

『看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)』を基にした 滋賀県版クリニカルラダー と 実践例

『看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)』を基にした滋賀県版クリニカルラダー と 実践例 です。
ご活用いただく際に、「ステップアップシート活用ガイド」も併せてご覧下さい。

【使用方法】

1. 各自分の力量に関して、5段階でチェックをしてもらって下さい。
このシートはクリニカルラダーに沿って、作成しています。自信を持って働けるよう、自分の弱みと強みの確認に使用していただきたいと考えています。
2. 管理者の皆さまは、各看護師が自分の目標を明確にして、また、自信を持って訪問看護業務に携われるよう、職員の力量確認や指導に活かしていただきますようお願いいたします。
3. 自己確認等の時期は、各事業所にて決めて、定期的に確認していただければと思います。
(採用時に確認し、その後定期的に確認に活用してください。すでに訪問看護師として活躍されている方も、各自のレベルを確認して、自己研鑽に活用願います)

訪問看護師研修体系検討事業報告書 より 抜粋

求める訪問看護師像

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、生きてく喜びである「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。
- 社会情勢が変化の中で、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つけるため、主体的に学び続ける看護職であって欲しい。

図1 訪問看護ステーションの相互に関係する課題の循環を変える！

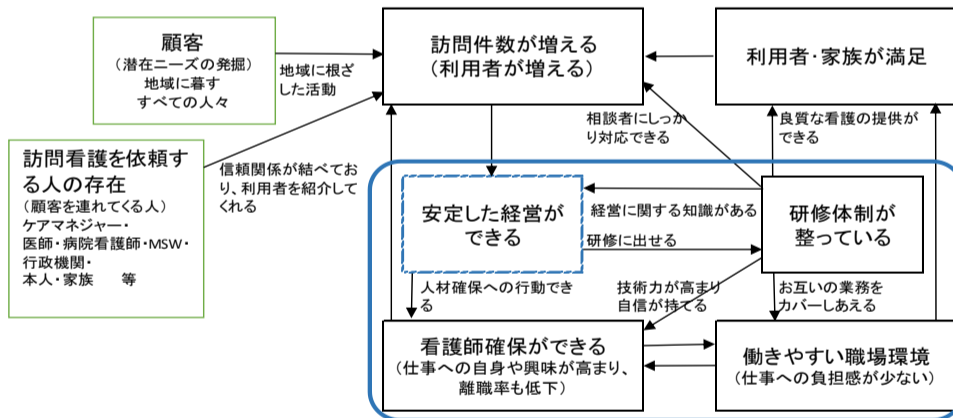
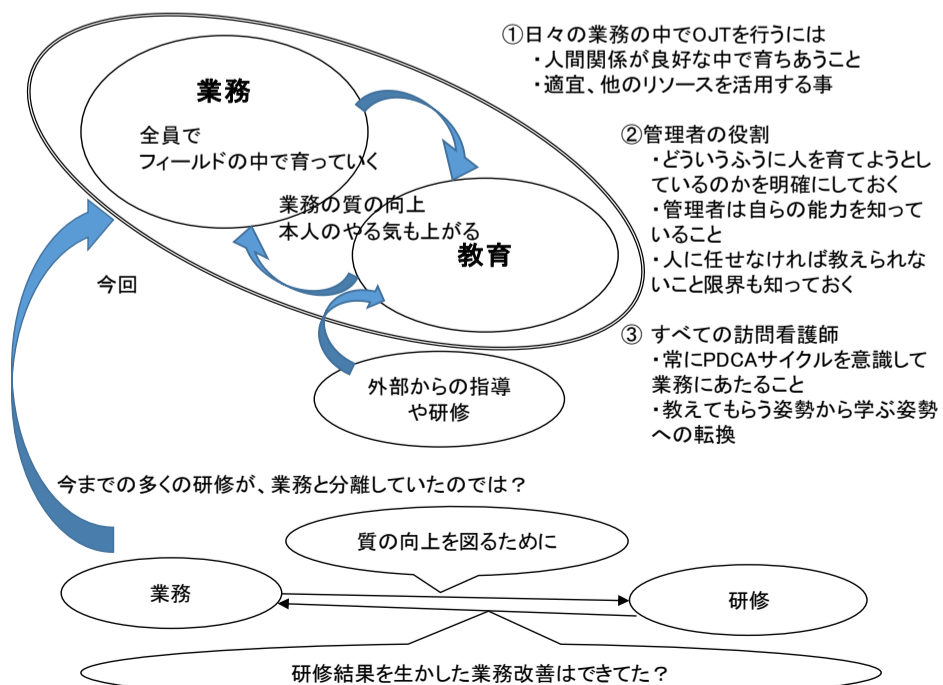


図2 効率的な訪問看護師教育は、フィールドの中で実践



「看護師のクリニカルラダー（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


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協会のクリニカルラダーを変更しているのは、この標記のみです。

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
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	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 (スペシャリスト・管理者)
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てニーズをとらえる
	【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
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	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
	【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 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	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
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	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
	【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	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
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	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

「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。

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	利用者に合う個別の看護を実践する	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
	【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ニーズをとらえる
ニーズをとらえる力	【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
	実践例	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 個別性をふまえ、 ① 個別性をふまえ、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的確に把握でき、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
看護の核となる実践能力	行動目標 ①					
	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。

定義		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】	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	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
	【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 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	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
	実践例	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 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、費用負担を考慮し、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	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	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>“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>		

『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。

「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。

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
	協働する力	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	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
看護の核となる実践能力	【レベル毎の目標】	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	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ながら多職種連携を進めていくことができる ② 利用者との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
	実践例	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 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 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	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 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	① 利用者の個別的なニーズを実現するための具休策について、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 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	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 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	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 また、ケアに必要な各関係機関と連携することができる 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 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。
	実践例	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 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月間予定を把握し、それぞれの役割を理解する	② 関係者とのコミュニケーション方法について、次の連絡方法を体験する 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 また、利用者個々の特性を理解して、多様な方法ももちいて、コミュニケーションをとることができる	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 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 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 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	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 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 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。	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ことができる
	実践例	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	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のかを判断し、連絡調整を行うことができる 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	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 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 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	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	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
	実践例	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	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	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事ができる		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
実践例	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					

ラダー（協働）

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
	例	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				

「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		I	II	III	IV	V
レベル						
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	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 【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	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 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	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 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	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 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	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 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 法的小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	行動目標 ① 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
	実践例	行動目標 ② 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	行動目標 ③ 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		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	