

長野県版訪問看護師のクリニカルラダー

氏名: _____

自己評価日: 年 月 日

他者評価・面接日: 月 日

中間評価・面接日: 月 日

最終評価日: 月 日

1 定義を確認し、自己レベルを選択する

レベル	I	II	III	IV	V
定義	□ 基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て訪問看護を実践する	□ 標準的な看護計画に基づき自立して訪問看護を実践する	□ ケアの受けてに合う個別訪問看護を実践する	□ 幅広い視野で予測的判断をもち訪問看護を実施する	□ より複雑な状況においてケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための訪問看護を実践する

2 選択した自己レベルの実践目標が達成されているかチェックし、全ての実践目標が達成された段階でそのレベルに到達したものとする。到達されない項目は前レベルで確認する。

評価▶ 自:自己評価 他:他者評価

レベル	I		II		III		IV		V	
	評価	自 他	自 他	自 他	自 他	自 他	自 他	自 他	自 他	
ニーズをとらえる力	目標	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
	実践目標	□ □ 助言を得て 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。 □ □ 地域性、家族構成、環境等の情報収集ができる。 □ □ 状況から、医療的な緊急度をとらえケアする必要に気づくことができる。	□ □ 自立して 利用者・家族、主治医、ケアマネジャー等の多職種から情報収集できる。 □ □ 現在だけでなく過去の生活歴も意識した生活の視点で情報収集ができる。 □ □ 情報収集、アセスメント、計画立案・修正、実践、評価ができる。 □ □ 自らが対応できる状況なのか判断できる。	□ □ 個別性をふまえ 利用者の生活状況やADL、介護者の介護方法、社会資源など、多職種からも情報収集ができる □ □ 利用者・家族、多職種間で情報の認識にずれがないか確認できる。 □ □ 限られた訪問時間の中で、効率よく情報収集する工夫が1つでも考えられ情報収集が、利用者・家族に負担にならないよう配慮できる。 □ □ 生活行動の変化に気づくことができる。(入浴、トイレ歩行が億劫、散歩に行けなくなったなど)	□ □ 予測的な判断のもと 高齢者の場合、人生の最終段階を見据えニーズに対する情報収集ができる。 □ □ 予後、治療によるリスク等を見据え医療処置や療養場所のニーズを情報収集し、1つ1つの選択について準備を進めることができる。 □ □ 人生の最終段階の判断が困難な慢性疾患や、心不全等の急速に増悪する疾患の利用者に対し、入院が増えてきた段階で看取りを想定し情報収集ができる。 □ □ 情報収集のための、様々な手段が発想でき、訪問時間の組み方の工夫ができる。	□ □ 価値観に応じた判断のもと 複眼的な視点で、困難事例の状況を把握し看護上の問題点を明確化できる。 □ □ 困難事例や複雑な家族の生活・価値観を適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。 □ □ 地域全体を俯瞰して、ニーズに対し不足している機能に気づくことができる。そして、提案的に看護実践ができ、他施設等に働きかけることで解決を図る。				
ケアする力	目標	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
	実践目標	□ □ 自事業所の看護手順・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。 □ □ 医療廃棄物専用のスペースがない生活環境の中で、必要な感染対策について理解し実施できる。 □ □ 生活環境においてケアを提供することへの配慮をし、受け持ち利用者へのケアを指導を受けながら実施できる。	□ □ 利用者の病状や状況に応じ、個別性を考慮したケアや対応ができる。 □ □ 複数の医療処置・技術を自立して実践できる。 □ □ 比較的重症ではない場合や状態が安定している利用者に対し、ケアプランの時間の中で必要なケアを実践できる。 □ □ 利用者の状態変化等により、自らの対応が困難であると判断した場合に、事業所等に相談し指示を受けることができる	□ □ 個別性に合わせ、限られた物品・時間の中で効率的なケア、体制の工夫が考えられる。 □ □ 経済状況を理解し、可能な限り利用者の所有物でケアを実施する等、ケア方法や物品の選択・提案を工夫できる。 □ □ 生活環境でケアを提供していることを考慮し、使用後の物品やゴミの処理、洗濯物について配慮できる。 □ □ 比較的重症な利用者に対し、ケアプランの中で必要なケアを実施し、適切なケアプランへの提案もできる。 □ □ 病状の変化・問題が生じた場合は臨機応変に対応できる。	□ □ 生活を維持するため顕在的・潜在的ニーズに応えるため、訪問体制の工夫ができる。(家族の時間を確保するために訪問時間を調整する等) □ □ 利用者・家族の意思決定を軸に、主治医の往診体制等の確認・調整を行い、在宅看取りの体制作りができる。 □ □ 経済状況を理解し、費用負担を考慮したケアの調整と、ケア方法や物品の選択・提案において最適な物を判断し選択できる。 □ □ 訪問だけでなく、電話による状態確認や指導という手段を利用者・家族の状況から判断し実施できる。 □ □ 幅広い視野で、予測される今後の状況や、主治医や訪問看護師に連絡するタイミングについて、具体的に利用者・家族、多職種が理解出来る様伝えることができる。	□ □ 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等を取得しケアに活かすことができる。 □ □ 複雑な問題をアセスメントし、利用者・家族が望むケアの提供が難しい状況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できる。				

レベル	I		II		III		IV		V							
評価	自	他	自	他	自	他	自	他	自	他						
協働する力	目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関係者と情報共有ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護の展開に必要な関係者を特定し情報交換ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ケアの受け手やその関係者多職種と連携ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ケアの受け手を巻き取り多職種の力を調整し連携できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	実践目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多施設、多職種の役割が理解できる 訪問看護に必要な制度(医療・介護保険等)を理解し利用者の保険や費用の状況について知ることができる。 訪問看護ステーションの一員であることを理解し、責任をもってケアし、他の訪問看護師に連絡・報告・相談ができる。 主治医や多職種への連絡・報告・相談の方法を理解し実践できる。 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多職種と連携できる。 事業所内カンファレンスにおいて情報提供し関係者と共有する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用者・家族、多職種にも理解しやすい方法・言葉で説明し、認識のずれを予防することができる。 主治医などの多職種と自立して積極的に連携できる。 主治医へ、優先順位を考慮し短時間で的確に相談できる。 助言を受けながら、利用者の状態変化に対し、サービス調整等の体制づくりができる。 サービス担当者会議等に参加し情報共有ができる。 事業所内カンファレンスで積極的に発言し、関係者と情報共有できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多職種の役割を理解し、必要な職種に気づき、協力を求めることができる。 利用者・家族の状況をとりえ、多職種に情報提供できる。 状態の安定している慢性疾患の利用者に対し、自立してサービス調整等の体制づくりができる。 サービス担当者会議等で、積極的に発言し、関係者と情報共有できる。 事業所内カンファレンスを、定期的だけではなく、必要に応じて開催することができる。 利用者・家族の状況を判断し2カ所又は3カ所ステーションとの訪問を調整できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	状態の変化を予測しながら、サービス担当者会議などの開催を提案できる。 自立して、急性期や人生の最終段階にある利用者の体制づくりができる。 体制づくりの際、窓口となる地域の病院施設の特徴を理解し連携することができる。 身体的変化により必要となるものを随時多職種へ情報提供し連携できる。 利用者・家族の現状と予測される状況、ニーズをとりえ、必要な多職種を判断し、つなぐことができる。 ケアマネジャーがいない利用者に対し中心的に多職種との連携をはかることができる。 多職種の視点に立ち、同行訪問などで多職種への指導を実施し、それぞれの職種が効果的にケアできるための関わりをもつことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	在宅療養継続が困難な利用者に対し、多職種、行政、保健所等と連携し、体制づくりや他施設や他機関との相互の役割の調整を積極的に行い、問題解決を図る 困難事例の調整会議を開催し、全体を俯瞰しながらファシリテーター役を果たし、目標に向かい、多職種の活力を引き出すことができる。 関係者・多職種の中心的な役割を担うことができる。 訪問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もち活動できる
意思決定を支える力	目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ケアの受け手や周囲の人々の意向を知る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ケアの受け手や周囲の人々の意思決定に伴う揺らぎを共有でき選択を尊重できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
	実践目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	助言を受けながら、利用者・家族との言葉から、思いや考え、希望を確認できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用者・家族の意思を継続して支えられる体制・環境になっているか考えることができる。 利用者・家族の歴史や生活習慣などにも視点を向け、思いや考え、希望を意図的に確認することができる。 コミュニケーションの中から、利用者・家族の思いや希望を傾聴し、共感的に受け止めることができる。 確認した思いや希望をケアに関連づけ次の訪問で活かすことができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用者・家族の意思決定に必要な情報提供をし、療養の場や治療の選択において気持ちに寄り添うことができる。 利用者・家族がもつ価値観や治療に対するイメージを含めてくみ取り、寄り添うことができる。 意思決定場面に必要な情報・選択肢を理解できるように説明できる。 利用者・家族の意向の違いを理解し多職種に代弁できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながら、ゆらぎや状態変化に応じて調整し、意思決定プロセスを促進することができる。 意思決定において、選択肢となる治療だけでなく、治療後の介護も含めた生活の変化についても予測的に説明し、抱いているイメージに気づき調整できる。 現在と将来を見据えた意思決定支援ができ、人生の最終段階の希望を確認したうえで希望を尊重したケア体制を調整することができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	複雑な意思決定場面において伴うゆらぎに寄り添い、意図的に多職種を巻き込み調整し、適切な資源を積極的に活用し意思決定プロセスを支援できる。 利用者・家族の希望やイメージをくみ取り最適な選択が出来る様に調整し意思決定を支える(例:治療継続が本当に本人の人生にとって最良か、多角的な視点でアセスメントしながら俯瞰的に考え支援する) 独居で、人生の最終段階や倫理的な問題のある利用者の意思決定場面において地域の社会資源等のリソースを活用して調整ができる(法的・文化的配慮)

3 自己レベル到達のために必要な力と学習項目(研修)を確認する。

4 レベル到達への課題・方法を導き出す。

