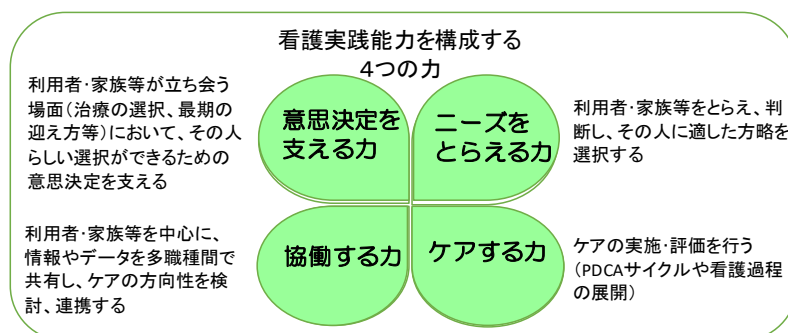


訪問看護師としての看護実践力の向上を目指して！

ステップアップシート 活用 ガイドライン

『看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)』を活用した
“滋賀県版クリニカルラダーとステップアップシート”を
専門職である自身の成長に
そして、訪問看護ステーションの人材育成に
活かすために・・・

第2版

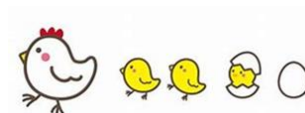
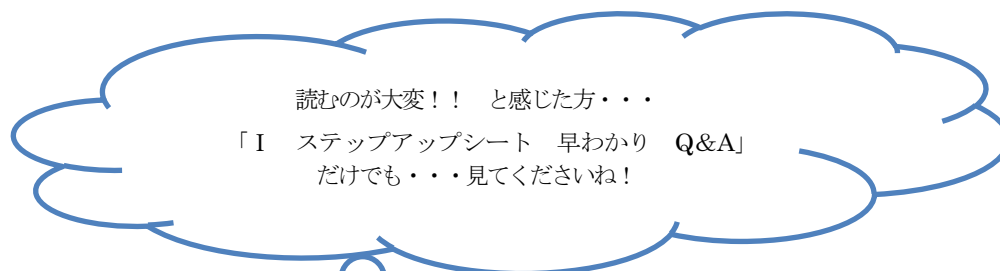


滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会
滋賀県看護協会 訪問看護支援センター



目 次

I	ステップアップシート 早わかり Q&A	1
II	JNA ラダーを活用したステップアップシート	
1	主旨	4
2	作成の経緯	
3	各事業所でラダーを導入するにあたっての考え方	
4	ラダーの導入とステップアップシートの活用	5
(1)	期待する訪問看護師像の確認	
(2)	訪問看護師の実践力の向上への活用	6
(3)	訪問看護ステーションの人材育成への活用	7
(4)	ステップアップシートの使用方法	8
5	看護実践能力を強化する学習支援	9
(1)	効率的な訪問看護教育は、フィールドの中で実践	
(2)	JNA ラダー4つの力と学習項目	10
III	ラダーの判断をする実践場面の例	12
	参考資料	18



I ステップアップシート 早わかり Q&A

ステップアップシート って 何？

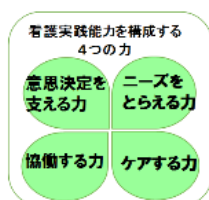
詳細は P4参照

- ・訪問看護師として、「こんな看護実践力を持って欲しいよね。」という力量を、「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」を活用して作成したシートです。
- ・忙しい訪問看護師の皆さんが、使いやすいようにチェックシートで示しました。

なぜ ステップアップシートを 作ったの？

詳細は P4参照

- ・訪問看護を受ける利用者は、どの看護師さんが来ても、同じようにいい看護を受けたいと思っているし・・・来る人によって差があるのは・・・「かなんな！」 と思っていますよね。
 - ・・・・だとすると、みんながいい看護をできるようにしたいですよね。
- そこで、自分でチェックすることができる「ステップアップシート」を作成しました。



ステップアップシートを 使ったらどうなるの？

詳細は P6～7参照

- ・自分の訪問看護師としての強みや弱みがわかって、もっとこんな看護を行いたいな・・・と自分の看護力を高めるのに生かす事ができます。
- ・「パートの方に使ってもらったら、それがきっかけで学ぶ意欲が高まり、積極性も出てきた」というご意見も聞いています。「自ら学ぶ！」という姿勢が出てくるのです。

メモ：看護師ってとてもまじめなので、きっかけさえあれば、自ら学び始めます。
管理者さんや指導者さんはちょっときっかけを設けることが大切です。

ステップアップシートの良さは どこにあるの？

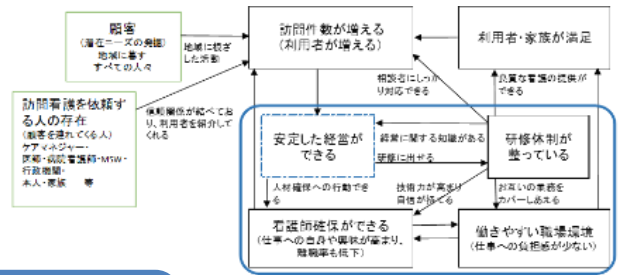
詳細は P8参照

- ・看護師の看護実践力を数値化して「見る」ことができます。
- ・訪問看護を行っている看護師なら、みんなに使えます。
経験の浅い方だけではなく、ベテランの方も使ってみてくださいね。
また、勤務形態に関係なく、良い看護をできるように、使ってみてください。
- ・結果をレーダーチャートで見る事ができますから、成長具合もパッとわかります
- ・読んでいくと、「訪問看護師としてどのような力が必要か！」がわかってきます

使ってみての効果って？

- ・訪問看護師としての成長につながります。
- ・ステーション全体の看護師の力量が上がっていくことで、利用者確保にもつながっていきます。

訪問看護ステーションの相互に関する課題の循環を変える！



ステップアップシートの必要性を感じないのだけど・・・

- ・ベテラン職員が多いからしなくてもいいのではとの意見を聞くことがあります。
- ・しかし、このステップアップシートは、ベテラン職員の方にも活用していただくことができますので、ぜひ、試してみてください。
- ・意外な強みの発見や、あれこれはちょっと弱かった？という、新たな自己の発見につながります。

どんなふうに始めたらいいの？

第一段階 自己の看護実践力を知る！！

- ・まずは、職員みんながチェックしてみる。
エクセルシートになっているので、入力してみてください
紙でチェックしてもらうことも可能ですが、自分で計算してもらう必要があります。
- ・「私は、訪問看護の経験者だし・・・」という方は、レベルⅢからチェックしてみてください。
- ・「初めて訪問看護に従事した！」という方は、レベルⅠから始めてみてください。

「能力」 を評価するのではなく
「能力の活用」 を評価すること

評価の対比

	能力評価 ×	行動評価
	できる	やっている
一部能力がある	○	○
能力がある	○	○
実際の行動	○	×

レジリエントメディカル の ホームページ を 参考に作成
<https://resilient-medical.com/nurse-management/evaluation-clinical-ladder>

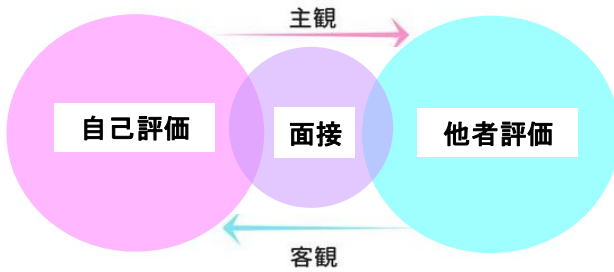
「やればできる」ではなく「やっているか」を評価する。

メモ：普段できている、やっている=できている
能力的にできるけどやってないわ=不十分 って見ていただくのも一つの見方

第二段階 指導者や管理者等他者との振り返りにより、自己の看護実践力を確認する！！

- ・自己のチェックした内容について、「こういう場面からこう考えてチェックしました」など他の方と話をし、自己の看護実践力を確認してみてください。

自己評価と他者評価



自己評価と他者評価



レジリエントメディカル の ホームページ を 参考に作成
<https://resilient-medical.com/nurse-management/evaluation-clinical-ladder>

第三段階 結果から・・・自己の強みを活かし、弱みを強みに変える行動を開始！！

- ・自己のチェックした内容から、強みを活かし、弱みを強みに変えていくことができるように、行動を起こしてみましょう。
 (何をするかは、周囲の皆様に相談してくださいね)

ラダー目標管理

- ① 目標設定
- ② 実践管理
- ③ 成果評価
- ④ 改善



レジリエントメディカル の ホームページ より
<https://resilient-medical.com/nurse-management/evaluation-clinical-ladder>

Ⅱ JNA ラダーを活用したステップアップシート

1 主旨

地域包括ケアシステムの推進が図られ、在宅で医療依存度の高い療養者が増える中、訪問看護師には期待も大きく、専門的な役割を求められています。

そこで、訪問看護師として地域に求められる役割を果たせる看護師としての成長を確認する指針として活用していただけるよう“滋賀県版クリニカルラダー・ステップアップシート”を作成しました。

これは、日本看護協会の開発された『看護師のクリニカルラダー（JNA ラダー）』を基本として、訪問看護ステーション連絡協議会の代表者の皆さまの協力を得て作成したものです。

参考

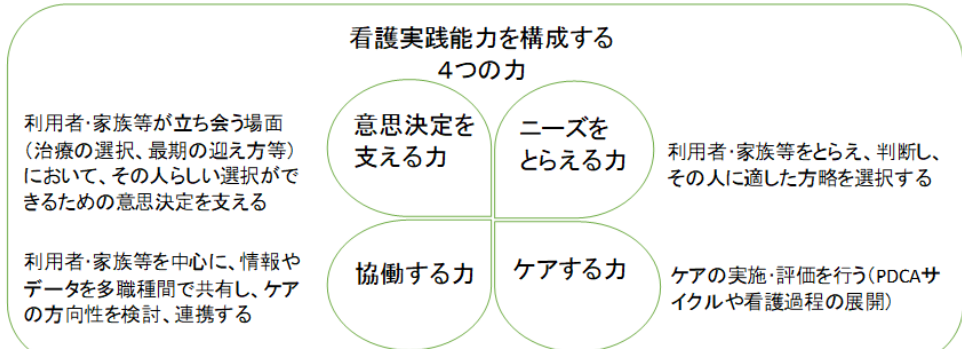
JNA ラダーは、「看護師個人としては自身が育つために、組織としては看護師を育てるために」活用することを基本的考え方として作成されました。

2 作成の経緯

訪問看護支援センターでは、訪問看護ステーション連絡協議会の皆さまの協力を得て、研修体系の検討等を行ってきたところですが、この検討の中で、JNA ラダーが私たちの求めている訪問看護師として必要な看護実践能力をぴったりと表現していると考え、その導入を図ることをめざし、実践例の作成やチェックシートの作成を行ったものです。

【参考 「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」

今回のJNA ラダーは、あらゆる場で活動する看護師に共通の“看護実践能力”として4つの力から構成され、5つの習熟段階で構成されています。

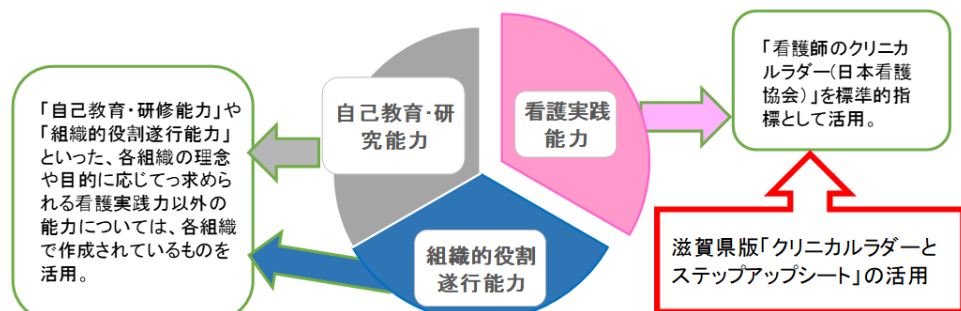


3 各事業所でラダーを導入するにあたっての考え方

各施設ですでにある看護師のキャリアラダーの中に、看護実践力のラダーを導入する活用について、日本看護協会は次の参考を示している。

各訪問看護ステーションにおいても、自施設において既にある育成の仕組みの中に今回のステップアップシートを位置づけ、滋賀県内のどのステーションでも共通の基本的な育成指針として活用していただきたいと考えています。

参考 「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」活用のための手引き P4



4 ラダーの導入とステップアップシートの活用

(1) 期待する訪問看護師像の確認

ラダー導入にあたり、自事業所の求める訪問看護師像を確認しておく必要があります。

検討委員会では、次の「滋賀県の目指す訪問看護師の姿」のイメージを検討して、ステップアップシートを作成していますので、参考にしてください。

滋賀県の目指す訪問看護師の姿

	レベルごとの看護師像	必要な知識・研修内容(例)
レベル I	利用者・家族等から得た情報をアセスメントして療養上の課題が抽出できる 病院等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて助言を受けながら応用し、看護実践できる 認知症や精神は、ラダー I から情報収集シートや課題抽出シートを活用して実践	精神科研修 認知症研修 感染管理
レベル II	病院等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて自ら応用し、看護実践できる 看護計画を評価し、再アセスメントにより新たな課題を抽出できる 標準的―― 脳梗塞・認知症・難病・非がんターミナル 再アセスメント―― 身体的・精神的・社会的問題に照らし合わせて計画の再評価	介護保険・医療保険制度 小児訪問看護
レベル III	療養の場において身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から情報収集し、一連の看護過程を自立して展開できる 一人前―― 夜間救急に対応できる 緊急増悪対応ができる 電話当番ができる 小児訪問看護ができる 実習指導者・後輩指導など 教育的役割を開始	自立支援法・福祉医療費助成制度 特定難病・小児慢性特定疾患医療費 実習指導者養成講習会 ターミナル
レベル IV	訪問看護ステーション内外の看護チームの目標に照らして、予後予測に基づき、看護実践の変更と評価ができる 在宅ケアチームにおいて、多職種と連携しながら在宅療養を支える医療者として調整力を発揮できる 幅広い視野―― 退院調整・癌末期 多重疾患(認知症+癌末期 等 や 精神+癌末期 等々) 実習指導者・後輩指導など 教育的役割を主となって実施	実習指導者養成講習会 退院調整 管理者研修(初任者)
レベル V	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 不足している社会資源について、在宅ケアの実践者の立場から政策提言できる そもそもの計画に沿ったケアにとどまらず、状況や時間経過の中での変化に沿って、その場に合わせたケア(その方の現状に適したケア)が実践できる より複雑な―― IVに加えて、社会的困難な課題を持つ利用者の調整 虐待・ネグレクト 等	管理者研修(2年以上) 研究方法論 学会活動 政策的活動 多角化等新規事業関係の研修

また、訪問看護師研修体系検討委員会により作成した報告書に記載した次の内容は、訪問看護師の役割および、社会の求める看護師を意識してまとめたものです。

訪問看護師研修体系検討事業報告書 より 抜粋

3-2 訪問看護師の役割

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

4 地域で必要とされる訪問看護師像

～地域で働く専門職としてどのような看護師が必要とされているか～

- 訪問看護ステーションや訪問看護師の役割を果たすために必要な力量の基本は、「誠実であり、主体的に考え判断できる看護師」であること。
- 社会情勢が変化する中で、その変化をとらえ、訪問看護師として今必要な力量を身に着けるため、主体的に学び続ける看護職であって欲しい。

(2) 訪問看護師の実践力の向上への活用

訪問看護従事者は、新人から長い経験をもつ者まで多様です。

しかし、訪問看護の現場では、経験や力量の違いにかかわらず、質の高い看護を求められます。

すべての看護職が質の高い看護を提供できるよう、各自の看護実践力の向上を図ることが必要となります。

そこで、このステップアップシートにより、個々の看護職の看護実践力の強みや弱みを確認し、更なる看護実践力の向上を図ることができるよう活用してください。

自分の強みと弱みの確認に活用

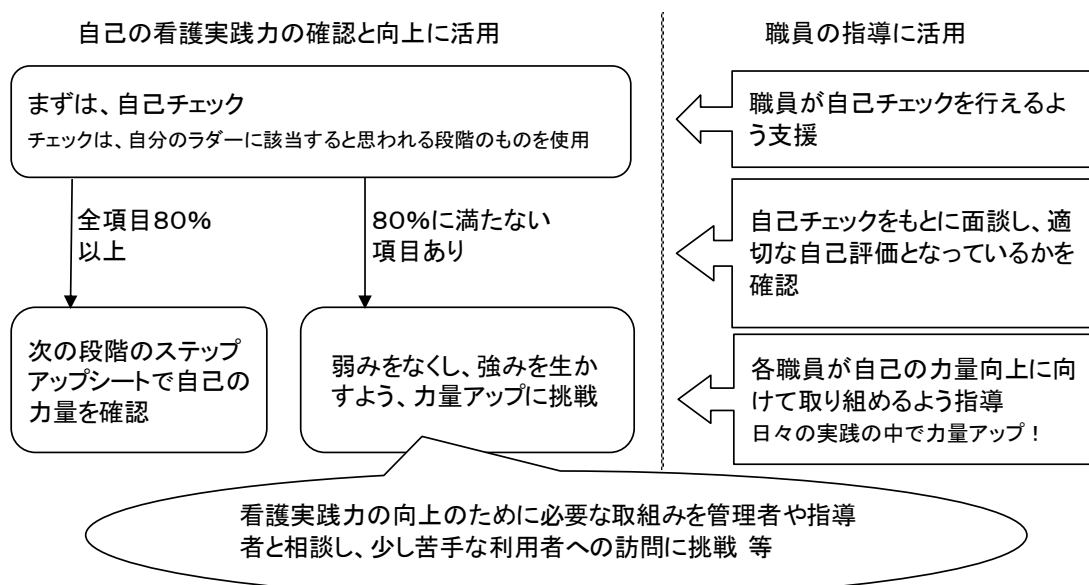
いつチェックするの?・・・採用時または、初めての方は、今 チェックしてみてください!

その後は、定期的(半年~1年ごと)にチェックしてみてください!

- ① まずは、自己チェックをしてみてください。
- ② チェックは、自分のラダーに該当すると思われる段階のものを使用してください。
- ③ 80%以上の評価となっている場合は、次の段階のステップアップシートで自己の力量を確認してください。
- ④ 看護実践力は、4つの項目で構成されていますが、いずれかの項目が80%に満たない場合は、その項目に関して、自己の力量アップに挑戦してください。
- ⑤ 自己評価ですので、自分に厳しい人や自己評価が甘い人などもおられるかと思います。そこで、管理者や先輩などと面談し、適切に自己評価ができてきているかの確認を行ってください。
- ⑥ また、自己の看護実践力の向上のために必要な取組みを相談し、少し苦手な利用者への訪問等・・・指導を受けつつ挑戦してみてください。

※ 使用における注意事項

- このステップアップシートは、自己の力量を把握し、より前向きに成長するために活用していただくものです。ですから、「できない項目が多いし・・・」と自信をなくすのではなく、「弱みがわかってよかった」と考えて、少しずつ成長できるように活用してください。
- チェックする場合には、常に利用者の所に行きどうだったか・・・など、利用者への看護実践をイメージしてチェックをしてください。
- あまり経験する機会がなかったという場合は、とりあえず、今回は非該当として処理してください。そして、今後意識して、その項目の経験をする機会も設けてください。その上で、自己チェックをして実践力の向上に努めてください。



(3) 訪問看護ステーションの人材育成への活用

訪問看護ステーションのスタッフは、多様な経験の職員が常勤・非常勤等様々な勤務形態で就業しています。しかし、利用者は、すべて同様の看護を提供してくれる「A 訪問看護ステーションの訪問看護師」ととらえます。均一な看護の提供を期待しています。

管理者としては、どの看護職が訪問しても、より良い看護が提供されるよう職員への指導を行うことが必要となります。

そこで、看護実践力に関する成長の指標として、ステップアップシートを活用していただきたいと考えています。

訪問看護師の人材育成に活用

何時使うの？・・・採用時に確認していただき、その後の看護実践力の成長に活用！
その後定期的に（半年～1年に1回程度）力量確認に活用願います！

- ① まずは、職員自身による自己チェックをしてください。
- ② チェックは、各看護職のラダーに該当すると思われる段階のものを使用してもらってください。
- ③ チェックをして80%以上の評価となっている場合は、次の段階のステップアップシートで自己の力量を確認してもらってください。
- ④ チェックした結果を確認しつつ、各看護職と面談をする等指導に活用してください。
- ⑤ 各自の自己評価ですので、自己評価の低いや自己評価が高い人等もおられるかと思えます。管理者や先輩などが、適切な自己評価となるよう面談で、各力量の確認を行ってください。
- ⑥ さらに、各看護職の方の看護実践力の向上のために必要な研修や、対応する利用者の選択など、看護実践力の弱みを改善できるよう支援をしてください。

※ 使用における注意事項

- このステップアップシートは、自己の力量を把握し、より前向きに成長するために活用していただくものです。ですから、弱みを指摘するのではなく、成長の機会を設ける等、力量向上に向けて指導してください。多くの方は、日々の利用者への実践の中で自己の看護実践を振り返り、適切な指導を受けることで成長します。その機会を設け指導をすることは、管理者や先輩方の役割です。
 - また、「できない項目が多いし・・・」と自信をなくしている職員にも、「弱みがわかってよかった」と次に向上する道筋を示す等、支援し指導してください。
 - 項目によって、あまり経験する機会がないという場合もあるかと思われます。その場合は、今回は非該当として処理してください。そして、今後意識して、その項目の経験をする機会を設けてください。
 - 各職員の方の実践力は、個々の方の成長の中で比較することはしても、他の方との比較はしないようにしてください。
 - 採用された看護職の方の実践力の把握に活用していただく場合、病院などで、ラダー5であった方にも、ラダー1から確認してもらってください。
- 訪問看護特有の内容もありますので、ご家庭に訪問した時の看護実践を振り返っていただくようにしてください。
- そのため、採用時に自己確認するとともに、実際の訪問看護の実践を行ってから再確認も行うようにしてください。

ステップアップシートの活用の時期

全ての看護職

ステップアップシートを導入に際して、全ての看護職の看護実践力を確認

半年後・1年後に再確認

再確認の時期は、面談で計画しておく。

新規に採用した看護職

① 採用時に、ステップアップシートでチェック

② 一人で訪問看護を実践した後
在宅の事例をイメージして、自己の看護実践を振り返ってチェック

3ヶ月後・半年後・1年後に再確認

再確認の時期は、面談で計画しておく。

各職員の成長を確認し、次の成長に活用

(4) ステップアップシートの使用方法

各訪問看護師の強みや弱みをレーダーチャートで示すことで分かりやすくしています。できましたら、エクセルシートをホームページからダウンロードして使用してください。紙で使用していただく場合は、印刷して、ご活用ください。

① 紙で使用していただく場合

レーダーチャートは作成できません。

しかし、チャートの基となっている数値は、各カテゴリーの項目数×5が母数で計算した数値です。計算して、図にしてみてください。

② エクセルで使用していただく場合

エクセルシートをダウンロードして、入力してください。

入力する場合には、次のように日付と評価を入力してください。

別添 訪問看護師ステップアップシート

レベル I

レベルの定義 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する

“滋養泉の目指す訪問看護師の姿”

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

採用時基本	カテゴリ	評価の観点	評価【5:できた 4:少してできた 3:やや不十分 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
				初回	2回目	3回目
		基本姿勢	法人および事業所の理念を理解できる 事業所の経営方針を知る 事業所の組織体制が理解できる 業務規程・就業規則等について理解できる 電話やパソコン等の操作方法がわかる 各種届出書類・必要な手続きを理解できる			

日付を入力して下さい
[4/1]または「4月1日」と入力すると、後の欄には連動しています。
また、「4/1」と入力しても「4月1日」と表記されます。

自分の力量について 1~5の数値の入力をして下さい。
数値が入力されますと、修得率は、児童計

日付を入力して下さい
[4/1]または「4月1日」と入力すると、後の欄には連動しています。
また、「4/1」と入力しても「4月1日」と表記されます。

自分の力量について 1~5の数値の入力をして下さい。
数値が入力されますと、修得率は、自動計算されます。

5段階評価		
初回	2回目	3回目
月日	月日	月日

入力した場合の例

レベル I

レベルの定義 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する

カテゴリ	月日	評価
基本姿勢		0%
ニーズを・人間関係能力		0%
ニーズを・情報収集力		0%
ニーズを・アセスメント力		0%
ケアする力・看護技術 感染管理		0%
ケアする力・看護過程		0%
ケアする力・リスクマネジメント 感染管理		0%
協働する力・情報収集		0%
協働する力・情報共有		0%
協働する力・多職種連携		0%
意思決定を支える力		0%

自分の成長を目で見て確認

レベル I 1回目...強み! 弱み!

3回 入力すると

5 看護実践能力を強化する学習支援

(1) 効率的な訪問看護教育は、フィールドの中で実践

看護実践能力の強化は、個々の看護師自身の自己研鑽に加え、職場としての学習支援の場の提供が必要です。しかし、訪問看護の現場は非常に多忙です。そこで、日々の訪問看護の実践と振り返りのプロセスを学びの場とすることが必要です。

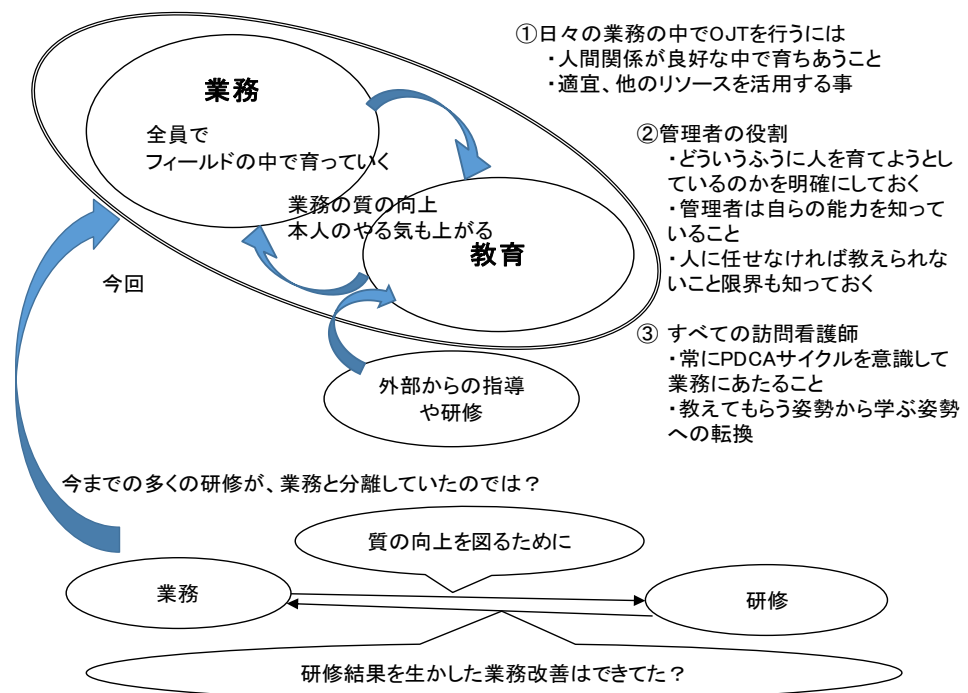
訪問看護師研修体系検討事業の報告書の中で記載している内容等を参考にして、現場の中での学習支援を行うと共に、他機関の研修も計画的に活用し、職員の学習支援を行ってください。

訪問看護師研修体系検討事業報告書 より 抜粋

6 日々の看護業務（対象のケアの実践）は専門職としての証

- 訪問看護師としての力量を形成するために、研修は重要な手段である。
そして、その学びの場は現場にあり、日々の訪問業務でのアセスメント、看護計画、実施、記録、評価の一連の看護過程の展開を意識的に実践し、それを職場教育として位置付けておくことが必要である。
- 看護過程の展開は、基礎教育を終了し資格を得た時に、その基本は身につけているが、その情報収集力やアセスメント力、看護実践能力などは、実践し学ぶ中でその専門性を高めていくことが必要な能力であり、これを発揮してこそ看護専門職といえる。
- また、経験年数がちがっても、このアセスメントできる能力についてそれぞれがスキルアップしていくことは必要であり、これを意識して日々の看護業務ができてこそ、専門職としての力量を発揮することができる。
- 日々の実践の中でスキルアップしていくためには、OJTによる教育が重要である。
- 訪問看護には、現場での対応力・判断力が求められるため、知識やスキルを応用する「実践」と、それに基づく効果や改善点への気づきなどを得る「振り返り」が必要である。
- さらに、この実践や振り返りを指導者や同僚とともに共有（事例検討）することで、実践力やアセスメント力を高めることが可能となる。
- また、指導者や同僚などと実施する同行訪問は、各看護職の看護を見直す機会となり、利用者の反応を別の視点で把握する機会ともなるので、新人教育のみでなく、ステーションの資質向上のためにも仕組みとしておきたい。

図5 効率的な訪問看護師教育は、フィールドの中で実践



(2) JNA ラダー4つの力と学習項目

「看護師の臨床ラダー（日本看護協会版）」活用の手引き 3、学習内容編の中で、基本となる学習内容が示されています。これらを考慮しつつ学習計画を考えていく必要があります。

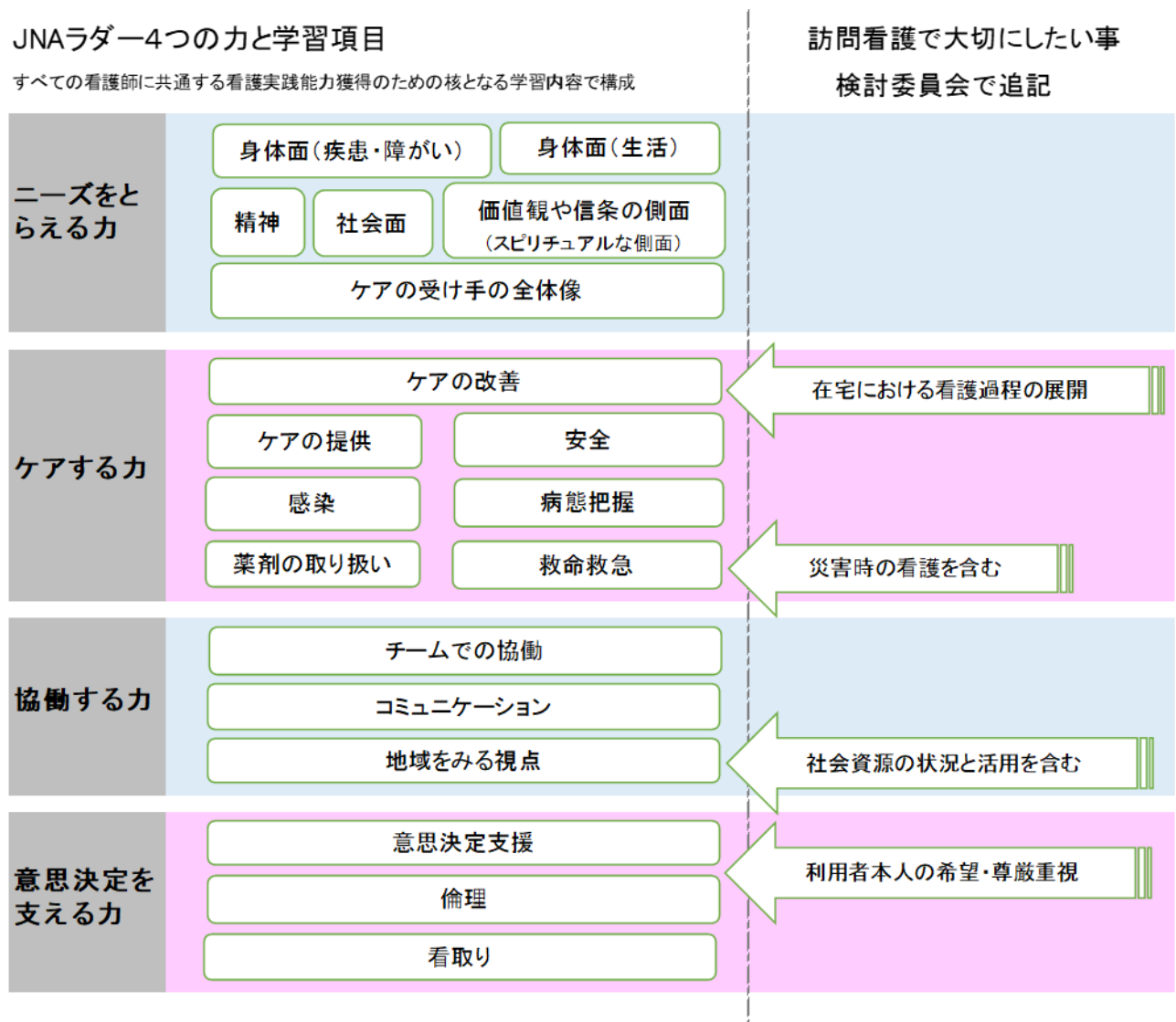
自施設の課題を勘案して学習企画を作成する際の参考にしてください。

「看護師の臨床ラダー（日本看護協会版）」活用の手引き 3、学習内容編
 日本看護協会のホームページを参照願います。
http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/guidance/pdf/guidance03_1006.pdf

この学習内容編には、訪問看護ステーションにおける活用例が示されています。（次ページに抜粋を掲載）

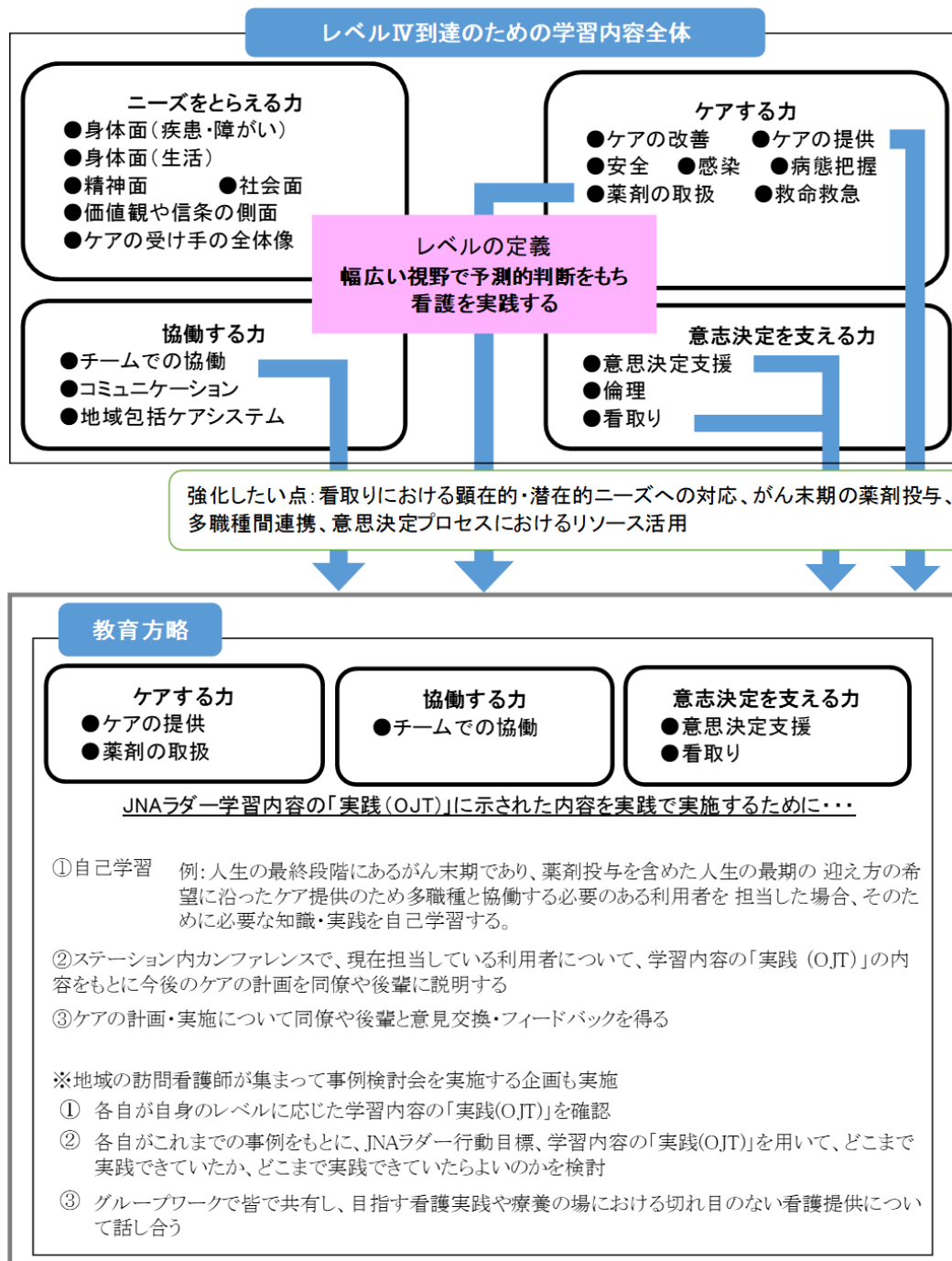
JNAラダー4つの力と学習項目

すべての看護師に共通する看護実践能力獲得のための核となる学習内容で構成



活用例② 訪問看護ステーションBの場合

1. 組織における人材育成の現状・課題
高齡化が急激に加速している地域であり、認知症へのケアや看取りへの対応が非常に求められている。
2. 教育の目的と目標
目的：利用者や家族の意思を尊重しながら、生活の質を高めるケア提供能力を身につけ、安心して在宅療養を継続できるための支援を提供する
目標：看取りにおける顕在的・潜在的ニーズに対応しながら多職種間連携を進め、意思決定プロセスにおいて適切なリソースを用いて支援する方略を理解できる
3. JNA ラダー学習内容を参考とした企画例
対象：レベルIVを目指す看護師



Ⅲ ラダーの判断をする実践場面の例

ラダーの判断に迷う事があるかもしれません。
そんな時の参考に・・・実践場面の中でどう考えるのか事例を次に示しています。

スタッフの皆さんは、看護実践を振り返り、事例を参考に、自分の看護実践力を見極めるのに活用してください。

管理者さんや指導者さんは、職員の皆さんの看護場面をともに振り返って「これができているよね!」と確認して
みてください。

訪問看護師ステップアップシート レベルごと場面 の 記載内容

レベル I

ニーズをとらえる力

ケアする力

協働する力

意思決定を支える力

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

5X歳 男性 精神発達遅滞 回腸人工肛門造設後
一人暮らし 近隣に住む姉が定期的に訪問し面倒を見ている。
訪問看護週2回 シャワー浴・人工肛門貼りかえ

5月〇日 の 訪問場面で

訪問し、部屋に入ってみると、ムっとしている。陽が差し込んでいて暑い窓が開けられていない。声をかけて窓を開ける。

観察すべきポイント(環境・衣服)が確認できている

本人は、まだ冬のセーターをきている。暑くないのかな?と思い体温を測る事を告げ、体にふれるとやはり汗ばんでいる。今日は暑いので入浴後は少し薄着にしてみようと思う。

看護師としての簡単な判断ができている

手順通り、入浴準備を整え本人に入浴してもらう。入浴後浴室でパウチを外し皮膚状態を確認する。

計画通りのケアができている

6時方向に発赤が強い。自室に戻るころには窓を閉め、カーテンを閉めておく。皮膚の発赤には過去の対応と同じようにステロイド軟こうを塗布し、数分後に拭き取りパウチを手順通り貼る。その他、背部に発疹あり市販のかゆみ止めを塗布する。

皮膚の観察を行い指示された手順でのケアができる

パウチは貼り終えたので自分で服を着てもらうが、その時に服の枚数などを確認し、さりげなく春物に交換するよう促した。

観察結果から判断して、服装の交換を促すことができている

その後は手順通りに浴室を片付け、ストマ用品などの汚物は袋を二重にして口を縛って燃えるゴミ用袋に入れた。
家族からの連絡がないかノートを確認した。

ステーションに戻り、先輩看護師にストマ周囲の皮膚の発赤や背部の発疹について報告し、ステロイド軟こう塗布などの対応でよかったか確認した。部屋が暑かったことや服装についても報告した。

指示内容や、訪問の中で気になったことを、先輩看護師に報告できている

以上の事を訪問看護記録に記載した。

記録することができている



レベルⅡ

ニーズをとらえる力

ケアする力

協働する力

意思決定を支える力

- 訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づき、自ら応用して看護実践できる
- 看護計画を評価し、再アセスメントにより新たな課題が抽出できる

5X歳 男性 精神発達遅滞 回腸人工肛門造設後
一人暮らし 近隣に住む姉が定期的に訪問し面倒を見ている。
訪問看護週2回 シャワー浴・人工肛門貼りかえ

5月〇日の訪問場面で

訪問し、部屋に入ってみると、ムっとしている。室温が上昇しているがエアコンがついていない。本人にエアコンを入れるように促す。自分で室温や衣類を調整することは難しいと聞いているので、入浴後の室温や衣類調整も調整して帰る必要があると考えた。

得た情報から、判断してケアする事ができている

バイタルサインをとりながら、食事内容について聞き、室内環境に変化がないか観察した。室内、ほこりがたまっている。掃除は家族がしてくれているらしいがどうなっているのだろうか。

観察し、問題に気づくことができる

手順通り、入浴準備を整え本人に入浴してもらおう。入浴後浴室でパウチを外し皮膚状態を確認する。

6時方向にあった発赤は軽減している。この発赤は前回ステロイド軟こうを塗布した部位であり軽減しているのでこのまま様子をみることにした。悪化するようであればストマ外来への受診も必要になると考えた。

観察し、今後の予測を判断できている

入浴中・後を通じて本日独語も多く、誰かに怒っているような内容だった。家族への報告が必要と判断した

入浴後、衣服を着てもらおう時に、夏の服は用意されていたのでそれを着ようながした。しかし、パウチを抑える腹帯が汚れていたが、替えがなかった。

家族からの連絡がないかノートを確認した。家族へパウチ用の腹帯の替えを用意してもらおうよう、ノートに記載した。皮膚の発赤のこと、ストマ外来受診が必要になるかもしれないということについても記載した。

観察結果と今後の悪化の可能性に関して、家族に報告する事ができている

本日独語が多かったことについても記載したが、入浴後は普段通りに戻っていたことも追記した。

ステーションに戻り、先輩看護師にストマ周囲の皮膚の発赤のこと、ストマ外来受診が必要になるかもしれないこと、腹帯の件などノートに記載してきたことを報告した。

自分が判断し実施してきたケアに関して、先輩に報告し、このケアでよかったのかを確認する事ができている

以上について看護記録に記載した。
次回の訪問看護で発赤状況を確認してもらい、必要ならばステロイド軟こう塗布するか他の対策方法など検討してもらおうこととなった。

次回の訪問での対応について、助言を得て、問題提起をすることができている

本日独語が多かったことについても報告した。
室内の掃除ができていないことについてはどのように働きかければよいか相談した。
先輩看護師からは、家族さんにも確認してみるが、声掛けして一緒にすれば本人も出来るはずなので、訪問時間はいっぱいだが、一度本人にするよう促して一緒にしてみればどうかとアドバイスをもらった。

気づいたが対応してこなかった課題に関して、助言を得て、ケア計画を検討する事ができている



レベルⅢ

ニーズをとらえる力

ケアする力

協働する力

意思決定を支える力

○ 療養の場において身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から情報収集し、一連の看護過程を自立して展開できる

5X歳 男性 精神発達遅滞 回腸人工肛門造設後
一人暮らし 近隣に住む姉が定期的に訪問し面倒を見ている。
訪問看護週2回 シャワー浴・人工肛門貼りかえ

5月〇日 の 訪問場面で

訪問し、バイタルサインをとりながら、食事内容について聞き、室内環境に変化がないか観察した。

菓子類や菓子パンの差し入れが多くなっている。本人の体重も増えてきている。

手順通り、入浴準備を整え本人に入浴してもらう。入浴後浴室でパウチを外し皮膚状態を確認する。

6時方向にあった発赤は軽減している。このまま様子を見ることにした。今のところストマ外来への受診は必要ないと判断した。

身体面、精神面、生活リズム、社会との関係性等の情報を基に、現在の状態を把握しケアを行うことができています

入浴中、やはり独語が多く、怒っているような口調である。最近増えている。話しかけると表情も和らぐが陰しい表情のときがある。

カレンダーを見ると、最近外出の機会が減っているようだった。本人に聞くと、やはり最近買い物に行っていないとの事。塗り絵が好きで一日中塗っている事もある聞いていた。

本人はサービス担当者が来てくれることは嬉しいと言う。

作業所に通えるレベルだがストマ処理を気にして作業所には通いたくないと言っている。入浴とストマ交換は問題なく終了した。

体重が増えている事、精神状態が不安定な事、外出の機会が減っている事から、

①家族が忙しく来訪しても差し入れを持ってきてすぐに帰ってしまっているかもしれない

②差し入れが少なくなると本人が不安になるので差し入れを増やしているのだろう

③一人の時間が増えストレスから間食の量が増えてしまい体重増加につながっている

と考えた。本当は作業ができる能力は十分に持っている人なので、来訪者を増やす目的もかねて

現在の生活全般を把握した上で、アセスメントし、もう一歩進んだケア計画の提案を行うことができています

作業療法を取り入れてはどうかと考えた。そこで散歩にも連れ出してもらえれば筋力低下予防にもつながるだろう。経済的に苦しい家ではあるが、福祉医療助成券があり、交通費はかかるが訪問看護が増えても免除されるため負担も大きくない。

訪問している看護師間でのケアの統一やOT導入について、今後の方向性についてステーション内でケースカンファレンスを行い意見交換し訪問看護師としての意思統一を図った。

ステーション内での意思統一を図るカンファレンスを実施する事ができています

そこで、姉に提案してみたところ快諾してもらえたため、ケアプラン担当保健師に事情を話し、サービス担当者会議を開催してはどうか提案し、開催に至った。会議では、現在の状況を説明し作業療法を入れる事の効果を説明し、導入に至った。

家族の了解を得て、会議の開催を提案し、会議にてサービスの導入に至ることができています。

作業療法プログラムの中に、本人でも可能な掃除の方法を一緒に考えてもらえないかと依頼した。

問題の解決に向けて、個々の職種役割を踏まえた提案を行うことができています。

レベルⅣ

ニーズをとらえる力

ケアする力

協働する力

意思決定を支える力

- 訪問看護ステーション内外の看護チームの目標に照らして、予後予測に基づき、看護実践の変更と評価ができる
- 在宅ケアチームにおいて、多職種と連携しながら在宅療養を支える医療者として調整力を発揮できる

5X歳 男性 精神発達遅滞 回腸人工肛門造設後
一人暮らし 近隣に住む姉が定期的に訪問し面倒を見ている。

5月〇日 の 訪問場面で

訪問看護週2回 シャワー浴・人工肛門貼りかえ 訪問看護(OT)週2回

訪問し、バイタルサインをとりながら、食事内容について聞き、室内環境に変化がないか観察した。

体重・食事管理表を作り、チームカンファレンスにかけ、統一した対応ができた。現状把握するための対応ができた。

菓子類や菓子パンの差し入れが多くなっている。本人の体重も増えてきている。

6時方向にあった発赤は軽減している。このまま様子を見ることにした。今のところストマ外来への受診は必要ないと判断した。

入浴中、やはり独語が多く、怒っているような口調である。話しかけると表情も和らぐが陰しい表情のときがある。

作業療法では切り絵・花瓶作りなどを行っている。本人は実に楽しそうに作業をこなしている。作品の量も増えてきている。掃除もOTが生活機能訓練の一つとして行ってくれているが時間的に余裕がない。

ある日、家族との交換ノートに姪から「本人と言い合いになってしまい、落ち込んでいます。」と書き込みがあった。気になったので姪さんと話をすると、夜勤明けで本人宅へ訪問するときに本人の要望とは違うものを購入し持って行ってしまったので本人が怒って暴言を吐いた。姪さんも驚いて怒ってしまったとのこと。

看護師が施設入所についても話したが、「親戚で支援してここで暮らさせてあげたい」との事。

介護者の負担も増えていると判断し、今後のサービスや方向性についてカンファレンスを持った方がよいと考えた。担当保健師と、以前に施設入所提案をしてくれた施設担当者、本人の姉、サービス担当者などが集まるよう働きかけた。

会議の中で、本人も施設入所は希望していないこと、家族も同じ考えという事が確認された。

しかし、今後家族の状況も変化していくことが考えられる為、施設入所の事は視野にいれておいた方がよい事を全員で確認しあった。

施設の方は空いていれば受け入れる事は可能なので、必要な時は相談するという事で同意をえた。

介護負担を軽減するためにも、本人の能力を生かすためにも、ヘルパーの助言を受けながら本人が掃除ができるようになる事を目標にヘルパーを導入することを提案した。

家族の同意もえられたため、ヘルパー導入に至った。

予後予測に基づき、看護実践の変更をすることができた

看護チームの目標に照らして、アセスメントできている

現状から今後予測される課題への対応を行うため、関係者間での会議を調整する事ができている

今後の変化に応じて対応できる体制についても検討できている

本人の潜在的な能力を引き出せるような、新たな取り組みの提案を行うことができています



レベルV

ニーズをとらえる力

ケアする力

協働する力

意思決定を支える力

- より複雑な状況において、利用者にとって最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
- 訪問看護ステーションが提供する看護の質を管理する立場から教育的役割を発揮できる
- 不足している社会資源について、在宅ケアの実践者の立場から政策提言できる

5X歳 男性 精神発達遅滞 回腸人工肛門造設後
一人暮らし 近隣に住む姉が定期的に訪問し面倒を見ている。

5月〇日 の 訪問場面で

訪問看護週2回 シャワー浴・人工肛門貼りかえ 訪問看護(OT)週2回 訪問介護(自立支援)週1回

本人の年齢による体型の変化やストマの異常など起こり得る合併症に対し、ストマ外来看護師と連携して、最新の情報からスタッフにケア方法を提案し、スタッフの相談に乗る。また、スタッフに研修参加を促した。

より質の高い看護ケアを導入するための行動を行っている。教育的役割を発揮している

それぞれのサービス提供者から、情報を収集し分析し現状問題となっている事、今後問題になるであろう内容を明確にした。

特に今後起こってくると考えられる

・姉に健康上の問題が生じた、仕事が無くなった等の事態により本人の面倒をみることができなくなる

・本人に健康上の問題が生じ、一人暮らしが困難になる

・姪が転勤して遠くへ行くので、今までのように本人の世話をすることができなくなる 等々…何らかの事情で…に変更だったと思います。

これらの事に関して今から方策を考えておくために、関係者を集め意思確認のカンファレンスを開催するよう発信した。

現状から、今後予測される課題への対応を行うため、関係者間での会議を調整する事ができている

カンファレンスにおいて、これらの課題への対応を考える中で、主となって提案するように発言した。

困難な課題に関する調整において、中心的役割を果たすことができている

具体的には、予測しうる検討事項…何らかの理由で独り暮らしが困難になったときには「施設入所の方向」と姉は以前に発言しているので、施設への入所申し込みをいつどの段階で行うか。今行うか。金銭管理について、いつの段階で補佐人などをつけるか。その時の本人の健康状態(ストマケアあり)で施設入所が可能かどうか…等の確認を行っていかうと考えている。

もし施設入所が不可能であれば、地域の関係者と共に今後の方向性を検討するための働きかけを行う。

今後の変化に応じて対応できる体制についても検討できている

現在、姉は施設入所と考えているが、本人はそれを望んでいない(その時点で本人の意思確認が再度必要になるが)という状況である。

家族と本人の意思が異なっており、その中で、生活場所の選定について、本人の意思を尊重しつつ、倫理的問題(*)とその地域での社会的資源などのリソースを活用する事を踏まえた調整が必要であると判断した。

そこで、他職種を巻き込み、話し合い、本人と家族にとって最良な方向へと導くことができるよう検討を進める準備をしている。

* 倫理的問題も4分割法などを用い検討する。

非常に困難な課題について、多方面からの調整を行なおうとしている



参考資料

1. 滋賀県の「看護師の臨床ラダー(日本看護協会版)を滋賀県版に一部変更」した滋賀県版ラダー

「看護師の臨床ラダー（日本看護協会版）を滋賀県版に一部変更」

看護の核となる実践能力: 看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、利用者のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力

定義	レベル	I	II
	レベルの定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する
滋賀県の目指す訪問看護師の姿	利用者・家族等から得た情報をアセスメントして療養上の課題が抽出できる 病院等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて助言を受けながら応用し、看護実践できる	病院等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて助言を受けながら応用し、看護実践できる	病院等の施設内で看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて自ら応用し、看護実践できる 看護計画を評価し、再アセスメントにより新たな課題を抽出できる
看護の核となる実践能力	ニーズをとらえる力	【レベル毎の目標】 助言を得て利用者や状況(場)のニーズをとらえる	利用者や状況(場)のニーズを自らとらえる
		【行動目標】 ① 助言を受けながら利用者に必要な身体的、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 ② 利用者の状況から緊急度をとらえることができる	① 自立して利用者に必要な身体的、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 ② 得られた情報をもとに、利用者の全体像としての課題をとらえることができる
	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	利用者や状況(場)に応じた看護を実践する
		【行動目標】 ① 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる ② 指導を受けながら、利用者に基本的援助ができる ③ 看護手順やガイドラインに沿って、基本的看護技術を用いて看護援助ができる	① 利用者の個性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 ② 利用者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 ③ 利用者の状況に応じた援助ができる
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	
	【行動目標】 ① 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 ② 助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる ③ 助言を受けながらケアに必要なと判断した情報を関係者から収集することができる ④ 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 ⑤ 連絡・報告・相談ができる	① 利用者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、それぞれ積極的に情報交換ができる ② 関係者と密にコミュニケーションをとることができる ③ 看護の展開に必要な関係者を特定できる ④ 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる	
意思決定を支える力	【レベル毎の目標】 利用者や周囲の人々の意向を知る	利用者や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	
	【行動目標】 ① 助言を受けながら利用者や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	① 利用者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 ② 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	


日本看護協会版の「看護師のクリニカルリーダー」においては、あらゆる施設や場におけるすべての看護師に共通して使用できるように「ケアの受け手」という表現で統一されています。
 今回滋賀県看護協会において、訪問看護ステーションにおける実践例を示すにあたっては、「ケアの受け手」ではなく、「利用者・家族等」と表現することとしました。オリジナルの日本看護会のクリニカルリーダーを変更しているのは、この標記のみです。

III	IV	V
利用者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、利用者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
療養の場において身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から情報収集し、一連の看護過程を自立して展開できる (一人前・実習指導者)	訪問看護ステーション内外の看護チームの目標に照らして、予後予測に基づき、看護実践の変更と評価ができる 在宅ケアチームにおいて、多職種と連携しながら在宅療養を支える医療者として調整力を発揮できる (教育担当者・管理者)	訪問看護ステーションが提供する看護の質を管理する立場から教育的役割を發揮できる 不足している社会資源について、在宅ケアの実践者の立場から政策提言できる (スペシャリスト・管理者)
利用者や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	利用者や状況(場)を統合しニーズをとらえる	利用者や状況(場)の関連や意味をふまえてニーズをとらえる
① 利用者に必要な身体的、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 ② 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	① 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 ② 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	① 複雑な状況を把握し、利用者を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる ② 利用者や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
利用者や状況(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
① 利用者の個別性に合わせて、適切なケアを実践できる ② 利用者の顕在的・潜在的ニーズを察知しケアの方法に工夫ができる ③ 利用者の個別性をとらえ、看護実践に反映ができる	① 利用者の顕在的・潜在的な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 ② 幅広い視野で利用者をとらえ、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	① 利用者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 ② 複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる
利用者やその関係者、多職種と連携ができる	利用者を取り巻く多職種の力を調整し連携できる	利用者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
① 利用者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 ② 利用者やケアについて意見交換できる ③ 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	① 利用者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 ② 多職種間の連携が機能するように調整できる ③ 多職種の活力を維持・向上させる関わりができる	① 複雑な状況(場)の中で見えにくくなっている利用者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 ② 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 ③ 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる ④ 目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる
利用者や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	利用者や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる	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
① 利用者や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる ② 利用者や周囲の人々の意向の違いが理解できる ③ 利用者や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる	① 利用者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	① 適切な資源を積極的に活用し、利用者や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる ② 法的および文化的配慮など多方面から利用者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

「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」を基にした滋賀県実践例

看護の核となる実践能力：看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力
ニーズをとらえる力

日本看護協会版の「看護師のクリニカルラダー」においては、あらゆる施設や場におけるすべての看護師に共通して使用できるように「ケアの受け手」という表現で統一されている。今回滋賀県看護協会において、訪問看護ステーションにおける実践例を示すにあたっては、「ケアの受け手」ではなく、「利用者・家族等」と表現することとする。

定義	レベル	I	II	III	IV	V
	レベルの定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	利用者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、利用者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】	助言を得て利用者や状況(場)のニーズをとらえる	利用者や状況(場)のニーズを自らとらえる	利用者や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	利用者や状況(場)を統合しニーズをとらえる	利用者や状況(場)の関連や意味をふまえたニーズをとらえる
	【行動目標】	① 助言を受けながら利用者に必要な身体的、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 ② 利用者の状況から緊急度をとらえることができる	① 自立して利用者に必要な身体的、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 ② 得られた情報をもとに、利用者の全体像としての課題をとらえることができる	① 利用者に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個性を踏まえ必要な情報収集ができる ② 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	① 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 ② 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	① 複雑な状況を把握し、利用者を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる ② 利用者や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる
看護の核となる実践能力	実践例 行動目標 ①	① 助言を受けながら、利用者・家族等への訪問看護に必要な身体的、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 ① 助言を受けながら、生活という視点からのケアに必要な地域性、家族構成、環境等の情報収集ができる	① 自立して、  ① 自立して、多職種からの情報収集ができる ① 自然な会話の中で、利用者・家族等から必要な情報収集ができる ① 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	① 個性をふまえ、 ① 個性をふまえ、利用者・家族の価値観や能力の情報をとらえられる ① 利用者・家族等のケアに必要な情報について、多職種と共有できているか確認することができる	① 利用者の疾患、治療による影響、今後起こり得ることを予測し判断しながら、関係機関、病院等から情報収集ができる ① 利用者・家族等の希望、思いに寄りそったケアができるための情報がとらえられる	① 複雑困難な利用者の状況を生活歴、家族歴、地域福祉、社会資源など様々な視点からの確に把握でき、問題を明確化できる ① 複雑困難な利用者にかかわる多職種からの情報を分析し、問題を明確化できる
	実践例 行動目標 ②	② 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 ② 情報から利用者の全体像のアセスメントができ、必要な課題をとらえることができる	②看護計画を評価して再アセスメントに必要な情報を収集し、課題を見直すことができる ② 利用者の看護過程の展開が自立してできる ② 利用者の状況から、他者の支援の必要性が判断できる	② 状況の変化に気づき、その変化に応じた優先度の高いニーズを把握することができる	② 療養場所や治療などの選択に関して、利用者・家族等が合意形成するのに必要な情報を統合し、ニーズをとらえることができる	② 複雑困難な利用者・家族等の生活状況・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 ② 地域を全体的に見わたして、不足している社会資源を判断し、地域や関係機関に提案したり、働きかけることができる

「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」を基にした滋賀県実践例

看護の核となる実践能力：看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力
ケアする力

日本看護協会版の「看護師のクリニカルラダー」においては、あらゆる施設や場におけるすべての看護師に共通して使用できるように「ケアの受け手」という表現で統一されている。今回滋賀県看護協会において、訪問看護ステーションにおける実践例を示すにあたっては、「ケアの受け手」ではなく、「利用者・家族等」と表現することとする。

レベル	I	II	III	IV	V
定義	レベルの定義 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	利用者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、利用者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
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 【行動目標】 ① 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる ② 指導を受けながら、利用者に基本的援助ができる ③ 看護手順やガイドラインに沿って、基本的看護技術を用いて看護援助ができる	利用者や状況(場)に応じた看護を実践する ① 利用者の個性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 ② 利用者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 ③ 利用者の状況に応じた援助ができる	利用者や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する ① 利用者の個性性に合わせて、適切なケアを実践できる ② 利用者の顕在的・潜在的ニーズを察知しケアの方法に工夫ができる ③ 利用者の個性性をとらえ、看護実践に反映ができる	様々な技術を選択・応用し看護を実践する ① 利用者の顕在的・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 ② 幅広い視野で利用者をとらえ、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	最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する ① 利用者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 ② 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	行動目標 ① ① 助言を得ながら、在宅における看護手順に沿ったケアを、受け持ち利用者を実施することができる	① 受け持ち利用者の看護計画を立案できる ① 受け持ち利用者の病状や状況の変化に応じて看護計画を再アセスメントし、問題や課題へのケアや対応ができる ① 在宅における看護手順やガイドラインに沿ったケアを、受け持ち利用者に対して、自立して実施できる	① 利用者・家族等の個性性に合わせて、物、時間、ケア内容、サービス体制の工夫ができる。限られた物と時間での効率的なケア、サービス体制の組み合わせの工夫を考えることができる ① 利用者・家族等の経済状況を理解した上で可能な限り在宅にある物品を利用してケアを行うケアの方法や物品の選択、提案はニーズに合わせて工夫ができる □ 状況に応じて訪問だけでなく、電話連絡などによる状態の確認やフォローをすることができる	① 利用者・家族等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、訪問時間、回数等を相談のうえ調整することができる □ ケアの方法や、物品の選択・提案において、利用者の経済状況を理解した上で、費用負担を考えて、ニーズに合わせた最適なものを判断し選択できる ① 直接訪問だけでなく、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、利用者や家族等の状況から判断する事ができる	① 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を積極的に取得し、ケアに活かすことができる 関わる他のスタッフに指導することができる □ 複雑な状況の中で見えにくくなっている利用者・家族等の課題を、看護理論等に沿って整理し、ニーズを引き出し、必要なケアを実施できる
実践例	行動目標 ② ② 基本的な配慮をしながら、在宅においてケアを提供することができる	② 記録物や利用者から必要な情報を得て、複数の医療処置や看護技術を計画に基づき自立して実施できる ② 実施した看護について、利用者及び家族、訪問看護ステーションに報告し、次回の訪問看護に向けて評価ができる	② 利用者・家族等の病状や療養環境の変化等に応じて、ケア方法の工夫や物品の選択等について、ニーズに応じたケアを提案できる(臨機応変な対応ができる) ② 夜間の緊急時など、利用者・家族等の病状や療養環境の変化等に応じて、臨機応変に対応ができる □ ケア後、予測される病状変化・連絡方法について、利用者・家族に説明できる ② 利用者・家族等の生活信条を尊重した配慮ができる	② 在宅看取りの際は、利用者・家族等の思いを踏まえながら、医師の診療体制の確認や、訪問看護の時間、回数など調整を行うことができる ② 状態に応じて、予測される今後の状況の変化や医師や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、介護職等に伝えて情報共有を図ることができる ② 退院前後の在宅移行時のケア調整やターミナル期のケア調整など、利用者の療養状況の変化を予測してケアの提案ができる	② 利用者・家族等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、実施できる
実践例	行動目標 ③ ③ 利用者のケア方法を看護手順やガイドラインなどから理解し、指導を得ながら実施できる ③ 在宅における感染対策について理解でき、訪問前後に正しい手技で手洗いができる ③ 病院や施設と異なり、医療廃棄物専用のスペースがないことを考慮しつつ、在宅において必要な感染対策を、助言を得ながら実施できる	③ 比較的重症ではない利用者(脳梗塞、認知症、難病、非がんターミナルの利用者等)や安定している利用者について、ケアプランの中の定められた時間の中で、必要なケアを実践できる ③ 利用者の状態が訪問前の想定より重症であったり、自らが対応することが困難であると判断した場合は、事業所等に連絡相談をして指示を受け対応することができる ② 相談しながら、夜間緊急時の対応ができる	③ 比較的重症な利用者について、居宅サービス計画書の中に定められた時間の中で、必要なケアを実践できる また、必要に応じて適切なケアプランの提案ができる ③ 病状の変化や問題などが生じた場合、臨機応変に対応、報告ができる ③ 関係機関(者)との調整が必要な、一人暮らし等の利用者について、関係機関と調整し、ケアを実践できる	<p>『ただ単に、回数を増やすのではないよ・・・利用者の経済状態や家族の状況などを踏まえて、調整することができる』ことを示しています。</p> <p>“利用者の療養の場の変化” IIまでは安定期の訪問看護 IIIは急変等を含む訪問看護、 IVは複雑な調整を要する利用者の訪問看護(退院調整を含む) Vはより複雑な調整を要する利用者の訪問看護</p>	

「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」を基にした滋賀県実践例

看護の核となる実践能力：看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力
協働する力

日本看護協会版の「看護師のクリニカルラダー」においては、あらゆる施設や場におけるすべての看護師に共通して使用できるように「ケアの受け手」という表現で統一されている。今回滋賀県看護協会において、訪問看護ステーションにおける実践例を示すにあたっては、「ケアの受け手」ではなく、「利用者・家族等」と表現することとする。

定義	レベル	I	II	III	IV	V
	レベルの定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	利用者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、利用者にとっての最適手段を選択しQOLを高めるための看護を実践する
看護の核となる実践能力	協働する力	<p>【レベル毎の目標】</p> <p>関係者と情報共有ができる</p> <p>【行動目標】</p> <p>① 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 ② 助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる ③ 助言を受けながらケアに必要と判断した情報を関係者から収集することができる ④ 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 ⑤ 連絡・報告・相談ができる</p>	<p>看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる</p> <p>① 利用者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、それぞれ積極的に情報交換ができる ② 関係者と密にコミュニケーションをとることができる ③ 看護の展開に必要な関係者を特定できる ④ 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる</p>	<p>利用者がその関係者、多職種と連携ができる</p> <p>① 利用者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 ② 利用者やケアについて意見交換できる ③ 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる</p>	<p>利用者を取り巻く多職種の力を調整し連携できる</p> <p>① 利用者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 ② 多職種間の連携が機能するように調整できる ③ 多職種の活力を維持・向上させる関わりができる</p>	<p>利用者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</p> <p>① 複雑な状況(場)の中で見えにくくなっている利用者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 ② 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 ③ 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる ④ 目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる</p>
	実践例	<p>行動目標 ①</p> <p>① 助言を得ながら、他のサービス提供者の記録から看護に必要な情報を読み取り、行った看護ケアや観察結果等を記録に残し、関係者に情報を伝えることができる</p> <p>① 利用者を取り巻く関係職種が行っているサービス内容や役割を理解するとともに、利用者の情報について、サービスを提供している事業所と共有することができる</p> <p>① 事業所内カンファレンスに参加し、発言することで、自らのもつ情報を提供して関係者と共有することができる</p>	<p>① 利用者の状況の変化に合わせて、情報交換する必要がある時には、連絡をとる相手や方法、タイミングを判断する</p> <p>① 入院、入所時には看護サマリーを記入し、他職種と連携した継続看護の提供ができる</p>	<p>① 利用者の個別的なニーズを実現するための具体策について、関係者の役割を理解した上で、利用者・家族等と共に、検討することができる</p> <p>① 利用者に新たな職種からの支援が必要であると判断した場合には、利用者・家族等に説明し共に、検討することができる</p>	<p>① 利用者の状況から、今後起こりうる可能性のある事柄について主治医や関係者に連絡し、その対応方法について説明することができる</p> <p>① 利用者・家族等の状況から、療養生活の継続が難しくなることが予測される場合等に、サービス調整会議の開催を提案することができる</p>	<p>① 複雑な状況の中で見えにくくなっている利用者・家族等の課題を、看護理論等に沿って整理し、ニーズを引き出すことができ、利用者の課題やニーズについて根拠をもって他職種に説明できる</p> <p>また、ケアに必要な各関係機関と連携することができる</p> <p>① 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、問題解決を図ることができる</p> <p>① 高齢者虐待といった家族の介護により利用者が生命の危機に瀕していると判断した場合は、関係機関と協働し安全を確保することができる。</p>
	実践例	<p>行動目標 ②</p> <p>② 居宅サービス計画書の内容から他職種の役割を理解し、訪問看護に求められる役割と援助内容を理解する</p> <p>② サービス利用表・提供票から、利用者に対しサービスを提供している事業所や週間間予定を把握し、それぞれの役割を理解する</p>	<p>② 関係者とのコミュニケーション方法について、次の連絡方法を経験する 口頭、電話、FAX、文書、メモ書き、専用ノート、それぞれの職種の専用の記録用紙など</p> <p>また、利用者個々の特性を理解して、多様な方法もちいて、コミュニケーションをとることができる</p>	<p>② 利用者の個別的なニーズを実現するために検討した内容について説明し、実践可能な方策について調整することができる</p> <p>② サービス担当者会議や調整会議において、関係者の多様な価値観を理解した上で、看護職として必要な情報交換をすることができる</p> <p>② 利用者ごとの生活環境や生活習慣を把握した上で、それらを考慮したサービス体制を、関係者と共に作る事ができる</p> <p>② 必要なサービスについて、利用者・家族等への説明をした上で、導入について調整ができる</p>	<p>② 利用者や関係者の状況から、効率的な連携の方法について提案することができる</p> <p>② 利用者・家族等の現在の状況と、今後予測される状況をとらえ、利用者の希望やニーズに応じて必要な連携職種を判断し、調整することができる</p> <p>② ケアマネジャーがいない利用者に対しては、中心的役割を果たし、多職種と連携することができる。</p>	<p>② 困難事例の調整会議において、全体を把握しながら、ファシリテーターとしての役割を果たす事ができる</p>
	実践例	<p>行動目標 ③</p> <p>③ ケアに必要と判断した情報について、助言を得ながら関係者から情報収集をすることができる</p>	<p>③ 利用者の状況の変化がある時に、どの職種に連絡調整をすればいいかを判断し、連絡調整を行うことができる</p> <p>③ 助言を得ながら、受け持ち利用者の急な病状変化に対し、サービス調整が必要になることを理解することができる</p>	<p>③ 必要に応じてケアマネジャーや相談員に調整会議の開催の必要性を提案することができる</p> <p>③ サービスの調整が必要となった時、医師への報告や、ケアマネジャーへの連絡などを行うことができる</p> <p>③ サービス担当者会議に参加し、情報収集ができ、意見交換ができる</p>	<p>③ 事例検討会やデスクカンファレンスを開催し、行ったケアの振り返りを行い、関係者のケア内容への思いの共有を図ることができる</p>	<p>③ 利用者のニーズに沿ったケアの目標を、関係者間で共通理解するために、調整の中心的役割を果たすことができる</p>
	実践例	<p>行動目標 ④</p> <p>④ 助言を得ながら、利用者の関係者それぞれの役割やケアの視点の相違について理解する</p>	<p>④ 事業所内カンファレンスにて、日々の実践について報告でき、問題点を挙げられる問題や課題について発言し、関係者と協働する方向での看護計画について検討できる</p>	<p>③ 看護の視点から利用者の状況をアセスメントし、サービス担当者会議や調整会議で関係者と情報交換をすることができる</p>		<p>④ 多職種における事例検討会を定期的に行えるシステム作りを行う等により、関係者の活力を引き出す役割を果たすことができる</p>
実践例	<p>行動目標 ⑤</p> <p>⑤ 利用者の状況やケアの内容等を他の看護師に連絡・報告・相談ができる</p> <p>⑤ 助言を得ながら、利用者の状態の変化に応じて看護ケアを行い、主治医や関係職種に連絡することができる</p>					

「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」を基にした滋賀県実践例

看護の核となる実践能力：看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力
意思決定を支える力

日本看護協会版の「看護師のクリニカルラダー」においては、あらゆる施設や場におけるすべての看護師に共通して使用できるように「ケアの受け手」という表現で統一されている。今回滋賀県看護協会において、訪問看護ステーションにおける実践例を示すにあたっては、「ケアの受け手」ではなく、「利用者・家族等」と表現することとする。

定義	レベル	I	II	III	IV	V
	レベルの定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する	標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する	利用者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、利用者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
看護の核となる実践能力	【レベル毎の目標】	利用者や周囲の人々の意向を知る	利用者や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	利用者や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	利用者や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる	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】	① 助言を受けながら利用者や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる	① 利用者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 ② 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	① 利用者や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる ② 利用者や周囲の人々の意向の違いが理解できる ③ 利用者や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる	① 利用者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	① 適切な資源を積極的に活用し、利用者や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる ② 法のおよび文化的配慮など多方面から利用者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	① 助言を受けながら、利用者や家族、周囲の人々との会話や言動から、療養生活への思いや考え、希望を確認することができる	① 自ら利用者や家族、周囲の人々の生活史に目を向けながら、思いや考え、希望を意図的に確認することができる ① 利用者・家族等の希望や意思に対し、その意思を支え続けられる体制や環境になっているかを考えることができる	① 利用者と家族が意思決定するにあたり、必要な情報を提供し理解できるように説明することができる ① 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、利用者や家族の気持ちに寄り添いつつ、情報を提供する事ができる	① 利用者の身体的、精神的変化を予測し、利用者や家族等の意思決定に伴うゆらぎに寄り添い、変化に応じて調整し、意思決定を促すことができる ① 治療選択の場において、今後起こり得る生活の変化について等説明し、それらに関して、利用者や家族の認識のズレがあれば、それに気づき調整ができる ① 人生の最終段階を迎えようとしている利用者とその家族が望む最期の在り方を繰り返し確認し、必要に応じて再調整し、希望が尊重されたケア体制を整えることができる ① 利用者と家族等が意思決定する際に、予測を含めた情報提供を行うことができる 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伝えることができる ① 「現在」だけでなく「先」を見据えた意思決定の支援ができる	① 複雑な意思決定プロセスにおいて、利用者や家族、周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎに寄り添い、変化に応じて意図的に多職種を巻き込みながら職種の役割を調整し、意思決定へ導くことができる ① 利用者や周囲の人々の療養への意向が異なり、調整が困難な状況にある等においても、その状況を再度確認し、必要時は再調整し、利用者の希望が尊重されたケア体制を整えることができる
	実践例	② 利用者や家族の生活してきた歴史や環境を考えながら、思いや考えを傾聴し、共感的に受け止めることができる ② 利用者や家族等のサービスに対する希望をくみ取り、その思いや希望を、訪問看護計画に活かし、次回の訪問時のケアに生かすことができる	② 利用者や家族等のそれぞれの意思や意向の違いを理解し、複数の価値観や思いをくみ取り、寄り添うことができる ② 利用者や家族それぞれが持っている、意思決定後の療養生活のイメージが理解できる			② 倫理的問題（本人の意思と家族の意思が異なり、利用者が苦しんでいる等）のある利用者や家族等の複雑な意思決定場面において、多職種と連携し、地域の社会資源等を活用する等の調整を行い、意思決定を支援することができる ② 意識障害や認知症など、本人の意向の確認が困難な状態にある利用者の意思決定支援ができる
	実践例			③ 利用者や家族、周囲の人々のそれぞれの意思や意向を、関係機関や関係職種と共有できるようにカンファレンス等で代弁することができる		② 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、地域の社会資源などのリソースを活用して調整ができる

訪問看護ステップアップシート

レベルⅠ



レベルの定義 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

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



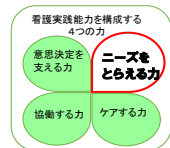
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
採用時基本	基本的姿勢	法人および事業所の理念を理解できる			
		事業所の運営方針を知る			
		事業所の組織体制が理解できる			
		サービス規程・就業規則等について理解できる			
		電話やパソコン等の操作方法がわかり使用できる			
		各種届出書類・必要な手続き理解できる			
		緊急時連絡網を理解できる			
		事業所内の情報セキュリティについて理解でき行動できる			
		日々の看護活動につ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

ニーズを捉える力

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

行動目標 ① 助言を受けながら、受け持ち利用者の身体的・精神的・社会的、スピリチュアルな側面から情報収集ができる

② “利用者および家族”の状況から緊急度をとらえることができる



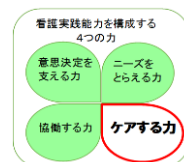
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
ニーズを捉える力	人間関係能力	利用者や家族との約束や、依頼されたことについて誠実に対応できる			
		利用者に問題に対して意識をもって関わり、気づいた問題に対して他者に伝え理解を得ることができる			
		療養上必要な情報を得ることや、看護師の助言等を伝えやすい関係を利用者・家族と築くことができる			
		守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮することができる			
		看護は利用者中心のサービスであることを認識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

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

ケアする力

【レベルⅠの目標】 助言を得ながら、安全な看護を実践する

- 行動目標 ① 指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる
 ② 指導を受けながら、“利用者および家族”に基本的援助ができる
 ③ 看護手順やガイドラインに沿って、基本的看護技術を用いて看護援助ができる

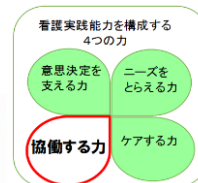


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ケアする力 助言を得ながら、安全な看護を実践する	在宅看護 認識・技術	訪問する利用者の看護に必要な物品を訪問前に準備することができる			
		助言を得て衛生材料の物品を適切に選択できる			
		利用者の状況を踏まえて適切な身支度ができる			
		利用者の家においてケアを提供することを意識し、基本的なマナーを守りケアを実施することができる			
		助言を得ながら、在宅における看護手順に沿ったケアを、受け持ち利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

協働する力

【レベルⅠの目標】 関係者と情報共有ができる

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

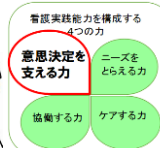


カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価			
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日	
協働する力 関係者と情報共有ができる	情報収集	助言を得ながら、他のサービス提供者の記録から看護に必要な情報を読み取り、行った看護ケアや観察結果等を記録に残し、関係者に情報を伝えることができる				
		訪問看護に必要な制度（医療保険・介護保険）等の仕組みについて理解して、利用者の保険や費用の状況を把握する				
		居宅サービス計画書・サービス利用表・提供票から、利用者に対しサービスを提供している事業所や週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

意思決定を支える力

【レベルⅠの目標】 “利用者および家族”や周囲の人々の意向を知る

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



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

レベル I



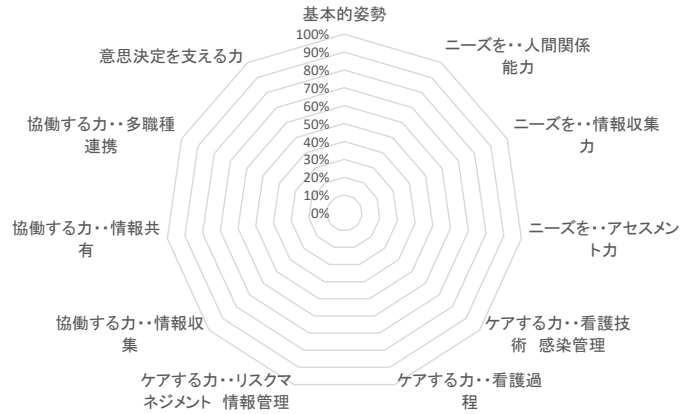
レベルの定義

基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する

	月	日	
基本的姿勢			
ニーズを・・・人間関係能力			
ニーズを・・・情報収集力			
ニーズを・・・アセスメント力			
ケアする力・・・看護技術 感染管理			
ケアする力・・・看護過程			
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理			
協働する力・・・情報収集			
協働する力・・・情報共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			

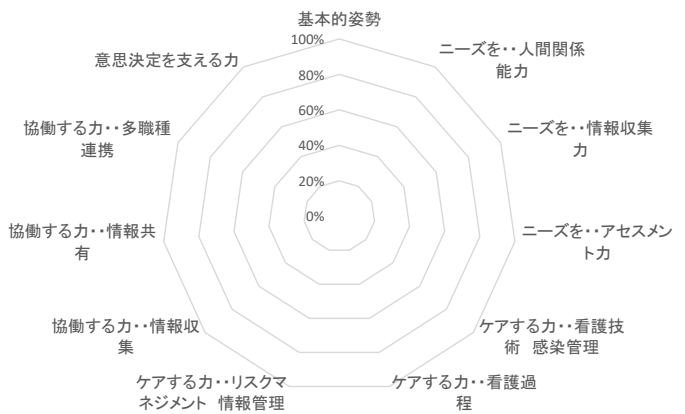


レベル I 1回目・・・強み！ 弱み！



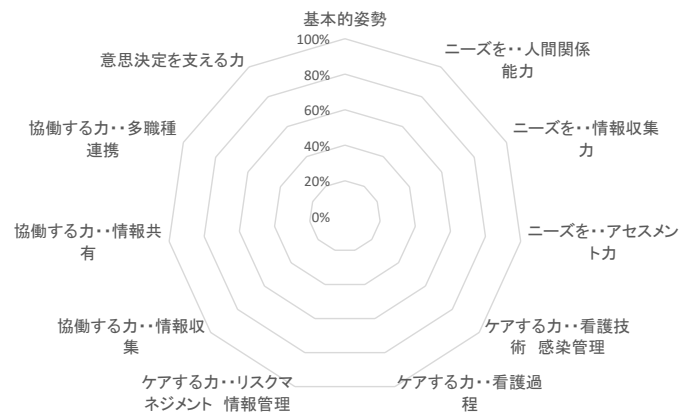
	月	日	月	日
基本的姿勢				
ニーズを・・・人間関係能力				
ニーズを・・・情報収集力				
ニーズを・・・アセスメント力				
ケアする力・・・看護技術 感染管理				
ケアする力・・・看護過程				
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理				
協働する力・・・情報収集				
協働する力・・・情報共有				
協働する力・・・多職種連携				
意思決定を支える力				

レベル I 2回目



	月	日	月	日	月	日
基本的姿勢						
ニーズを・・・人間関係能力						
ニーズを・・・情報収集力						
ニーズを・・・アセスメント力						
ケアする力・・・看護技術 感染管理						
ケアする力・・・看護過程						
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理						
協働する力・・・情報収集						
協働する力・・・情報共有						
協働する力・・・多職種連携						
意思決定を支える力						

レベル I 3回目・・・8割を達成しましたか？ 8割程度を目安に、レベル IIに



レベルⅡ



レベルの定義 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

- 看護実践する力を、訪問看護ステーションで立案された看護計画に基づいて自ら応用し、実践できる
- 看護計画を評価し、再アセスメントにより新たな課題を抽出できる

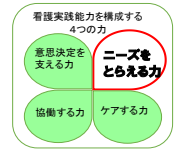


	カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
				初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
基本的姿勢		訪問看護に関わる介護保険制度が理解できる				
		訪問看護に関わる医療保険制度が理解ができる				
項目数	2	修得率		0%	0%	0%

ニーズを捉える力

【レベルⅡの目標】 ケアの受け手や状況（場）のニーズを自らとらえる

- 行動目標 ① 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
 ② 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



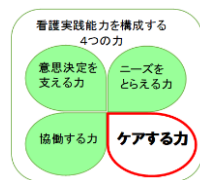
	カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
				初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ニーズを捉える力 ケアの受け手や状況（場）のニーズを自らとらえる	人間関係能力	利用者・家族が自ら不安や相談事を表出できるような関係性を築くことができる				
		情報収集能力	自立して、利用者・家族を理解するために必要な身体側面からの情報収集ができる ※ 2			
	自立して、利用者・家族を理解するために必要な心理的側面からの情報収集ができる ※ 2					
	自立して、利用者・家族を理解するために必要な社会的側面（地域性、家族構成、環境等）からの情報収集ができる ※ 2					
	自立して、利用者・家族を理解するために必要なスピリチュアルな側面（価値観・宗教・精神世界・信仰等）からの情報収集ができる ※ 2					
	情報を得ることの必要性について理解し、求められれば説明できる					
	自立して、多職種からの情報収集ができる					
	自然な会話の中で、利用者、家族から必要な情報収集ができる					
	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					
	連絡が取りにくい家族や他のサービス担当者と意図的にコミュニケーションを図り情報収集する					
	アセスメント力	情報から利用者の全体像のアセスメントができ必要な課題をとらえることができる				
	看護計画を評価して再アセスメントに必要な情報を収集し、課題を見直すことができる					
	受け持ち利用者の情報収集、アセスメント、計画立案・修正、実施、評価が自立してできる					
	利用者の状況から、他者の支援の必要性が判断できる					
項目数	14	修得率		0%	0%	0%

※ 2 「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」 活用のための手引き 3. 学習内容編 P16

ケアする力

【レベルⅡの目標】 ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する

- 行動目標 ① 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
 ② 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
 ③ ケアの受け手の状況に応じた援助ができる

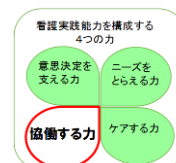


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ケアする力 ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する	在宅看護認識・技術	利用者・家族の経済状況を理解した上でケアの方法や物品の選択や提案ができる			
		記録物や利用者から必要な情報を得て、複数の医療処置や看護技術を計画に基づき自立して実施できる			
		担当する利用者の医療処置や技術が自立して実践できる			
		複数の医療処置や技術を自立して実践できる			
		利用者・家族から必要な情報を得て、複数の医療処置や看護技術を計画に基づき一人で実施できる			
	在宅看護過程	受け持ち利用者の看護計画を立案できる			
		受け持ち利用者の病状や状況の変化に応じて看護計画を再アセスメントし、問題や課題へのケアや対応ができる			
		在宅における看護手順やガイドラインに沿ったケアを、受け持ち利用者に対して、自立して実施できる			
		訪問前に事前情報が整理でき、その情報をふまえ、看護計画に基づいた援助が、自立してできる			
		利用者・家族の個性を考慮しつつ標準的な看護計画を立て、ケアを実践できる			
		比較的重症ではない利用者（脳梗塞、認知症、難病、非がんターミナルの利用者等）や安定している利用者について、ケアプランの中の定められた時間の中で、必要なケアを実践できる			
		実施した看護について、利用者及び家族、訪問看護ステーションに報告し、次回の訪問看護に向けて評価ができる			
		リスクマネジメント	利用者の状態が訪問前の想定より重症であったり、自らが対応することが困難であると判断した場合は、事業所等に連絡相談をして指示を受け対応することができる		
	相談しながら、夜間緊急時の対応ができる				
	利用者の病状の変化や緊急時に応じた対応について、報告ができる				
	助言を得て、看取りの利用者への対応ができる				
	情報管理	訪問後、一連の訪問内容について報告ができ、自分の意見を述べるることができる			
項目数	17	修得率	0%	0%	0%

協働する力

【レベルⅡの目標】 看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる

- 行動目標 ① 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
- ② 関係者と密にコミュニケーションを取ることができる
- ③ 看護の展開に必要な関係者を特定できる
- ④ 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる

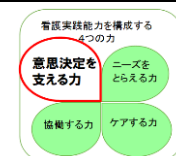


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
協働する力 看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる	情報収集	利用者・家族の思いや考え・希望を知ることができる			
	情報共有	利用者の状況の変化に合わせて、情報交換する必要がある時には、連絡をとる相手や方法、タイミングを判断する			
		医療職以外にも伝わるような丁寧な説明を行うことができる			
		家族や利用者を取り巻く人々、福祉・介護職と話す場を持ち、関係者が納得できるような説明をすることで、お互いの認識にずれが生じることを予防することができる			
		関係者とのコミュニケーション方法について、次の連絡方法を活用する事ができる 口頭、電話、FAX、文書、専用ノート、ICT等、それぞれの職種の専用の記録用紙など			
		また、利用者個々の特性を理解して、多様な方法を持ちいて、コミュニケーションをとることができる			
		利用者の状況の変化がある時に、どの職種に連絡調整をすればいいかを判断し、連絡調整を行うことができる			
		サービス調整が必要になった場合には、ケアマネジャーや家族、その他関係者に説明や連絡ができる			
		調整が必要な場合は・・・例 “褥瘡の悪化” ・受診の必要性の説明 ・受診の段取り→ケアマネとも相談 ・受診までの処置方法の決定 ・尿や便汚染時の処置方法の伝達 → 家族やヘルパー			
		事業所内カンファレンスにて、日々の実践について報告でき、問題点を挙げられる			
		医業所内カンファレンスにて、問題や課題について発言し、関係者と協働する方向での看護計画について検討できる			
	管理者や同僚の支援が必要か判断し、支援を求めることができる				
	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ことができる				
	多職種連携	入院、入所時には看護サマリーを記入し、他職種と連携した継続看護の提供ができる			
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					
助言を得ながら、受け持ち利用者の急な病状変化に対し、サービス調整が必要になることを理解することができる					
項目数	16	修得率	0%	0%	0%

意思決定を支える力

【レベルⅡの目標】 ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に生かすことができる

- 行動目標 ① 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
- ② 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



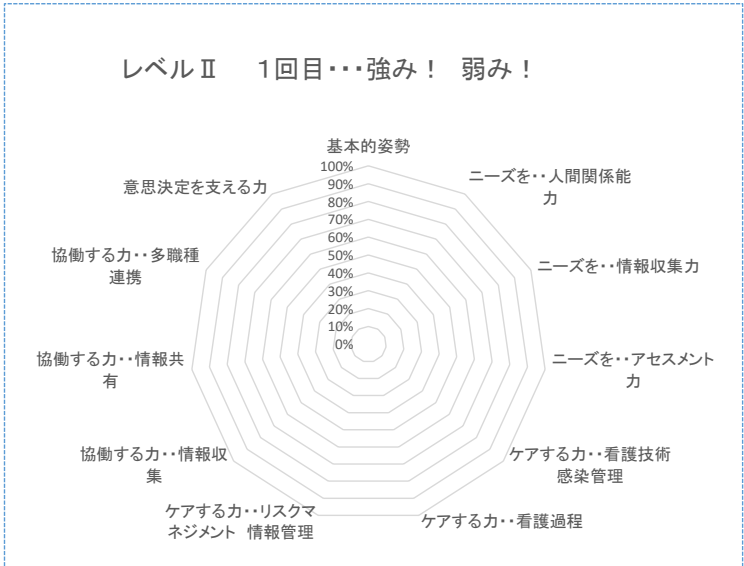
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
意思決定を支える力 ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に生かすことができる		自ら利用者や家族、周囲の人々の生活史に目を向けながら、思いや考え、希望を意図的に確認することができる			
		利用者・家族等の希望や意思に対し、その意思を支え続けられる体制や環境になっているかを考えることができる			
		利用者や家族の生活してきた歴史や環境を考えながら、思いや考えを傾聴し、共感的に受け止めることができる			
		コミュニケーションの中から利用者・家族等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			
		利用者や家族等のサービスに対する希望をくみ取り、その思いや希望を、訪問看護計画に活かし、次回の訪問時のケアに生かすことができる			
		利用者・家族の持つ個性、能力、強み等を把握し、家族の介護力を認めることができる			
		利用者と家族を一単位の看護の対象として認識し、互いに影響しあう存在としてとらえて、働きかけることができる			
		意思決定の主体は利用者・家族であることを念頭に置いて働きかけることができる			
項目数	8	修得率	0%	0%	0%

レベルII

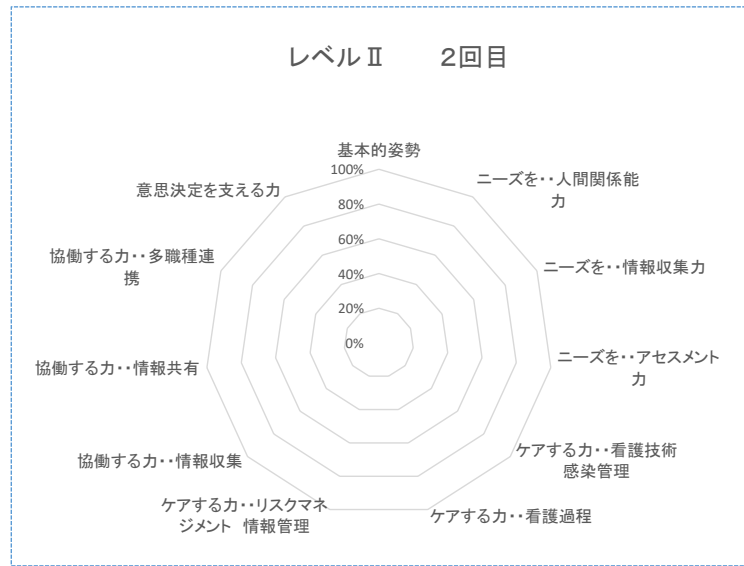


レベルの定義 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する

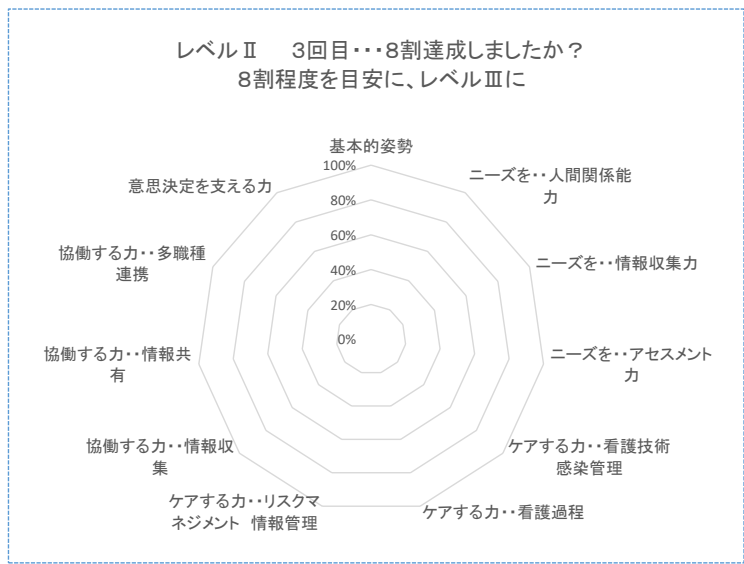
	月	日	
基本的姿勢			
ニーズを・・・人間関係能力			
ニーズを・・・情報収集力			
ニーズを・・・アセスメント力			
ケアする力・・・看護技術 感染管理			
ケアする力・・・看護過程			
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理			
協働する力・・・情報収集			
協働する力・・・情報共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			



	月	日	月	日
基本的姿勢				
ニーズを・・・人間関係能力				
ニーズを・・・情報収集力				
ニーズを・・・アセスメント力				
ケアする力・・・看護技術 感染管理				
ケアする力・・・看護過程				
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理				
協働する力・・・情報収集				
協働する力・・・情報共有				
協働する力・・・多職種連携				
意思決定を支える力				



	月	日	月	日	月	日
基本的姿勢						
ニーズを・・・人間関係能力						
ニーズを・・・情報収集力						
ニーズを・・・アセスメント力						
ケアする力・・・看護技術 感染管理						
ケアする力・・・看護過程						
ケアする力・・・リスクマネジメント 情報管理						
協働する力・・・情報収集						
協働する力・・・情報共有						
協働する力・・・多職種連携						
意思決定を支える力						



レベルⅢ



レベルの定義 ケアの受け手に合う個別的な看護を实践する

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

- 療養の場において身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から情報収集し、一連の看護過程を自立して展開できる (一人前・実習指導者)

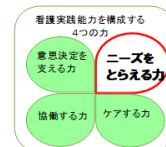


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
基本的姿勢		介護保険制度について、利用者・家族等に説明することができる			
		医療保険制度について、利用者・家族等に説明することができる			
		訪問看護に関わる公費負担の諸制度について理解できる			
項目数	3	修得率	0%	0%	0%

ニーズを捉える力

【レベル毎の目標】 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

- 行動目標 ① 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性を踏まえ情報収集ができる
 ② 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



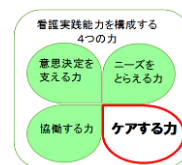
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
ニーズを捉える力 ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	情報収集能力	個性を踏まえて、利用者・家族の身体側面からのアセスメントに必要な情報収集ができる ※ 3			
		個性を踏まえて、利用者・家族の心理的側面からのアセスメントに必要な情報収集ができる ※ 3			
		個性を踏まえ、利用者・家族の社会的側面(地域性、家族構成、環境等)からのアセスメントに必要な情報収集ができる ※ 3			
		個性を踏まえ、利用者・家族のスピリチュアルな側面(価値観・宗教・精神世界・信仰等)からのアセスメントに必要な情報収集ができる ※ 3			
		個性を踏まえ、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・家族のケアに必要な情報について、多職種と共有できているか確認する事ができる(例 排泄介助は左側臥位で行うということ、関係者全員が知っていることを利用者や家族に確認する)			
		情報収集の手段について、利用者・家族等の負担に配慮しつつ、効果的な情報収集ができる(例 利用者や家族等に必要情報(排便・尿回数、食事、飲水量)の記録を依頼する等)			
		身体状態だけでなく、生活行動の変化に気づくことができる。(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等)			
状況の変化に気づき、その変化に応じた優先度の高いニーズを把握することができる					
アセスメント力	得られた情報を分析し、利用者・家族および多職種間において情報の認識にずれがないか等を確認することができる				
項目数	10	修得率	0%	0%	0%

※ 3 「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」 活用のための手引き 3. 学習内容編 P18

ケアする力

【レベル毎の目標】 ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を实践する

- 行動目標 ① ケアの受け手の個性に合わせて、適切なケアを实践できる
 ② 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
 ③ ケアの受け手の個性をとらえ、看護実践に反映ができる



	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
ケアする力	在宅看護認識・技術	利用者・家族等の経済状況を理解した上で、可能な限り在宅にある物品を利用してケアを行うことができる			
		ケアの方法や物品の選択、提案はニーズに合わせて工夫ができる			
ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を实践する	在宅看護過程	利用者・家族の個性を考慮し、ニーズに合ったケアの工夫をした看護計画が立案できる			
		ケアの振り返りを行い、アセスメント、モニタリング、看護計画の再修正ができる			
		入院、入所時には看護サマリーを記入し、関係職種と連携しつつ継続看護の提供ができる			
		利用者・家族等の個性に合わせて、物、時間、ケア内容、サービス体制の工夫ができる(限られた物と時間での効率的なケア、サービス体制の組み方の工夫を考慮することができる)			
		利用者・家族等の病状や療養環境の変化等に応じて、ケア方法の工夫や物品の選択等について、ニーズに応じたケアを提案し、関係機関と調整できる(臨機応変な対応ができる)			
		関係機関(者)との調整が必要な一人暮らし等の利用者について、関係機関と調整し、ケアを实践できる			
		利用者・家族等の生活信条を尊重した配慮ができる			
		比較的重症な利用者(急性増悪、ターミナル、難病、精神、小児等)について、居宅サービス計画書の中に定められた時間の中で、必要なケアを实践できる また、必要に応じて適切なケアプランの提案ができる			

	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ケアする力	在宅看護過程	定期的に受け持ち利用者の看護の振り返りができ、サマリー等を書くことができる			
		状況に応じて訪問だけでなく、電話連絡などによる状態の確認やフォローをすることができる			
		ケア後、予測される病状変化・連絡方法について、利用者・家族に説明できる			
	リスクマネジメント	夜間の緊急時など、利用者・家族等の病状や療養環境の変化等に応じて、臨機応変に対応ができる			
		病状の変化や問題などが生じた場合、臨機応変に対応、報告ができる			
項目数	15	修得率	0%	0%	0%

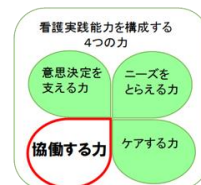
協働する力

【レベル毎の目標】 ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる

行動目標 ① 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ながら多職種連携を進めていくことができる

② ケアの受け手とケアについて意見交換できる

③ 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる



	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
協働する力	情報収集	サービス担当者会議に参加し、情報収集ができ、意見交換ができる			
	情報共有	利用者・家族のケアに必要な情報について、多職種と共有できているか確認することができる			
		サービス担当者会議や調整会議において、関係者の多様な価値観を理解した上で、看護職として必要な情報交換をすることができる			
		サービスの調整が必要となった時、医師への報告や、ケアマネジャーへの連絡などを、行うことができる			
		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			
	ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる	看護の視点から利用者の状況をアセスメントし、サービス担当者会議や調整会議で関係者と協議をすることができる			
		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に加え、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ことができる			
		利用者の個別的なニーズを実現するための具体策について、関係者の役割を理解した上で、利用者・家族等と共に、検討することができる			
		利用者に新たな職種からの支援が必要であると判断した場合には、利用者・家族等に説明し共に、検討することができる			
		利用者の個別的なニーズを実現するために検討した内容について説明し、実践可能な方策について調整することができる			
利用者ごとの生活環境や生活習慣を把握した上で、それらを考慮したサービス体制を、関係者と共に作ることができる					
多職種連携	必要なサービスについて、利用者・家族等への説明をした上で、導入について調整ができる				
	必要に応じてケアマネジャーや相談員に調整会議の開催の必要性を提案することができる				
	利用者・家族等の現在ある状況をとらえ、福祉・介護職と医療職の円滑な連携について、積極的に調整する事ができる				
項目数	14	修得率	0%	0%	0%

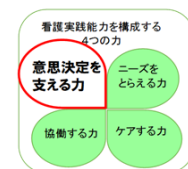
意思決定を支える力

【レベル毎の目標】 ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる

行動目標 ① 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

② ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いが理解できる

③ 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



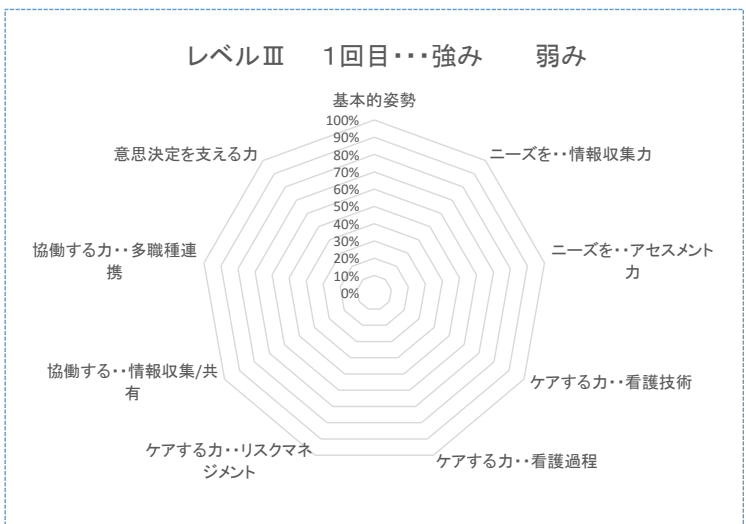
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
意思決定を支える力	ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	利用者と家族が意思決定するにあたり、必要な情報を提供し理解できるように説明することができる			
		利用者の療養の場の選択、看取り、1つ1つの治療の選択において、利用者や家族の気持ちに寄り添いつつ、情報を提供する事ができる			
		利用者や家族等のそれぞれの意思や意向の違いを理解し、複数の価値観や思いをくみ取り、寄り添うことができる			
		利用者や家族、周囲の人々の意思や意向の違いが理解でき、それぞれにあった必要な情報を提供することができる			
		利用者や家族、周囲の人々のそれぞれの意思や意向を、関係機関や関係職種と共有できるようにカンファレンス等で代弁することができる			
		利用者・家族からケアやサービスに対する希望を聞き、次のケアに行かすことができる			
		利用者・家族等の意思決定場面において、必要な情報を理解できるように説明することができる (例：治療選択場面において、本人や家族それぞれに対し、選択肢となる治療について理解できるよう説明をする)			
項目数	7	修得率	0%	0%	0%

レベルⅢ

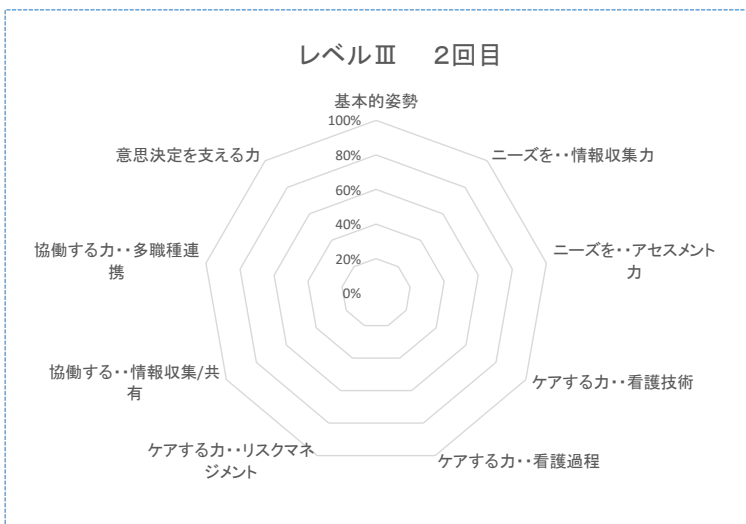


レベルの定義 ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する

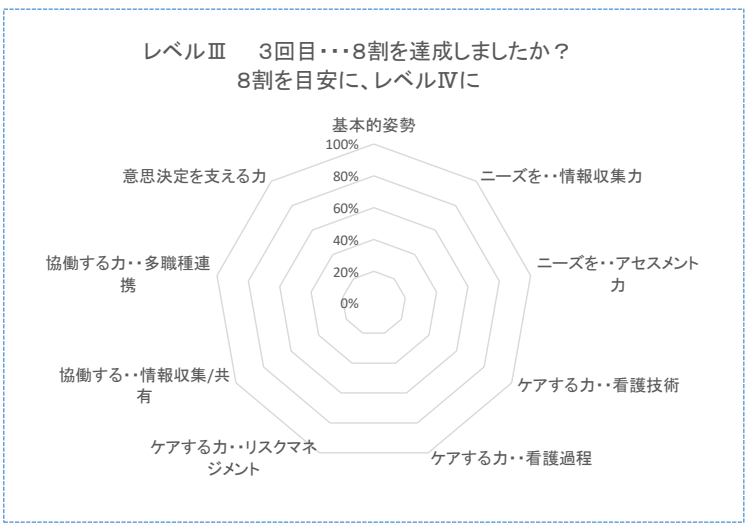
	月	日		
基本的姿勢				
ニーズを・・・情報収集力				
ニーズを・・・アセスメント力				
ケアする力・・・看護技術				
ケアする力・・・看護過程				
ケアする力・・・リスクマネジメント				
協働する・・・情報収集/共有				
協働する力・・・多職種連携				
意思決定を支える力				



	月	日	月	日
基本的姿勢				
ニーズを・・・情報収集力				
ニーズを・・・アセスメント力				
ケアする力・・・看護技術				
ケアする力・・・看護過程				
ケアする力・・・リスクマネジメント				
協働する・・・情報収集/共有				
協働する力・・・多職種連携				
意思決定を支える力				



	月	日	月	日	月	日
基本的姿勢						
ニーズを・・・情報収集力						
ニーズを・・・アセスメント力						
ケアする力・・・看護技術						
ケアする力・・・看護過程						
ケアする力・・・リスクマネジメント						
協働する・・・情報収集/共有						
協働する力・・・多職種連携						
意思決定を支える力						



レベルⅣ



レベルの定義 幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

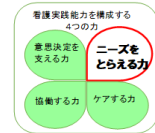
- ・訪問看護ステーション内外の看護チームの目標に照らして、予後予測に基づき、看護実践の変更と評価ができる
- ・在宅ケアチームにおいて、多職種と連携しながら在宅療養を支える医療者として調整力を発揮できる
(教育担当者・管理者)

	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
基本的姿勢		訪問看護に関わる公費負担の諸制度について、利用者・家族等に説明することができる			
		教育担当者としての役割を果たすことができる			
項目数	2	修得率	0%	0%	0%

ニーズを捉える力

【レベル毎の目標】 ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる

- 行動目標 ① 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
② 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

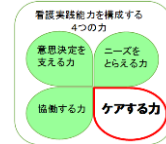


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
ニーズを捉える力 ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる	情報収集能力	利用者の疾患の予後や治療による影響、今後の療養場所を考慮し、どのような医療処置の導入を選択するか等の予測をしながら、情報を収集することができる			
		小児から高齢者まで幅広い利用者に応じて、必要な情報を得る事ができる			
		高齢者のニーズは、人生の最終段階を見据えてとらえていくため、予測的な状況判断のもとでの情報収集をすることができる			
		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			
		心不全や慢性呼吸不全等の急速に増悪する疾患の利用者について、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いて情報収集ができる			
		限られた訪問時間の中で、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			
	利用者・家族の希望、思いに寄りそうケアができるための情報がとらえられる				
アセスメント力	療養場所や治療などの選択に関して、利用者および家族が合意形成するのに必要な情報を統合し、ニーズをとらえることができる				
	ケアだけでなく、予想される状況に必要な情報を把握して、対応できるようニーズをとらえることができる				
項目数	9	修得率	0%	0%	0%

ケアする力

【レベル毎の目標】 様々な技術を選択・応用し看護を実践する

- 行動目標 ① ケアの受け手の顕在的・潜在的なニーズを把握し、これに応じたケアを立案することができる
② ケアの受け手のニーズに応じて、適切なケアを選択し実践することができる
③ 幅広い視野でケアの受け手の状況をとらえることができる
④ 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

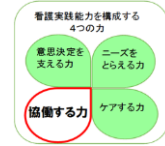


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
ケアする力 様々な技術を選択・応用し看護を実践する	在宅看護過程	利用者・家族等の生活を成り立たせるという顕在的、潜在的ニーズに応えるため、訪問時間、回数等を相談のうえ調整することができる			
		直接訪問だけでなく、電話連絡による状態確認のフォローや指導という手段を、利用者と家族等の状況から判断する事ができる			
		退院前後の在宅移行時のケア調整やターミナル期のケア調整など、利用者の療養状況の変化を予測してケアの提案ができる			
		在宅看取りの際は、利用者・家族等の思いを踏まえながら、医師の診療体制の確認や、訪問看護の時間、回数など調整を行うことができる			
		終末期の過ごし方について、日頃から利用者や家族等の希望を把握し、必要な体制を整えておくことができる			
		終末期の過ごし方について、利用者・家族等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ことができる			
		状態に応じて、予測される今後の状況の変化や医師や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、介護職等に伝えて情報共有を図ることができる			
項目数	7	修得率	0%	0%	0%

協働する力

【レベル毎の目標】 ケアの受け手を取り巻く多職種を調整し連携できる

- 行動目標 ① 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
- ② 多職種間の連携が機能するように調整できる
- ③ 多職種の活力を維持・向上させる関わりができる

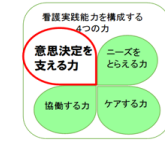


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しかつできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
協働する力 ケアの受け手を取り巻く多職種を調整し連携できる	情報共有	利用者・家族等の状況から、療養生活の継続が難しくなることが予測される場合等に、サービス調整会議の開催を提案することができる			
		※調整会議を開催するタイミングとして重要な時期は、新しいサービスを入れる時、退院前、看取りに向けた時期における老老介護等、家族（または利用者を取り巻く人々）の生活の継続が難しくなることが予測された時期である。			
		利用者や関係者の状況から、効率的な連携の方法について提案することができる			
		事例検討会やデスクンファレンスを開催し、行ったケアの振り返りを行い、関係者のケア内容への思いの共有を図ることができる			
		利用者の身体的変化から必要な支援について、体制変更などの提案を行う等、随時多職種へ情報提供し、円滑な連携を図ることができるよう調整する			
		人生の最終段階や医療依存度の高い利用者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、連携を図ることができる			
		同行訪問等により支援方法を共有し、安楽なケアの実践を促進することができる			
	多職種連携	利用者の状況から、今後起こりうる可能性のある事柄について主治医や関係者に連絡し、その対応方法について説明することができる			
		利用者・家族等の現在の状況と、今後予測される状況をとらえ、利用者の希望やニーズに応じて必要な連携職種を判断し、調整することができる			
		ケアマネジャーがいない利用者に対しては、中心的役割を果たし、多職種と連携することができる			
項目数	11	修得率	0%	0%	0%

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思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる

- 行動目標 ① 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



	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しかつできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
意思決定を支える力 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		利用者の療養の場の選択、看取り、治療方法の選択において、利用者・家族の意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながらケアをすることができる			
		意思決定のゆらぎ(選択) や状況の変化に応じて調整し、意思決定プロセスを支援することができる			
		治療選択の場において、今後起こり得る生活の変化について等説明し、それらに関して、利用者や家族の認識のズレがあれば、それに気づき調整ができる			
		利用者や家族等の抱え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を把握し、そのイメージを考慮した調整ができる			
		人生の最終段階を迎えようとしている利用者とその家族が望む最期の在り方を繰り返し確認し、必要に応じて再調整し、希望が尊重されたケア体制を整えることができる			
		利用者と家族等が意思決定する際に、予測を含めた情報提供を行うことができる 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伝えることができる			
		「現在」だけでなく「先」を見据えた意思決定の支援ができる			
		人生の最終段階の判断が難しい慢性疾患の利用者についても、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ておくことができる			
		日頃から、人生の最終段階の迎え方の希望を確認し、希望を尊重したケア体制を整えることができる			
		項目数	9	修得率	0%

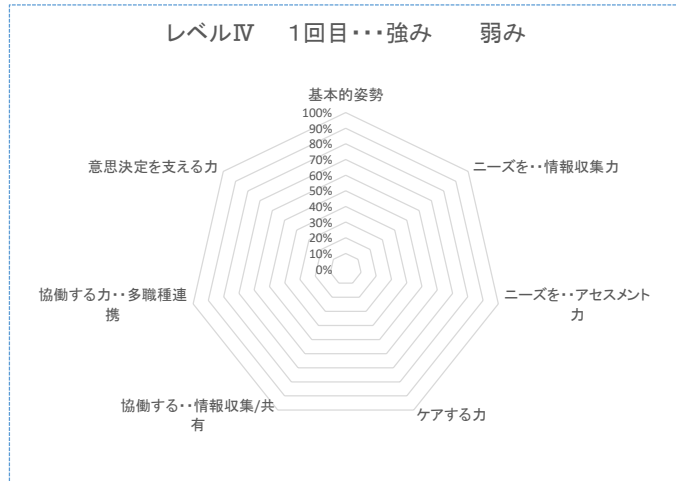
レベルIV



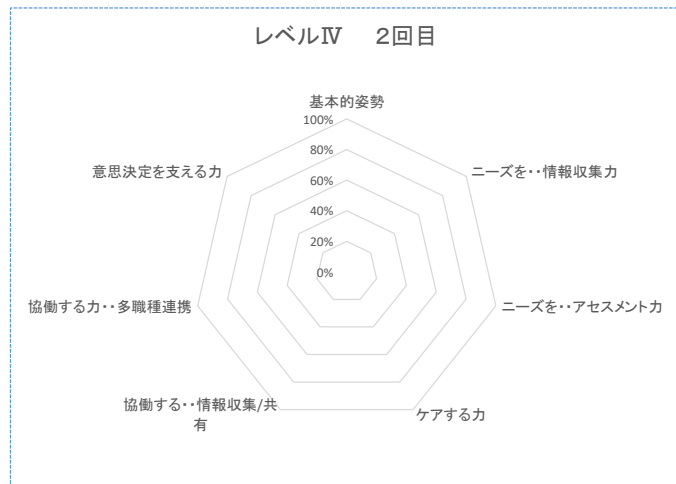
レベルの定義

幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する

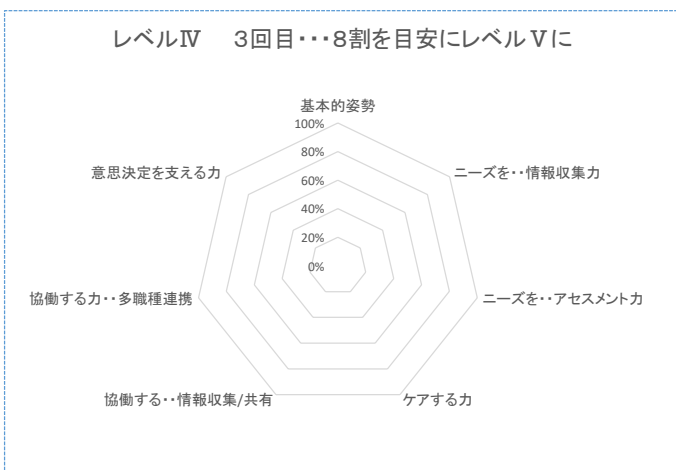
	月日		
基本的姿勢			
ニーズを・・・情報収集力			
ニーズを・・・アセスメント力			
ケアする力			
協働する・・・情報収集/共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			



	月日	月日	
基本的姿勢			
ニーズを・・・情報収集力			
ニーズを・・・アセスメント力			
ケアする力			
協働する・・・情報収集/共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			



	月日	月日	月日
基本的姿勢			
ニーズを・・・情報収集力			
ニーズを・・・アセスメント力			
ケアする力			
協働する・・・情報収集/共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			



レベルV



レベルの定義

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

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

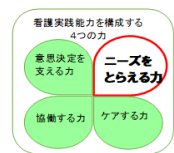
- ・訪問看護ステーションが提供する看護の質を管理する立場から教育的役割を發揮できる
- ・不足している社会資源について、在宅ケアの実践者の立場から政策提言できる
(スペシャリスト・管理者)

	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
基本的姿勢		看護の質を管理することができる			
		訪問看護の課題を、地域社会や関係者に提言することができる			
項目数	2	修得率	0%	0%	0%

ニーズを捉える力

【レベル毎の目標】 ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえてニーズをとらえる

- 行動目標 ① 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
- ② 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

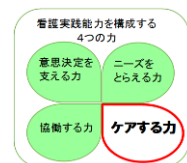


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
ニーズを捉える力	情報収集能力	複雑困難(癌末期、多重疾患、社会的困難、虐待、ネグレクト等)な利用者の状況を生活歴、家族歴、地域福祉、社会資源など様々な視点からの確に把握することができる			
	ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえてニーズをとらえる	複雑困難な利用者の状況を、生活歴、家族歴、地域福祉、社会資源など様々な視点からの確に把握し問題を明確化できる			
		複雑困難な利用者にかかわる多職種からの情報を分析し、問題を明確化できる			
		複雑困難な利用者・家族の生活状況・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			
		地域を全体的に見わたして、不足している社会資源を判断し、地域や関係機関に提案したり、働きかけることができる			
項目数	5	修得率	0%	0%	0%

ケアする力

【レベル毎の目標】 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 ① 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
- ② 複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる



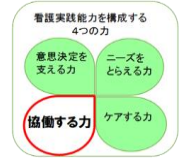
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
ケアする力 最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する	在宅看護過程	在宅での先進的なケアや処置、機器等の管理方法、最新の疾患に対する知識や技術を積極的に取得し、ケアに活かすことができる			
		在宅看護過程 関わる他のスタッフに指導することができる			
		複雑な状況の中で見えにくくなっている利用者・家族等の課題を、看護理論等に沿って整理し、ニーズを引き出し、必要なケアを実施できる			
		これらについて関わるスタッフに指導する事ができる			
		利用者・家族等が希望するケアの提供が難しい複雑なケースであっても、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、実施でき、またスタッフに指導できる			
		複雑困難な状況であっても、在宅看取り時の本人・家族の不安除去に努め、希望される最期の支援ができる			
		困難な状況においても、予想される変化を捉え、必要な連携や計画変更を行いケアができる			
		常に最新情報の取得に努力できる			
項目数	6	修得率	0%	0%	0%

協働する力

【レベル毎の目標】 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 ① 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

- ② 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
- ③ 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる
- ④ 目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる



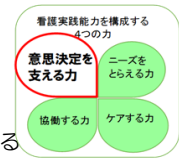
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
協働する力 ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす	情報共有	複雑な状況の中で見えにくくなっている利用者・家族等の課題を、看護理論等に沿って整理し、ニーズを引き出すことができ、利用者の課題やニーズについて根拠をもって他職種に説明できる			
		利用者のニーズに沿ったケアの目標を、関係者間で共通理解するために、調整の中心的役割を果たすことができる			
		看護の質向上のために、他の訪問看護師とネットワークを構築することができる			
	多職種連携	複雑な状況の利用者・家族等について、ケアに必要な各関係機関と連携することができる（チーム力を判断し、必要な調整をし連携することができる）			
		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、問題解決を図ることができる			
		高齢者虐待といった家族の介護により利用者が生命の危機に瀕していると判断した場合は、関係機関と協働し安全を確保することができる			
困難事例の調整会議において、全体を把握しながら、ファシリテーターとしての役割を果たすことができる					
	多職種における事例検討会を定期的に行えるシステム作りを行う等により、関係者の活力を引き出す役割を果たすことができる				
項目数	8	修得率	0%	0%	0%

意思決定を支える力

【レベル毎の目標】 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

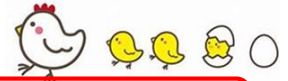
行動目標 ① 適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる

- ② 法的小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



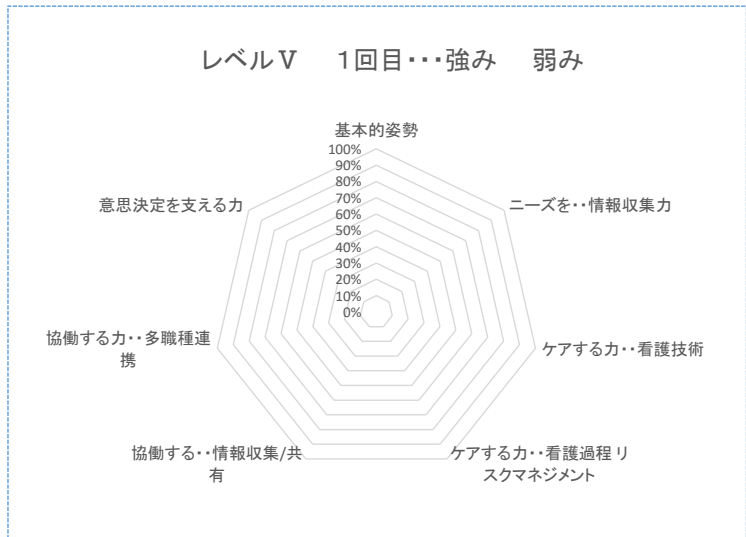
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月 日	月 日	月 日
意思決定を支える力 複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる		複雑な意思決定プロセスにおいて、利用者や家族、周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎに寄り添い、変化に応じて意図的に多職種を巻き込みながら職種の役割を調整し、意思決定へ導くことができる			
		利用者と周囲の人との療養への意向が異なり、調整が困難な状況にある等においても、その状況を再度確認し、必要時は再調整し、利用者の希望が尊重されたケア体制を整えることができる			
		倫理的問題（本人の意思と家族の意思が異なり、利用者が苦しんでいる等）のある利用者や家族等の複雑な意思決定場面において、多職種と連携し、地域の社会資源等を活用する等の調整を行い、意思決定を支援することができる			
		意識障害や認知症など、本人の意向の確認が困難な状態にある利用者の意思決定支援ができる			
		利用者・家族等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			
		治療を継続す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ことができる			
		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、地域の社会資源などのリソースを活用して調整ができる			
		法的小および文化的配慮など多方面から利用者・家族等を擁護した意思決定プロセスを支援できる			
項目数	8	修得率	0%	0%	0%

レベルV

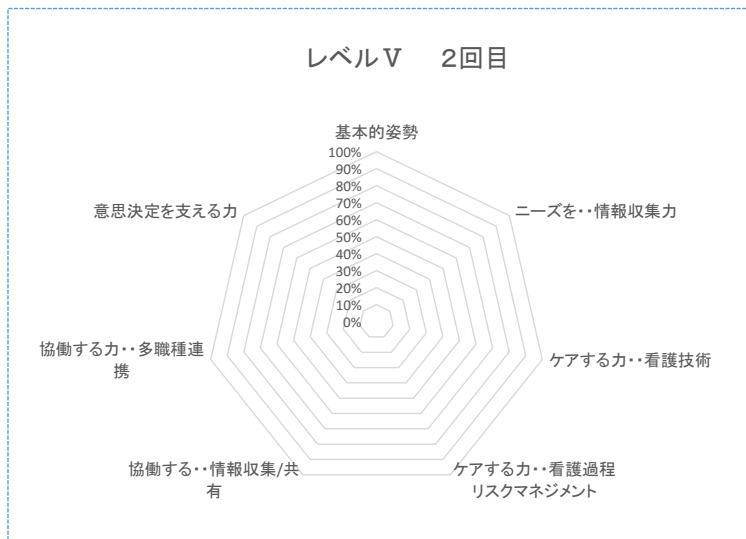


レベルの定義 より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択し QOLを高めるための看護を実践する

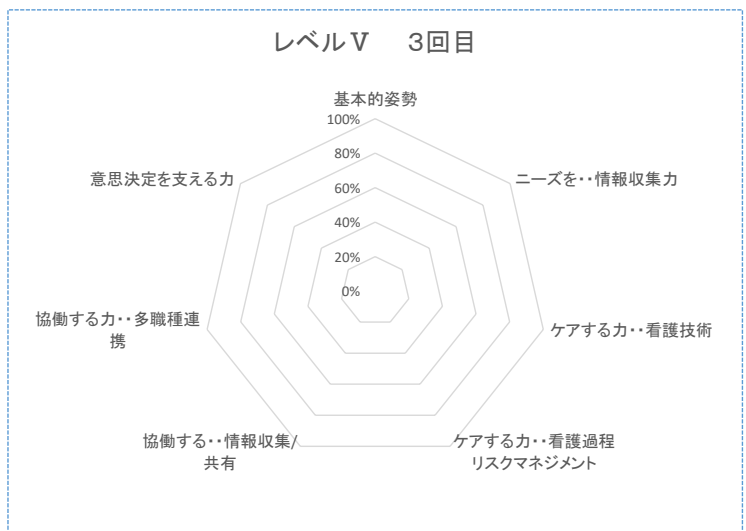
	月日		
基本的姿勢			
ニーズを・・・情報収集力			
ケアする力・・・看護技術			
ケアする力・・・看護過程 リスクマネジメント			
協働する・・・情報収集/共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			



	月日	月日	
基本的姿勢			
ニーズを・・・情報収集力			
ケアする力・・・看護技術			
ケアする力・・・看護過程 リスクマネジメント			
協働する・・・情報収集/共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			



	月日	月日	月日
基本的姿勢			
ニーズを・・・情報収集力			
ケアする力・・・看護技術			
ケアする力・・・看護過程 リスクマネジメント			
協働する・・・情報収集/共有			
協働する力・・・多職種連携			
意思決定を支える力			



参考資料

2. 日本看護協会のホームページ

ステップアップシートの作成に当たっては、下記を参考にしています。

日本看護協会のホームページ

http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/guidance/pdf/guidance03_1006.pdf

看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)の開発について

開発の背景

2025年に向けて世界に例のない少子・超高齢・多死社会を迎える日本では、医療提供体制の変化に伴い、暮らしと医療を支える看護提供システムの構築が求められています。その実現には、基盤となる看護実践能力の強化や、働く場・働き方の多様化の理解と推進が必要となります。そこで、あらゆる施設や場で活動可能な看護師の育成・教育支援、継続性の強化のため、個々の看護師が所属する施設の枠にとどまらず、全国レベルで共通して活用可能な指標として、「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」を開発することとなりました。

開発の目的

1. 看護実践の場や看護師の背景に関わらず、全ての看護師に共通する看護実践能力の指標の開発と支援
2. 看護実践能力の適切な評価による担保および保証
3. 患者や利用者等への安全で安心な看護ケアの提供

「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」の概要

看護師のクリニカルラダーは看護師の能力開発・評価のシステムの1つです。看護師の看護実践能力を段階的に表し、各段階において期待される能力を示し、到達度によって看護師の能力が示されるシステムです。クリニカルラダーの活用により、看護師は能力段階を確認しながら自己研さんや人材育成を目指すことが可能です。

「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」の特徴

1. あらゆる施設や場における全ての看護職に共通する能力として、看護実践能力に焦点化しています。
2. 看護の核となる実践能力を「論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を実践する能力」と定義しています。
3. 看護実践能力の構成は、「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」の4つの力としています。4つの力は密接に関連し、どの場においても発揮されるものです。
4. 習熟段階は、レベルIからVの5段階です。



「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」

「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」実践例

活用への期待

看護実践能力向上のためには、指標を用いて、自身もしくは自施設の看護実践を客観視して、自己研さんや人材育成につなげることが重要です。

「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」を用いて、看護実践における自己評価・自己研さんの目安、自施設のラダー評価や見直しにおける活用、地域・在宅領域における教育への活用、部署の看護実践評価・分析・OJT、看護管理における人材活用・人材育成への活用がなされることを期待しています。

活用方法に関しては「活用のための手引き」をご参照ください。

「活用のための手引き」

1. 開発の経緯
2. 導入・活用編
3. 学習内容編



ステップアップシート 活用 ガイドライン
第 2 版
2020年3月末 発行



公益社団法人 滋賀県看護協会 訪問看護支援センター
〒525-0032 草津市大路二丁目 11 番 51 号
TEL:077-564-6708 FAX:077-5622-8998 E-mail:svn-shien@shiga-kango.jp
