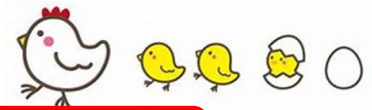


レベル I



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

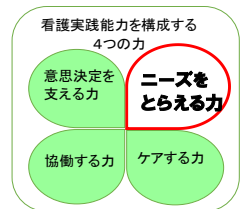


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価			
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日	
採用時基本	基本的姿勢	法人および事業所の理念を理解できる				
		事業所の運営方針を知る				
		事業所の組織体制が理解できる				
		サービス規程・就業規則等について理解できる				
		電話やパソコン等の操作方法がわかり使用できる				
		各種届出書類・必要な手続き理解できる				
		緊急時連絡網を理解できる				
		事業所内の情報セキュリティについて理解でき行動できる				
		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				
		*書類 チェック リスト参 照	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捉えることができる



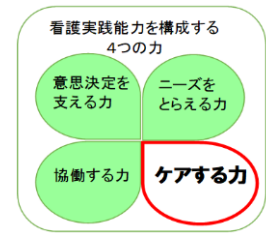
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ニーズを捉える力	人間関係能力	利用者や家族との約束や、依頼されたことについて誠実に対応できる			
		利用者に問題に対して意識をもって関わり、気づいた問題に対して他者に伝え理解を得ることができる			
		療養上必要な情報を得ることや、看護師の助言等を伝えやすい関係を利用者・家族と築くことができる			
		守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮することができる			
		看護は利用者中心のサービスであることを認識し、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			
		利用者・家族の状況から緊急度を捉えることができる			
	情報収集力	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			
		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			
	アセスメント力	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捉え、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

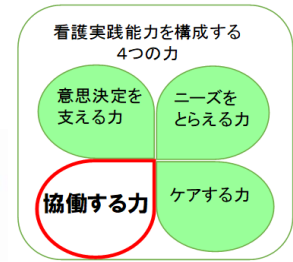


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価			
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日	
ケアする力 助言を得ながら、安全な看護を実践する	在宅看護 認識・技 術 *技術 チェッ クリス ト参 照	訪問する利用者の看護に必要な物品を訪問前に準備することができる				
		助言を得て衛生材料の物品を適切に選択できる				
		利用者の状況を踏まえて適切な身支度ができる				
		利用者の家においてケアを提供することを意識し、基本的なマナーを守りケアを実施することができる				
		助言を得ながら、在宅における看護手順に沿ったケアを、受け持ち利用者を実施することができる				
		基本的な配慮をしながら、在宅においてケアを提供することができる				
		利用者のケア方法を看護手順やガイドラインなどから理解し、指導を得ながら実施できる				
		利用者と家族（介護者）との関係性や生活状況の個別性が理解できる				
	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ことができる					
	医師の指示書やケアプランとの整合性を確認できる					
	訪問看護記録をその日のうちに正確に記載できる					
	困難な事例に対して客観視し他者の支援を求めることができる					
	自分の行った看護計画に対し、他者から評価・意見を得て、計画の修正を提案できる					
	リスクマ ネジメン ト	事業所における医療安全マニュアルを理解できる				
		インシデント（ヒアリ・ハット）事例や事故事例の報告を速やかに行うことができる				
		重大性・緊急性を的確に判断し対処し報告することができる				
		転倒や病状悪化などの予測される問題を把握し、指導者に報告できる				
		医療機器や薬剤が安全安楽を考慮して保管・管理できる				
		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				
	情報管理	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

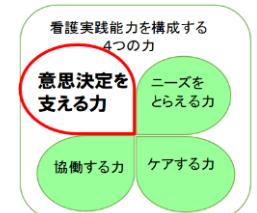


カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
協働する力 関係者と情報共有ができる	情報収集	助言を得ながら、他のサービス提供者の記録から看護に必要な情報を読み取り、行った看護ケアや観察結果等を記録に残し、関係者に情報を伝えることができる			
		訪問看護に必要な制度（医療保険・介護保険）等の仕組みについて理解して、利用者の保険や費用の状況を把握する			
		居宅サービス計画書・サービス利用表・提供票から、利用者に対しサービスを提供している事業所や週間月間予定を把握し、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	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

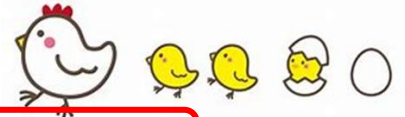
【レベルⅠの目標】 “利用者および家族”や周囲の人々の意向を知る

- 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



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援する姿勢で配慮ができる			
項目数	2	修得率	0%	0%	0%

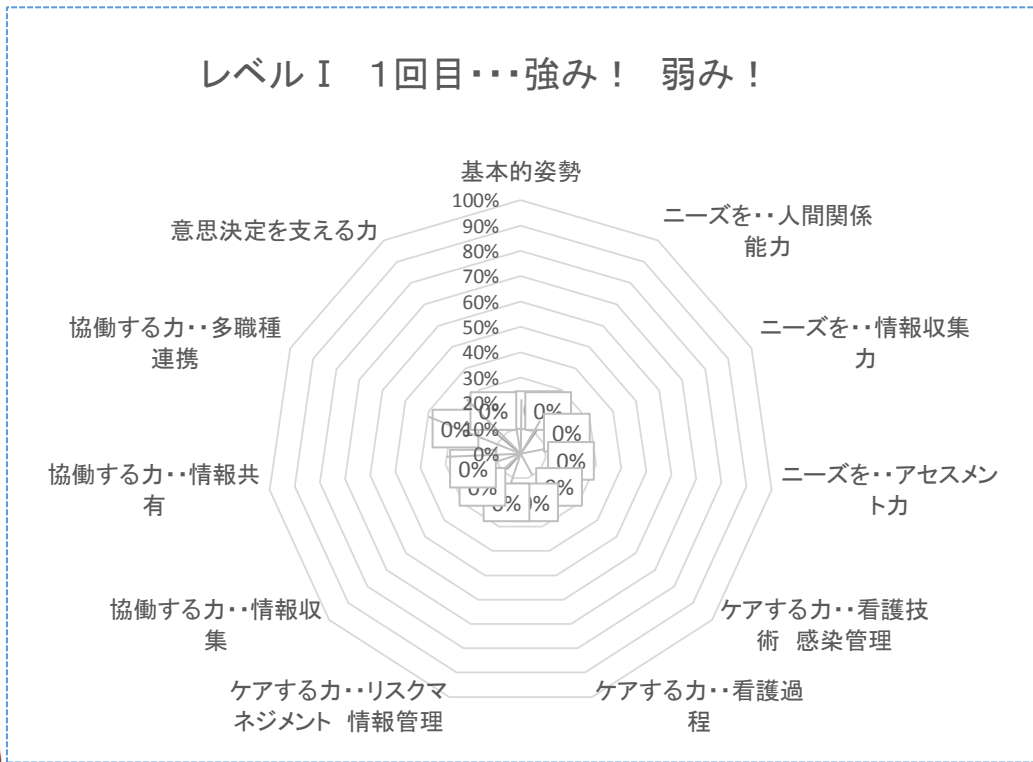
レベル I



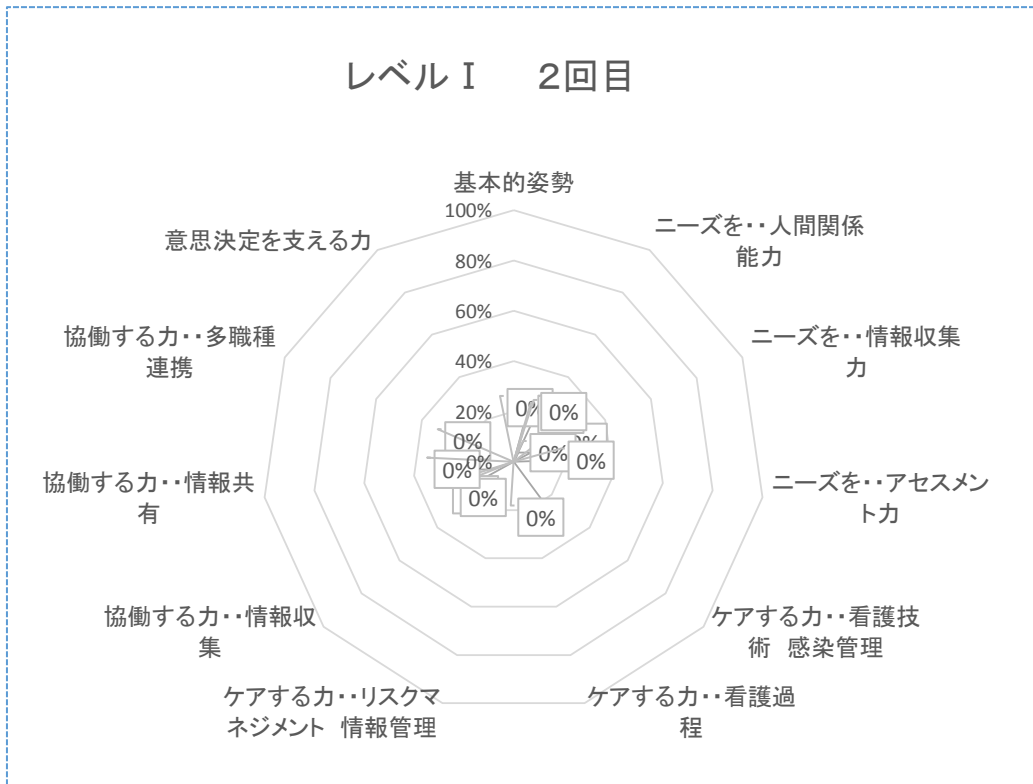
レベルの定義

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

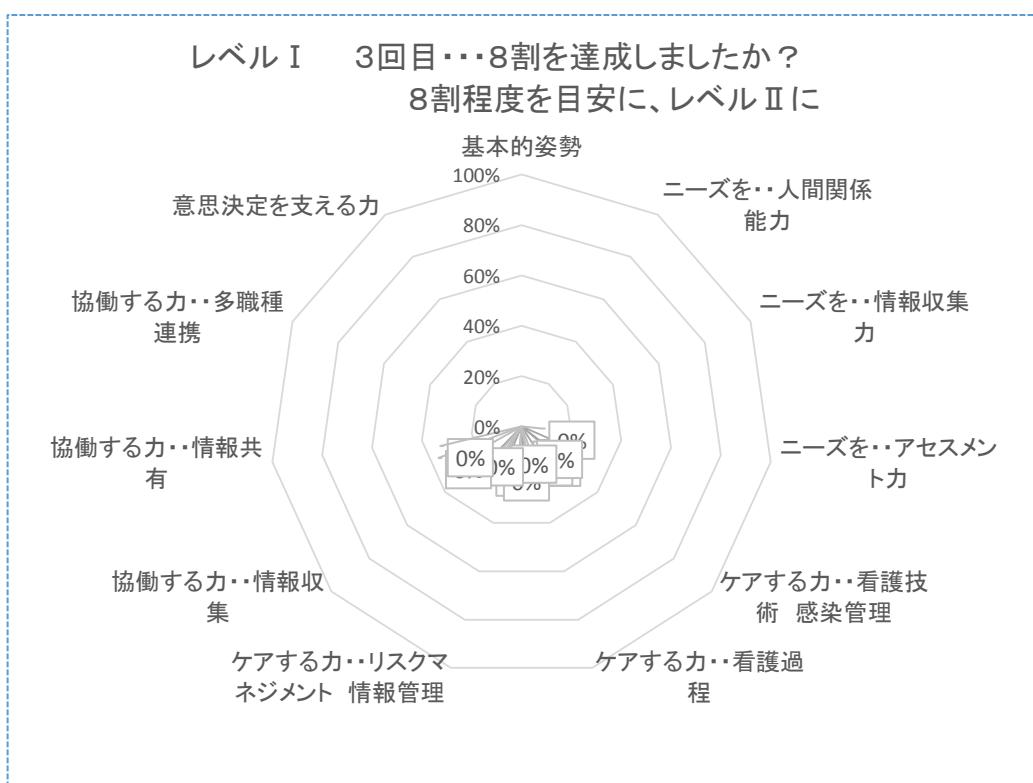
	月日		
基本的姿勢	0%		
ニーズを・・人間関係能力	0%		
ニーズを・・情報収集力	0%		
ニーズを・・アセスメント力	0%		
ケアする力・・看護技術 感染管理	0%		
ケアする力・・看護過程	0%		
ケアする力・・リスクマネジメント 情報管理	0%		
協働する力・・情報収集	0%		
協働する力・・情報共有	0%		
協働する力・・多職種連携	0%		
意思決定を支える力	0%		



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



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

“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

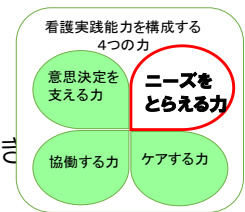


	カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
				初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
基本的姿勢		訪問看護に関わる介護保険制度が理解できる				
		訪問看護に関わる医療保険制度が理解ができる				
項目数	2	修得率		0%	0%	0%

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



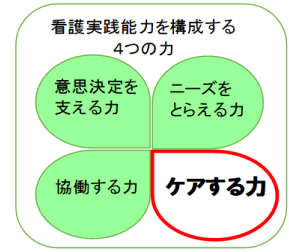
	カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
				初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ニーズを捉える力 ケアの受け手や状況（場）のニーズを自らとらえる	人間関係能力	利用者・家族が自ら不安や相談事を表出できるような関係性を築くことができる				
	情報収集能力	自立して、利用者・家族を理解するために必要な身体側面からの情報収集ができる	※ 2			
		自立して、利用者・家族を理解するために必要な心理的側面からの情報収集ができる	※ 2			
		自立して、利用者・家族を理解するために必要な社会的側面（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

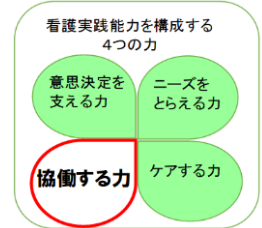


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ケアする力 ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する	在宅看護認識・技術	利用者・家族の経済状況を理解した上でケアの方法や物品の選択や提案ができる			
		記録物や利用者から必要な情報を得て、複数の医療処置や看護技術を計画に基づき自立して実施できる			
		担当する利用者の医療処置や技術が自立して実践できる			
		複数の医療処置や技術を自立して実践できる			
		利用者・家族から必要な情報を得て、複数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・家族の個別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

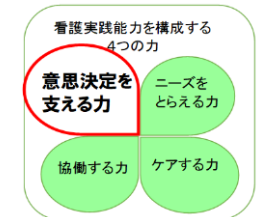


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
協働する力 看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる	情報収集	利用者・家族の思いや考え・希望を知ることができる			
	情報共有	利用者の状況の変化に合わせて、情報交換する必要がある時には、連絡をとる相手や方法、タイミングを判断する			
		医療職以外にも伝わるような丁寧な説明を行うことができる			
		家族や利用者を取り巻く人々、福祉・介護職と話す場を持ち、関係者が納得できるような説明をすることで、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のかを判断し、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



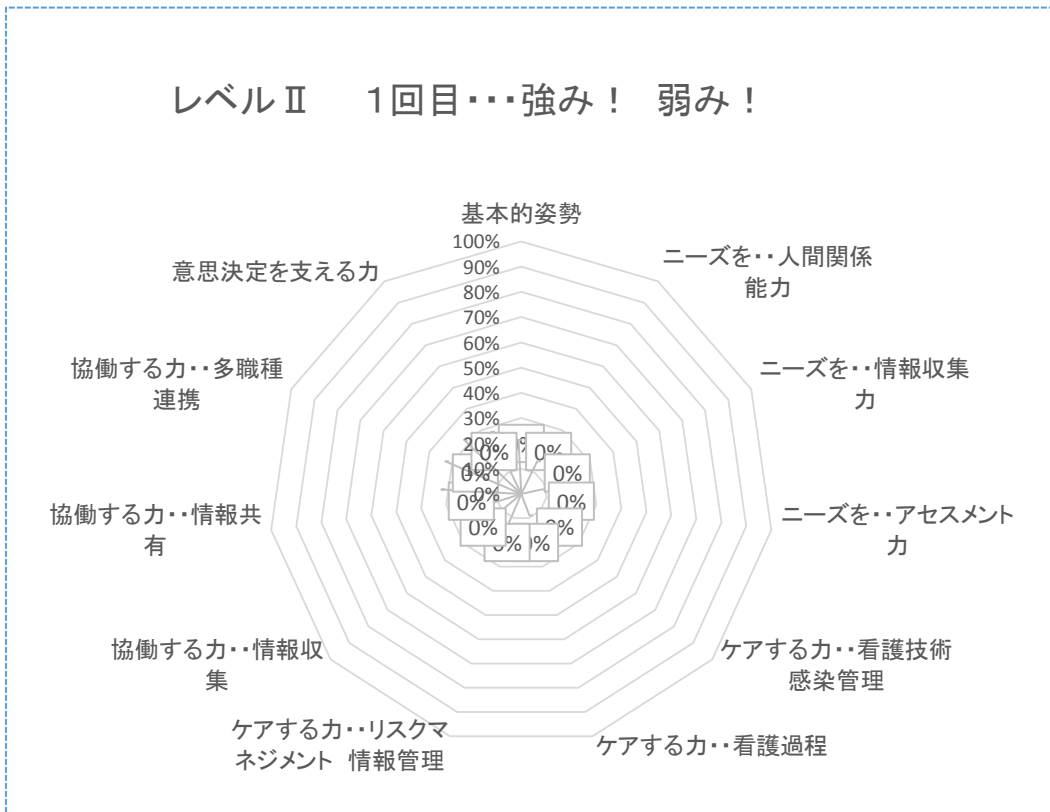
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
意思決定を支える力 ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に生かすことができる		自ら利用者や家族、周囲の人々の生活史に目を向けながら、思いや考え、希望を意図的に確認することができる			
		利用者・家族等の希望や意思に対し、その意思を支え続けられる体制や環境になっているかを考えることができる			
		利用者や家族の生活してきた歴史や環境を考えながら、思いや考えを傾聴し、共感的に受け止めることができる			
		コ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

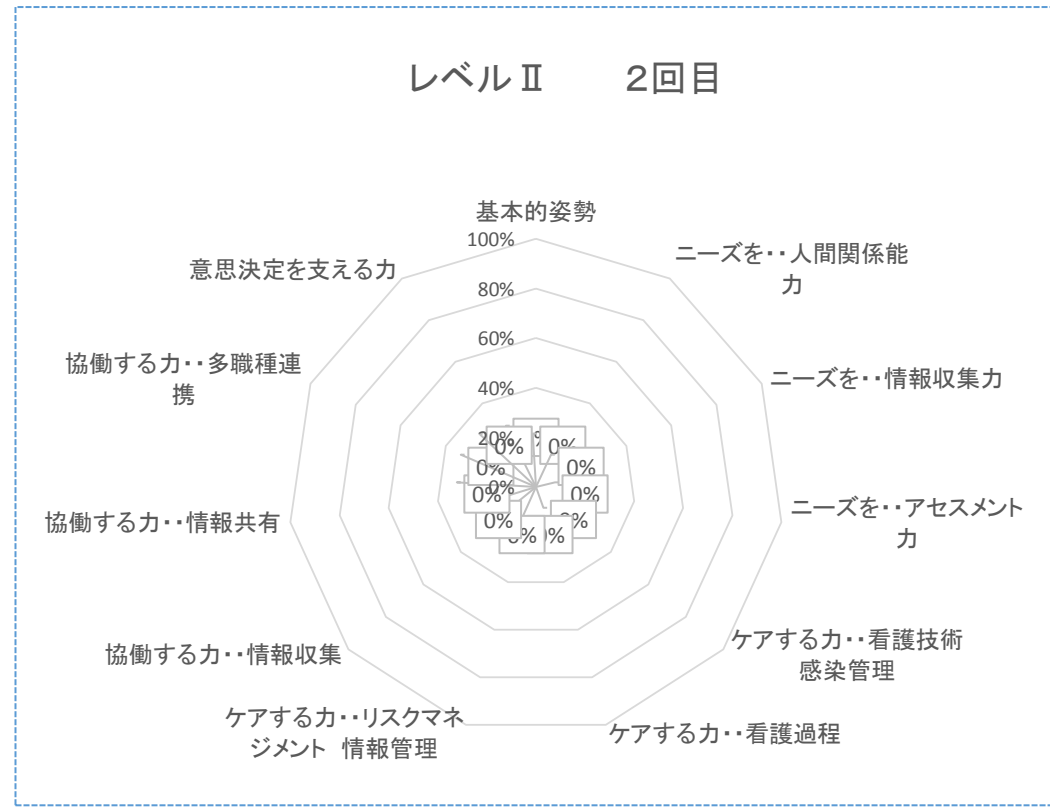


レベルの定義 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する

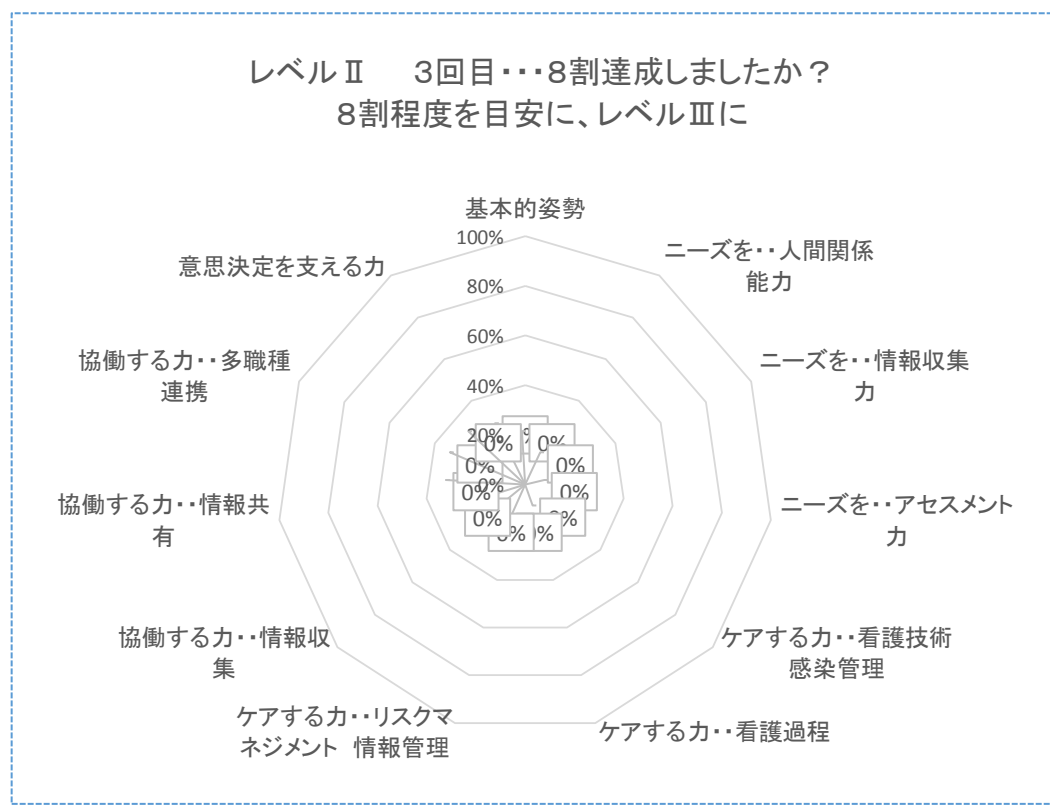
	月日		
基本的姿勢	0%		
ニーズを・・人間関係能力	0%		
ニーズを・・情報収集力	0%		
ニーズを・・アセスメント力	0%		
ケアする力・・看護技術 感染管理	0%		
ケアする力・・看護過程	0%		
ケアする力・・リスクマネジメント 情報管理	0%		
協働する力・・情報収集	0%		
協働する力・・情報共有	0%		
協働する力・・多職種連携	0%		
意思決定を支える力	0%		



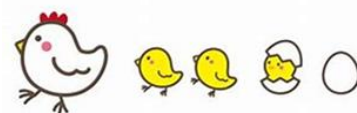
	月日	月日	
基本的姿勢	0%	0%	
ニーズを・・人間関係能力	0%	0%	
ニーズを・・情報収集力	0%	0%	
ニーズを・・アセスメント力	0%	0%	
ケアする力・・看護技術 感染管理	0%	0%	
ケアする力・・看護過程	0%	0%	
ケアする力・・リスクマネジメント 情報管理	0%	0%	
協働する力・・情報収集	0%	0%	
協働する力・・情報共有	0%	0%	
協働する力・・多職種連携	0%	0%	
意思決定を支える力	0%	0%	



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

“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)

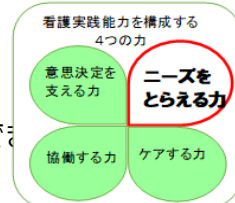


カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月日	2回目 月日	3回目 月日
基本的姿勢		介護保険制度について、利用者・家族等に説明することができる			
		医療保険制度について、利用者・家族等に説明することができる			
		訪問看護に関わる公費負担の諸制度について理解できる			
項目数	3	修得率	0%	0%	0%

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別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



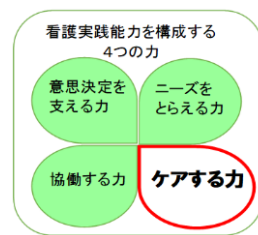
カテゴリ	評価の視点	評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月日	2回目 月日	3回目 月日
ニーズを捉える力 ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえたニーズ	情報収集能力	個別性を踏まえて、利用者・家族の身体側面からのアセスメントに必要な情報収集ができる ※ 3			
		個別性を踏まえて、利用者・家族の心理的側面からのアセスメントに必要な情報収集ができる ※ 3			
		個別性を踏まえ、利用者・家族の社会的側面(地域性、家族構成、環境等)からのアセスメントに必要な情報収集ができる ※ 3			
		個別性を踏まえ、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な情報(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実践する

- 行動目標 ① 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
 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 ケアの受け手の個別性をとらえ、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 月日	2回目 月日	3回目 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実践する	在宅看護過程	利用者・家族の個別性を考慮し、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・家族等の個別性に合わせて、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、ケアを実践できる			
		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			

	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

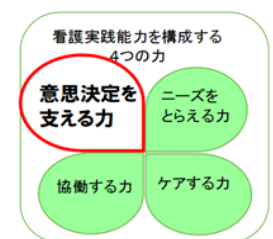


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
協働する力	情報収集	サービス担当者会議に参加し、情報収集ができ、意見交換ができる			
	情報共有	利用者・家族のケアに必要な情報について、多職種と共有できているか確認することができる			
ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる	多職種連携	サービス担当者会議や調整会議において、関係者の多様な価値観を理解した上で、看護職として必要な情報交換をすることができる			
		サービスの調整が必要となった時、医師への報告や、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			
		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			
	多職種連携	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			
		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



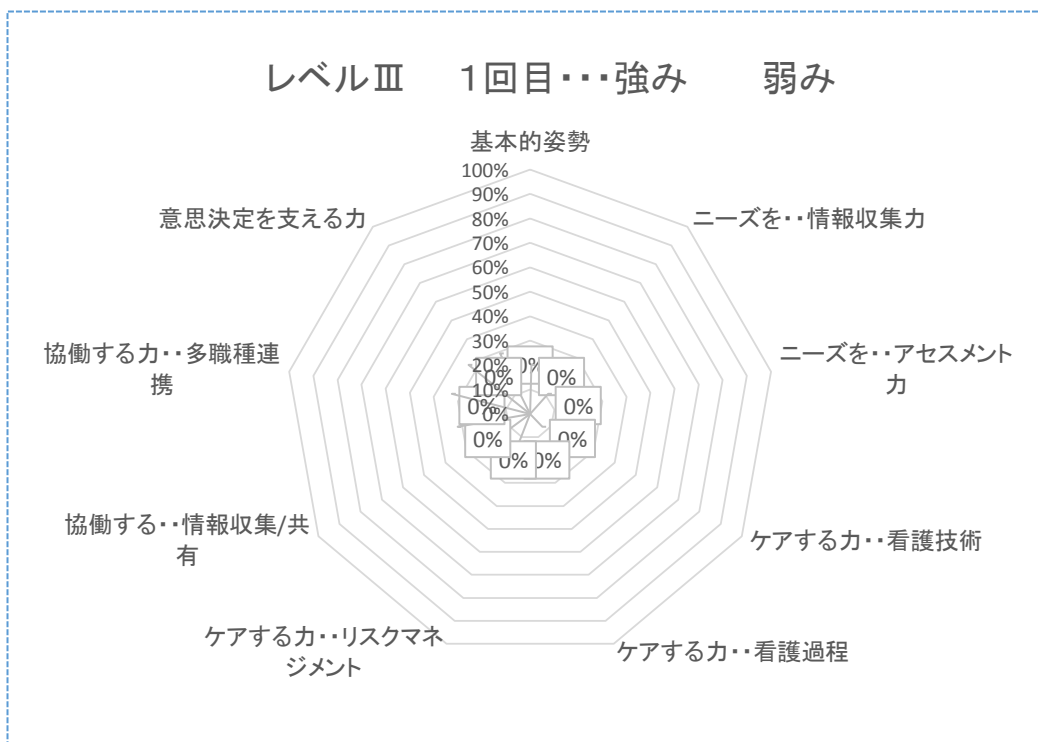
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
意思決定を支える力	ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる	利用者と家族が意思決定するにあたり、必要な情報を提供し理解できるように説明することができる			
		利用者の療養の場の選択、看取り、1つ1つの治療の選択において、利用者や家族の気持ちに寄り添いつつ、情報を提供する事ができる			
		利用者や家族等のそれぞれの意思や意向の違いを理解し、複数の価値観や思いをくみ取り、寄り添うことができる			
		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、選択肢となる治療そのもの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

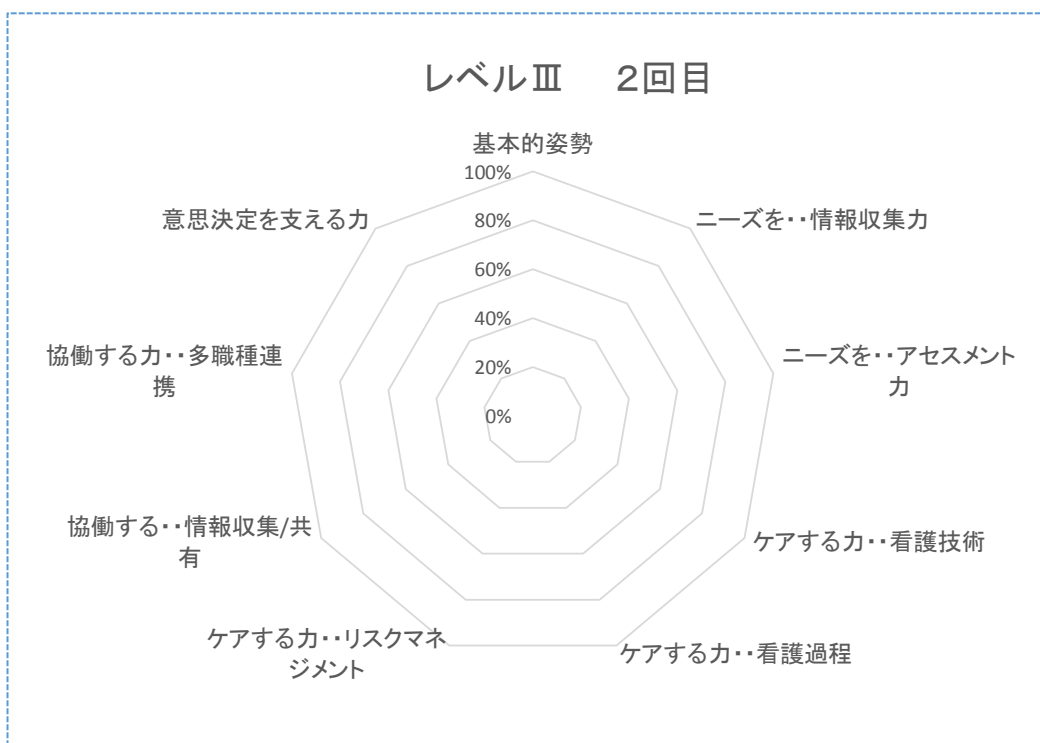


レベルの定義 ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する

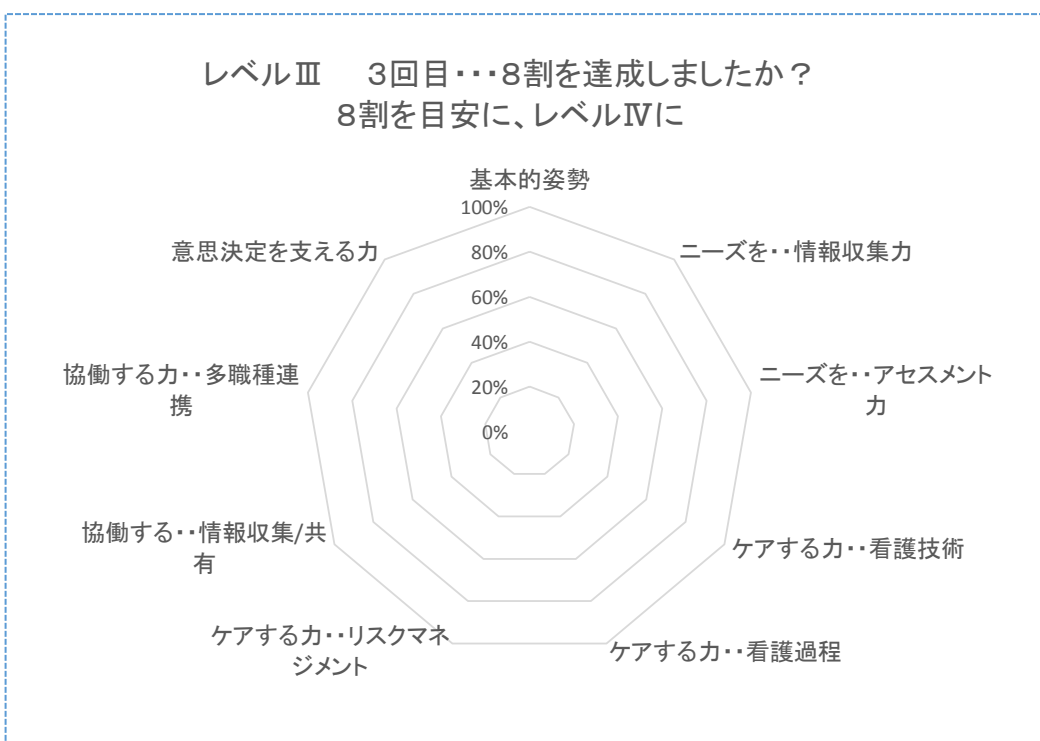
	月 日		
基本的姿勢	0%		
ニーズを・・・情報収集力	0%		
ニーズを・・・アセスメント力	0%		
ケアする力・・・看護技術	0%		
ケアする力・・・看護過程	0%		
ケアする力・・・リスクマネジメント	0%		
協働する・・・情報収集/共有	0%		
協働する力・・・多職種連携	0%		
意思決定を支える力	0%		



	月 日	月 日	
基本的姿勢	0%	0%	
ニーズを・・・情報収集力	0%	0%	
ニーズを・・・アセスメント力	0%	0%	
ケアする力・・・看護技術	0%	0%	
ケアする力・・・看護過程	0%	0%	
ケアする力・・・リスクマネジメント	0%	0%	
協働する・・・情報収集/共有	0%	0%	
協働する力・・・多職種連携	0%	0%	
意思決定を支える力	0%	0%	



	月 日	月 日	月 日
基本的姿勢	0%	0%	0%
ニーズを・・・情報収集力	0%	0%	0%
ニーズを・・・アセスメント力	0%	0%	0%
ケアする力・・・看護技術	0%	0%	0%
ケアする力・・・看護過程	0%	0%	0%
ケアする力・・・リスクマネジメント	0%	0%	0%
協働する・・・情報収集/共有	0%	0%	0%
協働する力・・・多職種連携	0%	0%	0%
意思決定を支える力	0%	0%	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

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

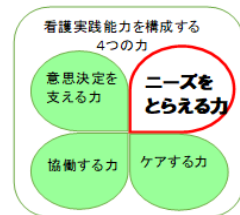
- ・訪問看護ステーション内外の看護チームの目標に照らして、予後予測に基づき、看護実践の変更と評価ができる
- ・在宅ケアチームにおいて、多職種と連携しながら在宅療養を支える医療者として調整力を発揮できる
(教育担当者・管理者)

	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 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

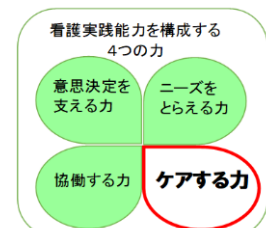


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ニーズを捉える力 ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる	情報収集能力	利用者の疾患の予後や治療による影響、今後の療養場所を考慮し、どのような医療処置の導入を選択するか等の予測をしながら、情報を収集することができる			
		小児から高齢者まで幅広い利用者に応じて、必要な情報を得る事ができる			
		高齢者のニーズは、人生の最終段階を見据えてとらえていくため、予測的な状況判断のもとでの情報収集をすることができる			
		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			
	アセスメント力	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			
		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

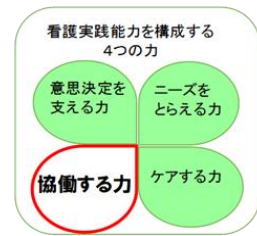


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
ケアする力	在宅看護過程	利用者・家族等の生活を成り立たせるといった顕在的、潜在的ニーズに応えるため、訪問時間、回数等を相談のうえ調整することができる			
		直接訪問だけでなく、電話連絡による状態確認のフォローや指導という手段を、利用者と家族等の状況から判断する事ができる			
		退院前後の在宅移行時のケア調整やターミナル期のケア調整など、利用者の療養状況の変化を予測してケアの提案ができる			
		在宅看取りの際は、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			
様々な技術を選択・応用する力		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力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

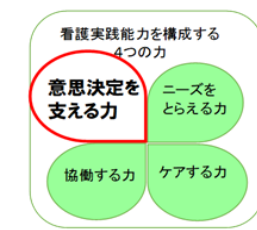


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
協働する力 ケアの受け手を取り巻く多職種力を調整し連携できる	情報共有	利用者・家族等の状況から、療養生活の継続が難しくなることが予測される場合等に、サービス調整会議の開催を提案することができる			
		※調整会議を開催するタイミングとして重要な時期は、新しいサービスを入れる時、退院前、看取りに向けた時期における老老介護等、家族（または利用者を取り巻く人々）の生活の継続が難しくなることが予測された時期である。			
		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			
		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、連携を図ることができる			
	多職種連携	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			
		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			
		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行なうことができる			
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



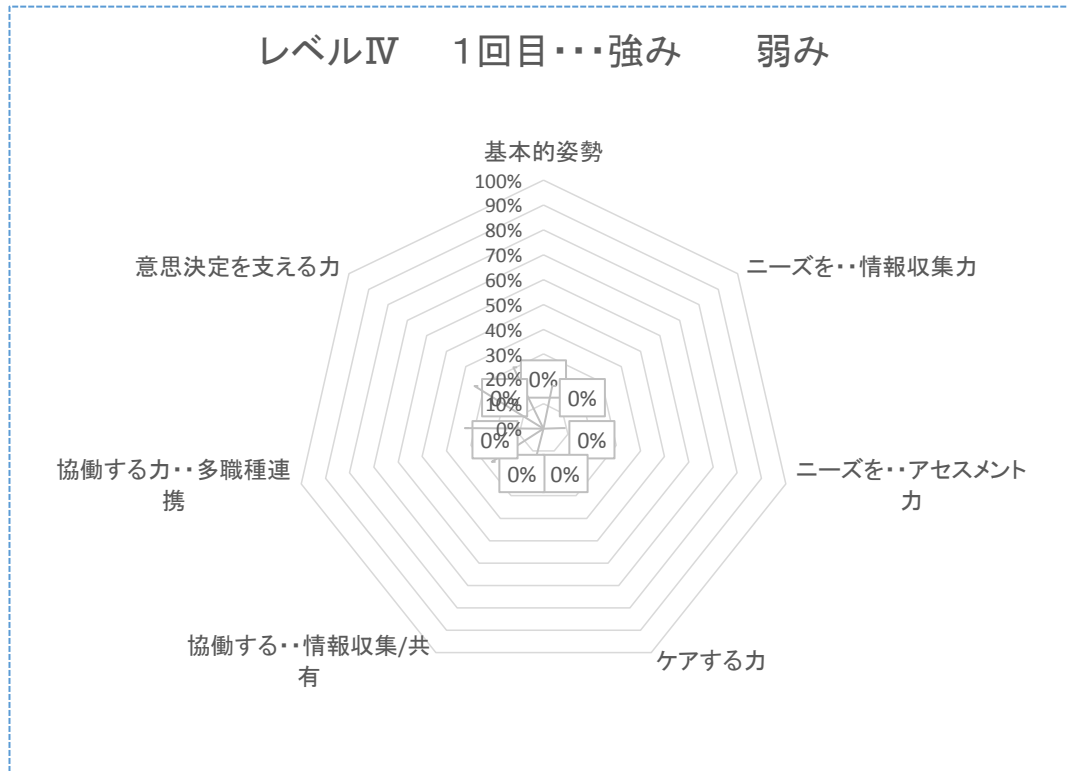
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
意思決定を支える力 ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎを共有でき、選択を尊重できる		利用者の療養の場の選択、看取り、治療方法の選択において、利用者・家族の意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながらケアをすることができる			
		意思決定のゆらぎ（選択）や状況の変化に応じて調整し、意思決定プロセスを支援することができる			
		治療選択の場において、今後起こり得る生活の変化について等説明し、それらに関して、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

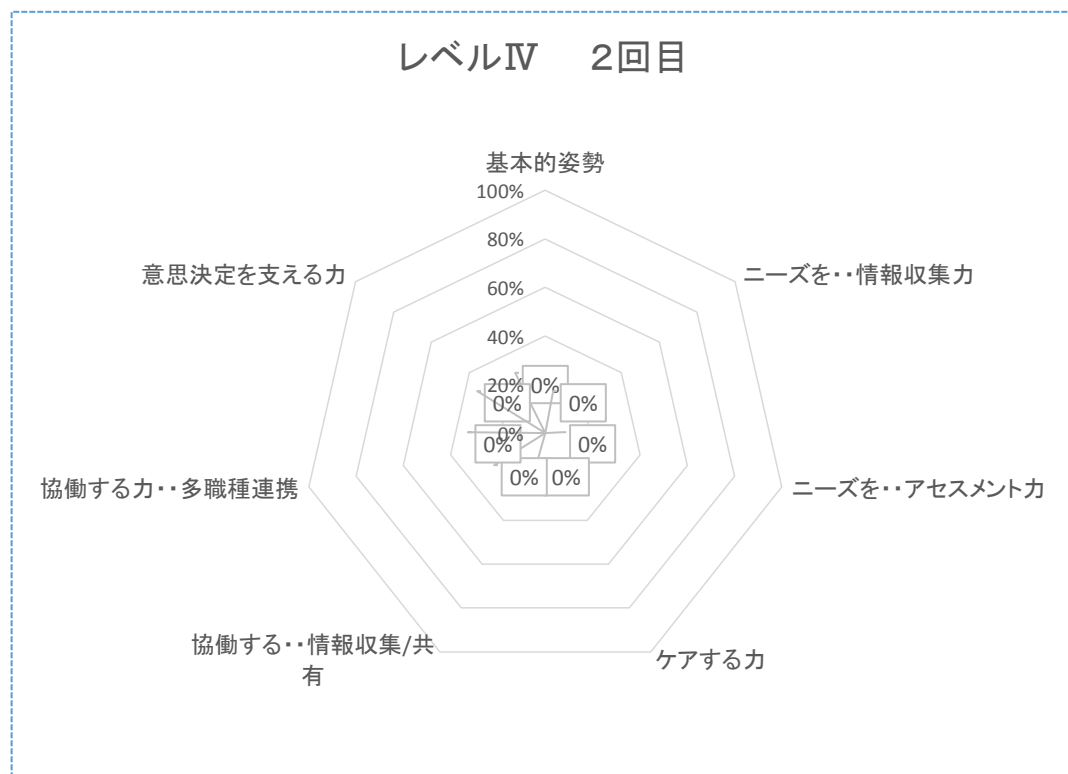


レベルの定義 幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する

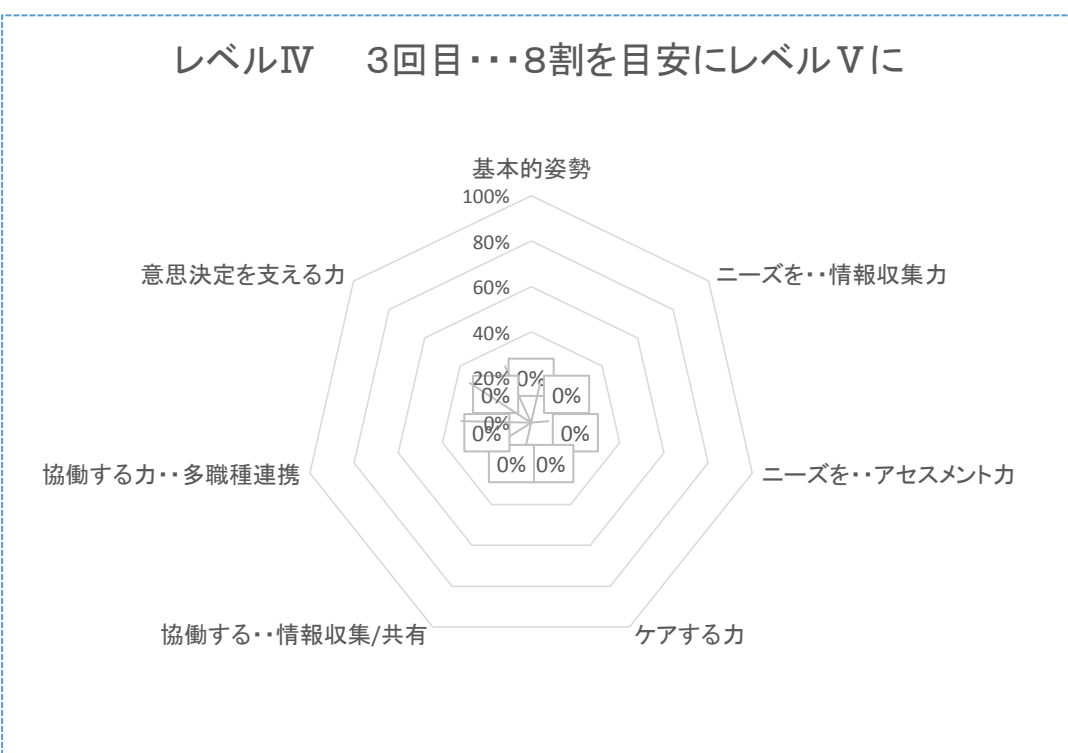
	月 日		
基本的姿勢	0%		
ニーズを・・・情報収集力	0%		
ニーズを・・・アセスメント力	0%		
ケアする力	0%		
協働する・・・情報収集/共有	0%		
協働する・・・多職種連携	0%		
意思決定を支える力	0%		



	月 日	月 日	
基本的姿勢	0%	0%	
ニーズを・・・情報収集力	0%	0%	
ニーズを・・・アセスメント力	0%	0%	
ケアする力	0%	0%	
協働する・・・情報収集/共有	0%	0%	
協働する・・・多職種連携	0%	0%	
意思決定を支える力	0%	0%	



	月 日	月 日	月 日
基本的姿勢	0%	0%	0%
ニーズを・・・情報収集力	0%	0%	0%
ニーズを・・・アセスメント力	0%	0%	0%
ケアする力	0%	0%	0%
協働する・・・情報収集/共有	0%	0%	0%
協働する・・・多職種連携	0%	0%	0%
意思決定を支える力	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

“滋賀県の目指す訪問看護師の姿”

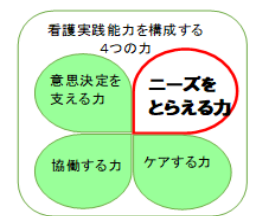
- ・訪問看護ステーションが提供する看護の質を管理する立場から教育的役割を發揮できる
- ・不足している社会資源について、在宅ケアの実践者の立場から政策提言できる
(スペシャリスト・管理者)

	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

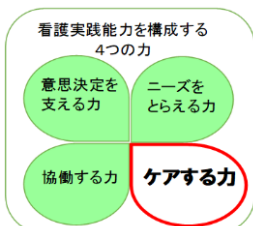


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回	2回目	3回目
			月日	月日	月日
ニーズを捉える力	情報収集能力	複雑困難(癌末期、多重疾患、社会的困難、虐待、ネグレクト等)な利用者の状況を生活歴、家族歴、地域福祉、社会資源など様々な視点からの確に把握することができる			
	ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえニーズをとらえる	アセスメント力 複雑困難な利用者の状況を、生活歴、家族歴、地域福祉、社会資源など様々な視点からの確に把握し問題を明確化できる 複雑困難な利用者にかかわる多職種からの情報を分析し、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	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			
		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

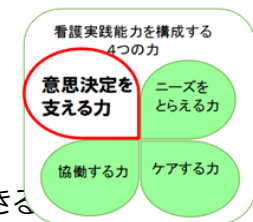


	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
協働する力 ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす	情報共有	複雑な状況の中で見えにくくなっている利用者・家族等の課題を、看護理論等に沿って整理し、ニーズを引き出すことができ、利用者の課題やニーズについて根拠をもって他職種に説明できる			
		利用者のニーズに沿ったケアの目標を、関係者間で共通理解するために、調整の中心的役割を果たすことができる			
		看護の質向上のために、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

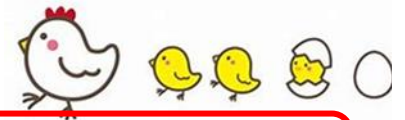
【レベル毎の目標】 複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる

- 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



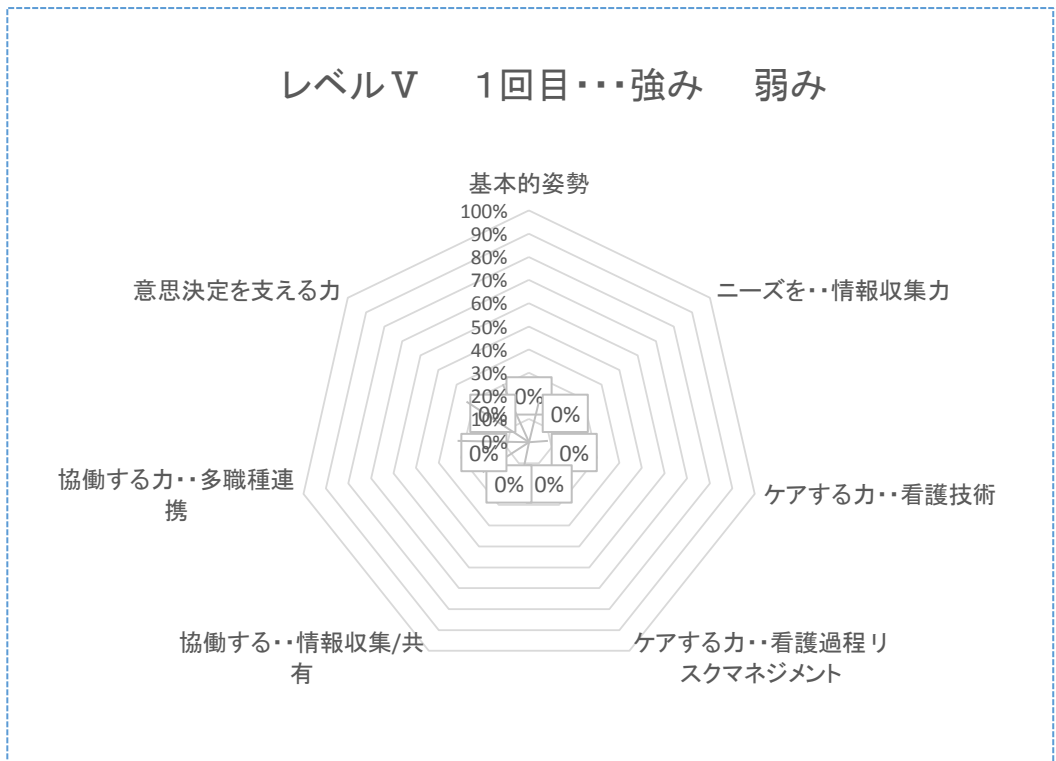
	カテゴリ	評価の視点 評価【5:できた 4:ほぼできた 3:少しできた 2:不十分 1:できない 0:未経験】	5段階評価		
			初回 月 日	2回目 月 日	3回目 月 日
意思決定を支える力 複雑な意思決定プロセスにおいて、多職種も含めた調整的役割を担うことができる		複雑な意思決定プロセスにおいて、利用者や家族、周囲の人々の意思決定に伴うゆらぎに寄り添い、変化に応じて意図的に多職種を巻き込みながら職種の役割を調整し、意思決定へ導くことができる			
		利用者と周囲の人との療養への意向が異なり、調整が困難な状況にある等においても、その状況を再度確認し、必要時は再調整し、利用者の希望が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

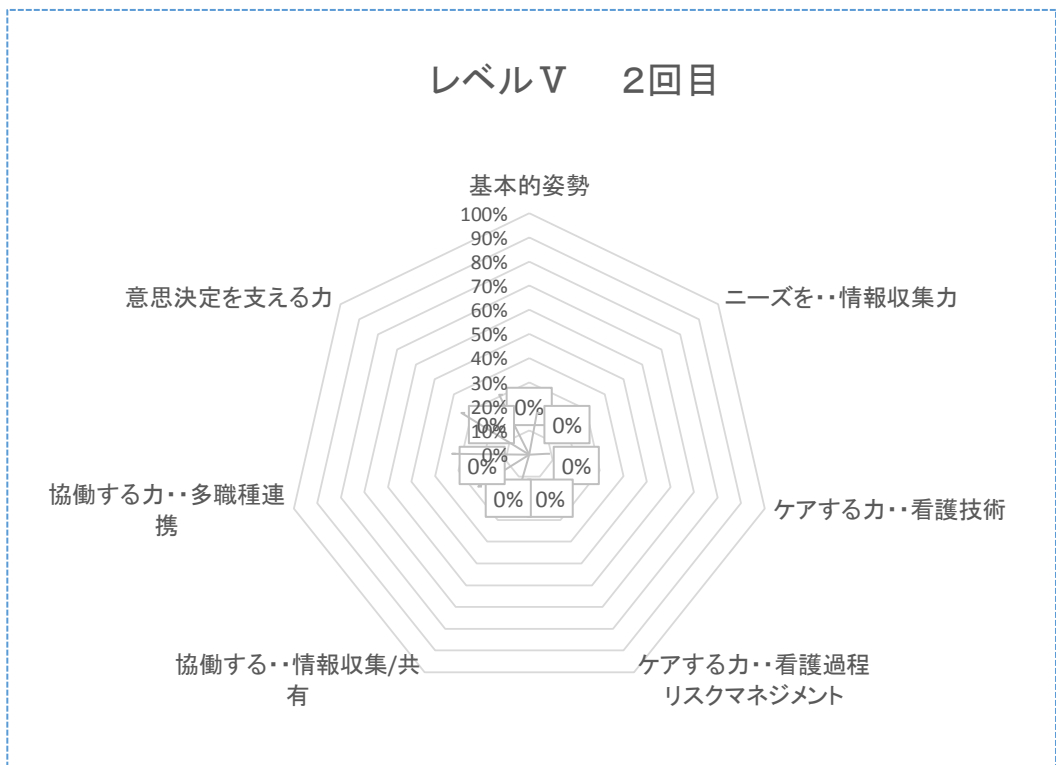


レベルの定義 より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択し QOLを高めるための看護を実践する

	月 日		
基本的姿勢	0%		
ニーズを・・・情報収集力	0%		
ケアする力・・・看護技術	0%		
ケアする力・・・看護過程 リスクマネジメント	0%		
協働する・・・情報収集/共有	0%		
協働する力・・・多職種連携	0%		
意思決定を支える力	0%		



	月 日	月 日	
基本的姿勢	0%	0%	
ニーズを・・・情報収集力	0%	0%	
ケアする力・・・看護技術	0%	0%	
ケアする力・・・看護過程 リスクマネジメント	0%	0%	
協働する・・・情報収集/共有	0%	0%	
協働する力・・・多職種連携	0%	0%	
意思決定を支える力	0%	0%	



	月 日	月 日	月 日
基本的姿勢	0%	0%	0%
ニーズを・・・情報収集力	0%	0%	0%
ケアする力・・・看護技術	0%	0%	0%
ケアする力・・・看護過程 リスクマネジメント	0%	0%	0%
協働する・・・情報収集/共有	0%	0%	0%
協働する力・・・多職種連携	0%	0%	0%
意思決定を支える力	0%	0%	0%

