文部科学省平成26年度～30年度
課題解決型高度医療人材養成プログラム採択事業

地域での暮らしを最期まで支える人材養成

～離島・へき地をフィールドとした教育プログラム～

教育課程ガイドブック
（第２版）

鹿児島大学医学部
島嶼・地域ナース育成センター

目次

Ⅰ．事業の概要 …… 3
Ⅱ．島嶼・地域ナース育成プログラム作成までの経緯 …… 7
1. 社会から望まれる看護師像 …… 7
2. 島嶼・地域ナース育成センターの理念 …… 7
3. 島嶼・地域ナース育成プログラムの位置づけ …… 8
4. 島嶼・地域ナース育成プログラムの受講対象となる看護職（教育目標） …… 8
＊ベーシックコース
１）教育プログラム・コースの目的
２）養成すべき人材像
３）教育プログラム・コースの内容・実施方法・実施体制
＊アドバンスコース
１）教育プログラム・コースの目的
２）養成すべき人材像
３）教育プログラム・コースの内容・実施方法・実施体制

Ⅲ．島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標 … 13
1. 学習の進度と学習内容の順序に方向性を与えるカリキュラム軸（骨格） …… 13
2. 看護実践能力の定義と修了時到達目標 …… 14
3. 到達時目標を参照する際の留意点 …… 16
4. 看護実践能力の育成について …… 16
5. 履修科目及び時間数一覧 …… 17
6. 実習・実務研修スケジュール（予定） …… 18

Ⅳ．添付資料１ …… 25
1. 島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標の構成 …… 26
2. 看護実践能力の定義 …… 26
Ⅴ．添付資料２ …… 39
1. 島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標　～教育内容と学習成果～ …… 39
Ⅵ．シラバス …… 47
1. 講義・演習 …… 47
2. 実務研修
・ベーシックコース …… 66
・アドバンスコース …… 70

Ⅰ．事業の概要

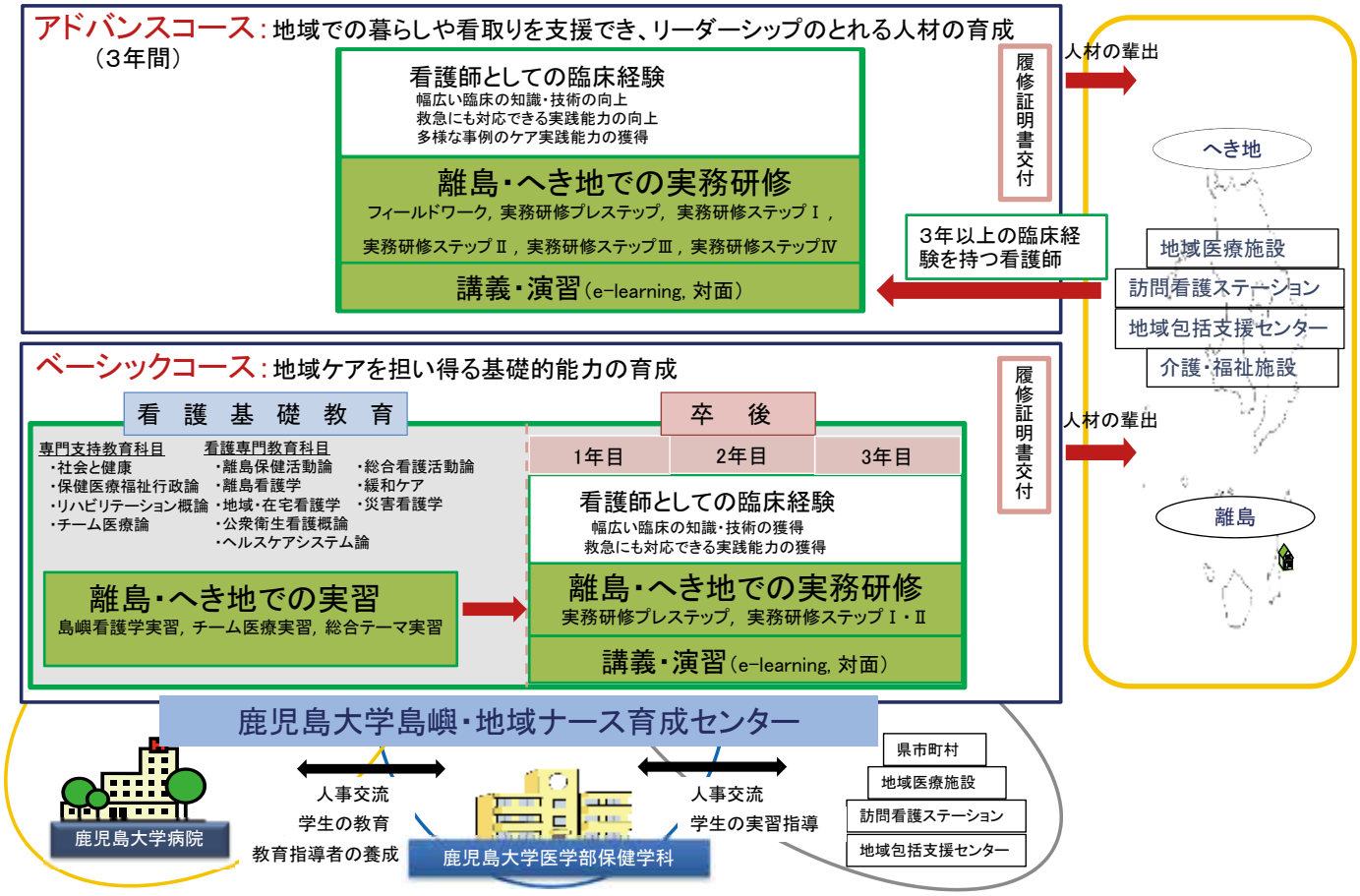
事業の概要

これから到来する超高齢社会においては病院から暮らしの場へ医療・看護をつなぐ教育を充実させて、看護師の専門性を強化していくことが求められている。

本事業（地域での暮らしを最期まで支える人材養成―離島・へき地をフィールドとした教育プログラム―）は、平成 26 年度文部科学省が募集した「課題解決型高度医療人材養成プログラム」における「地域での暮らしや看取りまで見据えた看護が提供できる看護師の養成」のための取組として、全国の看護系大学が応募したプログラムの中から選定・採択されたものである。

本教育プログラムの特徴は、「離島・へき地をフィールドとした教育」により地域ケアを担う人材を効率的体系的に養成しようとするものである。本事業には学部生を対象とし入職後３年間で、地域ケアを担い得る基礎的能力の修得を目指した「ベーシックコース」と、臨床経験３年以上の看護師を対象とし、地域での看取りまで見据えた看護が提供でき、多職種の中でもリーダーシップのとれる人材育成を目指した「アドバンスコース」がある。

地域での暮らしを最期まで支える人材養成―離島・へき地をフィールドとした教育プログラム―



Ⅱ．島嶼・地域ナース育成プログラム作成までの経緯

Ⅱ.　「島嶼・地域ナース育成プログラム」作成までの経緯

1.　社会から望まれる看護師像

超高齢社会を迎えている我が国では、地域の医療・ケアを担う人材の育成は喫緊の課題である。地域医療・ケアでは対象の QOL に主眼を置きながら適切な医療・ケアを提供することが重要である。そこで、地域ケアを提供する看護職には、幅広い臨床の知識・技術や救急にも対応できる能力に加えて、対象の暮らし方や価値観などを尊重しながら健康・生活ニードを充足するための看護を展開できる能力が不可欠である。

2.　島嶼・地域ナース育成センターの理念

「課題解決型高度医療人材養成プログラム」とは、我が国が抱える医療現場の諸課題等に対して、科学的根拠に基づいた医療が提供でき、健康長寿社会の実現に寄与できる優れた医療人材を養成するため、大学自らが体系立てられた特色ある教育プログラム・コースを構築し、全国に普及させ得るべく、これからの時代に応じた医療人材の養成に取り組む事業を文部科学省が選定し支援するものである。

その中で、本事業は「地域での暮らしや看取りを最期まで見据えた看護が提供できる看護師の養成」として採択された。これまで看護系人材の養成の現状は、看護学生や病院で働く看護師に対して、主に病院の中で提供する医療を中心に教育がなされてきた。しかし、今後は超高齢社会においてより重要となる、保健・医療・福祉等のあらゆる場において看護ケアを提供できる能力を、生涯を通じて獲得していくことが必要となる。そのため、大学とその実習施設である病院並びに地域医療福祉関係機関等が連携を強化し、新たな教育指導体制の構築に取り組み、現在必要とされている看護人材を養成し、全国に輩出することを目指す。

また、本事業では、地域の人々の暮らしや看取りまでを見据えた看護を提供できる人材を「離島・へき地をフィールドとした教育」によって養成しようとするものである。ではなぜ、離島・へき地なのか。それは鹿児島県の離島・へき地は、少子高齢化、医師や医療資源の不足・偏在化、高齢者を地域で支える人材不足という、日本が抱えている諸問題を、先駆けて経験しているからである。そして、今後予想される超高齢多死社会を支えるためには、医療と介護のネットワークの構築や、急増する高齢者を地域で支える取り組みなどを含めた、地域包括ケアの確立・強化が課題であり、それらに必要な人材を養成するのに適するフィールドであると考えるからである。

つまり、病院の中での医療を中心としたフィールドではなく、離島やへき地の医療資源が乏しい中で、そこに生活する人々が独自で多様な文化（価値観、生活様式、風土）を持って暮らしていることを体感することで、対象は「患者」ではなく「生活者」であ

るということに気付く体験ができる。また、医師が常駐しない環境の中で、看護師としての判断力や倫理観など必要な能力を育成することができる。そして「生活者」を支えるために、「どのように生きたいか」を軸として、誰とどのように協働し、サポートしていけばよいのか「地域の資源を看る」視点を看護師が養うことで地域包括ケアシステムの構築がスムーズになると考える。

地域独自の文化に触れ、人々の暮らしの中に入る体験を通して、延長線上に医療（生きるために治療）があることや生活のなかで医療を行うためにはどのような工夫が必要なのか、または治療をしないという価値観や選択もあるということをまずは受け止めて、自分自身の価値観も振り返りながら、看護師としてどのように支援することが療養者・家族にとって最善であるのかを導き出せる看護師の育成を目指す。

3. 島嶼・地域ナース育成プログラムの位置づけ

本事業は、2 つの区分の看護職の受講を想定してコアカリキュラムを作成した。学部生を対象とし新卒 3 年までに、地域ケアの基礎的能力の修得を目指した「ベーシックコース」と臨床経験 3 年以上の看護師が現在の職場で働きながら、地域での看取りまで見据えた看護が提供でき、看護職者の教育・指導ができる人材を目指すことができる「アドバンスコース」である。

看護実践能力は、看護過程を展開し、看護上の意味を見出していく看護者自身の認識に大きく依存している。対象を「患者」と捉えるのか「生活者」として全人的に捉えるのか、という看護者自身の対象の捉え方によって「対象にどのような問題点やニードがあるのか」「どのような解決策・支援策が考案できるのか」はおのずと大きく変わってくる。そのためには在宅ケアの視点が必要となる。

在宅ケアとは「治療」が最大の目的となる病院でのケア（医療モデル）とは異なり、より自分らしく生きてもらうための支援（生活モデル）である。本カリキュラムは、対象者を“生活者”として捉え、対象の“なりたい自分”“ありたい自分”を大切にする視点をしっかりと持ってもらうことに主眼を置いた講義内容及び実習（実務研修）の組み立てになっている。

4. 島嶼・地域ナース育成プログラムの受講対象となる看護職（教育目標）

＊<u>ベーシックコース</u>

１）教育プログラム・コースの目的

本コースは、地域の暮らしや看取りを最期まで見据えた看護を提供できるという地域ケアを担い得る基礎的な力（全人的に看る視点と倫理観、その人らしさを大切にした看護展開能力）を持つ人材養成を目指している。これは、対象の暮らしぶりや価値観を理解するためには、まずは自己の価値観を自覚することが重要であること

から、看護基礎教育課程から検討し、探究できるように養成していくことが望ましいということ、また、卒後に入職した医療施設において看護師として臨床経験を積み重ねている時期に、本コース履修において地域ケアを実践的に体験することにより看護実践能力や看護展開能力を高めるという相乗的な教育効果をねらったプログラム・コースである。

基礎教育と卒後教育を一貫した教育とすることにより、地域ケアを提供できる基礎的な力を体系的・効率的に修得させることを目指す。

2）養成すべき人材像

本コース履修により、例えば、医療施設におけるケアでは、入院している患者さんの家での生活、本来の姿が把握できるようになり、入院することによって対象（患者）に生じる有害事象を見逃さずに発見し、早期に対応し、その悪影響を最小限に抑えることができるようになる。また、対象（患者）の QOL を考慮した退院支援・調整、地域との連携・協働を実施できるようになる。

つまり、病院での治療がスムーズに進むように支援でき、さらに対象が地域（在宅）に帰っても困らずに生活できるような退院支援を行える能力を修得できる。また、地域・在宅におけるケアでは、対象のその人らしい生活をより一層支援することができる能力を修得できる。

本コースの具体的な到達行動目標は下記の通りである。

① 療養者を含めた看護の対象すべてに対して「その人らしさを支援することの重要性」を認識できる。

② 対象を「生活者」として全人的に捉え、その視点から対象個々のニーズ（その人らしい人生や生活を阻害している問題）を見出すことができる。

③ 専門的な知識・技術をもち、対象個々のニーズに対象の生活状況や意思・価値観を尊重しながら適切に対応できる。

④ その人らしい生活の実現のために、必要な人（家族、医療保健福祉関係者、地域等）との連携・協働を図りながらよりよい環境（必要な社会資源）を整えていくことができる。

⑤ 自己の看護を振り返り、専門職としての今後の課題・目標を述べることができる。

3）教育プログラム・コースの内容・実施方法・実施体制

① 修了要件：学部 4 年次の「チーム医療実習」「総合テーマ実習」は離島・へき地での実習を履修すること。また、離島地域看護学実習も履修すること。卒後は 3 年間で必修科目を履修し、各科目の試験および最終試験に合格するこ

と。本コース終了時には、履修証明制度により修了証明書を授与する。

② 履修方法：卒後に受講する講義（必修）は自分で履修計画を立て履修する。開講日時が指定してある科目もある。講義様式はe‐learning、対面授業がある。履修認定は試験またはレポート等の評価による。

＊<u>アドバンスコース</u>

1）教育プログラム・コースの目的

看護師としての 3 年以上の多様な臨床経験と離島・へき地での実務研修による相乗的な教育効果をねらったコースである。本プログラムにより地域の人々の看取りまで見据えた看護を展開する能力、さらに他の看護職を教育指導できる能力を体系的・効率的に修得させることを目指す。

2）養成すべき人材像

地域の人々が「住み慣れた場所で、最期までその人らしく生きる」ことを支援でき、他の看護職者や他職種と協働する際に、リーダーシップを発揮できる人材の養成を目指す。そのための到達すべき行動目標を以下に示す。

① 療養者を含めた看護の対象すべてに対して「その人らしさを支援することの重要性」を認識できる。

② 対象個々の生活様式や考え方・価値観を尊重しながら、その人らしさを支える看護を展開できる。

③ 対象を「生活者」として全人的に捉えた上で、対象個々のニーズ（その人らしい人生や生活を阻害している問題）を見出し、解決するための支援方法を考案でき、適切に対応できる。（健康教育・疾病予防、自立支援、生活援助、初期救急、慢性疾患の管理、リハビリテーション、終末期ケア・看取り）

④ その人らしい生活の実現のために、連携・協働が必要な家族および多職種とともに、よりよい環境（必要なサポート、社会資源）を整えていくことができる。

⑤ その人らしい生活の実現のために、チーム（他の看護職者・保健医療福祉関係者など）のなかでリーダー的役割を担うことができる。

⑥ 自己の看護実践を振り返り、専門職としての今後の課題・目標を述べることができる。

3）教育プログラム・コースの内容・実施方法・実施体制

① 修了要件：必修科目を履修し、各科目の試験および最終試験に合格すること。修了時には、履修証明制度により修了証明書を授与する。

② 履修方法：3 年間在籍し必要な単位を取得する。講義は自分で履修計画を立て履修する。演習、実習は開講日時が指定してある。講義はe‐learning、対面授業がある。履修認定は試験またはレポート等の評価による。

Ⅲ．島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標

Ⅲ.　「島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標

1.　学習の進度と学習内容の順序に方向性を与えるカリキュラム軸（骨格）

本カリキュラムにおいては、看護者が実践する支援の種類とその内容を以下の４つの観点から捉え、育成する。

１）医療・生活支援：健康上の問題を有し、主に施設内にいる人々を対象に、健康回復、健康維持、安らかな死への支援を行うための知識・技術・態度

２）健康支援：疾患や障害の有無に関わらず、地域で生活する人々を対象に健康維持や増進を支援する地域看護分野の知識・技術・態度

３）育成支援：疾患や障がいの有無に関わらず、親と子を対象に、発達段階に応じて健康への支援を行うための知識・技術・態度

４）療養支援：疾患や障がいがあり、主に在宅において生活をしている高齢の人々及びこころの健康に問題のある人々を対象に家族を含めた支援を行うための知識・技術・態度

そこで、垂直軸には学習内容の質の深まりに伴う支援内容について、学習手段であるe-learning、演習、フィールドワーク、実務研修（実習）等を活用して積み上げて学べるように編成した。

一方、水平軸には、どの時期でも共通して協調される教育内容として「その人らしさ」を尊重し実践する「看護」を配置した。

看護師として働いている医療機関では「医療・生活支援」は修得し易いが、「健康支援」「育成支援」「療養支援」の修得は、イメージがつき難い現状がある。

そこで「人間とは」「環境とは」「健康とは」について振り返り、看護の対象となる人間が環境と相互作用しながら生活している状況を捉えられるように、どの学習段階においても垂直軸と水平軸を統合しつつ、e-learning で学び、演習、フィールドワーク、実務研修（実習）等の教育手段を通して、実際に地域独自の文化に触れ、人々の暮らしの中に入る体験を通して、生活の延長線上に医療（生きるために治療）があることを体感しつつ、学習内容を実質化しながら修得できるようにした。

以上のカリキュラム軸に基づいて、本カリキュラムで育成する看護者としての５つの能力を育むための具体的な教育内容を図１に示した。

つまり、❶「その人らしい人生や生活を阻害している問題に気付くことができる」能力の育成のために、＜その人らしさを支援することの重要性を認識するための教育内容＞を編成した。療養者・家族は何を大切に生きてきたのか、これからどのように生きたいと思っているのか、そのために支えとなる地域の資源は何か、また、今の生活を続け

ていると今後どのようなことが予測されるのかなど療養者･家族を全人的に捉えプロセスを重視し、在宅療養生活の全体をアセスメントし、療養者・家族の QOL が維持・向上するよう支援してゆくための基礎となる能力の育成を目指す。

❷「問題の解決・支援方法を考案できる」能力の育成のために、＜生活に応じた看護過程を展開出来るようになるための教育内容＞を編成した。療養者・家族それぞれの意思や生活状況に応じてどのような解決策や支援方法があるのか、どの方法なら療養者・家族は受け入れやすいのか、また、その解決方法にはどのようなメリット・デメリットがあるのかを説明し選択できるよう支援する能力、また、療養者・家族が問題を解決・対処してゆけるようセルフケア能力を高められるよう支援する能力の育成を目指す。

❸「適切な医療・ケアを提供できる」能力の育成のために、看護者が常駐しない環境の中で、療養者・家族が主体となり安全・安楽に医療・ケアが行えるよう＜異常時の対処方法や予防的対応まで指導できるようになるための教育内容＞を編成した。

❹「対象の状況・環境に応じた工夫ができる」能力を育成するために、能力❷と❸を元に、＜疾患や対象の特徴に応じて医療ケア・看護・介護をオーダーメイドに整えることができるようになるための教育内容＞を編成した。

❺「必要な地域の資源やサービスに繋ぐことができる」能力の育成のために、時間・物・場・コスト・取り巻く人を最適な状態に整え、必要な人との連携を図りながら＜よりよい環境（必要な社会資源）を整えていくマネジメントができるようになるための教育内容＞を編成した。

2. 看護実践能力の定義と修了時到達目標

ここでは、学士課程版看護実践能力を参考にし、看護実践を構成する３つの科目群とそれぞれの群を構成する 15 の具体的開講科目について示す。それぞれの実践能力の定義、修了時到達目標、そして、それに必要な教育内容と期待される学習成果については、添付資料１，２にまとめた。

科目群と開講項目	Ⅰ．「その人らしさを支援することの重要性」を認識するための科目群	
	１．生活者への視点	
	２．文化看護論	
	Ⅱ．対象の医療ニーズ、生活ニーズに適切に対応できるための科目群	
	１．生活援助論	
	２．急変時の対応とケア	
	３．フィジカルアセスメント	
	４．対象の安全を守るケア	
	５．地域包括ケアシステム論	
	Ⅲ．その人らしい生活を支えるための科目群	
	１．疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア	１）認知症を有する人の生活を支えるケア
		２）難病を有する人の生活を支えるケア
		３）がんを有する人の生活を支えるケア
		４）精神障がいを有する人の生活を支えるケア
		５）リハビリを要する人の生活を支えるケア
	２．小児の生活を支えるケア	
	３．高齢者の生活を支えるケア	
	４．在宅での看取りを支えるケア	
教育様式	学習演習	
	島嶼看護学実習（ベーシックコース）	
	実務研修ステップⅠ～Ⅲ（ベーシックコース）	
	離島・へき地フィールドワーク（アドバンスコース）	
	プレステップ実習、実務研修Ⅰ～Ⅳ（アドバンスコース）	

その人らしい人生や生活を阻害している問題に気付くことができる能力

- 問題の解決・支援方法を考案できる能力
- 適切な医療・ケアを提供できる能力

- 対象の状況・環境に応じた工夫ができる能力
- 必要な地域の資源やサービスに繋ぐことができる能力

3. 島嶼・地域ナース育成プログラムの看護実践能力と修了時到達目標を参照する際の留意点

「島嶼・地域ナース育成プログラムの看護実践能力と到達目標」は、修得すべきコアとなる能力とそのために必要な教育内容を示すものであり、全てを網羅するものではない。加えて「教育内容」や「学習成果」は到達目標についての関係者間の共通理解を得るために例示したものであり、必修事項として教育内容を制約するものではない。

4. 看護実践能力の育成について

履修生が「島嶼・地域ナース育成プログラム看護実践能力と到達目標」に定める看護実践能力を修得できるよう以下の取り組みが求められる。

＊履修生の履修準備状況に合わせた効果的なカリキュラムや教授方法を開発・実施すること

＊教員がそれぞれの専門領域の枠を超えて創造的な議論をし、連携していくこと（運営委員会や教務委員会が中心となり、下部ワーキング委員会を開催することにより様々な立場からの意見を聴取し、よい良いものへ作り上げていくこと）。

＊専任教員としてカリキュラムの全体像を把握し、かつ、最新の知識技術を持って主体的に臨地教育に携わるような、実践と教育を兼務する教員等、多様な人材が教育に参画すること

＊シラバス等の公表や、教育成果の自己点検評価、相互評価等により教育課程の改善に取り組むこと

＊履修生・学部生の評価を教育課程の改善に活かすこと

5.　履修科目及び時間数一覧

履修科目

開設する講習または授業科目名	授業形態	ベーシックコース（時間）	アドバンスコース（時間）
看護の対象すべてに対して「その人らしさを支援することの重要性」を認識するための科目群			
生活者への視点Ⅰ	e-ラーニング	1.5	1.5
生活者への視点Ⅱ	e-ラーニング	1.5	1.5
生活者への視点Ⅲ	e-ラーニング	3	3
文化看護論	e-ラーニング	3	3
対象の医療ニーズ、生活ニーズに適切に対応できるための科目群			
生活援助論	e-ラーニング	7.5	7.5
フィジカルアセスメント	e-ラーニング 演習	3	6
認知症を有する人の生活を支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
難病を有する人の生活を支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
がんを有する人の生活を支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
精神障がいを有する人の生活を支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
リハビリを要する人の生活を支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
小児の生活を支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
高齢者の生活を支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
在宅での看取りを支えるケア	e-ラーニング	1.5	1.5
急変時の対応とケア	e-ラーニング	1.5	1.5
対象の安全を守るケア	e-ラーニング	1.5	1.5
地域包括ケアシステム論	e-ラーニング	1.5	1.5
学内演習	演習	6	18
実習・実務研修			
島嶼看護学実習	実習	学部4年生で履修	
チーム医療実習	実習	学部4年生で履修	
総合テーマ実習	実習	学部4年生で履修	
離島・へき地フィールドワーク	実習		24
実務研修プレステップ（ベーシックコース）	実習	24	
実務研修ステップⅠ（ベーシックコース）	実習	24	
実務研修ステップⅡ（ベーシックコース）	実習	30	
実務研修プレステップ（アドバンスコース）	実習		24
実務研修ステップⅠ（アドバンスコース）	実習		24
実務研修ステップⅡ（アドバンスコース）	実習		24
実務研修ステップⅢ	実習		24
実務研修ステップⅣ	実習		30
総時間数		120時間	207時間

6.　実習・実務研修スケジュール（予定）

ベーシックコース

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
学部4年次				総合テーマ実習	島嶼看護学実習		チーム医療実習					
卒後1年目												
卒後2年目			実務研修ステップⅠ									
卒後3年目			実務研修ステップⅡ						実務研修ステップⅢ			

アドバンスコース

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受講1年目					離島・へき地フィールドワーク		実務研修プレステップ					
受講2年目			実務研修ステップⅠ						実務研修ステップⅡ			
受講3年目				実務研修ステップⅢ					実務研修ステップⅣ			

ベーシックコースの実習と育成する能力との関係

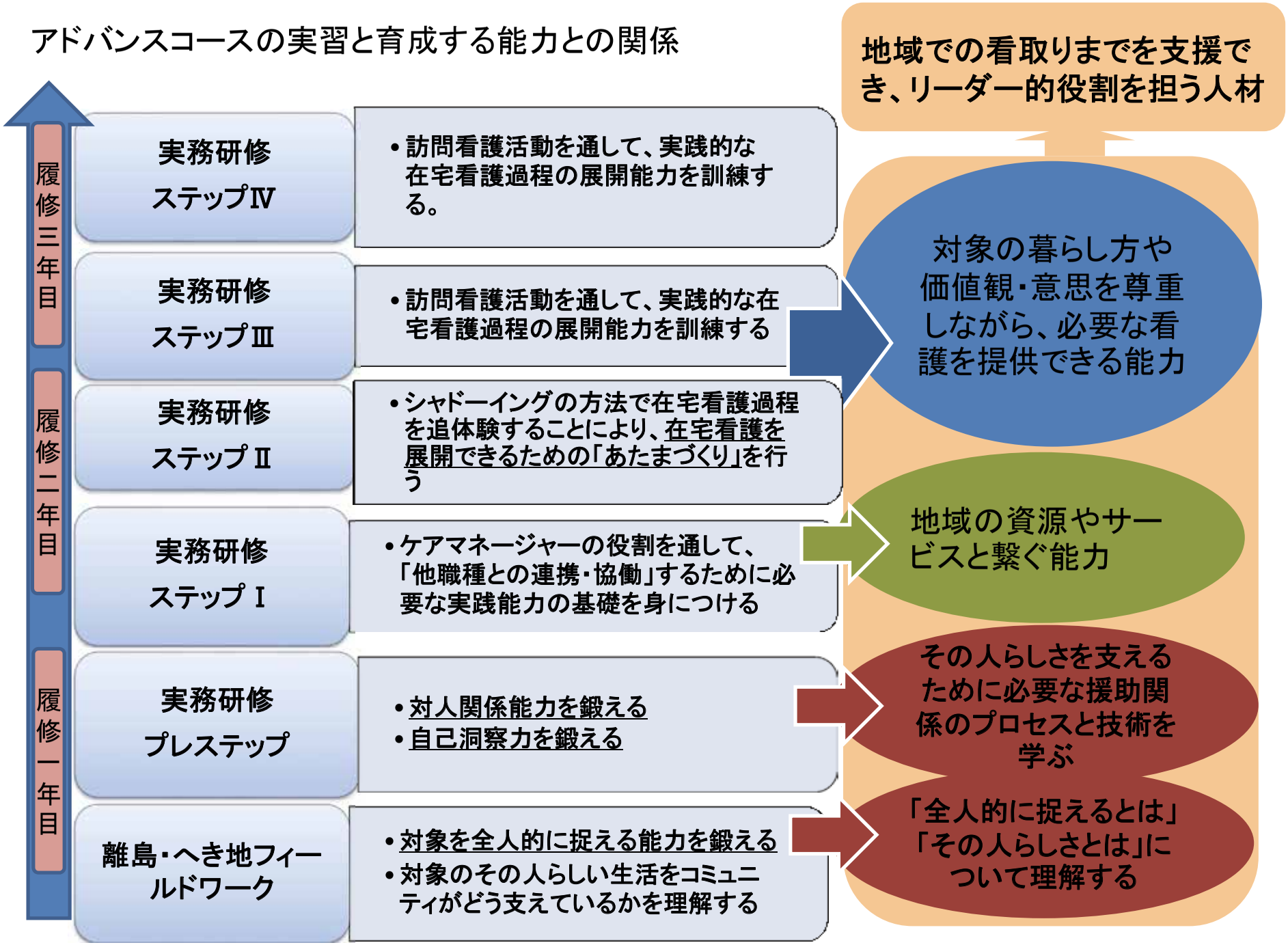
就職一年目は演習・実習はない！

就職三年目	実務研修 ステップⅡ	・訪問看護活動を通して、実践的な在宅看護過程の展開能力を訓練する。
就職二年目	実務研修 ステップⅡ	・シャドーイングの方法で在宅看護過程を追体験することにより、在宅看護を展開できるための「あたまづくり」を行う
	実務研修 ステップⅠ	・ケアマネージャーの役割を通して、「他職種との連携・協働」するために必要な実践能力の基礎を身につける
学部四年次	へき地でのチーム医療実習	・「他職種との連携・協働」するために必要な基礎能力を身につける
	島嶼看護学実習	・対象を全人的に捉える能力を鍛える ・対象のその人らしい生活をコミュニティがどう支えているかを理解する
	離島・へき地での総合テーマ実習	・対象を全人的に捉える能力を鍛える ・生活者としての人間への深い理解に根ざした看護を展開する能力を鍛える。

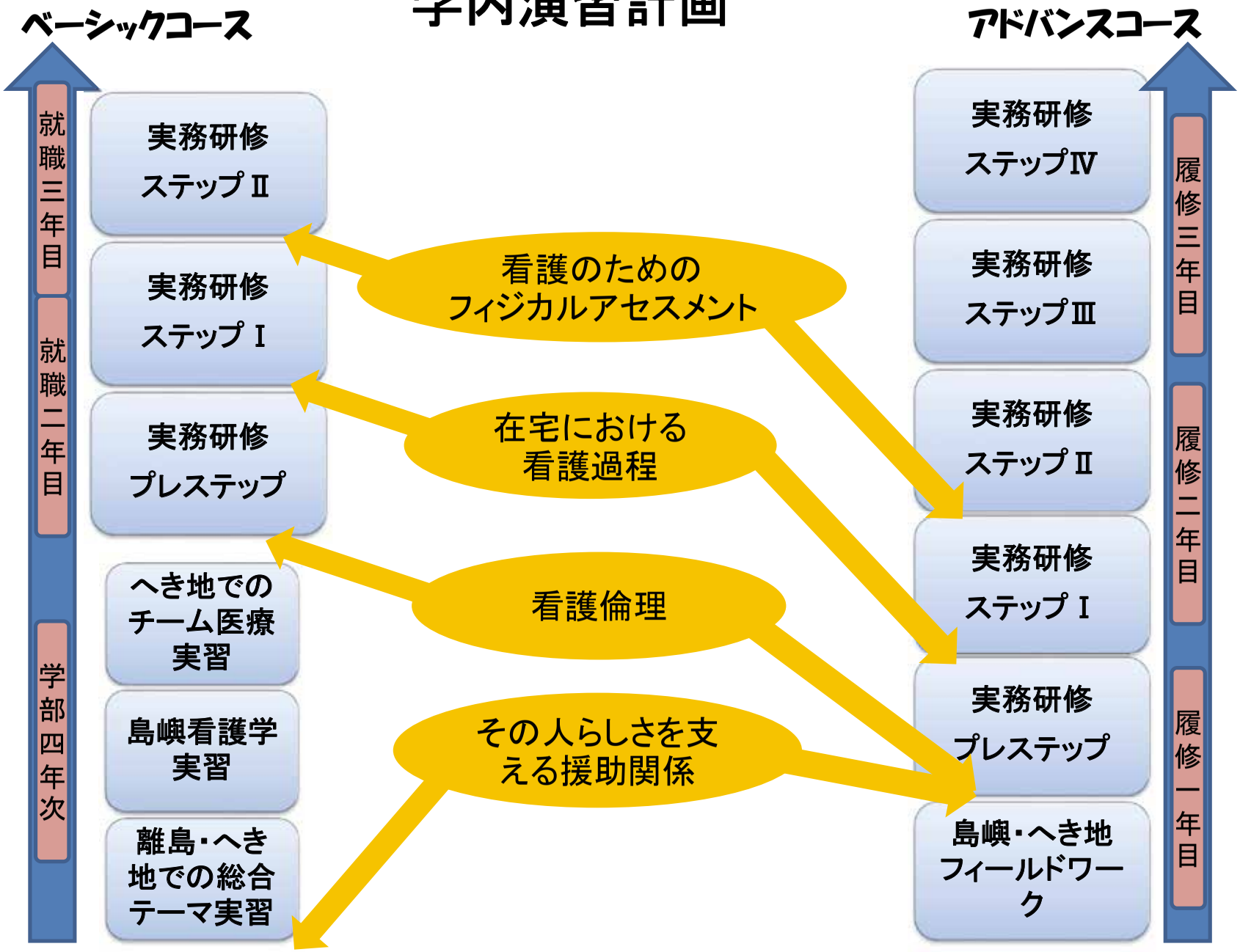
地域での暮らしを支える人材
・退院支援・調整できる能力の習得
・訪問看護師としての基礎的能力の習得

- 幅広い臨床の知識・技術
- 地域の資源やサービスと繋ぐ能力
- 対象の暮らし方や価値観・意思を尊重しながら看護を提供できる能力

アドバンスコースの実習と育成する能力との関係



学内演習計画


ベーシックコース
アドバンスコース
就職三年目
就職二年目
学部四年次
履修三年目
履修二年目
履修一年目
実務研修 ステップⅡ
実務研修 ステップⅠ
実務研修 プレステップ
へき地でのチーム医療実習
島嶼看護学実習
離島・へき地での総合テーマ実習
実務研修 ステップⅣ
実務研修 ステップⅢ
実務研修 ステップⅡ
実務研修 ステップⅠ
実務研修 プレステップ
島嶼・へき地フィールドワーク
看護のためのフィジカルアセスメント
在宅における看護過程
看護倫理
その人らしさを支える援助関係

Ⅳ．添付資料１

添付資料１

島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標

1. 島嶼･地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標の構成
2. 看護実践能力の定義

Ⅰ群、その人らしさを支援することの重要性を認識するための科目群

❶その人らしい人生や生活を阻害している問題に気付くことができる能力

Ⅱ群、対象の医療ニーズ・生活ニーズに適切に対応できるための科目群

❷問題の解決・支援方法を考案できる能力

❸適切な医療・ケアを提供できる能力

Ⅲ群、疾患や障がいを有する人の生活を支えるケアの科目群

❹対象の状況・環境に応じた工夫ができる能力

❺必要な地域の資源やサービスに繋ぐことができる能力

1. 島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標の構成

ベーシックコースは看護師としての土台を作る最も重要な時期である。臨床の現場は即戦力を求めるが、ここで技術面に特化してしまうと思考力が滞ってしまうため、臨床で技術や疾患の理解を深めながら、本コースでは地域の暮らしや看取りを最期まで見据えた看護を提供できる「地域ケアを担い得る基礎的な力（対象を生活者として全人的に看る視点と倫理観とその人らしさを大切にした看護展開能力）を持つ人材」が養成できるように具体化した。コアとなる看護実践能力は、学士課程版看護実践能力より引用したものであるが、本プログラムの科目に落とし込むと網羅されている教育内容となっている。アドバンスコースの養成すべき人材像には「看護職者・関係者に対し、リーダーシップを発揮して関わることができる」と掲げているが、ここではベーシックコースの学生と共に実習に入るなかで求められる役割を担うことを到達目標としている。

2. 看護実践能力の定義

ここでは、学士課程版看護実践能力を参考にし、看護実践を構成する３つの科目群とそれぞれの群を構成する 15 の具体的開講科目について示す。

島嶼・地域ナース育成プログラム	コアとなる看護実践能力（学士課程版看護実践能力）
Ⅰ群　その人らしさを支援するためことの重要性を認識するための科目	・ヒューマンケアの基本に関する実践能力
1．生活者への視点（Ⅰ~Ⅲ） ・在宅ケアの目的と特性 ・在宅における援助関係 ・療養者・家族の自立支援と権利	・援助関係を形成する能力 ・生涯にわたり継続して専門的能力を向上させる能力 ・看護専門職としての価値と専門性を発展させる能力 ・看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力 ・実施する看護について説明し同意を得る能力 ・個人と家族の生活を査定（Assessment）する能力
2．文化看護論	・地域の特性と健康課題を査定（Assessment）する能力
Ⅱ群　対象のニーズ、生活ニーズに適切に対応できるための科目	・根拠に基づき看護を計画的に実践する能力
1．生活援助論	・計画的に看護を実践する能力 ・看護援助技術を適切に実施する能力
2．フィジカルアセスメント	・健康レベルを成長発達に応じ査定（Assessment）する能力
3．急変時の対応とケア	・急激な健康破綻と回復過程にある人々を援助する能力
4．対象の安全を守るケア	・安全なケア環境を提供する能力
5、地域包括ケアシステム論	・保健医療福祉活動における看護活動と看護ケアの質を改善する能力 ・地域ケアの構築と看護機能の充実を図る能力 ・保健医療福祉における協働と連携をする能力 ・社会の動向を踏まえ看護を創造するための基礎となる能力
Ⅲ群 その人らしい生活を支えるケア	・特定の健康課題に対応する実践能力
1．疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア ・認知症 ・難病 ・がん ・精神障がい ・リハビリ 2. 小児の生活を支えるケア 3. 高齢者の生活を支えるケア	・健康の保持増進と疾病を予防する能力 ・慢性疾患及び慢性的な健康課題を有する人々を援助する能力
4. 在宅での看取りを支えるケア	・終末期にある人を援助する能力

Ⅰ群　その人らしさを支援することの重要性を認識するための科目

「その人らしさを支援するための実践能力」とは、人々の多様な生活背景による様々な価値観を尊重し、看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する看護を提供すること、実施するケアの根拠や必要性について、情報を提供し、実施するケアに対して十分に説明して、選択の基に同意を得ること、さらにそうした人々との援助関係を形成し、意思決定を支えつつ、人間的な配慮ある看護を提供することにかかわる実践能力のことである。在宅ケアでは、療養者・家族は自らの意思で他者との関係性のなかで判断し行動するという、生きることの本質について常に思い巡らすことが必要である。そのためには、常に相手の立場にたった物の見方や観察力、自己を客観的に振り返ることが必要となる。

1.　生活者への視点

1）在宅看護の目的と特性

在宅では、看護師が常に訪問者（ゲスト）となるので、社会人としての基礎的なマナー（挨拶や接遇）や周囲と協調・協働する姿勢に問題があると訪問看護を断られ、看護を提供することが出来ないため、まずは自らの言動に対して振り返り、自己評価できる能力が必要である。（家族にとってかけがえなのない療養者が「生活者として生きる」ことを支援することをとおして、看護師自身が与える影響、自己の価値観にまず気付き、その中で看護師自身も成長させてもらっていることを理解することが在宅看護の基本となる。）

また、看護師には、人間としての在り方や生き方に関する深い洞察力を養うことが期待されていることより、生涯にわたり、自己の看護実践過程や方法を振り返り、自己の持つ課題、看護実践方法の改善課題を整理し、専門職として成長し続けるために継続的に自己評価と管理を行う重要性を説明できる能力や、社会の変革のなかでの看護の役割を自覚し、看護学の発展に参加し追求していく姿勢の重要性を説明できる能力が求められる。

そのような点を踏まえ、ここでは、在宅看護の特性について考え、これまで行ってきた自己の看護は、病院で提供する看護を基準としていたという狭義の看護であることに気付き、まず自分の課題を把握することが求められる。そして「看護に責任をもつ」ということは自分だけでなく、他の誰もが同じような看護が提供できるように整えるという役割を認識することができる。

2）在宅における援助関係

「援助関係を形成する能力」とは、看護の対象となる人々との援助的なコミュニケーションをとることができるようになり、援助関係を築いていく能力のことである。看護を提供するためには、まず対象との援助的関係・信頼関係の形成が第一であり、

この能力は個人のみならず、家族、集団、地域との援助関係・信頼関係の形成、他職種との協働的な関係を築くものである。特に専門職種は受けている教育から見る視点が異なり、優先順位が異なるため「対象者にとって何が最善か」をディスカッションし、援助の方向性が導き出せる能力が求められる。

3）療養者・家族の自立支援と権利

「療養者と家族の生活を査定する能力」とは、個人や家族間のセルフケア能力を看護の視点から評価し、生活と疾患との関わりなどを把握した上で、療養者や家族員の生活が健康状態とどのように関連があるのか、どのように支援したら強みを引き出せるのか等、その関連を査定できる能力のことである。また、経過のなかで介護することやされることによって家族の関係性に影響を及ぼすこともあるので、介護負担の程度や家族の生活の質や療養者の役割の喪失感が病気や障がいに伴う心身状況にも影響を及ぼしていないか等を観察し必要な社会資源を調整できる能力が求められる。

「看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力」とは、人間の尊厳について深い　洞察力をもち、人間の権利を理解するとともに、その人の文化的背景・価値観・信条を尊重して、その人の立場に立ってケアを提供する能力や、看護の対象となる人々の意思決定を支え、擁護に向けた行動をとることができる能力のことである。「実施する看護について説明し同意を得る能力」とは、看護の対象となる人々に実施する看護の根拠と実施方法について情報を提供し、説明するとともに、人々がそのことを理解し同意するプロセス、すなわち意思決定支援を支える看護を展開する能力のことである。在宅では、療養者を第一に擁護すべきだが、共に生活している家族の権利も同様に擁護されなければならないため、療養者と家族の双方の生活や尊厳について多角的な視点で検討する能力が求められる。また、意思決定する際に、療養者や家族が正しく情報を理解し、メリットとデメリットについて納得し選択できているかというプロセスを支え、必要時はアドボケイト（代弁者）としての役割が求められる。

2．文化看護論

「地域の特性と健康課題を査定する能力」とは、地域特性、社会資源、地域の健康課題、地域を基盤とした健康生活支援課題（学校生活に生じやすい健康課題、労働環境や労働生活に生じやすい健康課題）を把握する方法について説明できる能力のことである。

看護は、信頼関係を築かなければ介入できないので、まずは対象の価値観を理解し、尊重する姿勢から始まる。その「価値観」を理解する際に手がかりとなるのが「文化」である。文化は、歴史の中で形成された生活様式や習慣を始め、生き方や自己決定の基盤となる考え方でもある。対象を理解する際には、その人の「文化」をみる視点が求められる。また、看護者自身の文化も認識し、それが対人関係や言動や決定にどの

ように影響しているか認識することも求められる。

Ⅱ群　対象のニーズ、生活ニーズに適切に対応できるための科目

「多様な価値観を認め、意向通りにケアを行う」＝デマンド（療養者・家族の主観的要求）をニーズとして捉えているのではなく、病気や障がいの治療管理だけでなく、そこから引き起こされた生活障がいとその影響によって、療養者と家族が生活に困難を来さないようサポートするために、根拠に基づき計画的に看護を実践することができるよう言語化する能力が求められる。多様な療養者・家族の特性や状態を理解した上で、最新の知識・技術を用いて、必要とされる看護を判断し、生活に応じ工夫した形に変えて、計画的に必要な看護を行う能力のことである。また、看護師は常駐しないため、療養者や家族の生活を把握した上で、看護師がいない間も安心した生活が送れるよう他職種と協働する実践能力が求められる。

1）生活援助論

「計画的に看護を実践する能力」とは、物事や状況への批判的思考・臨床的理由に基づき看護の方向性を決定し、問題解決法による計画と実施、さらに看護実践を評価、改善し、そのことを記録できる能力のことである。「看護援助技術を適切に実施する能力」とは、看護の対象となる人々への身体回復のための働きかけ、情動・認知・行動への働きかけ、人的・物理的環境への働きかける方法を理解し、実施できる能力のことである。在宅は生活の場であるため、生活の基本となる「住環境、食事、排泄、清潔、移動」について、生活者として対象を捉えて療養者・家族が在宅療養を無理なく継続できるよう幅広い情報収集を行い具体的なアウトカムとなる目標を定め、定期的な評価を実施しながらリアセスメントし、適宜計画を修正する。また、記録に対しても他者に理解できるように記録し、誰が行っても評価できるような体制を整えることも求められる。在宅看護過程の特徴としては、問題解決型思考で看護過程を展開する視点と、対象者の「どうありたいか」「何を大切にしているか」を軸とする目標志向型思考での看護過程の視点の両方を擦り合わせて共有できる目標に変えていける能力も求められる。また、一人ひとり異なる人生を理解して、その人の生き方や環境に相応しい看護過程を展開できるような査定の視点が求められる。その際に、家族自身も一度きりの人生を大切に生活している人であることを忘れずに介護力を査定し生活に支障を及ぼさないよう調整する能力が求められる。

2）フィジカルアセスメント

「健康レベルを成長発達に応じて査定する能力」とは、看護の対象となる人々の身体的な健康状態、認知や感情、心理的な健康状態、対象の置かれた環境を査定し、身

体状態との関係が説明でき、さらに、成長発達段階に応じた身体的変化、認知・感情、心理社会的変化を理解したうえで、人々の健康状態との関連を査定できる能力のことである。

在宅では、毎日療養者のもとを訪問しないことの方が多いため、次の訪問まで安定して生活できるかどうかを判断することが重要となる。また、苦痛症状があるときは緊急に訪問することもあり、この時も身体に何が起こっているのか判断することが求められる。そして、的確に医師へ伝える能力が必要不可欠であり、訪問看護師にとってフィジカルアセスメントは重要な技能である。

3）急変時の対応とケア

「急激な健康破綻と回復過程にある人々を援助する能力」とは、急激な健康破綻によって医学的治療を受け、健康回復を図る必要がある人々の病態や疾患・治療を理解し、生命維持に向けた看護援助方法を説明できる能力のことである。更に精神状態の査定も含め、回復に向けた援助方法を説明出来る能力も求められる。

在宅での緊急事態は家族が直面し、訪問看護師に連絡が入ることが多い。看護師には必要な情報を聞き出し、タイムリーに的確な判断をすることが求められている。予測される緊急対応について、あらかじめ療養者・家族と話し合っておくことや予測される事態への対応について事前指示を受けておくことも必要である。

4）対象の安全を守るケア

「安全なケア環境を提供する能力」とは、安全マネジメントとしての医療事故防止対策や安全環境管理、感染予防対策を理解し、そのために必要な行動をとることができる能力のことである。在宅は、病院のように同一の環境を想定して防止策を検討するこができないため、療養者の生活の場に応じた事故防止策や感染予防策を療養者・家族と話し合い、立案した内容について納得して実施できているかまでを確認する必要がある。また、第三者の目の届かない場所での看護の提供であるため、事故発生時の対応についても整備しておくことが必要である。その他、訪問看護は介護保険法と医療保険法等のさまざまな法令により、そのルールとそれに伴う法的責任が定められているため法に従って問題解決を図ることができるよう理解しておく必要がある。

5）地域包括ケアシステム論

「保健医療福祉活動における看護活動と看護ケアの質を改善する能力」とは、人間の多様な社会活動の理解を深め、保健医療福祉組織における看護の機能・看護活動の在り方について理解できる能力である。また、看護の質評価および改善する能力も含まれる。

「地域ケアの構築と看護機能の充実を図る能力」とは、地域の人々や地区組織活動について理解し、地域の個人・グループ・機関との調整を行い、地域ケア体制づくり、ケアネットワーク作りのあり方について理解できる能力である。

「保健医療福祉における協働と連携をする能力」とは、保健医療福祉チームの一員として、チーム医療における看護及び他職種の役割を理解し、保健医療福祉サービスの断続性を保証するために必要な、継続看護、在宅看護、地域保健、学校保健との連携などについて説明できる能力のことである。

「社会の動向を踏まえて看護を創造するための基礎となる能力」とは、我が国の疾病構造の変化や課題、医療対策の動向と疾病対策、医療保健福祉サービスについての経済的・政策的課題を含めた成り立ちについての理解を深め、さらには看護の国際的動向に関心を寄せて、看護の役割や課題について理解できる能力のことである。地域包括ケアシステムとは「在宅で療養生活を送る人々が、生活機能を維持し、その人らしい生活が送れるようにするために、医療・介護・住まい・生活支援のサービスを切れ目なく提供できるような地域での体制」であるが、サービスを切れ目なく提供するにはどのような職種がどのように連携・協働したらよいのか、また、どのようなサービスが必要なのか、医療と福祉が共通言語を導き出せ、協働できるよう繋ぐ役割が看護師には求められている。

Ⅲ群　疾患や障がいを有する人の生活を支えるケアの科目

「特定の健康課題に対応する実践能力」では、特定の健康課題として、人々の健康生活の保持増進と健康障害の予防、急激な健康破綻と回復、慢性病および慢性的な健康問題、終末期に焦点をあて、それらの状況・状態にある人々への援助に必要な能力を取り上げた。これらの能力は、人が誕生してから高齢期を迎え、死に至る間の全ライフステージ、あらゆる健康レベル、あらゆる状況における健康問題にかかわっている。特定の健康問題には、地域住民や療養者などが健康課題を自ら達成・克服していく必要のあるものから、問題解決に専ら専門的援助を必要とするものまで多岐にわたる。従って求められる能力も多様である。そのため、焦点となる問題の特性を十分に理解し、各々の援助能力を確実に育成することが必要である。

1）認知症を有する人の生活を支えるケア
2）難病を有する人の生活を支えるケア
3）がんを有する人の生活を支えるケア
4）精神障がいを有する人の生活を支えるケア

「健康の保持増進と疾病を予防する能力」とはあらゆる年代、状況において、人々

の健康の保持増進と疾病予防のために必要な方法を説明できる能力のことである。個人や地域共同体、政策、保健活動の仕組みについての理解を深め、個人のセルフケア支援から小集団による健康学習支援、さらには地域共同体（学校、職場を含む）への効果的な援助方法を説明できる能力のことである。

「慢性疾患及び慢性的な健康課題を有する人々を援助する能力」とは、慢性疾患による健康課題の出現と日常生活の維持との関係を理解し、当事者が生涯に渡って、疾患管理、悪化・進行を予防した療養生活が送れるように援助する方法を説明できる能力であり、家族への支援や社会資源の有効活用についての能力も含まれる。

在宅でさまざまな療養者に看護を提供する上で、知っておくべき知識は「生活援助論」がベースにあり、その上に疾患の特徴、出現しやすい症状、治療方法と療養者・家族の心理状態および社会的背景と支援・指導方法である。疾患が生活にどのように影響を及ぼしているのか（介護負担も含む）を正しく観察して、生活の破綻に繋がらないよう予測されることに対して介護者の限界を見極めた上での指導や社会資源を調整することが必要である。

5）リハビリを要する人の生活を支えるケア

リハビリテーションは残された機能を最大限に発揮して、生活の質を高めることを支援する過程である。そのため、専門職種が一定時間行っても効果は望めないため、生活のなかに組み込めるように様々な職種が協働して行えるようチームを整える能力が求められる。また、現在の機能を維持できるよう日常生活の自立度の評価、1日の生活リズムの評価、療養者の生活圏の広がりの評価、療養者自身の障がいの受容の認識の評価、介護の充足度についての評価を定期的に行い、療養者自身がどのように尊厳を保ちたいと考えているのかを軸に、家族の気持ちも支援し経済状況も含めた社会資源の活用などを検討し、療養者が少しでも自力で行動できるように支援することが必要である。

6）小児の生活を支えるケア

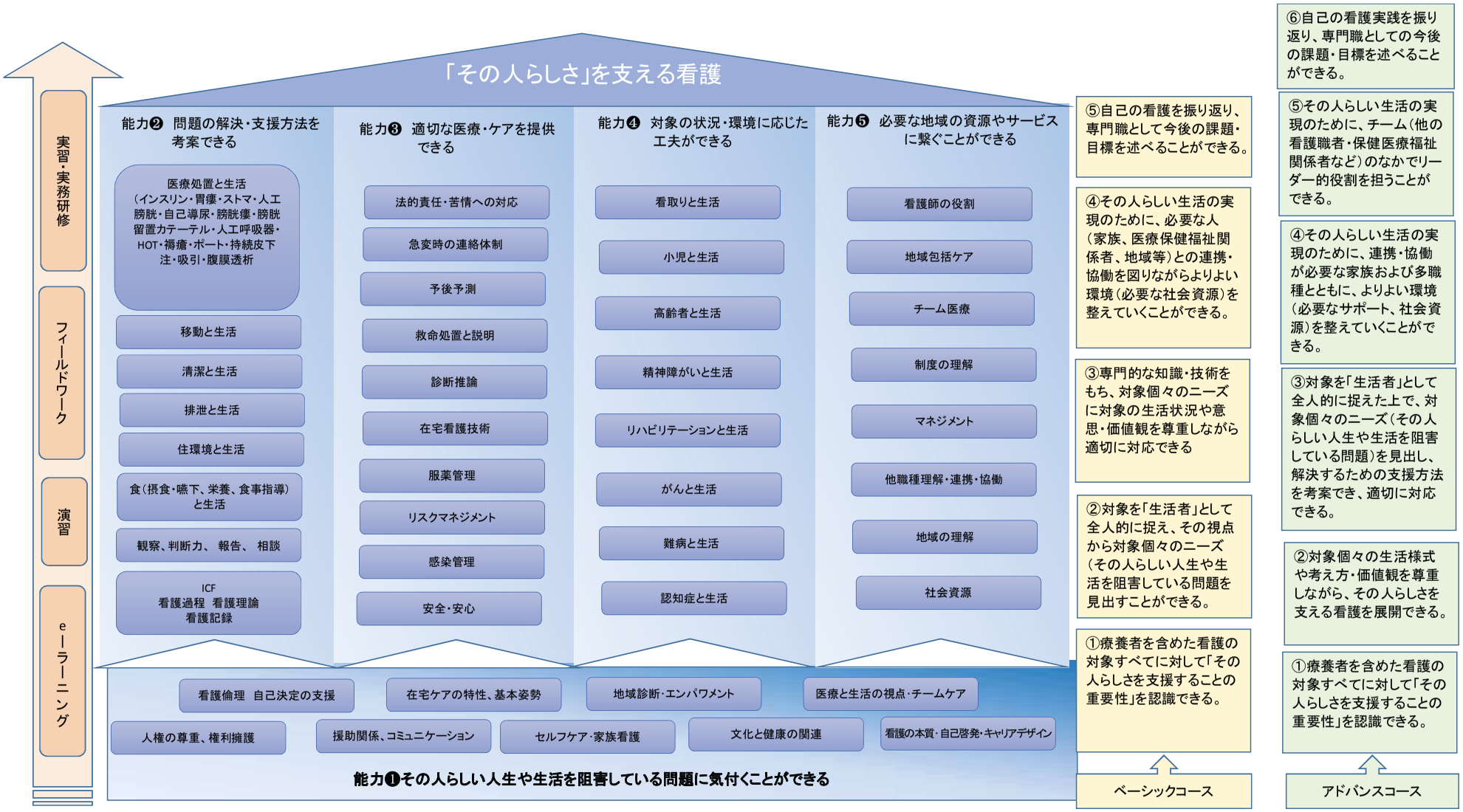
健康障がいのある子どもが在宅で療養するためには、家族は子どもの病気や障がいを受け入れ、ケアに関する知識や技術の習得、家族間の役割分担を行い、生活を作り直していく必要がある。子どもと親・家族のニーズを適切に査定し、社会資源が活用できるように支援することが求められる。また、子どもと家族のライフサイクルの各時期に何が必要なのかを予測して、多職種や療育の機関と連携・協働することが求められる。

7）高齢者の生活を支えるケア

高齢者はさまざまな役割を担ってきた青年期や成人期を経て、加齢や疾病からくる身体・精神機能の変化や社会的役割が減少することをとおして、喪失体験の多い時期である。高齢者のさまざまな健康障がいや機能低下がどのような要因で起こっているのか全人的に観察し理解し、最期まで療養者の QOL が維持・向上できるよう療養生活を組み立てることが求められる。

8）在宅での看取りを支えるケア

「終末期にある人々を援助する能力」とは、人間の生理的機能が不可逆な状態に陥る疾病や病態の終末期像の全人的な理解、人の死と死に逝く人を愛する人の心の理解、看取りをする家族への援助方法を説明できる能力である。終末期の全人的苦痛を軽減・緩和し、死に逝く人の意思を支え、その人らしくあることを援助する方法を説明できる能力も含まれる。在宅には看護師や医師は常駐しないため、予測されることに対し（症状緩和の評価や実施の指導など）療養者・家族が困らないよう対応しておくことが必要である。また、家族の覚悟や意思決定を尊重し（自己決定を導くための適切な情報提供も大切）、看取りのプロセスを療養者・家族の反応を見ながら、わかりやすく説明することが重要である。



（図１）理論的枠組みに基づくカリキュラム軸

Ｖ．添付資料２

1. 島嶼・地域ナース育成プログラムにおいてコアとなる看護実践能力と修了時到達目標～教育内容と学習成果～　　添付資料2

群	看護実践能力 能力（対応している科目名）	修了時の到達目標	教育の内容	学習成果
Ⅰ　その人らしさを支援することの重要性を認識するための科目群	1. 在宅ケアの専門職者としての基本的能力　（生活者への視点Ⅰ） 1）多様な療養者・家族を支援できるよう生涯にわたり継続して専門的能力を向上させる能力 2）チーム医療における他職種協働の中で、看護専門職としての役割と専門性を発展させる能力 3）医療と生活を統合し、療養者・家族のQOLを向上させる能力	（1）日々の自己の看護を振り返り、療養者や家族を主体とした看護が提供できていたか、提供するために何が必要なのか、自分の課題を把握し説明できる。 （2）対象に必要な継続看護をマネジメントする視点（シームレスケア）について説明できる。 （3）在宅ケアの理念を理解し、生活の場でケアを組み立てていくために必要な「対象者を中心に考える」視点について説明できる。	□看護の振り返り（Reflection）の方法 □自己洞察 □自己研鑽 □継続看護 □生活者への視点 □生活をイメージし個別性を重視 □看護の対象の広さ □意思の尊重 □医療制度改革・社会背景 □在宅ケア（チームケア） □医療・生活モデル（キュアとケア） □連携・協働 □退院支援・調整	□自己の看護の向上に向けて看護の振り返りや自己洞察や自己研鑽の重要性が理解し、取り組むことができる。 □専門職としての成長に必要な批判的分析力、論理的思考力の意義について説明できる。 □専門職としてのキャリア発達の過程や生涯学習の意義について説明できる。 □自己学習や自己教育力が専門職には重要な要件であることを理解し、取り組むことができる。 □指導の下で自己評価及び他者評価を踏まえた自己の課題を見いだし、取り組むことができる。 □看護の専門性や価値について、自分なりの意見を持つことができる。 □在宅療養の場をイメージし、暮らしを支えるために必要な継続看護について理解し、実施できる。 □在宅医療・看護の仕組みや方法について知ることができ「対象が暮らしている場において生きていくことを支える」 看護の必要性を説明できる。 □チーム医療における看護師の役割と協働する際に円滑な連携が図れるよう関係職種の専門性を尊重しているか、自己の態度や姿勢を振り返り課題を見出し、取り組むことができる。 □「対象者はどのように生きてきて、今後どのように生きたいと思っているのか」と生活と医療と統合し、QOLに重点を置く重要性について説明できる。
	2.　在宅における援助関係を形成する能力（生活者への視点Ⅱ） 1）療養者・家族・地域住民など看護の対象となる人々と援助的なコミュニケーションを発展できる能力 2）援助的（信頼）関係を形成する能力	（1）対象者の生活の場を訪問することの意義と訪問看護のコミュニケーションの特徴について説明することができる。 （2）援助（信頼）関係を形成するために看護職に必要な資質・能力を説明できる。 （3）援助（信頼）関係はどのように形成されるかプロセスと技術を説明できる。	□ケアリングの考え方 □対人関係、相互作用 □援助的関係の過程 □自己分析、自己理解 □カウンセリングの基本と技術 □家庭を訪問する意義 □コミュニケーションの原則と技術 □メタコミュニケーション（非言語的情動の表出）	□自宅で生活するために、家族の生活、療養者・家族の其々の思いを知り、共に考えることができる。 □療養者と家族のコミュニケーション関係がどのような特性の中で形成されているのか観察する視点を習得できる。 □療養者・家族とのコミュニケーションを円滑にするために必要な訪問時のマナーを習得できる。 □自己を分析し自己理解できる。 □プロセスレコードなどを活用して、援助的関係を分析できる。 □カウンセリングの基本的な方法について説明できる。 □援助的関係形成の過程を理解し、援助的関係を形成できる。 □言葉で表現されたメッセージの中に隠された真意をくみ取るために必要な質問力について理解し、実施できる。
	3-1. 療養者・家族の自立を支援する能力（生活者への視点Ⅲ） 1）療養者を取り巻く家族をアセスメントする能力 2）セルフケアを高める能力	（1）家族の生活を把握し、家族員の健康状態との関連をアセスメントできる。 （2）療養者と家族を理解するために必要な家族に関する理論について説明できる。 （3）家族の持っている力を引き出し、家族全体で課題に対処できるよう支援することができる。	□生活と健康と疾患 □セルフケア能力 □家族機能 □家族の生活と健康と疾患 □家族と地域社会の関係性 □家族アセスメント □家族の機能 □家族発達理論 □家族対処理論 □介護者の状況 □レスパイト・ケア	□人間のライフサイクルと発達について説明できる。 □看護の対象となる人々を生活している人として捉える意義とその方法について説明できる。 □生活と健康障がいの関連、疾病・障がいが生活に及ぼす影響について説明できる。 □日常生活、療養生活をアセスメントする方法について理解し、実施できる。 □家族の生活と健康障がいとの関連、疾病・障がいが家族生活に及ぼす影響について理解し、実施できる。 □家族全体を捉えてアセスメントする方法について理解し、実施できる。 □家族と地域社会との繋がりや関係性をアセスメントする方法について理解し、実施できる。 □家族のレスパイトケアに必要な地域の社会資源について療養者・家族へ提案することができる。 □家族の持っている力を引き出し、セルフケアを高める支援ができる。
	3-2. 療養者・家族の尊厳と権利を守る能力（生活者への視点Ⅲ） 1）療養者中心の医療・看護が提供できるよう尊厳と権利を擁護する能力 2）療養者・家族の自己決定を支援する能力	（1）多様な価値観・信条や生活背景を持つ人を尊重する行動をとることができる。 （2）人間の尊厳及び人権の意味を理解し、擁護に向けた行動をとることができる。 （3）在宅における看護倫理について説明ができる。 （4）看護の実施にあたり、人々の意志決定を支援することができる。	□基本的人権の尊重 □療養者の権利 □権利擁護 □プライバシーへの配慮 □個人情報の保護 □看護職の倫理規定 □守秘義務 □医療における自己決定権 □看護職の説明責任 □意志決定への支援 □インフォームド・コンセント □生活の質 □アドボカシー機能	□多様な価値観や人生観を有している人々を尊重する行動がとることができる。 □基本的人権の尊重、療養者の権利及び権利擁護について説明できる。 □療養者の権利、プライバシーや情報の保護に配慮した看護の在り方を説明できる。 □看護職の倫理規定や看護実践に関わる倫理の原則を理解し、遵守できる。 □療養者・家族の人々の権利を尊重し、その擁護に向けた行動をとることができる。 □守秘義務について理解し、遵守できる。 □医療における自己決定権と看護職の説明責任について説明できる。 □インフォームド・コンセントについて説明できる。 □実施する治療や看護に関する選択権について説明できる。 □実施する看護を説明する方法とその意義について説明できる。 □療養者・家族が意志決定するために必要な情報（メリット、デメリット）を提供することができる。 □療養者・家族の意志決定を指導のもとで支援することができる。 □実施する看護について指導の下で説明し、同意を得ることができる。 □対象者の理解力にあわせた説明をすることができる。 □療養者と家族の意向が不一致の場合に必要な看護支援が説明できる。

群	看護実践能力 能力（対応している科目名）	修了時の到達目標	教育の内容	学習成果
	4. 対象者の文化に即した看護を提供する能力（文化看護論） 1）コミュニティの特性と健康課題をアセスメントする能力 2）コミュニティの文化と個人を双方向から捉えて看護を提供する能力	（1）一定の生活圏域にみられる日常生活行動の仕方と流れ方、及び、それらを方向付ける価値観・規範・考え方を看護の展開過程に組み込むことができる （2）療養者の生活の文脈で状況や気持ちを理解し、安心して持てる力を発揮できるよう支援することができる。	□地域の歴史・文化と生活、環境 □地域の社会経済構造、健康課題 □保健医療福祉制度 □公衆衛生の概念 □健康指標の動向（人口動態・疾病構造・受療状況） □地域の健康に関する情報（母子保健、精神保健、感染症、生活習慣病、がん難病等） □地域の人々の健康ニーズ □保健行動・疾病対処行動	□地域の人々の生活、地域の文化、地域の環境、地域の社会経済構造を把握し、地域の特性を捉える方法について説明できる。 □地域の人々の健康ニーズや保健行動を捉える方法について説明できる。 □生活と健康障害の関連、疾病・障害が生活に及ぼす影響について説明できる。 □地域と日常生活行動、療養生活を方向付ける価値観・規範・考え方についてアセスメントできる。 □家族と地域社会とのつながりや関係性をアセスメントする方法について説明できる。 □療養者・家族の生活の文脈で状況や気持ちを理解し、安心して持てる力を発揮し合うことを支えることができる。
Ⅱ対象のニーズ、生活ニーズに適切に対応できるための科目群	1. 根拠に基づき在宅看護を計画的に実践する能力（生活援助論） 1）看護援助技術を適切に実施する能力 2）在宅看護過程を展開する能力 3）根拠に基づいた看護を提供する能力 4）次回の訪問までの変化を予測して、予防的な視点をもってアセスメントする能力	（1）療養者・家族の住環境・介護力に応じた看護援助技術を実施できる。 （2）ケアプランとの連動や生活を重視した目標達成志向と問題解決法について理解し、療養者・家族と共に立案できる。 （3）一人で訪問し、観察・判断し、看護を実施するため、行った看護が妥当であったか他者が理解できる看護記録と評価が記載できる。 （4）看護師不在の時間帯を保障する計画が立案でき、他職種で協働することができる。 （5）正常、異常の判断だけでなく、前回と比べてどうなのか、前々回と比べてどうだったのかというプロセスの視点でアセスメントできる。	□日常生活習慣の確立に関わる援助技術 □セルフケア向上の援助技術 □社会資源の活用 □ICF □看護観察とモニタリングの目的と方法 □看護過程（査定、診断、計画、実施、評価） □記録の目的と法的意義 □記録の監査と評価 □科学的根拠（Evidence） □看護理論	□看護を展開する際に、理論や概念を活用する意義と方法について理解・実施できる。 □看護に必要な根拠を探索し、看護実践に活用できる。 □療養者・家族の持つ力を活かした介護方法を工夫することができる。 □日常生活の中で何を重視しているのか、生活を維持するために何が必要なのか療養者・家族それぞれの意思を確認することができる。 □どんな状況下で治療を受けてきて結果、現在に至っているのか「人生の歩み」を理解したアセスメントができる。 □疾病に対して療養者・家族がどのような姿勢で向き合えるのかを見極めることができる。 □療養者の家族自身の生活の質のアセスメントできる。 □的確なアウトカム（期待される結果）を見出すアセスメントができ、定期的に評価し、リアセスメントする事ができる。 □療養者の生き方や望みを把握し、生活を重視した目標達成志向での看護過程が実施できる。 □看護師不在の時間帯を保障する計画を立案することができる。 □看護師が実施するだけでなく、療養者や家族や他職種が継続して実施可能な計画が立案できる。 □他者にもわかるよう「思考の部分」を記録することができ、実施した看護実践を評価することができる。 □看護記録の目的と法的意義について説明できる。 □日常生活行動の拡大や生活習慣の確立に向けた援助の基本技術を理解し、指導できる。 □療養生活や健康に関する相談の基本技術を理解し、療養者・家族へ指導できる。 □活用できる社会資源を調整する基本技術を理解し、療養者・家族へ指導できる。
			＊日常生活援助援助 □環境→寝室、室温、段差、居室　、活動等と合わせた情報収集とアセスメント □食事→摂取・嚥下能力、口腔ケア、自助具、食物形態、姿勢、食習慣、食事に対する療養者・家族の認識、排泄等を合わせた情報収集とアセスメント、食への楽しみ、買い物、経済力、調理、補助食品、注入 □排泄→尊厳、援助は誰がどのような方法で行っているか、介護負担、排泄障害、便秘・尿失禁のタイプ、排泄用具の管理と選択、食事・水分のとり方、内服薬との影響、運動、記録	□生活援助の基本（食事・排泄・移動・清潔・環境）を総合的にｱｾｽﾒﾝﾄし生活を整える支援ができる。 □正常・異常の判断ではなく、前回や前々回と比べてどうなのかという視点でｱｾｽﾒﾝﾄすることができる。 ＊環境 □日常生活のなかで多用している物や室内に飾られている品物から、療養者・家族の価値観や暮らしぶりを観察することができる。 □生活動線を確認し、療養しやすい環境、介護しやすい環境を社会資源を用い、整えることができる。 □閉じこもり・寝たきりにならないよう療養環境を整えることができる。 ＊食 □生活のなかの楽しみとして「食べること」と生命を維持する「栄養補給」という2つの側面から在宅療養を支援することができる。 □摂食・嚥下障害、食事姿勢、体重減少や全身状態、口腔内状況をふまえたアセスメントと家族指導ができる。 □誰が買い物するのか、調理するのかまでを観察し、介護力や経済面も考慮し状況に応じて食物形態や自助具、補助食品等の支援ができる。 □食習慣や食事に対する療養者・家族の認識を理解し、食事を作ることに拒否的にならないよう療養者・家族のモチベーションが維持できる支援ができる。 ＊排泄 □療養者の尊厳を保ちながら、残存能力と家族の介護負担を考慮し、感染管理（清潔保持）をふまえた排泄の支援ができる。 □排泄援助を、誰が、どのような頻度で、どのような方法で行っているのかを把握し、必要に応じて調整できる。 □療養者がどのようなプロセスで排泄障害を生じているのか把握し、療養者と家族の目標を共有し排泄方法を一緒に考えていくことができる。 □排便コントロールと尿失禁のタイプを見極めた援助ができる。 □食事時間との関係、食事内容、水分量、排泄時間・回数・量・緩下剤の内服時間と反応時間など、介護者や他職種で記録を行い、情報をもとに支援の調整ができる。 □環境や経済状況も考慮して、使用する排泄用具を判断することができる。 □看護師がいない時間帯もトラブルなく経過できるように予測的視点で指導することができる。

群	看護実践能力 能力（対応している科目名）	修了時の到達目標	教育の内容	学習成果
Ⅱ対象のニーズ、生活ニーズに適切に対応できるための科目群			□清潔→爽快感、清潔習慣、皮膚・粘膜の観察、全身状態の観察、清潔環境の観察、福祉用具、住宅改修、介護負担 □移動→ADL,精神・心理状況の観察、意欲の観察、四肢・体幹の関節可動域や筋力の保持の程度、自立、介護負担の軽減、安全な環境の確保（生活動線の確認）、社会資源、移動補助具	＊清潔 □皮膚・粘膜の正常な生理機能の保持増進が行われているか、爽快感が得られているかを観察することができる。 □療養者・家族の今までの生活習慣を確認し支援することができる。 □安全・安楽に清潔援助が行える住宅構造かどうかの評価を行い、必要時は住宅改修や福祉用具の検討を行う。 □療養者や家族の負担の程度を把握し、施設利用など社会資源を調整することができる。 ＊移動 □四肢・体幹の関節可動域や筋力の保持の程度を評価し、自立の促進と介護負担の軽減のための支援ができる。 □療養者が自らの意思で生活の目標やそのための行動を決めることを支援することができる。 □意欲的に行動できる精神・心理状態かどうか観察することができる。 □生活している空間と機能障害を補助してくれる人や用具を把握して、障がいへの適応状況を評価し、自立のための環境を整えることができる。 □機能障がいの程度を観察し能力を確認することができ、必要に応じて他職種と連携・協働することができる。
			□医療処置管理技術（インスリン・胃瘻、人工肛門・膀胱、自己導尿、膀胱瘻、膀胱留置カテーテル、人工呼吸器・HOT、褥瘡、ポート・持続皮下注、吸引・腹膜透析）	＊医療処置管理技術 □医療者がいない状況で、療養者・家族がどのように機械や器具を管理して生活しているのか、介護者の負担や不安はどの程度かを把握し、負担や不安を最小限にしていくこと支援ができる。 □薬剤・医療材料・衛生材料の調達方法について指導することができる。 □療養者に装着されている機械・器具の種類や設定条件などを再確認し、次回訪問まで安全に安心して過ごせるよう、予測されるトラブルへの対処策を介護者の負担状況に応じて指導することができる。 □他職種と連携を図り、デイサービスやショート利用時も適切な管理が行えるよう、チームでのサポート体制を整えることができる。 □機器や器具類の設定条件等の記録を写真と共に残すなどして、他の訪問看護師や他職種が情報を共有できるよう検討することができる。 □機械・器具やルート・カテーテルがあることによって日常生活への支障がないか、療養者・介護者の困りごとはないかを確認し、QOLも考慮した治療内容を医師と検討することができる。 □処置に対する生活上の注意点を医療者不在の環境で実施できるよう、療養者・介護者が理解できるような指導ができる。 □習得した手技が自己流になっていないか、適切に実施できているか自己管理方法を定期的に確認する必要性が理解でき、チームで共有できる。 □予測されることに対して、包括指示やプロトコールの整備が行える。
	2. 症状から病態を推論し、異常時に迅速な判断ができる能力（フィジカルアセスメント）	（1）断続的に看護師が関わるため、前回と今回の訪問の間に変化がないか、次回の訪問まで安定して生活できるかどうかを判断することができる。 （2）症状を十分聞き出すコミュニケーション能力と、身体に起こっている徴候を的確に把握するフィジカルイグザミネーションの2つのスキルの理解ができ、得られた情報を統合して分析することができる。	□診断推論 □人体の構造（解剖学） □人体の機能（生理学） □病態と生体反応（病理学） □正常、個人差 □疾病と生体の反応（呼吸機能障害、循環機能障害、栄養摂取・代謝障害、咀嚼嚥下・消化吸収障害、内部環境調節・生体防御機能障害、脳神経・感覚機能障害、運動機能障害、排泄機能障害、性・生殖機能障害） □精神の機能と健康 □フィジカル・アセスメント □フィジカルイグザミネーション □心理社会的アセスメント	□看護に必要な人体の構造と機能について説明できる。 □看護に必要な病態について説明できる。 □いつから、どこが、どのような状況なのか質問して情報を集めることができる。 □主要な疾病の症状、病因、病態、治療、予後について説明できる。 □疾病がもたらす機能障害について説明できる。 □精神の機能・認知・感情のアセスメントの方法について理解でき、実施できる。 □人的・物理的環境が健康に及ぼす影響について説明できる。 □環境のアセスメントの方法について理解し、実施できる。 □看護の対象となる人々の成長発達を踏まえて、指導のもとでフィジカル・アセスメントができる。 □問診、視診、触診、聴診、打診の5つのフィジカルイグザミネーションについて理解でき、実施できる。 □療養者の訴えと家族や他職種の情報を集め、生活上の影響も踏まえて総合的にアセスメントすることができる。 □症状から統合的にアセスメントできる。

群	看護実践能力 能力（対応している科目名）	修了時の到達目標	教育の内容	学習成果
Ⅱ対象のニーズ、生活ニーズに適切に対応できるための科目群	3. 急変時に適切に対応できる能力（急変時の対応とケア） 1）急変時を予測した意思の確認が行え、救命処置による正しい説明ができ、連絡体制を整える能力 2）急変時の状況に応じて対応できる能力	（1）家族や療養者からの連絡を受け、必要な情報を聞き出し、タイムリーに的確な判断ができ、対応できる。 （2）急変時を予測した意思の確認方法について説明でき、救命処置によるメリット・デメリットと予後予測されることに対する説明ができる。 （3）身体に起きたことのみでなく、療養者・家族の意向と介護力を見据えたアセスメント結果を医師へ報告することができる。	□急激な健康破綻をきたした療養者・家族の苦痛・不安 □異常の早期発見と査定(Assessment) □救命救急時の処置 □重篤な状態にある療養者と家族への看護援助方法 □緊急事態の予測 □予測されることに対する指導 □事前指示、包括指示 □電話相談の技術 □わかりやすい報告 □意向の確認 □救命処置によるメリットとデメリット □連絡体制 □他職種での情報共有	□急変時の対応の意義と必要なシステムが説明できる。 □対象に応じた救命処置によるメリットとデメリットの説明ができる。 □重篤な状態にある療養者の疾患・病態・症状について説明できる。 □重篤な状態を予測し、療養者を全人的に捉え、事前に予測されることに対して意思の確認ができる。 □重篤な状態にある療養者への基本的な看護援助方法について実施できる。 □緊急事態を予測した連絡体制を構築することができる。 □緊急事態を予測した事前指示、包括指示の必要性が説明できる。 □必要な情報を聞き出すために必要な電話相談の技術が説明できる。 □緊急事態を予測して、必要なことを療養者・家族へ指導することができる。 □関わっているサービス事業所間で緊急時の対応が共有できるよう連携を図ることができる。 □実際に診ていない医師が状況を理解できるよう、SBAR（状況、背景、アセスメント、提案）を用い正しく伝えることができる。
	4. 事故防止のために制限や禁止を強いるのではなく、療養者・家族の希望や思いを尊重し、安全を守る対応を検討する能力（対象の安全を守るケア）	（1）医療事故防止対策について理解し、そのために必要な行動をとることができる。 （2）在宅における感染防止対策について理解し、必要な行動をとることができる。 （3）在宅におけるリスクマネジメントについて理解し、事故要因の分析が行え、対象に応じた具体的な防止策を検討できる	□リスク・マネジメント □安全性の基準 □医療事故の現状と課題 □医療安全対策 □医療器具・医薬品管理の安全対策 □感染防止対策 □標準予防策(Standard precaution) □有害事象の予防（転倒・転落などの事故、褥瘡など） □医療による健康被害（薬害を含む） □インシデント（ヒヤリ・ハット）レポート □苦情への対応、法的責任	□リスク・マネジメント、有害事象（転倒・転落などの事故、褥瘡など）の予防方法について家族へ指導できる。 □医療の中で安全文化を形成し、チームとして取り組むことの意義について説明できる。 □医療安全対策の取り組みと看護の活動・役割について説明できる。 □安全を脅かす要因、及び医療器具・医薬品の安全な管理や薬害防止、安全な医療環境を形成していく意義について説明できる。 □感染防止対策、標準予防策(Standard precaution)について理解し、実施・指導することができる。 □医療事故の予防と発生時対応、発生後の分析と評価について説明できる。 □インシデント（ヒヤリ・ハット）レポートの目的を理解し、必要性について説明できる。 □苦情処理の対応が理解出来る。
	5. 対象および家族の生活の継続を支援する体制を整える能力（地域包括ケアシステム論） 1）保健医療福祉における協働能力 2）地域・在宅ケアの構築を図る能力 3）在宅ケアシステムにおける看護職の役割について理解し実践に活かす能力	（1）チーム医療における看護及び他職種の役割を理解し、対象者を中心とした協働の在り方について説明できる。 （2）個人・グループ・機関と連携して、地域ケアを構築する方法について理解できる。 （3）地域における健康危機管理及びその対策に関わる看護職の役割について理解できる。	□保健医療福祉制度と法律 □地域ケアに関わる医療政策 □自立・自律支援 □個人・グループ・機関との調整 □ケアネットワークづくり □地域ケアの体制づくり □保健医療福祉機関の連携・協働 □ケアマネジメント □家族を含めた対象者中心の連携 □退院支援・退院調整 □地域包括支援センターとの連携	□保健医療福祉における看護の役割について説明できる。 □地域で活動する多様な集団や NPO などの組織、及びそれらの活動について理解できる。 □ケアのネットワーク、支援システムの構築の方法について理解できる。 □対象者に必要なケアについて、関連機関や支援者と連携・調整する方法について理解できる。 □地域の健康を促進し、管理する方法について理解し、実施できる。 □地域における日常的な健康危機管理の重要性と看護の活動・役割について理解できる。 □チーム医療の中での責務として、情報の共有と守秘義務、対象者を中心とするチーム医療の構築方法について説明できる。 □チーム医療の中での、相互の尊重・連携・協働について理解し、実施できる。 □チーム医療の中で効果的な話し合いをするための方法について理解し、実施できる。 □在宅医療を推進するために、保健医療福祉機関の連携・協働を含めた看護の活動・役割について説明できる。 □ケアマネジメントやチームの連携方法について理解し、実施できる。 □病院、保健所、市町村保健センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所、学校、職場などとの連携の必要性について説明できる。

群	看護実践能力 能力（対応している科目名）	修了時の到達目標	教育の内容	学習成果
Ⅲ　その人らしい生活を支えるための科目群	1. 疾患・障がいを有する人の生活を支える能力（疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア） 1）認知症を有する療養者・家族のQOLが維持・向上できるよう支援する能力 （認知症を有する人の生活を支えるケア）	（1）認知症療養者の体験している世界を理解し、日常生活で支障をきたしていることを把握し、家族の介護負担を確認しながら必要な社会資源を調整し他職種と連携することができる。	□基礎疾患の理解、中核症状、BPSD □残存機能 □家族支援 □事故防止、服薬管理、副作用、環境整備 □生活上の困難への対応、 □予後への対応 □家族介護力の保持 □社会との交流、生活のリズム、	□認知症の基礎疾患を理解し、体調変化や疾患の不具合やリスクを予測し、早期発見と体調管理ができるよう観察し支援することができる。 □生活のなかで、不安を生じさせるものがないか、事故が生じる危険性がないかを療養者や家族と確認することができる。 □生活上での困難なことに対して療養者・家族が困惑しないよう社会資源の調整と家族支援ができる。 □残存機能を活かして生活のなかで役割を引き出し、生活のリズムを整える支援ができる。 □認知症状の進行状況に応じた予後への対応について家族へ説明することできる。 □他職種と連携することができる。 □予測されることに対しての指導や意志決定の支援ができる。 □地域生活を支援するために、ノーマライゼーション、ソーシャルサポート（Socialsupport）が重要であることを説明できる。
	2）がんを有する療養者・家族の心理過程を理解し、QOLを維持・向上できるよう支援する能力（がんを有する人の生活を支えるケア）	（2）がん療養者・家族の心理過程を理解し、QOLを維持・向上できるよう生活を支える支援ができる。	□治療選択（抗がん剤、手術、放射線、緩和） □医療的ケア □意思決定の支援 □心理（受容）過程 □疼痛コントロール □副作用対策 □予測されることへの指導 □QOL □役割 □生活の再構築	□病状に関するが療養者・家族の理解度を確認し、状況に応じた支援方法、指導の内容について検討することができる。 □日常生活で支障をきたしていることを把握し調整することができる。 □自己管理、症状マネジメント、疾病管理、コンプライアンスについて説明できる。 □がん療養者・家族の心理（受容過程）について説明することができる。 □治療選択など自己決定するために必要な支援について説明できる。 □疼痛や副作用等、予測されることに対する指導ができる。 □QOLが向上できるよう、何を大切にしてきたのか、生きてきたプロセスを理解することができる。 □がん性疼痛援助の基本的な考え方について理解でき実施できる。 □生活の再構築、適応を促進する基本的な看護援助方法ついて説明できる。 □日常生活、セルフケア能力をアセスメントする方法について説明できる。
	3）難病を有する療養者・家族のQOLが維持・向上できるよう支援する能力（難病を有する人の生活を支えるケア）	（1）難病の定義と制度について理解できる。 （2）残存機能を活用し、療養者・家族のQOLが維持・向上できるよう社会資源を活用し、症状と障がいの進行を予測した自己決定の支援が行える。	□制度の理解 □家族支援 □社会資源 □他職種連携 □レスパイト □合併症と二次的障害 □社会参加 □予後への対応 □介護力 □QOL □自己決定	□障がいを受容できるよう支援することができる。 □難病の療養者・家族のプロセスを理解し、状態に応じた具体的な環境調整ができる。 □日常生活、セルフケア能力をアセスメントする方法について説明できる。 □今後予測されることに対しての指導や意思決定の支援ができる。 □在宅での療養生活を継続するために必要な制度や社会資源の活用方法が理解できる。 □多職種との連携・協働の必要性について説明できる。 □地域生活を支援するために、患者会や家族会が担う役割について説明できる。 □QOLを高められるよう全人的なアセスメントと支援について説明できる。 □合併症や二次的障がいが予防できるよう家族へ説明できる。 □家族の身体的負担や心理的負担を理解し、意思を尊重した支援ができる。 □療養者・家族が大切にしている生き方を表情や発言や暮らし向きから観察し、どのような価値観や人生観をもっているのかを把握し、役割や生きがいを持てるよう他職種と検討することができる。
	4）精神障がいを有する療養者・家族のQOLが維持・向上できるよう支援する能力（精神障がいを有する人の生活を支えるケア）	（1）精神症状のある療養者について理解することができる。 （2）療養者と生活する家族への支援方法を理解することができる。 （3）地域の社会資源と連携について説明できる。	□疾患と精神症状 □薬と副作用 □制度 □メンタルヘルス □ストレングス □生活リズム □認知行動療法 □家族学習会 □社会資源 □社会復帰 □精神障害者家族会	□療養者が症状と障がいに対し、どのように受け止めているかを把握することができる。 □日常生活、セルフケア能力をアセスメントする方法について説明できる。 □薬物療法に対する認識を確認し、自己中断することで再発のきっかけになることを療養者・家族へ説明できる。 □生活リズムの乱れはないか、対人関係に支障をきたしていないか、ふだんの様子との違いを観察し、再発のサインを見逃さないよう家族へ説明ができる。 □療養者の希望や自分らしい暮らしとしてどのようなものを望んでいるかを聴き、持っている力・できることを見出して観察し、その部分を活かしながら支援することができる。 □療養者の状況に応じて、インフォーマルサポートや社会資源を活用し他職種で連携することができる。 □家族の苦労をねぎらい、病気や症状の理解、協力状況を確認し、必要に応じて指導することができる。 □表情や態度、会話の内容から病状を観察し、身体症状と精神症状の両面からアセスメントを行い、支援することができる。 □ストレスへの前向きな対処(Stress coping)を促進する基本的な看護援助方法について説明できる。

群	看護実践能力 能力（対応している科目名）	修了時の到達目標	教育の内容	学習成果
Ⅲ　その人らしい生活を支えるための科目群	5）機能障がい、生活支障があっても、療養者の持つ能力を活かし、自立した生活が送れるよう支援する能力（リハビリを要する人の生活を支えるケア）	(1)療養者・家族の潜在的・顕在的ニーズを把握し、機能障がい、生活支障があっても生活できるよう支援することができる。	□チームアプローチ □ADL □IADL □ICF □生活不活発病（廃用症候群） □福祉用具 □住宅改修 □自立の促進 □介護負担 □意欲 □社会参加	□四肢・体幹の関節可動域や筋力の保持の程度を評価し、自立の促進と介護負担軽減のための支援につなげることができる。 □療養者が自らの意思で生活の目標やそのための行動を決めることを支援することができる。 □意欲的に行動できる精神・心理状態かどうか観察することができる。 □生活している空間と機能障害を補助してくれる人や用具を把握して、障がいへの適応状況を評価し、自立のための環境を整えることができる。 □機能障がいの程度を観察し能力を確認することができ、必要に応じて他職種と連携・協働することができる。 □できる活動にするために機能強化と環境調整が行える。 □地域社会に参加するためにはどのような環境が必要なのかを把握し、環境整備を行うことができる。 □療養者・家族が大切にしている生き方を表情や発言や暮らし向きから観察し、どのような価値観や人生観をもっているのかを把握し、役割や生きがいを持てるよう他職種と検討することができる。
	2. 療養児と家族のライフサイクルの各時期で出現する危機を予測し、他職種と協働する能力（小児の生活を支えるケア）	（1）疾病や障がいの現状と進行を受容・理解できるよう支援することができる。 （2）在宅療養を支える社会資源の活用について説明できる。 （3）療養児の成長や発達を踏まえ,他職種との連携・協働について説明できる。	□家族構成 □養育状況 □健康障がい・療育の家族の受け止め方 □家族アセスメントの視点 □住環境、経済状況 □地域社会とのつながり □制度の理解 □社会資源 □成長と発達過程 □障がいにつながりやすい主な疾患 □重症心身障害児の分類と身体症状 □ライフスタイル	□慢性的な健康課題がライフサイクルや生活に及ぼす影響を理解し、障がいを持って生きることを患者と家族の立場で捉え説明できる □疾患のみにとらわれず成長・発達していることを考慮した看護が提供できる。 □家族の疾病理解や障がい受容、療育の受け止め方をアセスメント支援を検討することができる。 □家族が状況を理解できるよう、また、役割調整できるよう支援することができる。 □家族の休息・生活リズムが整うような社会資源の調整を行うことができる。 □在宅生活に必要な医療的ケア技術や日常生活援助に必要な技術獲得の支援ができ、予測されることに対する対処法が指導できる。 □家族アセスメントを行い、ライフイベントに応じて支援の内容を検討していく必要性が理解できる。
	3. 高齢者・家族のQOLの維持・向上できるよう支援する能力（高齢者の生活を支えるケア）	（1）高齢者の様々な健康障害や機能低下がどのような要因で発生しているかを理解し、少しでもQOLが向上するよう支援することができる。 （2）在宅療養生活を送る高齢者がどのような制度によって支えられているか理解し、在宅療養を組み立てることができる。 （3）その人らしく活き活き生活できるよう、自尊心を低下させない関わりができる。	□健康障害や機能低下 □老化と環境 □尊厳保持 □介護状況、指導 □役割と社会参加 □介護保険制度と後期高齢者制度 □地域との繋がり □療養生活の楽しみ □インフォーマルな交流 □活動性 □住宅改修 □精神機能の変化 □自己決定	□日常生活、セルフケア能力をアセスメントする方法について説明できる。 □療養者の状態の変化を全人的に観察・理解し、その人らしく生活できるように環境を整えることができる。 □機能低下の状況をADLやIADLとして観察したうえで疾病の治療経過を理解し、生活のリズムが整うよう必要な支援を調整することができる。 □青年期や成人期にどのような役割を担ってきたのか、どのようなことを大切にしてきたのか、現在の療養者を理解するためにプロセスとして把握することができる。 □家族の介護力を把握して必要な社会資源を検討し調整するとともに、意欲低下に繋がらないような関わり方を家族に指導できる。 □療養者・家族の望みや持てる力は何であるのかを見出し、エンパワーメントできるよう支援することができる。 □療養者・家族が大切にしている生き方を表情や発言や暮らし向きから観察し、どのような価値観や人生観をもっているのかを把握し、役割や生きがいを持てるよう他職種と検討することができる。
	4. 最期までその人の望む生活が送れるようプロセスを支援する能力（在宅での看取りを支えるケア）	（1）QOLが高められるよう、対象を総合的・全人的に理解し、その人らしさを支えるチームアプローチについて説明できる。 （2）苦痛の緩和方法について理解し、消耗を最小限に、持てる力を最大限に引き出せる支援ができる。 （3）療養者・家族が意思決定できるよう支援し、変化が起きる時期を見定めながら、終末期のプロセスに対して予測しながらわかりやすく説明し、家族を支援することができる。	□終末期にある人の心身の苦痛 □緩和ケア □身体機能低下への看護援助方法 □終末期の症状緩和 □安楽の提供 □死の受容過程 □悲嘆と受容 □看取る家族への援助 □終末期におけるチーム医療 □在宅での看取りのための体制づくり □生きる意味を見出す援助	□療養者・家族が大切にしている生き方を表情や発言や暮らし向きから観察し、どのような価値観や人生観をもっているのかを把握し、役割や生きがいを持てるよう他職種と検討することができる。 □終末期の症状緩和、疼痛コントロール、緩和ケアについて実施できる。 □終末期にある人の心身の苦痛と看護援助方法について実施できる。 □身体機能低下をアセスメントし、それに適した安楽を提供する方法について実施できる。 □終末期におけるチーム医療の在り方について説明できる。 □死の受容過程を理解した上で、療養者と家族に適した関わりを行うことができる。 □QOLが高められるよう、生きる意味を見出す支援ができる。 □最期までその人らしさを支援することの必要性について説明できる。 □療養者・家族が意思決定できるよう支援することができる。 □看取る家族の体験について理解し、看護援助方法について説明できる。 □在宅での看取りのための体制づくりについて説明できる。 □家族の希望や介護力を考慮して、必要な社会資源を調整することができる。 □看護師が不在の間に家族が不安にならないよう、終末期のプロセスに対して変化が起きる時期を見定めながら説明することができる。

Ⅵ. シラバス

１．講義・演習 ……P47～

２．実務研修

・ベーシックコース ……P66～

・アドバンスコース ……P70～

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	生活者への視点Ⅰ ～在宅看護の目的と特性～	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　丹羽　さよ子　　中野　一司		
目的・概要	地域で生活することは基本的な人間の生活です。看護を受ける病院の生活は「非日常的な生活」です。「非日常的な生活」から「日常の生活」に戻るにあたり、その後の生活が療養者や家族にとって、安心に安全に過ごせるような退院支援や退院調整が行えているでしょうか。医療処置が必要な場合は、誰がいつ実施するのでしょうか？ペットが邪魔をすることはないでしょうか？必要な物品をどこで調達するのでしょうか？かかるお金はどのくらいでしょうか？退院したら今までと同じ生活が送れるのでしょうか？お風呂は一人で入れますか？ご飯は誰が作ってくれますか？ また、病気や障がいと共に生きることを療養者や家族はどのように受け止めているのでしょうか？病院の中では、何かあれば看護師が解決してくれますが、自宅では誰に相談するのでしょうか？どんなことが心配されますか？また、自宅には医者や看護師は常駐しておりません。症状コントロールにおいては、実施者も評価者も医療者ではありません。ですから、予防的に病状を捉えて、次に起こることを予測して、速やかに対策を立て、家族で実施できるように指導しておくことが求められます。 また、継続する看護を誰にいつどのように伝えておく必要があるでしょうか？「退院指導」した看護をどのように「確認」しているでしょうか？家に戻ってから「聞いていない」という困惑している療養者や家族に遭遇することはないでしょうか？ また、退院後、病棟看護師よりバトンパスを受ける訪問看護師はどのようなポイントをおさえておくことが必要でしょうか？ **ここでは、療養者を取り巻く地域・住環境や経済状況、家族の存在によって提供する看護や指導する内容やサポート体制の整備が異なることを療養者や家族の要望を交え学びます。** 1. 在宅看護の対象、 2. 生活を重視した退院指導の必要性 3. 退院はゴールではなくスタートとして生活を再構築してゆく支援 4. チームケア（保健・医療・福祉の専門職やボランティアなどの一般の人々）への理解 5. 生活と医療のバランスと保つ視点		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	生活者への視点Ⅱ ～在宅における援助関係～	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　堤　由美子		
目的・概要	皆さんはどんな訪問看護師に自宅に来てほしいでしょうか？看護師に何を期待するでしょうか？一方的にチェック・指導されたらどんな気持ちがするでしょうか？家庭はプライベートな空間であり、家族の歴史や家族の生活に対する価値観や地域社会の慣習などをまず理解することが求められます。何故なら、訪問看護は療養者の生活の場で看護援助を実施し、その結果報酬をいただく「契約関係」により成り立っているからです。信頼関係が構築されなければ、看護援助や指導も受け入れてもらえないばかりか、訪問するのも断られてしまいます。 また「この人になら話したい」と療養者や家族に認めてもらえなければ、正しい情報を得ることはできません。「自分が入院したら？」と想像してみて下さい。誰が検温に来ても同じように不安な想いや聞きたいことを伝えられますか？どんな人なら話せますか？「何のために情報収集を行う」のか「何のためにコミュニケーションを図るのか」が正しく療養者や家族に伝わらなければ、看護介入してゆけません。 「療養者や家族の望む生活が叶えられるようサポートしたい」という看護者の想いや姿勢を療養者や家族はくみ取り、相手に応じて対応を変えています。 **ここでは、療養者や家族の要望を踏まえ、看護師自身がもつ感性や協調性、自己の言動を常に振り返る倫理性や自律性が信頼関係を形成するために必要な資質・能力であること、生活の場を訪問する意義について学びます。** 1.　訪問時のマナー 2.　訪問看護のコミュニケーションの特徴 3.　在宅で看護師に必要とされる人としての資質とは 4.　信頼関係を形成するプロセスと技術 5.　人間関係論		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	生活者への視点Ⅲ ～療養者・家族の自立支援と権利～	コマ数 （時間数）	2 （3.0）
担当教員	○金子　美千代　　恒松　景子　　江口　恵子		
目的・概要	在宅看護の目的は、地域で療養する人が望む生活を維持し、自立できるように支援することです。退院する当日まで看護師が薬を配っているようなことはないでしょうか？帰ってからの生活が困らないような具体的な指導ができているでしょうか？ 看護師がよかれと思い行っているケアは自立支援に繋がっているでしょうか？できる能力を奪ってはいないでしょうか？療養者や家族は何に困っているのでしょうか？ また、療養者や家族は、望む生活を実現するために様々な場面で意思決定を行ってゆきますが、そのプロセスを支えるのも看護師の大切な役割です。例えば、医師の病状説明に対して療養者や家族の受け止め方が異なるときは看護師としてどのように関わりますか？療養者や家族は、医療の専門的な知識がない中で決断を下すとき、看護師に何を求めているのでしょう？物事の選択・決定に必要なメリットやデメリットの情報が正しく提供され、理解して選択できているでしょうか？ また、訪問看護師は、その場にいない医師へ療養者の状態を報告する際に、療養者や家族の意向と病状を踏まえた報告ができているでしょうか？身体症状だけの報告となっていないでしょうか？ **ここでは、療養者と家族の持っている力を引き出し、セルフケアを高めていけるよう支援することと、療養者・家族にとって最善な意思決定ができるよう支援することを学びます。** 1.　療養者を取り巻く家族のアセスメント 2.　セルフケアを高める支援 3.　自己決定の権利と責任 4.　在宅における看護倫理 5.　療養者と家族が意思決定できるための看護支援		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	文化看護論	コマ数 （時間数）	2 （3）
担当教員	○丸谷　美紀		
目的・概要	看護において、健康とは「良い状態を指すだけではなく、持てる力を最大に活用できている状態」を意味します。どのような時に、人は持てる力を最大に活用できるでしょうか。あるいは持てる力を最大に活用したいと健康を志向するようになるでしょうか。私たちは、自分らしい暮らし方、即ち、睡眠や食事のとり方・仕事や他者との交流等が、自分にとって当たり前の様式で送ることができている時に、安楽・安心・心地よさを感じ、持てる力を活用できるのではないでしょうか。 睡眠・食事・衣服の整え方・他者との交流等は、看護において基本的ニードを満たす行為の連続体であり、生活と呼ばれています。普段、人は自分で生活を整えることができますが、看護者の援助が必要な場合、その人らしく生活を整えることで、“安楽・安心・心地よさ”即ち、看護のアウトカムをもたらすことができます。 生活は、無意識のうちに、その人の所属するコミュニティ（地域や集団）の価値観・規範・信条に影響を受けています。こういった、目に見える行動様式やその根底にある価値観・規範・信条は、「文化」という言葉に置き換えることができます。文化というと伝統芸能や郷土料理を想起されるかもしれませんが、文化には３つのレベルがあります。物や行動など目に見えるレベル、ルール等の明白に共有しているレベル、当然のこととして意識しない深層レベルの３つです。本科目では、３つの全ての文化のレベルを含めて、対象者の文化に即した看護を提供する方法、即ち文化看護を学習します。 **ここでは、対象者に即した看護を提供するためにコミュニティの文化を理解すること、逆に、対象者を通じてコミュニティの文化を理解したり変容を促すこと、という、コミュニティの文化と個人を双方向から捉えて看護を提供する方法を学びます。また、文化看護の基盤として、看護者の文化を省察する方法も学びます。** 1. 文化看護の諸概念 2. 文化看護の方法 3. 心地よさ（コンフォート）とは 4. 看護職の文化		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	生活援助論	コマ数 (時間数)	5 (7.5)
担当教員	○丹羽さよ子　金子美千代　隈元智子　井出迫和美　福田ゆかり　今丸満美 西帯野智代　梶原由美　武亜季子　泊奈津美　水迫友和　川﨑幸栄子		
目的・概要	ヘルパーさんの行う清拭と看護師の行う清拭は何が違うのでしょうか？ご家族からは「ヘルパーさんの方が来る回数も多いから手際もよく後片付けもちゃんとしてくれる。看護師さんは決まった場所に片づけしてくれない。ヘルパーの方が安くて良い」という家族の声を聞いたことはありませんか？介護保険ではケアマネジャーの立てるケアプランに沿って訪問看護を行いますが、計画とおりの「リハビリ」「清拭」などを実施するだけでよいのでしょうか？ そもそも「看護」って何でしょう？また、病院の看護と訪問看護は何が違うのでしょうか？看護計画は療養者や家族の意向や希望を元に、目標達成志向と問題解決法の両方の視点から検討し、立案しているでしょうか？ 例えば、在宅酸素を導入した療養者に「管をつけたからもう風呂には入れないでしょ？」と聞かれたことがあります。看護師は何がどれだけ可能かを伝え、具体的な計画が立てられているでしょうか？また、受け持ち以外の看護師が訪問しても実施可能でしょうか？ケア手順書と看護計画は連動しているでしょうか？ 日本看護協会訪問看護検討委員会では，訪問看護について「対象が在宅で主体性を持って健康の自己管理と必要な資源を活用し、生活の質を高める事が出来るようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持・増進・回復をはかり、あるいは疾病や障がいによる影響を最小限にとどめる。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導したりして、健康や療養生活上の種々の相談に応じ、必要な資源の導入・調整をする」と定義しています。 **ここでは、最も基本となる看護過程「療養者の多様な生活を支えるために看護師として何を観察し、アセスメントし、どのように援助をするのか（医療と生活の折り合いをつけ、必要な効果を引き出すか）」を学びます。** 1.　在宅看護過程の特徴 2.　住環境へのアセスメントと支援のポイント 3.　食事へのアセスメントと支援のポイント 4.　排泄へのアセスメントと支援のポイント 5.　清潔へのアセスメントと支援のポイント 6.　移動へのアセスメントと支援のポイント 7.　医療処置管理へのアセスメントと支援のポイント		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	急変時の対応とケア	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　田村　幸大　　泊　奈津美		
目的・概要	「退院したいけど何かあった時が心配で帰れない」と急変時の対応に不安を抱いている患者や家族は多いのではないでしょうか？また「何かあった時にどこに相談したらよいの？」と悩んでいるのではないでしょうか？退院するにあたり、患者の特徴から起こりうる危険性の高い急変を想定した指導が行えているでしょうか？ 例えば、月単位、ステロイドを服用しているがん末期の方が退院する場合にステロイドが服用出来なくなった時の対応を指導しているでしょうか！？この指導次第で残された家族との貴重な時間が変わってくる（急変に繋がる）のではないでしょうか？ また、嚥下障害のある高齢者の介護者に対し、誤嚥や窒息の危険性を踏まえた食事指導が出来ているでしょうか！？「水やパンは大丈夫！」という解釈の家族は多い現状です。 在宅療養では、療養者・家族が安心できるよう、急変時に最善の対応が可能となるようなシステムを整備することが訪問看護には求められています。 急変時、多くの場合は医療者ではない家族やヘルパーからの電話連絡による報告ですが「何か変」という曖昧な表現から何が起こっているのか引き出せる情報収集が行え、的確な判断をくだせているでしょうか？また、呼ばれて訪問した際に、何が起こっているのか的確にアセスメント出来ているでしょうか！？ **ここでは、急変時を予測した療養者と家族の意思の確認と具体的な指導方法と対応について学んでいきます。** 1.　急変時の連絡体制について 2.　急変時を予測した意思の確認方法について 3.　急変時のアセスメントのポイント 4.　救命処置によるメリット・デメリットと予後予測されることに対する説明のポイント		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	フィジカルアセスメント	コマ数 (時間数)	ベーシック　2（6） アドバンス　4（3）
担当教員	○木佐貫　彰　　赤崎　安昭　　樋口　逸郎　　新地　洋之		
目的・概要	「熱が 37.6 度あるけどお風呂に入れてよいですか？」とヘルパーやデイサービスの職員から電話相談されたら何と答えますか？平熱は何度なのだろう？何による熱なのだろう？お風呂に入るのを楽しみにしているのだろうか？お風呂に入るのが好きな人なのだろうか？ぐったりしているのだろうか？水分や食事はとれているのだろうか？発熱によって生活にどんな影響を及ぼしているのか？熱の数値だけで判断は行えないはずです。 　例えば、肺炎が疑われる時、SPO_2が低下する前の呼吸数はどうでしょうか？また、病院なら「何かおかしい」と思えば同僚や医師へ相談し、すぐに皆の目で確認することができますが、在宅は訪問看護師 1 人しかいません。訪問時の観察内容や療養者や家族からの情報収集や、デイサービスやヘルパーからの情報を総合して何が起きているのかを見極める能力が必要です。そして、他職種や家族が分かるような言葉で状態を正確に伝えることも訪問看護師に求められる能力です。 　また、医師不足の僻地や離島では、すぐに診てもらえない現状もあります。なので、心身の異常や変化に気付き、何が起こっているのか正しくアセスメントし、その上で療養者や家族の意向も踏まえて医師に正確に伝えるのも看護師の大切な役目です。 **　ここでは、病を持ちながら生活する療養者を支援するために「身体的状態を正確に把握し、医師へ的確に情報提供できる能力」について学びます。** 1.　スクリーニング（問診、全身所見）の見方 2.　神経系（精神症状）の見方 3.　四肢（筋・骨格系）の見方 4.　腹部（腹痛）の見方 5.　胸部（胸痛）の見方 6.　呼吸困難の見方		
評価基準	演習、レポート等		
教室・集合場所	演習室		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	対象の安全を守るケア	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　折田　美千代　　沼田　真由美		
目的・概要	病院はすぐに助けを求められる環境であるのに対して、在宅は基本的に看護師１人です。さらに事故が起きた時も１人で対応しなければなりません。看護師１人１人に「確実な知識と技術」が求められます。中でも、在宅で難しいと感じることは「病院のように同一の環境を想定して防止策を検討することができない」という点です。「A さんの家のお風呂は五右衛門風呂」「目の見えない妻のＣさんと認知症の夫の D さん夫婦が管理しやすい薬のセット方法」「猫が１３匹いる環境で安全に医療処置を行う」などについてその人の生活に応じた具体的なケアに対する防止策を検討していかなければなりません。 また、病院のように常時医療者が管理している環境ではないので、看護師がいない間の生活が安全に過ごせるような支援が必要です。例えば「いつもと違って返答がおかしい」とヘルパーより電話が入り訪問した際に何を予測しますか！？他科の薬との飲み合わせが悪く、意識障害を起こしていたこともあります。 また、認知症の方が血糖測定やインスリン注射を行う場合、安全にできているかはどのように確認したらわかるのでしょうか？血糖測定手帳には数値が書いてあります。しかし、履歴をみると違う数値が表示されます。注射した針の残数まで確認しているでしょうか？同じ針で注射し続けていたという療養者はいないでしょうか？飲み薬と注射では注射の方が治療上よい場合でも、どちらが適しているのかは、療養者や家族の生活によって変わってくるのが在宅の特徴です。 **ここでは「生活」という個別性のある場所で、看護師として療養者と家族の　安全を守るために必要な予防策の視点と「点」で介入しているサービス事業所が「線」に繋がるような連携について学びます。** 1.　在宅におけるリスクマネジメントについて 2.　訪問看護ならではの苦情への対応，法的責任 3.　感染予防と対策		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	地域包括ケアシステム論	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　西野　浩朗　　能勢　佳子		
目的・概要	皆さんの住んでいる地域にはどのような社会資源がありますか？退院する患者は「生活者」として「地域」で「家庭」でどのような役割を担っているのでしょうか！？また、地域での生活を支えるために、どのような職種が関わっているでしょうか！？退院する際に「どのようなサービスを利用した方がよいか」話し合えていますか？ 例えば入院する前は自宅で入浴できていた人が、退院後１人で入浴できない場合はどのようにしたらよいでしょう？家族が介助できるのか？ヘルパーにお願いした方がよいのか？デイサービスを利用した方がよいのか？訪問入浴サービスを利用したほうがよいのか？訪問看護にお願いした方がよいのか？入浴１つにしても幾通りの選択があります。 また、地域によって不足しているサービスもあります。それは誰が知っているのでしょうか？介護保険を利用している方であれば、ケアマネジャーがサービスの調整をしてくれますが「医療」と「生活」の折り合いをつけるための「医療」の情報提供は誰が行うのでしょうか？今必要なこと、今後予測されることを踏まえて必要なサービスを検討するには、全人的に看る「看護」の視点が必要です。 地域包括ケアシステムは「在宅で療養生活を送る人々が、生活機能を維持し、その人らしい生活が送れるようにするために、医療・介護・住まい・生活支援のサービスを切れ目なく提供できるような地域での体制」と定義されています。地域包括ケアシステムの構築のために、看護師に求められていることはどのようなことでしょうか？ **ここでは、生活を支えるために必要な制度や社会資源を理解し、多職種が連携・協働するためのポイントを学びます。** 1.　社会資源の種類、活用方法 2.　制度の理解 3.　社会資源の活用における看護師の役割 4.　多職種が連携・協働するために必要な視点と看護師の役割		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア ～認知症を有する人の生活を支えるケア～	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　黒野　明日嗣		
目的・概要	「夕方になると救急搬送されてくるけど、入院すると離院して治療は何もできないから訪問看護で何とかして欲しい。1 人暮らしは困難だと思う。」という独居、認知症の退院調整の相談に対して皆さんはどのように介入しますか？　認知症があると 1 人暮らしは困難ですか？　療養者は何に対して困っているのでしょう？認知症を有していても、専門医を受診しておらず、家族は対応に苦しんでいる現状が僻地では多くあります。家族が認知症に対して正しく理解し、適切な対応方法が修得できるよう、また、認知症を有してもその人らしい生活が送れるよう環境を整えることも看護師の役割です。 **ここでは、認知症と薬物療法や身体所見と環境要因との関連性を正しく観察・アセスメントし、介護者のレスパイト（休息）を確保しながら、看護師や介護者の関わり方や環境調整について学びます。** 1.　認知症療養者の体験している世界を理解する 2.　日常生活で支障をきたしていることを把握し調整する能力 3.　介護者への支援・教育のポイント 4.　他職種との連携のポイント		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア ～難病を有する人の生活を支えるケア～	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○中俣　直美　　川崎　幸栄子		
目的・概要	皆さんが関わる難病の患者は発症直後でしょうか？　２度目の入院でしょうか？５度目の入院でしょうか？　関わる時期により、看護するポイントは異なると思いますが発症からのプロセスで対象を理解しているでしょうか？　疾患への受容はできているのでしょうか？　家族の想いはどのように変化しているでしょうか？　家族は生活に困っていないですか？　介護する人の負担はどうですか？どのようなサービスを望んでいますか？　今後、患者の身体はどのように変化し、どのような支援が必要となるでしょうか？　延命は望んでいますか！？　家族と話し合えていますか！？　どのような社会資源を利用したら生活しやすくなりますか？ 例えば、人工呼吸器使用による吸引・吸入などの医療処置、経管栄養、排泄や保清などのケア、介護者の外出時の介護体制等を誰がどのようにサポートしたらよいでしょう？療養者や家族の日々の生活の質を保つためにどのようなことができるのでしょうか？ **ここでは、難病を有する療養者・家族のプロセスを理解し、状態に応じた具体的な環境調整と今後予測されることに対しての指導や意志決定の支援について学びます。** 1.　難病の定義と制度の理解 2.　自己決定への支援 3.　社会資源の活用と他職種連携のポイント 4.　残存機能の活用による機能低下と QOL 向上のための支援		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

-科目名	疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア ～がんを有する人の生活を支えるケア～	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　堤　由美子　　岩坪　笑　　梶原　由美		
目的・概要	がんと診断された患者は病気に対してどのように受け止めているでしょうか？どのように向き合おうとしているのでしょうか？治療はどうするのでしょうか？仕事はどうするのでしょうか？大切な家族へどのように伝えるのでしょうか？ 手術、抗がん剤など様々な治療を選択する際に必要な情報が正しく伝わり、メリット・デメリットを理解して決定できているでしょうか？そして、治療後の辛い症状や副作用に対して、予測的な対策や指導がなされているでしょうか？ 例えば、大腸癌でストーマ造設後であれば再発の心配の中、日々の生活の中に医療的なケアが加わります。「こんな袋をぶら下げて生きるのか」とショックを受けているのではないでしょうか？どこでパウチは注文するのでしょうか？皮膚トラブルを起こしたらどのように対処したらよいですか？便秘の時はどうしますか？その都度病院を受診しなければなりませんか？ 皆さんが関わろうとしている目の前の患者はがんをいつ診断されてどのような苦悩を乗り越えてきているのでしょうか？何を大切にしたいと思っているでしょうか？ また、痛みが生じている場合は、何による痛みなのか全人的に看ることができているでしょうか？スピリチュアルな痛み等は療養者の価値観やこれまでの人生をプロセスで把握しなければ理解できないのではないでしょうか？ **ここでは、がんと診断された療養者・家族の心理過程を理解し、がんと共に地域社会の中で生きる支援を学びます。** 1. がん療養者・家族の心理過程への理解 2. 自己決定への支援 3. QOL を維持・向上する支援 4. がん療養者の生活を支える支援		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

-科目名	疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア ～精神障がいを有する人の生活を支えるケア～	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○堤　由美子　　赤崎　安昭　　白窪　澄隆		
目的・概要	精神障がいに対してどのようなイメージを持っていますか？　身体の病気のように考えられますか？　思考や気分の障がいについて理解ができますか？　療養者と会話の中から病状が悪化していないか気付くことはできますか？　その指標は何になりますか？ 療養者のことを「わがままでどうしようもない性格で困る」と言われる家族もおり、専門医の受診に繋がっていないケースもへき地ではあります。 また、療養者の家族も精神障がいを有していることがあり、看護の対象が家族も含めての支援となります。療養者だけでなく、家族の心身の状況を正しく把握されていますか？ 精神障がいを有する方は、自己管理に対する指導が必要となりますが、心身の不調を適切に医療者へ相談できないところに難しさがあるのではないでしょうか？また、訴えることができる療養者に対しても、それが精神症状なのか身体症状なのかを正しくアセスメントできますか？精神看護が「看護の原点」と言われるのは、看護に最も必要な観察力が求められ、なお、看護師の言動が病状やケアに直接影響を与えやすいからではないでしょうか？ **ここでは、精神障がいを有する療養者・家族が在宅で生活してゆくために必要な具体的な支援方法について学びます。** 1.　精神障がいへの理解 2.　精神障がいを有する人や家族の生活を支えるために必要な視点 3.　精神障がいを有する人が利用できる社会資源 4.　他職種連携のポイント		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	疾患・障がいを有する人の生活を支えるケア～ リハビリを要する人の生活を支えるケア～	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○丹羽　さよ子　　水迫　友和　川崎　幸栄子		
目的・概要	入院中のリハビリと在宅のリハビリは何が違うのでしょうか？　入院中に教わったリハビリを自宅でも正しく行えているでしょうか？　自己流になってはいないでしょうか？　また、自宅の環境でも対応可能なリハビリメニューでしょうか？「足腰が悪くなったからリハビリに来てほしい」と希望する療養者は多いですが、週に１度リハビリをしたら改善するのでしょうか？ 療養者や家族はどうなりたいと願っているのでしょうか？その目標を達成するために日々の生活で何を工夫すればよいのでしょうか？ また「療養者の介護をしたい」と頑張る介護者の介護方法（ベッドから車いすに移す動作など）を確認したことがあるでしょうか？　訪問したらテーブルにきちんと座って待っていてくれていませんか？　訪問時間内にどれだけ療養者や家族の日常生活動作を確認できていますか？サービスが入らいない時間の療養生活は、誰がどのように行っていますか？ 例えば洗面はベッド上ですか？洗面所まで行きますか？　どのように行きますか？　顔はタオルで拭くだけですか？　顔を自分で洗えるのですか？　介助が必要ですか？　介護者の負担はどの程度ですか？　療養者の持つ能力を活かせるような関わりができていますか？ **ここでは、看護師として生活の再構築に直面した療養者や家族の自立・自律支援を目標にチームでアプローチしてゆくことや生活の中で行えるリハビリを継続できるよう支援することを学びます。** 1.　リハビリテーション看護概論 2.　生活機能と障がいをチームで評価する視点 3.　ADL と生活の質を高める住環境整備（制度の利用）の視点 4.　モチベーションを引き出す支援とは		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	小児の生活を支えるケア	コマ数 （時間数）	1 （1．5）
担当教員	○金子　美千代　　武井　修治　　川﨑　幸栄子		
目的・概要	大切な子供が障がいを持って生まれて来たら、簡単に受容できるものでしょうか？自分を責めたりしないでしょうか？ また、家族間にどのような変化が訪れるのでしょうか？旦那さんは今の仕事を続けていけるのでしょうか？兄弟は理解できるのでしょうか？兄弟の発達段階に影響はないのでしょうか？医療処置やケアが多くなると、母親１人で行えるでしょうか？ 例えば、呼吸器の管理や吸引や吸入や経管栄養の注入や入浴やオムツ交換やリハビリを行いながら、家事をこなすということに対し、どのように工夫すれば生活のリズムが整うでしょうか？それが長期に及ぶとき、続けられるでしょうか？どんな社会資源を活用したら生活がしやすくなるのでしょうか？今、困っていることは何でしょう？今後、困ることは何でしょう？ 健康障がいのある子どもが在宅で生活するためには、家族は子どもの病気や障がいを受け入れ、ケアに関する知識や技術の習得、家族間の役割分担を行い、生活を作り直していく必要があります。また、ほかの兄弟姉妹への支援も必要となります。 **ここでは、疾病や障がいのある小児と家族が在宅での生活を継続できるためにどのような支援が必要なのかを学びます。** 1.　子どもの疾病や障がいの現状と進行を受容・理解できる支援 2.　家族の休息・生活リズムが整うような社会資源の活用 3.　子どもの成長や発達を踏まえた他職種との連携のポイント		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	高齢者の生活を支えるケア	コマ数 (時間数)	1 (1.5)
担当教員	○丹羽　さよ子　　金子　美千代		
目的・概要	皆さんは、自分で自分のことができなくなることについて考えたことがあるでしょうか？　そうなったらどこでどのように暮らしたいですか？　耳が聞こえない不自由さや疎外感が理解できますか？　目も見えにくくなり、皮膚は弾力性を失い、血液の供給が減り傷つきやすくなり、骨は骨密度が減少し骨折しやすくなります。老化によって様々な身体の変化が起こり、予備能力は低下し環境の変化の中で恒常性の維持が難しくなります。 また、友人や兄弟が亡くなったり、できていたことができなくなったり、様々な喪失体験の中で生きています。また、家族にしてもらうことが増えていくと「迷惑をかけて申し訳ない」と自分を責めることも多くあります。 高齢者とのコミュニケーションの基本は「最期まで意思ある存在として理解すること」と言われていますが、自ら伝えられない高齢者の望みをどのくらい想像し察し、くみ取ることができるでしょうか？　そのためには何が必要でしょうか？　現在を理解するために過去の生活に目をむけているでしょうか？　どんなことが得意で、どのような役割を持って生きてこられたのでしょうか？ 残存能力や生きがいとなるような地域での関わりはないのでしょうか！？ **ここでは、他人の手を借りなければ生活を送ることが難しくなることに対して、日々の日常生活上のケアをどのように支援してゆけば、その人らしく活き活きと生きられるのか、家族への関わり方も含めて学んでいきます。** 1.　老化と環境 2.　高齢者の尊厳を保持するためのケア 3.　日常生活におけるケアの工夫 4.　介護者に必要な視点と指導のポイント		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	在宅での看取りを支えるケア	コマ数 （時間数）	1 （1.5）
担当教員	○金子　美千代　　田畑真由美　　五反田　満幸　　前野　かつ子		
目的・概要	「家に帰りたい」「最期まで家にいたい」と希望する療養者の想いと「病院の方が安全だから連れて帰りたくない」という家族の想いに対して、看護師としてどのように関わればよいでしょうか？ 　また「この状態で家に帰るのは無理でしょう」という判断は誰の基準で「無理」なのでしょうか？誰がどのように困るのでしょうか？ターミナルケアでは、看護師自身の「死生観」が看護に影響を及ぼすのではないでしょうか！？ 　在宅での看取りでは療養者と同様、家族へのケアが求められます。何故なら「大切な家族を近い将来亡くしてしまう」という不安や悲しみの中で「介護をする」という役割を担うからです。 　家族支援が行えるよう、家族構成や関係性をどの程度理解できているでしょうか？ 　また、医療者がいない間、家族が困らないよう予測される症状に対する指導は行えているでしょうか？ **　ここでは、療養者や家族が残された時間を後悔のないよう、また、QOL が維持できるように生活環境を整え、多職種や家族・知人等と「最期までその人の望む生活を支える」ことを学びます。** 1.　在宅での症状マネジメントのポイント 2.　QOL を維持・向上させる支援 3.　日常生活での「困り事」に対して調整する能力 4.　家族支援（介護の承認と予期的悲嘆へのケア、家族間の調整看取りのプロセスと支援） 5.　他職種との連携のポイント		
評価基準	試験、レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	学内演習 (ベーシックコース) (アドバンスコース)	コマ数 (時間数)	12 コマ (18 時間)
担当教員	丹羽さよ子　　金子美千代		
目的・概要	**１．その人らしさを支えるための援助関係・看護倫理** **①看護倫理** ≪目的≫ 無意識のうちに行っている倫理的な判断について理解し、看護実践を行う上での対象者の自律を保証する必要性と倫理的感受性を高めていくにはどうしたらよいのか再考することができる。 ≪目標≫ 倫理問題の解決ツール（情報の整理）を使用して倫理問題を分析し、解決に向けた具体的な行動を導きだせる。 ≪方法≫ ４分割法による事例検討を行う。 **②援助関係** ≪目的≫ 看護者が対象をどのように捉えて、何を感じ考えて看護しているかに焦点をあて、自分自身の思ったことや感じたことを言語化し、自分自身が陥りやすい傾向を分析し、自分の価値観や行動を理解することができる。 ≪目標≫ 具体的援助技術を活用して、自らの具体的場面での関わり方について省察し、援助技術の課題を明確にし、能力向上に取り組めるようにする。 ≪方法≫３人１組で２回ロールプレイを実施し、録音を基にした分析を行う。		

	２．在宅における看護過程 ≪目的≫ 疾患を中心とした問題解決のみではなく、療養者・家族の生き方や望みを把握し、生活の質が向上するよう目標達成志向での援助が導き出せ、療養者・家族の意志決定を支えセルフケア能力を高め、多職種と協働することができる。 ≪目標≫ 看護過程、科学的思考、ケアマネジメントは共通した思考過程であり、アセスメント（事実の情報収集と情報のもつ意味を考えること）が自分の思い込みやパターンにあてはめていないか省察し、ICF の視点と問題解決思考と両方の視点で展開していくことができる。 ≪方法≫ 居宅・施設共用　財団方式アセスメント・ケアプラン用紙等様々なツールを使用して事例検討を行う。 **３．フィジカルアセスメント** ≪目的≫ 心身の異常や変化に気付き、何が起こっているのか正しく推論し、正しく聞き取り、正しく伝え、異常時には迅速な判断ができる。そして、数値だけの判断ではなく、前回と比べてどうなのか、次回の訪問まで安定して過ごせるかどうかという時間軸でアセスメントし、療養者と家族の望む医療や生活を支援することができる。 ≪目標≫ 自らのコミュニケーション能力・フィジカルアセスメント能力・看護観により聞き取れる内容が異なり推論が変わってしまうこと、そして判断や対処が異なることを省察し、身体もライフスタイルも捉えることができ、優先順位を適切にアセスメントできる。 ≪方法≫ 多職種連携ハイブリッドシミュレータ「SCENARIO」を使用したロールプレイ
評価基準	レポート等
教室・集合場所	演習室

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	島嶼看護学実習 （ベーシックコース）	コマ数 （時間数）	3日間 （24時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **1．“対象を全人的に捉える”能力を鍛える。** 本実習は独自で多様な文化（価値観、生活様式、風土）をもつ離島をフィールドとして行うものである。本実習では、離島で生活する人々と交流することにより、そこで暮らす人の生活習慣や価値観・規範・信条、死生観およびコミュニティ（地域、集団）のもつ特性、等について把握すること、そのことが対象の生活過程や生き方などに影響しているということを理解し、対象の「その人らしさ」を形成しているものはどういうものであるかを理解することを目標とする。また、自己を省察し、自分自身の価値観なども振り返りながら、「自分らしさ」に自分の文化がどのように影響しているのかについても理解することを目標とする。その中で、今まで当たり前すぎて見えにくかった自分自身のモノの見方、眺め方が実は普遍的なものではなかったということ、いかに自分の価値観（先入観や固定観念など）で対象（他者）の言動や反応を理解し、看護を展開していたかなど、看護者としての今後の自己の課題について考えることも目標とする。 **2．“コミュニティを捉える”能力を鍛える。** 本実習では、コミュニティにどのような人々がいてどのような役割を果たしているか、どのような資源があるのか「コミュニティの持つ強み」について再考し、「その人らしさを支える」ために誰と協働することが看護に求められているのかを理解することを目標とする。 **≪実習目標≫** 1．対象の生活過程や生き方などに影響している文化的背景について述べることができる。 2．自己を省察し、看護者自身の「自分らしさ」に影響している文化的背景について述べることができる。 3．“対象を全人的に捉える”とはどういうことか述べることができる。 4．対象の「その人らしい」生活を支えているコミュニティの資源について述べることができる。 5．看護の専門職としての今後の自己の課題について述べることができる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

<table>
<tr><td>科目名</td><td>実務研修ステップⅠ
(ベーシックコース)</td><td>コマ数
(時間数)</td><td>3 日間
(24 時間)</td></tr>
<tr><td>担当教員（代表）</td><td colspan="3">丹羽さよ子　　金子美千代</td></tr>
<tr><td>目的・概要</td><td colspan="3">≪実習の目的・概要≫
１．“コミュニティケア”能力を鍛える
本実習は退院後の在宅でのサービスを調整するケアマネジャーの役割を通して対象の「その人らしさ」を支えるために必要な意向の確認、自立支援と介護負担の両面からアセスメントを行い、対象の望む生活と阻害因子について整理し援助方法を見出していくことを理解し、問題解決志向では解決しない生活支援について再考できることを目標とする。

２．“繋げる”能力を鍛える
チームとして在宅療養を支援するには、まずは他職種の専門性を理解することから始まる。療養生活を継続するには「医療と生活を統合したケアマネジメント」の視点が必要であり、医療・福祉の共通言語を導き出し、協働するために必要な実践能力の基礎を本実習で身につける。

≪実習目標≫
１．対象の「その人らしさ」を支えるために必要な意向を聴きとることができる。
２．自立支援と介護負担についてアセスメントすることができる。
３．対象の望む生活と阻害因子について整理し、援助を組み立てることができる。
４．多職種と協働するために必要な調整能力について考察することができる。
５．地域包括ケアシステムにおける看護の役割と課題を考察することができる。</td></tr>
<tr><td>評価基準</td><td colspan="3">振り返りカンファレンス
レポート等</td></tr>
</table>

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	実務研修ステップⅡ （ベーシックコース）	コマ数 （時間数）	3 日間 （24 時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **１．“観察力”を鍛える。** 本実習では、シャドーイングの方法で、「住み慣れた場所で、最期までその人らしく生きることを支援する」という在宅看護の目的を達成するための“在宅看護過程”を追体験することにより、受講生自身が在宅看護過程を展開できるための基礎的な“あたまづくり”をする。 “あたまづくり”はプロセスレコードを用いて行う。その目的は、看護者が対象をどのように捉えて、何を感じ考えて看護をしているかに焦点をあて、自分自身の思ったこと感じたことを言語化し、自分自身が陥りやすい傾向を分析し、自分の価値観や行動を理解するためである。 **２．“倫理的感性”鍛える。** また、「ロールモデルの後ろを影のように付いてまわる」というシャドーイングを用いることで、在宅看護は対象者や家族のプロセスを重視した思考過程であると理解できる。在宅は療養の場だが、家族との生活の場でもある。対象の望む生き方と家族の望んでいることは常に等しい訳ではなく、また、それぞれの置かれた状況により“思い”は変化する。その変化に気づき、全人的に捉え「医療」と「生活」の質のバランスを療養者や家族と共に考え“その人らしい”意思決定を支援するには看護者自身の倫理的感性が非常に密接に関わってくるため、ここでは、倫理的感性を高められるよう学習する。 **≪実習目標≫** １．“対象をどう捉えるか”という看護者の認識が、その後の看護過程の展開に大きく影響していることを説明できる。 ２．“その人らしさを支えることができるかどうか”には、看護者自身の価値観や倫理的感性が非常に密接に関わっていることを説明できる。 ３．“その人らしさを支える”ために必要な援助関係のプロセスと技術について説明することができる。 ４．看護過程の展開において、自己の看護を客観的に分析・評価することの重要性を説明できる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	実務研修ステップⅢ （ベーシックコース）	コマ数 （時間数）	3 日間 （24 時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **１．“予測する”能力を鍛える** 本実習は訪問看護活動を通して、実践的な在宅看護過程の展開能力を訓練する。在宅は医療者が常駐しないため、次回訪問まで安全に安心して過ごせるよう、予測されるトラブルへの対処策を療養者・介護者の状況に応じ調整する力が求められる。また、病状の予測（これからどのように症状が変化し治療が必要となるのか）を行い、これまでどのように生活してきたのか（何を大切にしているのか、家族にとっての幸せは何か）「これまで」と「これから」という時間軸で統合する視点を身につける。その際、身体的、精神的な視点のみではなく、経済的視点、介護状況の視点からも総合的にアセスメントし、療養者・家族の立場に立った情報提供（メリット・デメリット）について再考することも目標とする。 **２．“意思決定支援”能力を鍛える** 療養者・家族が大切にしている生き方を表情や言動や暮らしぶりから観察し、どのような価値観や人生観を持っているのかを把握し、役割や生きがいを持てるよう療養者・家族・他職種と共に話し合い「何が最善か」を導き出せるようになることを目標とする。また、根拠に基づいた医療（EBM）だけではなく、物語に基づいた医療（NBM）の両方の視点を持ち、療養者・家族にとって正しい選択ができるような情報提供について再考することを目標とする。 ≪実習目標≫ １．対象や家族が日常生活の中で何を重視しているか聴き取ることができる。 ２．身体的側面、心理的側面、スピリチュアルな側面、環境・介護的側面、家族・介護的側面から多角的に情報を整理することができる。 ３．対象の望む生活と阻害因子についてアセスメントし、リスクを回避するために必要な介入方法について考察することができる。 ４．療養者と家族の意向をもとに介護力や経済状況をふまえて療養計画を考察することができる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	離島・へき地フィールドワーク （アドバンスコース）	コマ数 （時間数）	3日間 （24時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **1．“対象を全人的に捉える”能力を鍛える。** 本実習は独自で多様な文化（価値観、生活様式、風土）をもつ離島をフィールドとして行うものである。本実習では、離島で生活する人々と交流することにより、そこで暮らす人の生活習慣や価値観・規範・信条、死生観およびコミュニティ（地域、集団）のもつ特性、等について把握すること、そのことが対象の生活過程や生き方などに影響しているということを理解し、対象の「その人らしさ」を形成しているものはどういうものであるかを理解することを目標とする。また、自己を省察し、自分自身の価値観なども振り返りながら、「自分らしさ」に自分の文化がどのように影響しているのかについても理解することを目標とする。その中で、今まで当たり前すぎて見えにくかった自分自身のモノの見方、眺め方が実は普遍的なものではなかったということ、いかに自分の価値観（先入観や固定観念など）で対象（他者）の言動や反応を理解し、看護を展開していたかなど、看護者としての今後の自己の課題について考えることも目標とする。 **2．“コミュニティを捉える”能力を鍛える。** 本実習では、コミュニティにどのような人々がいてどのような役割を果たしているか、どのような資源があるのか「コミュニティの持つ強み」について再考し、「その人らしさを支える」ために誰と協働することが看護に求められているのかを理解することを目標とする。 **≪実習目標≫** 1．対象の生活過程や生き方などに影響している文化的背景について述べることができる。 2．自己を省察し、看護者自身の「自分らしさ」に影響している文化的背景について述べることができる。 3．“対象を全人的に捉える”とはどういうことか述べることができる。 4．対象の「その人らしい」生活を支えているコミュニティの資源について述べることができる。 5．看護の専門職としての今後の自己の課題について述べることができる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	実務研修　プレステップ （アドバンスコース）	コマ数 （時間数）	3 日間 （24 時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **１．“対人関係能力”鍛える。** 看護は“対人関係のプロセス”であり、看護実践は対象との相互関係のなかで成り立つ。そのため、自己の知覚の仕方（感じ方・考え方）行動・反応のしかたに気付き、内省力・自分自身に問いかける能力が要求される。在宅ケアでは、療養者や家族の要望を踏まえ、看護師自身がもつ感性や協調性、自己の言動を常に振り返る倫理性や自律性が信頼関係を形成するために必要な資質・能力であることから“援助関係”を再考することを目的とする。 **２．“自己洞察力”を鍛える。** 本実習では、患者（療養者）−看護者関係における相互作用やコミュニケーション技術を学習する技法として、プロセスレコードを用いて看護場面の再構成を行う。その目的は、客観的に自分自身の言動を想起することによって、動機や動作について洞察することができる。また、経験したことを言語化し、自分自身が陥りやすい傾向を分析し、自分の価値観や行動を理解するためである。 **≪実習目標≫** １．“援助関係”について自分の見方（傾向）を知ることができる。 ２．コミュニケーション技法について説明でき、効果的に活用することができる。 ３．在宅で“信頼関係”を形成するために必要な看護師の資質について説明できる。 ４．プロセスを振り返り、自己に生じた思考や感情を言語化することができる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	実務研修ステップⅠ （アドバンスコース）	コマ数 （時間数）	3 日間 （24 時間）
担当教員（代表）	丹羽さよ子　　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **１．“コミュニティケア”能力を鍛える** 本実習は退院後の在宅でのサービスを調整するケアマネジャーの役割を通して対象の「その人らしさ」を支えるために必要な意向の確認、自立支援と介護負担の両面からアセスメントを行い、対象の望む生活と阻害因子について整理し援助方法を見出していくことを理解し、問題解決志向では解決しない生活支援について再考できることを目標とする。 **２．“繋げる”能力を鍛える** チームとして在宅療養を支援するには、まずは他職種の専門性を理解することから始まる。療養生活を継続するには「医療と生活を統合したケアマネジメント」の視点が必要であり、医療・福祉の共通言語を導き出し、協働するために必要な実践能力の基礎を本実習で身につける。 **≪実習目標≫** １．対象の「その人らしさ」を支えるために必要な意向を聴きとることができる。 ２．自立支援と介護負担についてアセスメントすることができる。 ３．対象の望む生活と阻害因子について整理し、援助を組み立てることができる。 ４．多職種と協働するために必要な調整能力について考察することができる。 ５．地域包括ケアシステムにおける看護の役割と課題を考察することができる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	実務研修ステップⅡ （アドバンスコース）	コマ数 （時間数）	3 日間 （24 時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **１．“観察力”を鍛える。** 本実習では、シャドーイングの方法で、「住み慣れた場所で、最期までその人らしく生きることを支援する」という在宅看護の目的を達成するための“在宅看護過程”を追体験することにより、受講生自身が在宅看護過程を展開できるための基礎的な“あたまづくり”をする。 “あたまづくり”はプロセスレコードを用いて行う。その目的は、看護者が対象をどのように捉えて、何を感じ考えて看護をしているかに焦点をあて、自分自身の思ったこと感じたことを言語化し、自分自身が陥りやすい傾向を分析し、自分の価値観や行動を理解するためである。 **２．“倫理的感性”鍛える。** また、「ロールモデルの後ろを影のように付いてまわる」というシャドーイングを用いることで、在宅看護は対象者や家族のプロセスを重視した思考過程であると理解できる。在宅は療養の場だが、家族との生活の場でもある。対象の望む生き方と家族の望んでいることは常に等しい訳ではなく、また、それぞれの置かれた状況により“思い”は変化する。その変化に気づき、全人的に捉え「医療」と「生活」の質のバランスを療養者や家族と共に考え“その人らしい”意思決定を支援するには看護者自身の倫理的感性が非常に密接に関わってくるため、ここでは、倫理的感性を高められるよう学習する。 **≪実習目標≫** １．“対象をどう捉えるか”という看護者の認識が、その後の看護過程の展開に大きく影響していることを説明できる。 ２．“その人らしさを支えることができるかどうか”には、看護者自身の価値観や倫理的感性が非常に密接に関わっていることを説明できる。 ３．“その人らしさを支える”ために必要な援助関係のプロセスと技術について説明することができる。 ４．看護過程の展開において、自己の看護を客観的に分析・評価することの重要性を説明できる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	実務研修ステップⅢ （アドバンスコース）	コマ数 （時間数）	3 日間 （24 時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **１．“予測する”能力を鍛える** 本実習は訪問看護活動を通して、実践的な在宅看護過程の展開能力を訓練する。在宅は医療者が常駐しないため、次回訪問まで安全に安心して過ごせるよう、予測されるトラブルへの対処策を療養者・介護者の状況に応じ調整する力が求められる。また、病状の予測（これからどのように症状が変化し治療が必要となるのか）を行い、これまでどのように生活してきたのか（何を大切にしているのか、家族にとっての幸せは何か）「これまで」と「これから」という時間軸で統合する視点を身につける。その際、身体的、精神的な視点のみではなく、経済的視点、介護状況の視点からも総合的にアセスメントし、療養者・家族の立場に立った情報提供（メリット・デメリット）について再考することも目標とする。 **２．“意思決定支援”能力を鍛える** 療養者・家族が大切にしている生き方を表情や言動や暮らしぶりから観察し、どのような価値観や人生観を持っているのかを把握し、役割や生きがいを持てるよう療養者・家族・他職種と共に話し合い「何が最善か」を導き出せるようになることを目標とする。また、根拠に基づいた医療（EBM）だけではなく、物語に基づいた医療（NBM）の両方の視点を持ち、療養者・家族にとって正しい選択ができるような情報提供について再考することを目標とする。 ≪実習目標≫ １．対象や家族が日常生活の中で何を重視しているか聴き取ることができる。 ２．身体的側面、心理的側面、スピリチュアルな側面、環境・介護的側面、家族・介護的側面から多角的に情報を整理することができる。 ３．対象の望む生活と阻害因子についてアセスメントし、リスクを回避するために必要な介入方法について考察することができる。 ４．療養者と家族の意向をもとに介護力や経済状況をふまえて療養計画を考察することができる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

離島・へき地をフィールドとした教育プログラム

科目シラバス

科目名	実務研修Ⅳ （アドバンスコース）	コマ数 （時間数）	3 日間 （24 時間）
担当教員	丹羽さよ子　金子美千代		
目的・概要	**≪実習の目的・概要≫** **１．“予防する能力”を鍛える** 在宅看護の目的は、地域で療養する人が望む生活を維持し、自立できるように支援することである。Aging in place（住み慣れた地域で最期まで自分らしく）を実現のためにまずは対象者自身が現在の生活とあるべき理想の生活について考えられるように支援することが求められる。日頃の生活習慣、暮らしのなかに健康のバロメーターがあり、それが健康寿命を大きく左右する。療養者や家族のセルフケア能力を高めるために必要な支援・教育について理解することを目標とする。 **２．“生きる力を引き出す看護”能力を鍛える** 療養者や家族は、望む生活を実現するために様々な場面で意思決定を行ってゆくが、そのプロセスを支えるのも看護師の役割である。どのように生きたいか、何を大切にしているのかを軸とし、何が最善かを療養者・家族と共に考えられるように支援することが求められる。また、最期まで対象者の持っている力を引き出し、生活の質（QOL）を高められるよう環境を整えることの必要性を理解することを目標とする。 ≪実習目標≫ １．対象者の価値観や生き方「人生の歩み」について聴き取ることができる。 ２．対象者自身が現在の生活とあるべき理想の生活のギャップについてどのように考えているか聴き取ることができる。 ３．対象者の自己効力感を高めるために必要な支援について説明できる。 ４．対象者の持っている力を引き出し、生活の質が高められるよう環境を整えることの必要性について再考できる。		
評価基準	振り返りカンファレンス レポート等		

参考文献

・杉森みど里、舟島なをみ：看護教育学、医学書院、2007 年
・新井英靖他：考える看護学生を育む授業づくり、メヂカルフレンド社、2013 年
・佐藤みつ子、宇佐美千恵子、青木康子：看護教育における授業設計、医学書院、2009 年
・篠田道子:ナースのための退院調整　院内チームと地域連携のシステムづくり、日本訪問看護協会、2010 年、
・水戸美津子：新看護観察のキーポイントシリーズ　在宅看護、中央法規出版株式会社、2014 年
・長江弘子：生活と医療を統合する　継続看護マネジメント、医歯薬出版株式会社、2014 年、
・角田直枝：知識が身につく！実践できる！よくわかる在宅看護、学研メディカル秀潤社、2013 年
・正野逸子、本田彰子：関連図で理解する在宅看護過程、メヂカルフレンド社、2014 年
・宇都宮宏子他：これからの退院支援・退院調整　ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域、日本看護協会出版会、2011 年
・岡崎美智子、正野逸子：根拠がわかる　在宅看護技術、メヂカルフレンド社、2009 年
・河原加代子：系統看護学講座　統合分野　在宅看護論、医学書院、2004 年
・木下由美子：新版　在宅看護論、医歯薬出版株式会社、2013 年
・山田雅子：パーフェクト臨床実習ガイド - ライフステージに沿った看護技術と看護の展開 - 在宅看護実習ガイド、照林社、2011 年
・川越博美他：最新　訪問看護研修テキスト　ステップ１、日本看護協会出版会、2005 年
・大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbk2.pdf
・内田陽子：ベストティーチャーが教える！看護過程　目からウロコの教え方&考え方、日総研、2014 年
・安酸史子：経験型実習教育―看護師をはぐくむ理論と実践、医学書院、2015 年
・長谷川雅美他：自己理解・対象理解を深めるプロセスレコード、日総研、2015 年
・長江弘子：看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア、日本看護協会出版会、2014 年
・清水哲郎：教育・事例検討・研究に役立つ看護倫理実践事例 46、日総研、2014 年
・照沼則子他：現場でできる「看護倫理」教育・実践マニュアル、MC メディカ出版、2015 年
・山内豊明：生命・生活の両面から捉える訪問看護アセスメント・プロトコル、中央法規、2011 年
・吉田みつ子：看護倫理　見ているものが違うから起こること、医学書院、2013 年
・田中滋：地域包括ケアサクセスガイド - 地域力を高めて高齢者の在宅生活を支える、MC メディカ出版、2015
・金川克子他：地域看護診断（第 2 版）、東京大学出版会、2015 年
・中井俊樹：看護現場で使える教育学の理論と技法、MC メディカ出版、2014 年

地域での暮らしを最期まで支える人材養成
～離島・へき地をフィールドとした教育プログラム～

教育課程ガイドブック（第 2 版）

発行年月日　2016 年　4 月

編集者　木佐貫彰　丹羽さよ子　堤由美子　金子美千代

発行　鹿児島大学医学部
島嶼・地域ナース育成センター
〒890-8544　鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1
TEL　／FAX　099-275-6797
HP：http://www.kufm.kagoshima-u.ac.jp

＊記載事項の一部または全部について、許可なく複写・複製することを禁じます

鹿児島大学医学部
島嶼・地域ナース育成センター

〒890-8544鹿児島市桜ヶ丘8-35-1
TEL/FAX.099-275-6797 099-275-6742
HP：http://www.kufm.kagoshima-u.ac.jp