ニーズを捉える力	情報収集力	利用者・家族の状況から緊急度を捉えることができる			
		自然な日常会話の中で利用者・家族から必要な情報をえることができる（状態観察を含む）			
		助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要な身体側面からの情報収集ができる ※ 1			
		助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要な心理的側面からの情報収集ができる ※ 1			
アセスメント力	情報収集力	助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要な社会的側面（地域性、家族構成、環境等）からの情報収集ができる ※ 1			
		助言を受けながら、利用者・家族を理解するために必要なスピリチュアルな側面（価値観・宗教・精神世界・信仰等）からの情報収集ができる ※ 1			
項目数	14	訪問看護に必要な情報収集とアセスメントを理解する			
		利用者の状況から医療的な緊急度をとらえ、ケアする必要性に気づく			
項目数	14	修得率			

※ 1 「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」 活用のための手引き 3. 学習内容編 P12

ケアする力

【レベルⅠの目標】 助言を得ながら、安全な看護を実践する

- 行動目標
- ① 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる
 - ② 指導を受けながら、“利用者および家族”に基本的援助ができる
 - ③ 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



	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
ケアする力 助言を得ながら、安全な看護を実践する	在宅看護認識・技術	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る			
		助言を得て衛生材料の物品を適切に選択できる			
		利用者の状況を踏まえて適切な身支度ができる			
		利用者の家においてケアを提供することを意識し、基本的なマナーを守りケアを実施することができる			
		助言を得ながら、在宅における看護手順に沿ったケアを、受け持ち利用者を実施することができる			
		基本的な配慮をしながら、在宅においてケアを提供することができる			
		利用者のケア方法を看護手順やガイドラインなどから理解し、指導を得ながら実施できる			
		利用者や家族（介護者）との関係性や生活状況の個性が理解できる			
	感染管理	在宅における感染対策について理解でき、訪問前後に正しい手技で手洗いができる			
		病院や施設と異なり、医療廃棄物専用のスペースがないことを考慮しつつ、在宅において必要な感染対策を、助言を得ながら実施できる			
		主要な感染症を理解し予防対策をとり利用者家族に説明ができる			
	在宅看護過程	在宅においてケアを提供することを意識した基本的な配慮ができる			
		地域の状況を把握し、居宅介護支援事業所や医療施設、薬局など自ステーションとの関係が理解できる			
		治療優先でなく生活の視点においた看護の診断ができる			
		訪問先・訪問予定を確認し必要な情報をもとにその日の援助計画をたてることができる			
		医師の指示書やケアプランとの整合性を確認できる			
		訪問看護記録をその日のうちに正確に記載できる			
		困難な事例に対して客観視し他者の支援を求めることができる			
		自分の行った看護計画に対し、他者から評価・意見を得て、計画の修正を提案できる			
	リスクマネジメント	事業所における医療安全マニュアルを理解できる			
		インシデント（ヒアリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行うことができる			
		重大性・緊急性を的確に判断し対処し報告することができる			
		転倒や病状悪化などの予測される問題を把握し、指導者に報告できる			
		医療機器や薬剤が安全安楽を考慮して保管・管理できる			
	情報管理	災害時対応マニュアルを熟読し、災害発生時には指示に従い適切に行動することができる			
		事業所内の医療情報に関する規定の理解ができる			
		プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱うことができる			
		看護記録の目的を理解し、看護記録を正確に作成できる			
			情報を整理し、適切に保管・活用することができる		
項目数	29	修得率			

協働する力

【レベルⅠの目標】 関係者と情報共有ができる

- 行動目標
- ① 助言を受けながら“利用者および家族”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
 - ② 助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる
 - ③ 助言を受けながらケアに必要なと判断した情報を関係者から収集することができる
 - ④ “利用者および家族”を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる
 - ⑤ 連絡・報告・相談ができる

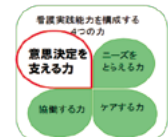


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価				
			初回	2回目	3回目		
			月 日	月 日	月 日		
協働する力 関係者と情報共有ができる	情報収集	助言を得ながら、他のサービス提供者の記録から看護に必要な情報を読み取り、行った看護ケアや観察結果等を記録に残し、関係者に情報を伝えることができる					
		訪問看護に必要な制度（医療保険・介護保険）等の仕組みについて理解して、利用者の保険や費用の状況を把握する					
		居宅サービス計画書・サービス利用表・提供票から、利用者に対しサービスを提供している事業所や週間月間予定を把握し、訪問看護に求められる役割と援助内容を理解する					
		受け持ち利用者を中心として、家族や介護者、関係職種（※A）の実践するケア内容や果たす役割を理解することができる					
		※A 1 病院 医師・看護師 地域連携室の看護師 ソーシャルワーカー等 2 診療所 医師・看護師 歯科医師・歯科衛生士等	3 介護保険サービス関係 ケアマネジャー、 介護福祉士、リハビリ 職、薬剤師、栄養士 看護師等	4 行政、地域包括、生活支援 センター 保健師、福祉関係職員、民 生委員 5 介護者（地域住民）			
		ケアに必要と判断した情報について、助言を得ながら関係者から情報収集をすることができる (関係職種 ※A 参照)					
	情報共有	助言を受けながら、看護ケアを行う時に不足している情報が何かを判断し関係者から情報収集することができる					
		利用者を取り巻く関係職種の行っているサービス内容や役割を理解するとともに、利用者の情報について、サービスを提供している事業所と共有することができる					
		事業所内カンファレンスに参加し、発言することで、自らのもつ情報を提供して関係者と共有することができる					
		一人で判断が困難な問題に対し、同僚・管理者にすみやかに相談できる					
	多職種連携	管理者や同僚の支援が必要か判断し、連絡・相談、協力を求めることができる					
		地域にある関連するサービス機関の把握ができる					
		利用者の医療介護福祉の情報を把握し、助言を受けながら主治医や多職種との連携を実践することができる					
		助言を得ながら、利用者の関係者それぞれの役割やケアの視点の相違について理解する					
		利用者の状況やケアの内容等を他の看護師に連絡・報告・相談ができる					
		助言を得ながら、利用者の状態の変化に応じて看護ケアを行い、主治医や関係職種に連絡することができる					
		主治医やその他の職種への報告・連絡・相談の方法を理解し実践できる					
		連携が必要な時、助言を得て主治医や関係職種に報告できる					
	地域にある地域包括支援センター、保健所等の把握ができている						
	地域にある医療機関の特徴・役割の理解ができる						
具体的なサービスの活用方法が理解できる							
項目数	20	修得率					

意思決定を支える力

【レベルⅠの目標】 “利用者および家族”や周囲の人々の意向を知る

- 行動目標
- ① 助言を受けながら“利用者および家族”や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる



	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
意思決定を支える力 “利用者および家族”や周囲の人々の意向を知る		助言を受けながら、利用者や家族、周囲の人々との会話や言動から、療養生活への思いや考え、希望を確認することができる			
		利用者・家族の思いや考え・希望（意向）を知り、その思いを大切に支援する姿勢で配慮ができる			
項目数	2	修得率			

●引用文献・参考文献

(引用文献)

ナーシング・グラフィカ 地域・在宅看護論① 地域療を支えるケア 株式会社メディカ出版
新卒訪問看護師育成プログラム 一般社団法人 神奈川県訪問看護ステーション協議会

(参考文献・資料)

新卒訪問看護師育成プログラム 一般社団法人 神奈川県訪問看護ステーション協議会
はじめてみよう訪問看護 株式会社メディカ出版
訪問看護ステーションの開設・運営ガイドブック-ここから始める 株式会社メディカ出版
ケアプロ式 新卒・新人訪問看護教育プログラム ケアプロ株式会社(学研)
訪問看護ステーションの開設・運営ガイドブック 株式会社メディカ出版
訪問看護業務の手引 社会保険研究所

(参考・引用資料)

厚生労働省ホームページ



(滋賀県版新任訪問看護師育成マニュアル)

作成者

2022 年度 新任訪問看護師育成マニュアル作成委員会

○滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会

駒井 和子	訪問看護ステーションさと水口
田中 陽子	訪問看護ステーションなかさと
石原 仁	済生会訪問看護ステーション
大藪 元子	よつばリーフ訪問看護ステーション
菅沼 幸子	訪問看護ステーションかたつむり

○事務局 滋賀県看護協会

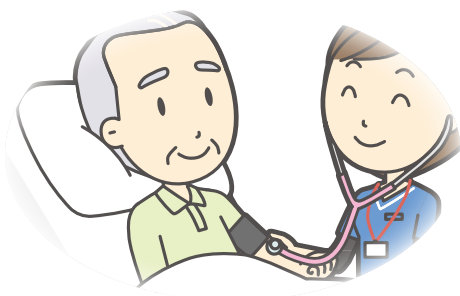
草野 とし子	滋賀県看護協会 会長
平岡 千夏	訪問看護支援センター
原 恵美	訪問看護支援センター

□□MEMO□□

A large empty rectangular box with a black border, intended for writing a memo.



訪問看護 だいすき



「訪問看護を利用してよかった!」



滋賀県版 新任訪問看護師育成支援マニュアル 第1版 令和5年4月発行

公益社団法人 滋賀県看護協会 訪問看護支援センター

〒525-0032 草津市大路2丁目11番51号

TEL:077-564-6708

e-mail: svn-shien@shiga-kango.jp