

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】	<ul style="list-style-type: none"> □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 □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 	<ul style="list-style-type: none"> □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 □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 	<ul style="list-style-type: none"> □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 □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 	<ul style="list-style-type: none"> □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 □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 	<ul style="list-style-type: none"> □複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる □ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
	実践例	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■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。 ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■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。 ■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。 ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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、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。 ■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。 ■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】	<ul style="list-style-type: none"> □指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる □指導を受けながら、ケアの受け手に基本的援助ができる □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 	<ul style="list-style-type: none"> □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 □ケアの受け手に対してケアを実践する際に必要な情報を得ることができる □ケアの受け手の状況に応じた援助ができる 	<ul style="list-style-type: none"> □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 □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 □ケアの受け手の個性をとらえ、看護実践に反映ができる 	<ul style="list-style-type: none"> □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 □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 	<ul style="list-style-type: none"> □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 □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	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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)に基づき、看護の役割から必要なケアを実践する。 ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■ケアプラン(施設サービス計画)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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■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。 ■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。



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。

