

病院における実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
ニーズをとらえる力	【レベル毎の目標】	助言を得てケアの受け手や状況(場)のニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)のニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえニーズをとらえる
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	<input type="checkbox"/> 自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> 予測的な状況判断のもと身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> 複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
	実践例	■ 助言を受けながら、診療記録上の情報を確認し、患者の訴えや観察をもとに身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集をする。たとえば、身体的側面については、助言を受けながら、患者の状態に合わせてバイタルサイン等の観察をし、基本的なフィジカルアセスメントを行う。スピリチュアルな側面については、治療についての考え方等の情報を得る。 ■ 患者の状況から緊急度をとらえ、助言を受けながら緊急度に応じた観察をし、必要な情報を得る。たとえば、致死的不整脈や意識障害など生命の危機に関わる緊急性のある異常を発見できる。	■ 自立して入院時から診療記録上の情報を確認し、患者の訴えや観察をもとに身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集をする。たとえば、身体的側面については、自立して、患者の状態に合わせてバイタルサイン等の観察をし、フィジカルアセスメントを行う。 ■ 診療記録など決められた枠組みに沿った内容について、多職種から情報収集を行う。 ■ 自立して患者と関わり、情報収集をもとに、顕在化している身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を関連づけて患者の課題をとらえる。	■ 診療記録など決められた枠組みに沿った情報収集だけでなく、個別性を踏まえ、多職種からの情報も得て、患者にとって必要な情報収集を行う。たとえば、生活習慣など相手の生活を細部までとらえ、患者・家族(または患者を取り巻く人々)の希望も踏まえて、入院生活や退院調整に必要な情報を得ることができる。 ■ 正確なフィジカルアセスメントができる。たとえば、患者から症状の訴えがあった場合、原因として患者の体内で起こっている現象を考察することができる。 ■ 情報収集をもとに、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面のあらゆる情報から総合的に患者をとらえ、優先度の高いニーズをとらえる。 ■ 患者の状態に合わせて、標準的な観察項目に関する観察ができるだけでなく、各項目について観察する意味と観察項目間の関連を理解し、必要に応じて観察項目を追加したり、異常値の出現時に対処ができる。	■ 患者の疾患の予後や退院後の生活等の予測的な状況判断のもと、必要な情報を収集する。たとえば、患者に対し、疾患の予後と治療による影響や退院後の生活を予測した上で、患者の家庭での役割、仕事の内容、疾患に対する思い等を意図的に焦点化して確認したうえで、収集した情報を統合してニーズをとらえることができる。 ■ 正確なフィジカルアセスメントだけでなく、患者の状況の原因までを予測しとらえることができる。たとえば、患者から症状の訴えがあった場合、原因としてあらゆることを想定して患者の体内で起こっている現象を考えながら、意図的に観察し、アセスメントできる。	■ 複眼的な視点から迅速に患者の状況をとらえ判断し、複雑な状況や多様なニーズをとらえ、必要な介入を判断できる。 ■ 患者に対し、疾患の予後と治療による影響や退院後の生活を予測した上で、患者を取り巻く多様な人々もつ情報の重要性を理解し、情報収集して患者と家族(または患者を取り巻く人々)の価値観とすり合わせ、多角的な側面からニーズをとらえる。 ■ 地域全体を俯瞰して、ニーズに対して不足している機能に気づき、他施設等に働きかけることで解決を図る。
ケアする力	【レベル毎の目標】	助言を得ながら、安全な看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する	様々な技術を選択・応用し看護を実践する	最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる <input type="checkbox"/> 指導を受けながら、ケアの受け手に基本的援助ができる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手に対してケアを実践する際に必要な情報を得ることができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況に応じた援助ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別性に合わせて、適切なケアを実践できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズを察知しケアの方法に工夫ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別性をとらえ、看護実践に反映ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズに応えるため、幅広い選択肢の中から適切なケアを実践できる <input type="checkbox"/> 幅広い視野でケアの受け手をとらえ、起こりうる課題や問題に対して予測的および予防的に看護実践ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の複雑なニーズに対応するためあらゆる知見(看護および看護以外の分野)を動員し、ケアを実践・評価・追求できる <input type="checkbox"/> 複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
	実践例	■ 指導を受けながら、患者に対して手順に沿ったケアを実施する。たとえば、患者の状態に合わせて、助言を受けながら手順をもとに、説明を患者に行い、ケアを実施する。 ■ 患者に対して基本的生活行動の援助を行う。重症患者や医療依存度の高い患者については、指導を受けて実践する。 ■ 基本的看護技術については、新人看護職員研修ガイドラインにおける、看護技術についての到達目標が達成できる。 ■ 急変時には、対応の場において、流れを把握し、指示を受けながらメモをとる、バイタルサインを確認するなど、できることを探して実践できる。	■ 患者の既往歴、年齢、性別、社会的役割等を考慮して、標準的な看護計画を追加・変更し、自立してケアを実践する。重症患者や医療依存度の高い患者に対しても自立してケアを実践する。 ■ 患者に対してケアを実践する際に必要な情報を得て、状況に応じた援助を実践する。観察して患者の状態を把握し、必要に応じて時間調整や疼痛コントロールなどを実践してからケアを行うことができる。 ■ 患者に対して指導をする場合、一般的な内容について、網羅して説明することができる。 ■ 急変時には、指示されたケアを責任をもって実践できる。	■ 患者の個性に合わせた適切なケアを行う。たとえば、患者の入院前からの習慣についての情報を考慮した生活行動援助を計画・実践する。 ■ 患者に対して指導をする場合、患者の生活習慣や価値観、希望などを考慮して説明することができる。 ■ 患者のニーズを的確にとらえられることで、複数の患者を受けもつ中で、優先順位を正しく判断し、ケアを実践できる。 ■ 急変時には落ち着いて対応し、家族(または患者を取り巻く人々)等に配慮することができる。	■ 患者の顕在的・潜在的ニーズに応えるために幅広い選択肢からの提案やケアの実践ができる。たとえば、患者に対し、疾患の予後と治療による影響と患者の生活を考慮し、幅広い選択肢の中から適切なケアを提案・実践する。 ■ 患者に対して指導をする場合、予測的な視野を持ちながら、患者の反応に応じて段階的に説明することができる。患者の生活の中で起こりうる課題や症状について予測した上で、患者の思いや理解度を確認しながら、対処方法や予防方法を説明する。その際、患者の生活習慣や価値観等、希望を考慮して、幅広い知識から様々な手段を提案する。 ■ 急変時には、原因や今後の展開を予測しながら、患者および家族(または患者を取り巻く人々)への対応と今後への準備ができる。	■ どのような複雑な背景や状況にあっても、最適なケアをすることができる。 ■ コミュニケーションに長けており、各患者に最適な対応ができる。 ■ ケアの開発のための努力を継続して行う。 ■ 患者の複雑なニーズに対応するため、あらゆる知見を用い、患者の尊厳を尊重し、患者のQOLや生活の可能性を広げるケアを考え実践できる。たとえば、患者の疾患の予後と治療による影響により、患者の希望に沿った生活が困難な状況であっても、患者の希望や価値観、尊厳を尊重し、新たな生活の可能性を広げるケアを提案する。 ■ 急変時には、複雑な病態の患者においても、原因や今後の展開を予測しながら、患者及び家族(または患者を取り巻く人々)への対応と今後への準備ができる。



病院における実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
協働する力	【レベル毎の目標】	関係者と情報共有ができる	看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる	ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる	ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる	ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす
	【行動目標】	<ul style="list-style-type: none"> □助言を受けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる □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 □助言を受けながらケアに必要と判断した情報を関係者から収集することができる □ケアの受け手を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる □連絡・報告・相談ができる 	<ul style="list-style-type: none"> □ケアの受け手を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解したうえで、それぞれと積極的に情報交換ができる □関係者と密にコミュニケーションを取ることができる □看護の展開に必要な関係者を特定できる □看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる 	<ul style="list-style-type: none"> □ケアの受け手の個別的なニーズに対応するために、その関係者と協力し合いながら多職種連携を進めていくことができる □ケアの受け手とケアについて意見交換できる □積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる 	<ul style="list-style-type: none"> □ケアの受け手がおかれている状況(場)を広くとらえ、結果を予測しながら多職種連携の必要性を見極め、主体的に多職種と協力し合うことができる □多職種間の連携が機能するように調整できる □多職種の活力を維持・向上させる関わりができる 	<ul style="list-style-type: none"> □複雑な状況(場)の中で見えにくくなっているケアの受け手のニーズに適切に対応するために、自律的な判断のもと関係者に積極的に働きかけることができる □多職種連携が十分に機能するよう、その調整的役割を担うことができる □関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる □目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
	実践例	<ul style="list-style-type: none"> ■看護チームの一員であることを理解し、日々の患者へのケアを、他の看護師と協働して行う。常に自らのもつ情報を他の看護師に連絡し、患者の状態について報告し、判断できないことや経験のない処置やケアについて相談する。 ■多職種(医師、看護師、専門・認定看護師、薬剤師、栄養士、リハビリスタッフ、ソーシャルワーカー、ケースワーカー、緩和ケアチーム、RSTチームなど)の役割を理解する。 ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■患者に関わる多職種の役割を理解し、必要に応じて多職種の協力の必要性に気づく。 ■患者の疾患の現状、検査結果、治療方針を担当医と確認し、患者の訴えや受け止めている思いを医師に伝える。看護チームに情報共有し、看護の方針を確認できる。 ■カンファレンスに参加し、積極的に発言することで、患者の思いや希望等の必要な情報を関係者と共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■患者の個別的なニーズに対応するため、関係者と協力し多職種連携を進める。患者の現在ある状況をとらえ、必要な職種がわかり、協力を求めることができる。たとえば、退院支援の際、患者の生活を思い浮かべて、キーパーソンは誰か、どのような条件であれば退院できるか、どの職種と連携すればその条件を達成できるか、という調整ができる。 ■入院時から、退院後の生活場所(在宅、回復期リハビリ病棟、高齢者介護施設等)について、多職種に提案する等の調整を行う。 ■協働する看護師に積極的に情報共有する。治療方針や検査結果、ケアの内容を多職種で共有し意見を聞くことができる。定期的なカンファレンスだけでなく、必要なタイミングを見極めてカンファレンスを開催する。患者や家族(または患者を取り巻く人々)が治療に協力できる工夫を行うために、カンファレンスに参加できるように働きかける。 	<ul style="list-style-type: none"> ■診療報酬などの社会制度も理解した上での調整ができる。 ■多職種との連携において、病院内だけでなく病院外との調整ができる。たとえば、退院支援において、患者の退院後の生活を予測した上で、訪問看護の調整について、窓口と方法等を理解していたり、多様化する退院後の生活の場について、主体的にケアマネジャーと調整する。 ■多職種間の連携においては、各職種が役割を効果的に発揮できるよう、各職種の役割を明確化し、患者に関わることのできるような連携を促進する。カンファレンスにおいては、連携が促進されるようファシリテートすることができる。 ■患者に対し、起こりうる課題を予測して専門・認定看護師などの専門家の関わりを提案し調整することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■連携にあたっては全体を俯瞰し、まわりを動かすことができる。多職種を中心に巻き込み、各職種が役割を効果的に発揮できるよう、各職種の役割を明確化し、チームの目標を共有し、結束して関わることのできるような連携を促進する。カンファレンスにおいては、中心となって各職種を尊重しながら、問題解決へ導くことができる。 ■看護チーム内では、看護師が役割を効果的に発揮できるよう調整を行う。 ■多職種との連携において、病院内だけでなく病院外との複雑な調整ができる。 ■自施設に不足している機能に気づき、補完するために資源を活用できる。
意思決定を支える力	【レベル毎の目標】	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る	ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる	複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる
	【行動目標】	□助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	□ケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる	□ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる	□ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる	□適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる
	実践例	<ul style="list-style-type: none"> ■助言を受けながら、患者や家族(または患者を取り巻く人々)の思いや考え、希望を知る。たとえば、患者や家族(または患者を取り巻く人々)の不安を推察し、思いを聞くことに努める必要があると気づき、思いの表出を促すことはできなくとも、頻りに訪室して患者と家族(または患者を取り巻く人々)に寄り添うことができる。 ■患者や家族(または患者を取り巻く人々)の思いや考え、希望を多職種に伝える。たとえば、患者と家族(または患者を取り巻く人々)から希望を聞き、その希望をリーダー看護師等に伝えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■患者や家族(または患者を取り巻く人々)の思いや考え、希望を意図的に確認する。たとえば、患者と家族(または患者を取り巻く人々)から希望を聞いた際には、その希望の背景や理由についても確認することができる。 ■患者や家族(または患者を取り巻く人々)の思いや考え、希望をケアに関連づけ、ケアに反映させることができる。 ■説明に対する患者や家族(または患者を取り巻く人々)の認識と医療者の認識とのずれに気づき、追加の説明等調整する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■患者や家族(または患者を取り巻く人々)の意思決定に必要な情報を提供する。たとえば、療養の場や治療・検査について、選択肢の特徴が説明でき、患者や家族(または患者を取り巻く人々)に提案するなどして意思決定を支える。 ■患者と家族(または患者を取り巻く人々)にとって、何が大事なのかという価値観、生き方、意向を引き出し、それぞれの気持ちを聞く。患者と家族(または患者を取り巻く人々)両者の意向が異なる場合においても、両者の思いを理解し、患者と家族(または患者を取り巻く人々)の現在ある状況を多職種に代弁することができる。 ■患者と家族(または患者を取り巻く人々)がそれぞれ個人の中に持つ複数の思いや気持ち、価値観に寄り添う。 ■患者の訴えを表面的に受け止めず、思い込みではない判断ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■患者と家族(または患者を取り巻く人々)の気持ちを引き出したり、意思決定プロセスを促進させることができる。患者と家族(または患者を取り巻く人々)が自ら決定できたり考えたりすることができるように積極的に関わることを促すことができる。幅広い知識から、様々な案を提示することで、意思決定プロセスを促進させる。 ■患者や家族(または患者を取り巻く人々)、医療スタッフの意向が異なる場合において、意向の違いの原因をとらえ、カンファレンスを開催し調整する。 ■複雑な意思決定場面において、患者と家族(または患者を取り巻く人々)を尊重し寄り添い続けることができる。 ■患者と家族(または患者を取り巻く人々)の意思決定に関わるゆらぎに寄り添い支えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■患者と家族(または患者を取り巻く人々)が自ら決定できたり考えたりすることができるように積極的に踏み込んで関わるなかで、意図的に医療チームを動かし、意思決定プロセスを支援できる。 ■患者と家族(または患者を取り巻く人々)の思いは日々変化していることを念頭に、多角的な視点から患者と家族(または患者を取り巻く人々)を尊重し寄り添い続けることができる。 ■複雑な意思決定場面において、患者の尊厳を尊重した意思決定のために、適切な資源を積極的に活用し、調整できる。



高齢者介護施設における実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
ニーズをとらえる力	【レベル毎の目標】	助言を得てケアの受け手や状況(場)のニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)のニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえニーズをとらえる
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	<input type="checkbox"/> 自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> 予測的な状況判断のもと身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> 複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
	実践例	<p>■ 助言を受けながら、診療記録上の情報を確認し、入所者の訴えや観察をもとに身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集を行う。特に、高齢やADLの低下に伴って起こりやすい認知症、褥瘡、骨折、栄養状態の低下、感染症についての視点から情報を得られる。</p> <p>■ 医療的な緊急度をとらえる必要性を認識する。たとえば、平常時の入所者の状態と比較することで、検査や治療の必要性に気づき、事故の発生時には緊急性に気づくことができる。</p>	<p>■ 多職種(特に介護職)からの情報を得ることで、入所者の状態の変化について情報を得られ、早めに状態を把握することができる。たとえば食事量や活気の低下、臥床時間の減少等、多職種から情報を得ながら入所者の全体像を把握し、課題をとらえることができる。</p>	<p>■ 入所者同士の関係を含めた身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面の情報収集をする。重度から軽度まで様々な認知症を患っている高齢の入所者が多い場合、認知症を患う入所者同士のトラブルによる怪我が発生するといった場面も起こりうる。認知症、骨折という単面だけではなく、なぜそのことが起こったのかという状況も含めた個別性に合わせた情報収集をする。</p> <p>■ 入所者が新たな疾病・疾患を抱えた場合、必ずしも病院への入院をしない場合が多いため、疾病・疾患という新しいイベントが起こった中でどう生活していくかについて、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を網羅した中で優先度の高いニーズをとらえ、どのように新しいリスクに対応していくかを考えられる。</p> <p>■ 多職種からの情報を得ることで、入所者の状態の変化について情報を得られ、早めに状態を把握することができる。得た情報から、原因が疾患によるものなのか加齢によるものなのかを考え、優先度の高いニーズをとらえる。</p>	<p>■ 認知症の進行、褥瘡、骨折、栄養状態、感染症対策など多岐にわたる予測的な状況判断のもと、必要な情報収集をする。</p> <p>■ 高齢のため人生の最終段階の入所者が多い中、医師の常勤が必須でない場合、看護師が予測的な状況判断のもと、必要な情報収集をし、予測(アセスメントによる見通し)を医師に伝える。</p> <p>■ 家族(または入所者を取り巻く人々)が人生の最終段階に向けた準備をするために、健康状態の変化を看護師が家族(または入所者を取り巻く人々)に伝える。人生の最終段階のケアを考えるにあたり、家族(または入所者を取り巻く人々)に関する情報や価値観について情報を得ることが望ましい。入所者が人生の最終段階に進行しつつあるという予測的状況判断のもと、嚥下能力の低下・食事量の減少・体重の減少といった身体面と、家族(または入所者を取り巻く人々)や価値観といった心理・社会面から必要な情報収集ができる。</p> <p>■ 入所後には衰弱や認知症の進行などにより状況が変わっていく。そのため、早期から、先々を見据えて、意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえる。</p>	<p>■ 家族(または入所者を取り巻く人々)の多様な状況やニーズがあることと、自らの意思を表すことが難しい入所者がいるため、入所者と家族(または入所者を取り巻く人々)の思いを確認することが重要である。繰り返し話中で、入所者本人の価値観や家族(または入所者を取り巻く人々)の価値観を把握し、入所者本人の豊かな人生の最期となるように価値観に応じた判断ができる。</p> <p>■ 自らの意思を表すことが難しい入所者もいるため、言葉の隅々や行動から、本人の思いや人物像を読み取る。入所者本人の尊厳を尊重するために、本人の気持ちに寄り添いながら意思確認をし、本人の気持ちを確認するために家族(または入所者を取り巻く人々)にも思いを聞いていく。家族(または入所者を取り巻く人々)も複雑な問題を抱えている場合、判断に関して答えを得ることが難しいことがあり、状況を理解し紐解いて、問題を明確にするための支援をする。複雑な状況を把握し、複眼的な視点から、入所者と家族(または入所者を取り巻く人々)を取り巻く複雑な状況について情報収集し、多様なニーズをとらえる。</p> <p>■ 地域全体を俯瞰して、ニーズに対して不足している機能に気づき、提案的に看護実践したり、他施設等に働きかけることで解決を図る。</p>
ケアする力	【レベル毎の目標】	助言を得ながら、安全な看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する	様々な技術を選択・応用し看護を実践する	最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる <input type="checkbox"/> 指導を受けながら、ケアの受け手に基本的援助ができる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手に対してケアを実践する際に必要な情報を得ることができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況に応じた援助ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個性に合わせて、適切なケアを実践できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズを察知しケアの方法に工夫ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の個性をとらえ、看護実践に反映ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズに応えるため、幅広い選択肢の中から適切なケアを実践できる <input type="checkbox"/> 幅広い視野でケアの受け手をとらえ、起こりうる課題や問題に対して予測的および予防的に看護実践ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の複雑なニーズに対応するためあらゆる知見(看護および看護以外の分野)を動員し、ケアを実践・評価・追求できる <input type="checkbox"/> 複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
	実践例	<p>■ 治療重視の思考よりも、終の棲家として、入所者が長期的に健康的な生活をするための看護師の役割を理解する。長期における健康的な生活の援助、QOLを支えていくようなケアを、指導を受けながら実践する。</p> <p>■ 各入所者について、他の看護師から助言を得ながらのケアの実施ができる。特に頻繁に行われる可能性が高い医療処置である、与薬、経管栄養の扱い等について助言を得ながら安全に実施できる。</p>	<p>■ ケアマネジャーが作成するケアプラン(施設サービス計画書)に基づき、看護の役割から必要なケアを実践する。</p> <p>■ 入所者に対してケアを実践する際に必要な情報を得て、状況に応じた援助ができる。たとえば、ケアをする際に、認知症による感情の起伏が大きいといった情報があれば、入所者のペースに合わせて処置をする。</p>	<p>■ 入所者の行動に対し、その行動の背景にあるものを明らかにして、ケアに反映することができる。たとえば、認知症の症状として、自宅に帰りたいと行動をしている入所者に対し、その理由を明らかにし、施設でも実践可能なことを考慮し日々のケアに追加することで、入所者の心理的な安定を図ることができる。</p> <p>■ ケアプラン(施設サービス計画書)に対するモニタリングが行え、さらに適切なプランが提案でき、適切なケアの提供ができる。</p>	<p>■ 予測的および予防的なケアを、あらゆる手段から選択する。たとえば外部から感染症が入ってくることを想定した場合、入所者にどのような影響が出るかという顕在的・潜在的なニーズに応えるために、認知症をもつ入所者が歩き回るという場の特性も踏まえながら危険性を予測することで、どのように対応するかを考え実践できる。</p>	<p>■ 入所者の生活や治療において、対立した価値があるなど複雑な状況下で、アセスメントして治療の必要性を判断するとともに、本人・家族(または入所者を取り巻く人々)両者の価値観等を受け止め、対立した価値について、家族(または入所者を取り巻く人々)が十分納得できる説明をして解決を図る。</p> <p>■ 人生の最終段階に入っている入所者の家族(または入所者を取り巻く人々)に対し、面会が自由にできるよう調整をしたり、たとえば口腔ケアによって好きな飲み物を経口摂取できるようにするなどのQOLを高めるケアを行う。</p> <p>■ 入所者の尊厳を尊重し、入所者と家族(または入所者を取り巻く人々)が満足できる納得のいく形での看取りを目指すケアとして、入所者本人と家族(または入所者を取り巻く人々)の尊厳はどこに価値付けられているのかという情報収集とアセスメント、尊厳を保つための生活援助、納得や満足をされるような家族(または入所者を取り巻く人々)への関わりをする。入所者の尊厳を尊重し、入所者と家族(または入所者を取り巻く人々)が満足できることを目指した創造的なケアを実践できる。</p>



高齢者介護施設における実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
協働する力	【レベル毎の目標】	関係者と情報共有ができる	看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる	ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる	ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる	ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ケアの受け手を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる <input type="checkbox"/> 連絡・報告・相談ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解したうえで、それぞれと積極的に情報交換ができる <input type="checkbox"/> 関係者と密にコミュニケーションを取ることができる <input type="checkbox"/> 看護の展開に必要な関係者を特定できる <input type="checkbox"/> 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別的なニーズに対応するために、その関係者と協力し合いながら多職種連携を進めていくことができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手とケアについて意見交換できる <input type="checkbox"/> 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手がおかれている状況(場)を広くとらえ、結果を予測しながら多職種連携の必要性を見極め、主体的に多職種と協力し合うことができる <input type="checkbox"/> 多職種間の連携が機能するように調整できる <input type="checkbox"/> 多職種の活力を維持・向上させる関わりができる	<input type="checkbox"/> 複雑な状況(場)の中で見えにくくなっているケアの受け手のニーズに適切に対応するために、自律的な判断のもと関係者に積極的に働きかけることができる <input type="checkbox"/> 多職種連携が十分に機能するよう、その調整的役割を担うことができる <input type="checkbox"/> 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる <input type="checkbox"/> 目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
	実践例	■ 助言を受けながら、入所者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、医師、看護師、介護職、理学療法士、栄養士、社会福祉士等の多職種や家族(または入所者を取り巻く人々)と共有する。 ■ 介護・福祉分野の職種とのお互いを尊重した働き方を理解する。 ■ 褥瘡や胃ろうなどの管理等において、助言を受けながら、多職種と情報共有できる。たとえば、仙骨部に発赤が好発した場合、褥瘡予防として食事内容や毎日生活している姿勢、便の性状等について、多職種チームの一員として、情報を上司や医師へ連絡・報告・相談できる。	■ 入所者についての看護の方向性を理解し、それに対して多職種それぞれの持つ力を理解した上で、状況を把握し、現状についてそれぞれの関係者と情報交換ができる。 ■ 状況に応じて必要な職種を考えて情報交換ができる。たとえば、褥瘡のある入所者に関して、普段の生活面は介護職に、褥瘡の治療については医師に、入所前の生活史については生活相談員と情報交換する等、最適な職種と必要な情報交換ができる。	■ 入所者の個別性に合わせたケアを実践するために、多職種と連携することができる。たとえば、食事摂取量が不安定な入所者に対し、栄養士と相談して食べやすい食事への検討をしたり、食べたものを一緒に買いに行く等の工夫をする。 ■ 積極的に多職種に協力を求め調整できる。たとえば、仙骨部に褥瘡の好発しやすい入所者について、車椅子の乗車時間を相談し調整することができる。 ■ 定期的な状態変化のある入所者について、受診が定期的実践できるよう調整をする。	■ 生活の場において医療的な側面を理解してケアに活かしていく中心的な役割を担う。 ■ 入所者の健康状態の変化をとらえ、アセスメントして予測し、主体的に多職種連携が機能するようにリーダーシップをとって調整できる。たとえば嚥下機能の低下をとらえたときに、嚥下機能や栄養状態について管理栄養士と連携してアセスメントと判断をし、病院での嚥下機能評価を行うなどの調整をする。 ■ 入所者へのケアについての多職種間での課題をあらゆる情報からアセスメントし、今後の状況を予測し、適切なケアや予防的なケアについて多職種と話し合うことで多職種のケアの向上を図る。	■ 入所者の尊厳を尊重するケアを行うために、多職種を尊重しながらチームの目標を共有し、各職種の役割を調整して連携し、課題を解決できる。たとえば、誤嚥性肺炎の既往のある入所者に対し、本人の強い希望を尊重して食事を自力摂取とした場合、姿勢や食事のスピード等によるリスクを多職種に周知して、リスクを回避させるために役割の調整をすることができる。 ■ 人生の最終段階においては、ケアの検討の中で、多職種を含めて、入所者の今までの生活歴、疾患、心理状態について意見交換をしながら、最期の時期をどのように充実した形で終えていくかということを調整し、最適なケアを考えていくことができる。 ■ 看護の質向上のために、他の施設の看護師とネットワークをもって活動できる。
意思決定を支える力	【レベル毎の目標】	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る	ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる	複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる <input type="checkbox"/> 確認した思いや考え、希望をケアに関連づけることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いが理解できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる	<input type="checkbox"/> 適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる <input type="checkbox"/> 法的および文化的配慮など多方面からケアの受け手や周囲の人々を擁護した意思決定プロセスを支援できる
	実践例	■ 助言を受けながら、入所者と、家族(または入所者を取り巻く人々)、友人、多職種などの思いや考え、希望を知ることができる。	■ 入所者や家族(または入所者を取り巻く人々)との会話の中で、その入所者がどのような生き方を望んでいるのかを感じながら、大切に生きてきた生き様や生活の内容、趣味などについて意図的に詳しく確認する。 ■ 入所者の大切にしてきた生き様や生活の内容、趣味などをケアに生かす。たとえば、歌の好きな入所者に対して、あらかじめ好きな歌を確認し、言語や嚥下のリハビリに取り入れる。	■ 意思決定に必要な情報を提供する。たとえば、人生の最終段階の過ごし方に関する意思決定については、家族(または入所者を取り巻く人々)が、どこでどのように入所者を看取るか決める際に、施設においてはどのような看取り方をするかについて情報提供する。	■ 意思決定場面における、入所者や家族(または入所者を取り巻く人々)の意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながら、意思決定を尊重して支援を実践する。たとえば、人生の最終段階の入所者について、看取りについての家族(または入所者を取り巻く人々)のゆらぎに寄り添う。施設で看取りをすると選択された後、本人や家族(または入所者を取り巻く人々)にとって有意義な時間になるよう、好物を味わってもらい、家族(または入所者を取り巻く人々)が施設で泊まる等、可能な支援を提供できる。	■ 意思決定が困難な場面において、家族(または入所者を取り巻く人々)の意思決定を導くことができる。たとえば、家族(または入所者を取り巻く人々)が入所者の衰弱の進行を受け入れられない場合、本人の食事時の状態を実際に見てもらい、食事が食べられなくなった事実を受け入れてもらい、受け入れを進める中で外出の調整をする等、一つ一つ折り合いをつけていくことができるように、家族(または入所者を取り巻く人々)の思いを受け止めながら、多職種を巻き込み、個々に合った意思決定支援を行う。



訪問看護ステーションにおける実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
ニーズをとらえる力	【レベル毎の目標】	助言を得てケアの受け手や状況(場)のニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)のニーズを自らとらえる	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる	ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえニーズをとらえる
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる	<input type="checkbox"/> 自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> 予測的な状況判断のもと身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる <input type="checkbox"/> 意図的に収集した情報を統合し、ニーズをとらえることができる	<input type="checkbox"/> 複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
	実践例	■ 訪問看護に必要な情報収集とアセスメントの考え方を理解する。 ■ 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。利用者の家においてケアを提供するため、特に地域性、家族構成、環境等の情報収集を含む。 ■ 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。	■ 自立して、診療記録など決められた枠組みに沿って、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)、多職種から情報収集ができる。 ■ 生活という視点で情報収集ができ、現時点だけでなく過去の生活歴に目を向けた情報収集ができる。 ■ 受け持ち利用者の情報収集、アセスメント、計画立案・修正、実践、評価が自立してできる。 ■ 利用者の状態や状況から、自らが対応できるかを判断することができる。	■ 個別性を踏まえ、利用者の自宅での過ごし方、介護者の介護方法、利用者のもつ力としてADLだけでなく社会的資源なども含み情報収集ができる。利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)、介護職等から生活の場面における情報を得る。 ■ 情報収集においては、利用者・家族(または利用者を取り巻く人々)・多職種間での情報の認識のずれの有無を確かめることができる。 ■ 訪問看護は訪問時間が限られているため、情報収集のために、訪問の場で機能評価を実践したり、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)に写真や文字による記録を依頼するなどの工夫をする手段を1つでも考えられる。情報収集の手段について、利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)にとっての負担の程度を考慮することができる。 ■ 身体状態だけでなく、生活行動の変化に気づく。たとえば、痰や尿の性状の変化等の身体状態の変化だけではなく、入浴することが億劫になってきた、行動範囲が狭くなってきた、車を運転しなくなったなどの生活行動の変化に気づける。	■ 訪問看護においては、小児から高齢者まで幅広い利用者がいるが、高齢者の場合には、人生の最終段階を見据えてのニーズをとらえていくために、予測的な状況判断のもとで情報収集をする。利用者の疾患の予後や治療による影響を考え、今後在宅で過ごすか病院で過ごすか、医療処置の導入を選択するか等の予測をしながら、情報収集してニーズをとらえ、1つ1つの選択について準備を進めていくことができる。 ■ 人生の最終段階の判断が困難な慢性疾患の利用者においても、先々を見据えた情報収集をすることができる。特に心不全や慢性呼吸不全等の急速に増悪する疾患について、入院が徐々に増えてきた段階で、看取りまで想定する必要性に気づき情報収集ができる。 ■ 訪問看護は訪問時間が限られているため、情報収集のために、あらゆる手段の発想ができ、訪問時間の組み方の工夫ができる。	■ 複眼的な視点をもち、背景が複雑な困難事例の利用者の状況を的確に把握し、看護上の問題を明確化できる。 ■ 困難事例の利用者を取り巻く複雑な家族(または利用者を取り巻く人々)の状況や生活状況、価値観を的確にアセスメントし、多様なニーズをとらえることができる。 ■ 地域全体を俯瞰して、ニーズに対して不足している機能に気づき、提案的に看護実践したり、他施設等に働きかけることで解決を図る。
ケアする力	【レベル毎の目標】	助言を得ながら、安全な看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する	ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する	様々な技術を選択・応用し看護を実践する	最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる <input type="checkbox"/> 指導を受けながら、ケアの受け手に基本的援助ができる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手に対してケアを実践する際に必要な情報を得ることができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況に応じた援助ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別性に合わせて、適切なケアを実践できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズを察知しケアの方法に工夫ができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別性をとらえ、看護実践に反映ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の顕在的・潜在的ニーズに応えるため、幅広い選択肢の中から適切なケアを実践できる <input type="checkbox"/> 幅広い視野でケアの受け手をとらえ、起こりうる課題や問題に対して予測的および予防的に看護実践ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の複雑なニーズに対応するためあらゆる知見(看護および看護以外の分野)を動員し、ケアを実践・評価・追求できる <input type="checkbox"/> 複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
	実践例	■ 在宅における看護手順やガイドラインに沿ったケアを実施する。 ■ 病院や施設と異なり、医療廃棄物専用のスペースはない中で、必要な感染対策について理解と実施ができる。 ■ 利用者の家においてケアを提供することを意識した基本的な配慮ができる。 ■ 受け持ちの利用者に対するケア方法を知り、指導を受けながら実施できる。	■ 利用者の病状や状況の変化に応じたケアや対応ができる。 ■ 複数の医療処置や技術を自立して実践できる。 ■ 比較的重症ではない利用者や状態の安定している利用者について、ケアプラン(居宅サービス計画書)の中の定められた時間の中で、必要なケアを実践できる。 ■ 想定より利用者の状態が重症であったり、自らが対応をすることが困難であると判断した場合に、事業所等に連絡相談をして指示を受けることができる。	■ 利用者の個別性に合わせて、物、時間、体制の3つを工夫できる。限られた物と限られた時間での効率的なケア、体制の組み方の工夫が考えられる。 ■ 利用者の経済状況を理解した上で、可能な限り利用者が所有する物品でのケアを確実に行う。ケアの方法や、物品の選択・提案において、ニーズに合わせて工夫ができる。 ■ 利用者の家においてケアを提供することについて配慮したケアを実践することができる。たとえば、ケアで使ったタオルの洗濯やゴミの処理についての配慮ができる。 ■ 比較的重症な利用者について、ケアプラン(居宅サービス計画書)の中の定められた時間の中で、必要なケアを実践できる。また、さらに適切なケアプラン(居宅サービス計画書)への提案ができる。 ■ 利用者により病状の変化や問題等が生じた場合、臨機応変に対応できる。	■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の生活を成り立たせるという顕在的・潜在的ニーズに応えるため、必要に応じて家族(または利用者を取り巻く人々)の生活のための時間の確保を目的として、訪問回数は減らし1回の訪問時間を長く調整する等の訪問体制の工夫ができる。 ■ 在宅における看取りの際も、体制作りが重要である。本人や家族(または利用者を取り巻く人々)の希望も踏まえながら、医師の往診体制が整っているか等確認と調整を行う。 ■ 利用者の経済状況を理解した上で、費用負担を考えたケアの調整をする。ケアの方法や、物品の選択・提案において、ニーズに合わせた最適なものを判断し選択できる。 ■ 直接の訪問だけでなく、電話連絡による状態確認のフォローや指導という手段を、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の状況から判断する。 ■ 必要に応じて、予測される今後の状況と看護師に連絡すべきタイミングについて、具体的に利用者・家族(または利用者を取り巻く人々)・介護職等に伝え、理解を図る。	■ 在宅での先進的なケアや処置、機器等の管理方法、最新の疾患に対する知識や技術等を取得し、ケアに活かすことができる。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)が希望するケアの提供が難しい身体状態であっても、あらゆる技術や工夫によって、最大限ニーズを満たすケアを提案できる。



訪問看護ステーションにおける実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
レベル毎の定義		基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する	幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する	より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
協働する力	【レベル毎の目標】	関係者と情報共有ができる	看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる	ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる	ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる	ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ケアの受け手を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる <input type="checkbox"/> 連絡・報告・相談ができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解したうえで、それぞれと積極的に情報交換ができる <input type="checkbox"/> 関係者と密にコミュニケーションを取ることができる <input type="checkbox"/> 看護の展開に必要な関係者を特定できる <input type="checkbox"/> 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手の個別的なニーズに対応するために、その関係者と協力し合いながら多職種連携を進めていくことができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手とケアについて意見交換できる <input type="checkbox"/> 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手がおかれている状況(場)を広くとらえ、結果を予測しながら多職種連携の必要性を見極め、主体的に多職種と協力し合うことができる <input type="checkbox"/> 多職種間の連携が機能するように調整できる <input type="checkbox"/> 多職種の活力を維持・向上させる関わりができる	<input type="checkbox"/> 複雑な状況(場)の中で見えにくくなっているケアの受け手のニーズに適切に対応するために、自律的な判断のもと関係者に積極的に働きかけができる <input type="checkbox"/> 多職種連携が十分に機能するよう、その調整的役割を担うことができる <input type="checkbox"/> 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる <input type="checkbox"/> 目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
	実践例	<ul style="list-style-type: none"> ■ 多施設多職種の役割が理解できる。連携する多職種は、医師、看護師(ステーション内、他ステーション)、ケアマネジャー、訪問入浴のスタッフ、訪問リハビリのスタッフ、病院(医師、看護師、ソーシャルワーカー)、保健師、薬剤師、民生委員、難病支援センターなどである。 ■ 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知る。 ■ 訪問看護ステーションの一員であることを理解し、利用者へのケアを責任をもって行う。他の看護師に連絡・報告・相談ができる。 ■ 主治医やその他の職種への連絡・報告・相談の方法を理解し実践できる。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療職以外にも伝わるような丁寧な説明を行うことができる。在宅においては、家族(または利用者を取り巻く人々)をはじめ、福祉・介護職と話す場が多く、相手に合わせた説明をすることで、認識のずれを予防することができる。 ■ 利用者に関わる医師及び多職種と自立して連携できる。 ■ 主治医に対し、短い時間で的確に相談できる。 ■ 助言を受けながら、受け持ち利用者の急な病状の変化に対するサービス調整などの体制づくりができる。 ■ 調整会議に参加し、情報共有ができる。 ■ 事業所内カンファレンスに参加し、積極的に発言することで、必要な情報を関係者と共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 多職種の役割を理解した上で、利用者にとって必要な職種に気づき、協力を求めることができる。利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)の現在ある状況をとらえ多職種に伝えられる。 ■ 自立して、状態の安定している慢性疾患の利用者についてのサービス調整などの体制づくりをする。 ■ 調整会議に参加し、積極的に発言することで、必要な情報を関係者と共有する。 ■ 事業所内カンファレンスにおいて、定期的なカンファレンスだけでなく、必要なタイミングを見極めてカンファレンスを開催する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 変化のタイミングをとらえた上で、調整会議の開催を提案する。調整会議を開催するタイミングとして重要な時期は、新しいサービスを入れる時、退院前、看取りに向けた時期における老老介護等、家族(または利用者を取り巻く人々)の生活の継続が難しくなることが予測された時期である。 ■ 自立して、急性期や人生の最終段階にある利用者についてのサービス調整などの体制づくりをする。体制を変更する場合、窓口となる地域の病院・施設の特徴を理解している。看護師は利用者を訪問することが多いため、身体的変化から必要なものを随時多職種へ投げかけ、連携を機能させる。 ■ 利用者にとって必要な多職種に気づき、協力を求めることができ、利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)の現在ある状況と今後予測される状況をきちんととらえ、本人や家族(または利用者を取り巻く人々)の希望やニーズと合わせて必要な多職種を判断し、つなぐことができる。 ■ ケアマネジャーがいない利用者に対しては、中心的に多職種と連携をつくる。 ■ 多職種の視点を共有し、それぞれの職種が効果的にケアを実践できるための関わりを行う。たとえば、人生の最終段階や医療依存度の高い利用者のケアに対して多職種に恐怖心がある場合、同行訪問して観察ポイントや注意点を伝える等、医療的な視点を伝え、連携を図るとともに、安楽なケアの実践を促進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在宅療養の継続が困難な利用者に対して、多職種や行政、保健所等と連携し、調整会議の開催を調整し、他施設や他機関との相互の役割の調整を行い、問題解決を図る。 ■ 困難事例の調整会議を開催し、全体を俯瞰しながら、ファシリテーション役を果たせる。 ■ 看護の質向上のために、他の訪問看護師とネットワークをもって活動できる。
意思決定を支える力	【レベル毎の目標】	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る	ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる	複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる
	【行動目標】	<input type="checkbox"/> 助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる <input type="checkbox"/> 確認した思いや考え、希望をケアに関連づけることができる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いが理解できる <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる	<input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる	<input type="checkbox"/> 適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる <input type="checkbox"/> 法的および文化的配慮など多方面からケアの受け手や周囲の人々を擁護した意思決定プロセスを支援できる
	実践例	<ul style="list-style-type: none"> ■ 助言を受けながら、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)との言葉から、思いや考え、希望を確認できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の意思に対し、その意思を支え続けられる体制・環境になっているかを考えることができる。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の言葉だけでなく、歴史や日々の生活にも目を向け、思いや考え、希望を意図的に確認することができる。 ■ コミュニケーションの中から利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の思いや希望等を傾聴し、共感的に受け止めることができる。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)のケアやサービスに対する希望等をくみ取り、次の訪問時のケアに活かすことができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の療養の場の選択、看取り、1つ1つの治療の選択において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の気持ちに寄り添うことができる。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)がもつ複数の価値観や思いをくみ取り、寄り添うことができる。 ■ 意思決定場面において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の希望やイメージを含めてくみ取る。たとえば治療選択の場面において、治療の希望やその治療に対して抱いているイメージを含めてくみ取る。 ■ 意思決定場面において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)が意思決定に関して、必要な情報を理解できるように説明する。たとえば、治療選択の場面において、本人や家族それぞれに対し、選択肢となる治療のものについて理解できるための説明をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の療養の場の選択、看取り、1つ1つの治療の選択において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながら、ゆらぎや状況の変化に応じて調整し、意思決定プロセスを促進する。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)が意思決定する際に、予測を含めた情報提供を行う。たとえば、治療選択の場面においては、選択肢となる治療そのものの説明だけでなく、治療による長期にわたる介護を含めた生活の変化までを伝え、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の抱いている治療と治療による生活の変化についてのイメージに気づき調整できる。 ■ 「現在」だけではなく「先」をみすえた意思決定支援ができる。人生の最終段階の判断が難しい慢性疾患の利用者の場合にも、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の今後のイメージを確認し、人生の最終段階の迎え方の希望を確認した上で、希望を尊重したケア体制を整えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 複雑な意思決定場面において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながら、ゆらぎや状況の変化に応じて意図的に多職種を巻き込んで調整し、意思決定へ導くことができる。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の希望やイメージを含めて汲み取りながら、最適な方向へ調整することができる。たとえば治療について、治療を続けることが本当に利用者本人にとって良いことかを、身体面や心理面などをアセスメントしながら俯瞰的に考え、最適な選択ができるように意思決定を支える。 ■ 独居で人生の最終段階にある利用者や倫理的な問題がある利用者等の複雑な意思決定場面において、本人の意思決定を支えるために、地域の社会資源等のリソースを活用して調整ができる。

