

2 訪問看護ラダー ～「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」をもとに～

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

レベル	I 1年で到達				II 2年で到達				III 3年で到達				IV 4年で到達				V 5年で到達														
	JNA版ラダー		訪問看護での目標		具体的手順		JNA版ラダー		訪問看護での目標		具体的手順		JNA版ラダー		訪問看護での目標		具体的手順		JNA版ラダー		訪問看護での目標		具体的手順								
レベル毎の定義	基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て看護を実践する								標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する								ケアの受け手に合う個別化看護を実践する				幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する										
【レベル毎の目標】	助言を得てケアの受け手や状況(場)のニーズをとらえる				助言を得てケアの受け手や場のニーズをとらえる				ケアの受け手や状況(場)のニーズを自らとらえる				ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる				ケアの受け手や状況(場)を統合しニーズをとらえる				ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえたニーズをとらえる										
	【行動目標】 □助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □ケアの受け手の状況から緊急度をとらえることができる				□ステーションの対象者・在宅療養者に多い疾患(心不全、肺炎、脳梗塞後遺症等、ステーションにより検討)について、情報収集と緊急度が理解できる				□助言を受けながらケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □訪問看護に必要な情報収集とアセスメントの考え方を理解するために、病態と生活機能の関連を可視化できる □利用者の個性に応じ、予測される状態や危険性をアセスメントし、ケアの緊急度をとらえることができる				□自立してケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から必要な情報収集ができる □得られた情報をもとに、ケアの受け手の全体像としての課題をとらえることができる				□自立して、診療録など決められた枠組みに沿って、利用者や家族、利用者をつりまく人々、他職種から情報収集ができる。 □生活という視点で情報収集でき、現在はもちろん、過去の生活歴にも目を向け、その人らしさを大切にできる情報収集ができる。 □受け持ち利用者の情報収集、アセスメント、計画立案・修正・実践・評価が自立してできる。 □利用者の状態や状況から、自ら対応できるかどうか判断できる。				□ケアの受け手に必要な身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から個別性を踏まえ必要な情報収集ができる □得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる				ss □ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえたニーズをとらえる				□複雑な状況を把握し、ケアの受け手を取り巻く多様な状況やニーズの情報収集ができる □ケアの受け手や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる		
【レベル毎の目標】	助言を得ながら、安全な看護を実践する				助言を得ながら、安全な看護を実践する				ケアの受け手や状況(場)に応じた看護を実践する				ケアの受け手や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する				様々な技術を選択・応用し看護を実践する				最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する										
	【行動目標】 □指導を受けながら看護手順に沿ったケアが実施できる □指導を受けながら、ケアの受け手に基本的援助ができる □看護手順やガイドラインに沿って、基本的看護技術を用いて看護援助ができる				□看護手順やガイドラインに沿った看護手順を理解できる □個別性に応じた看護手順を理解する □指導を受けながら、看護手順に沿った基本的援助ができる □関連図に基づき看護計画が立案できる □実践を指導者とフィードバックできる				□ケアの受け手の個性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践できる □ケアの受け手に対してケアを実践する際に必要な情報を得ることができる □ケアの受け手の状況に応じた援助ができる				□ケアの受け手の個性を考慮しつつ標準的な看護計画に基づきケアを実践できる □複数の医療処置や技術を自立して実践できる □比較的重症でない利用者、状態の安定している利用者について、ケアプラン(ケアマネジャー)からの居宅サービス計画書に定められた時間内で、必要なケアを実践できる □自ら対応が困難であると判断した場合、事業所等に連絡相談し、必要な指示を受けることができる				□ケアの受け手の個性に合わせて、適切なケアを実践できる □ケアの受け手の潜在的・潜在的なニーズを察知しケアの方法に工夫ができる □ケアの受け手の個性をとらえ、看護実践に反映ができる				□ケアの受け手の顕在的・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 □幅広い視野でケアの受け手をとらえ、起こりうる課題や問題に対して予測的および予防的に看護実践ができる				□ケアの受け手の複雑なニーズに対応するためあらゆる知見(看護および看護以外の分野)を動員し、ケアを実践・評価・追求できる □複雑な問題をアセスメントし、最適な看護を選択できる						
【レベル毎の目標】	関係者と情報共有ができる				事業所内のチームで情報共有ができる 主治医、ケアマネジャー(居宅および包括)、医療機関と情報共有ができる				看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる				ケアの受け手やその関係者、多職種と連携ができる				ケアの受け手を取り巻く多職種の力を調整し連携できる				ケアの受け手の複雑なニーズに対応できるように、多職種の力を引き出し連携に活かす										
	【行動目標】 □助言を受けながらケアの受け手を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者と共有することができる □助言を受けながらチームの一員としての役割を理解できる □助言を受けながらケアに必要な判断した情報を関係者から収集することができる □ケアの受け手を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる □連絡・報告・相談ができる				□助言を受けながら、利用者を支える看護実践のために必要な情報がどのようなことか理解できる □助言を受けながら、ケアに必要な情報を主治医、ケアマネジャー、医療機関から情報収集できる □またそれらの関係職種を持つ多様な価値観を知る □助言を受けながら訪問看護チームの一員としての役割を理解できる □報告・連絡・相談ができる				□チームの一員として担う役割を理解責任を持ってケアを行う □関係者の役割が理解でき、情報提供や情報収集、ディスカッションを行うことができる □交流・交換研修や地域の医療介護の連携の仕組みを活用し、多職種の多様な価値観を知る □助言を受けながら、報告連絡相談が主治医、ケアマネジャー、医療機関、ほかの看護師とできる □サービス担当者会議や退院時カンファレンスに指導者とともに参加し、多様な連携のイメージを持つ □訪問看護に必要な制度の仕組みを理解し、利用者の保険や費用の状況を知る □事業所内カンファレンスで意見を出す				□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、それぞれ積極的に情報交換ができる □関係者と密にコミュニケーションを取ることができる □看護の展開に必要な関係者を「特定」できる □看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換できる ※ここでいうコミュニケーションは直接、間接【文書等】を含む				□ケアの受け手の個別化ニーズに対応するために、その関係者と協力し合いながら多職種連携を進めていくことができる □ケアの受け手とケアについて意見交換できる □積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる				□ケアの受け手がおかれている状況(場)を広くとらえ、結果を予測しながら多職種連携の必要性を見極め、主体的に多職種と協力し合うことができる □多職種連携が十分に機能するように調整できる □多職種の活力を維持・向上させる関わりができる				□複雑な状況(場)の中で見えにくくなっているケアの受け手のニーズに適切に対応するために、自律的な判断のもと関係者に積極的に働きかけができる □多職種連携が十分に機能するよう、その調整的役割を担うことができる □関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる □目標に向かって多職種の活力を引き出すことができる						
【レベル毎の目標】	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る				利用者や家族のほんとうの思い、願いを知る。				ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる				ケアの受け手や周囲の人々の意向を踏まえ、「その人らしさ」を大切にしながら、看護に活かすことができる				ケアの受け手や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる				ケアの受け手や周囲の人々の意思決定を尊重できる										
	【行動目標】 □助言を受けながらケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を知ることができる				□助言を受けながら利用者や家族のほんとうの思い、願いを知ることができる				□ケアの受け手や周囲の人々の思いや考え、希望を意図的に確認することができる □確認した思いや考え、希望は変化してもいいことを理解したうえで、ケアに反映できる				□利用者や家族の思い、利用者を取り巻く人々から、思いや願い、考えを確認できる □確認した思いや考え、希望は変化してもいいことを理解したうえで、ケアに反映できる				□利用者や家族の意思を支え続けられる環境になっているか確認・判断し、助言を受けながら、必要な調整ができる □利用者や家族の言葉だけでなく、歴史や日常に目を向け、思いを確認し、その人らしさを支えるケアについて、助言を受けながら、意思決定支援を実践する □コミュニケーションの中から利用者や家族(利用者を取り巻く人々)の思いや希望等を傾聴し、共感的に受け止めることができる。 □利用者や家族(利用者を取り巻く人々)のケアやサービスに対する希望等をくみ取り、次の訪問時のケアに活かすことができる。				□ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に必要な情報を提供できる □ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いを理解できる □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				□ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスに看護職の立場で参加し、適切な看護ケアを実践できる				□適切な資源を積極的に活用し、ケアの受け手や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる □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		