

## 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する ラダーⅡ

氏名

ニーズをとらえる力

レベル毎の目標: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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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																				
	実践例	できる:○、自信ない△、できない× <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>評価</th> <th>評価</th> </tr> <tr> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>■ 自立して身体的、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</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■ 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</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■ 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</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			評価	評価	評価	月 日	月 日	月 日	■ 自立して身体的、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				■ 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				■ 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		
評価	評価	評価																			
月 日	月 日	月 日																			
■ 自立して身体的、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																					
■ 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																					
■ 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																					

## 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する ラダーⅡ

氏名

## ケアする力

レベル毎の目標: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	実践例		
	評価	評価	評価
	月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 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する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ケアの受け手の状況に応じた援助ができる	できる:○、自信ない△、できない×		
	■利用者の病気や状況の変化に応じたケアや対応ができる		
	■直接の訪問だけでなく、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・介護者の状況から判断することができる		
	■比較的重症ではない利用者や状態の安定している利用者について、ケアプラン(居宅サービス計画書)の中の定められた時間の中で、必要なケアを実践できる		
	■想定より利用者の状態が重症であったり、自ら対応をすることが困難であると判断した場合に、事業所等に連絡相談をして指示を受けることができる		
	■訪問前に事前情報が整理でき、その情報を踏まえ、看護計画に基づいた援助が自立してできる		
	■利用者の状態や状況から、自らが対応出来るかを判断することができる		
	■実施した看護について、利用者および家族、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		
	■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事ができる		
	■介護サービス計画に沿った作成された訪問看護計画書を、利用者に交付し同意を得ることができる		
	■相談しながら夜間時間外等の緊急対応ができる		
	■在宅で必要とされる基本的な看護技術について、看護手順やガイドラインに沿って、自立して実施できる		
	・バイタルサイン測定		
	・フィジカルアセスメントの把握		
	・セルフケア能力の把握; 食事・排泄・清潔・衣生活・睡眠・服薬・移動		
・家族・介護者の状態把握			
・療養環境の把握			
・リハビリテーション			
・健康維持や予防に基づいた支援、指導			

実践例	できる:○、自信ない△、できない×		
	評価	評価	評価
	月 日	月 日	月 日
<b>■必要な医療処置ができる</b>			
<b>①栄養管理:鼻腔栄養法・胃瘻栄養法・腸瘻に関して</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
<b>②排泄ケア:間欠導尿・膀胱留置カテーテル・膀胱ろう・腎ろう・ストーマ(人工肛門・人工膀胱)・摘便、浣腸、坐薬挿入に関して</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
<b>③創傷処置</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
<b>④在宅中心静脈栄養;HPN</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
・セット交換			
・挿入後の管理			
<b>⑤持続輸液ポンプ</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
<b>⑥完全皮下埋め込み式カテーテル(ポート)</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
<b>⑦注射:静脈注射、持続皮下注射、点滴静脈注射(翼状針・留置針)、筋肉注射、インシュリン注射</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
<b>⑧在宅酸素療法(HOT)</b>			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			

実践例	できる:○、自信ない△、できない×		
	評価	評価	評価
	月 日	月 日	月 日
⑨気管カニューレ			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
⑩人工呼吸器:非侵襲的人工呼吸療法、侵襲的陽圧喚起療法			
・開始時の導入支援(準備・説明)・管理、実際の手技			
・在宅で起こりやすい異常やトラブル予防法と対処法の理解と実際			
・利用者・家族への支援・指導			
⑪在宅での看取り			
・身体症状のアセスメントと症状コントロールの実際			
・終末期のプロセスの理解			
・死後の処置			
・利用者、家族との適切なコミュニケーション			
・グリーフケア			
⑫急変時の対応			
・訪問宅で起こりやすい状況を予測し回避できる			
・急変時の対応・連絡・報告ができる			

## 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する ラダーⅡ

氏名

## 協働する力

レベル毎の目標：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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 関係者と密にコミュニケーションをとることができる <input type="checkbox"/> 看護の展開に必要な関係者を特定できる <input type="checkbox"/> 看護の方向性や関係者の状況を把握し、情報交換ができる																																				
	実践例	できる：○、自信ない△、できない× <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>評価</th> <th>評価</th> </tr> <tr> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>■医療職以外にも伝わるような説明ができる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■利用者に関わる医師及び多職種と連携できる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■主治医に対し、的確に相談できる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■助言を受けながら、急な病状の変化に対するサービス調整などの体制づくりができる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■調整会議に参加し、情報提供ができる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■事務所内カンファレンスに参加し、積極的に発言することで、必要な情報をスタッフと共有することができる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>■入院入所時に看護サマリーを記入し他施設・多職種と連携して継続看護を提供できる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			評価	評価	評価	月 日	月 日	月 日	■医療職以外にも伝わるような説明ができる				■利用者に関わる医師及び多職種と連携できる				■主治医に対し、的確に相談できる				■助言を受けながら、急な病状の変化に対するサービス調整などの体制づくりができる				■調整会議に参加し、情報提供ができる				■事務所内カンファレンスに参加し、積極的に発言することで、必要な情報をスタッフと共有することができる				■入院入所時に看護サマリーを記入し他施設・多職種と連携して継続看護を提供できる		
評価	評価	評価																																			
月 日	月 日	月 日																																			
■医療職以外にも伝わるような説明ができる																																					
■利用者に関わる医師及び多職種と連携できる																																					
■主治医に対し、的確に相談できる																																					
■助言を受けながら、急な病状の変化に対するサービス調整などの体制づくりができる																																					
■調整会議に参加し、情報提供ができる																																					
■事務所内カンファレンスに参加し、積極的に発言することで、必要な情報をスタッフと共有することができる																																					
■入院入所時に看護サマリーを記入し他施設・多職種と連携して継続看護を提供できる																																					

## 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する ラダーⅡ

氏名

## 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向を看護に活かすことができる

行動目標	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 確認した思いや考え、希望をケアに関連付けることができる																								
	実践例	できる:○、自信ない△、できない× <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>評価</th> <th>評価</th> </tr> <tr> <th>月 日</th> <th>月 日</th> <th>月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <b>■利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の言葉だけでなく、歴史や日々の生活にも目を向け、思いや考え、希望を意図的に確認することができる</b> </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <b>■コミュニケーションの中から利用者と家族(または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</b> </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <b>■利用者や家族または介護者のケアやサービスに対する希望等をくみ取り、看護に活かすことができる</b> </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <b>■「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等に沿ったかわりができる</b> </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			評価	評価	評価	月 日	月 日	月 日	<b>■利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の言葉だけでなく、歴史や日々の生活にも目を向け、思いや考え、希望を意図的に確認することができる</b>				<b>■コミュニケーションの中から利用者と家族(または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</b>				<b>■利用者や家族または介護者のケアやサービスに対する希望等をくみ取り、看護に活かすことができる</b>				<b>■「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等に沿ったかわりができる</b>		
評価	評価	評価																							
月 日	月 日	月 日																							
<b>■利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の言葉だけでなく、歴史や日々の生活にも目を向け、思いや考え、希望を意図的に確認することができる</b>																									
<b>■コミュニケーションの中から利用者と家族(または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</b>																									
<b>■利用者や家族または介護者のケアやサービスに対する希望等をくみ取り、看護に活かすことができる</b>																									
<b>■「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等に沿ったかわりができる</b>																									

## 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する ラダーⅡ

氏名

## 組織的役割遂行能力

レベル毎の目標: チームのメンバーとしての役割や係活動の補佐的役割を果たせる

行動目標	□組織の一員としての役割が理解でき、部署の目標達成に向けて基準や手順を順守した行動がとれる			
	実践例	できる: ○、自信ない△、できない×		
		評価	評価	評価
		月 日	月 日	月 日
	■ 部署の目標達成に向けて基準や手順を順守した行動ができる			
	■ ステーション内外の人々と良好な人間関係を築くことができる			
	■ 日本看護協会の「看護者の倫理要綱」を理解し、行動できる			
	■ 災害発生時には災害マニュアルに沿った行動ができる			
	■ 事故防止対応マニュアルに基づく安全行為を常に実践できる			
	■ 緊急事態の判断ができ、迅速に対応できる			
	■ 訪問看護に関連した報酬および請求の仕組みが理解できる			
	■ 訪問看護指示書の取り扱い・コスト算定の説明ができる			
	■ 契約の流れを理解し契約に必要な書類を理解し説明できる			

## 標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践する ラダーⅡ

氏名

自己教育・研究能力

レベル毎の目標: 自己課題を達成することができる

行動 目標	□自己課題を明確化し、達成に向けた学習活動を展開することができる			
	実践例	できる:○、自信ない△、できない×		
		評価	評価	評価
		月 日	月 日	月 日
	■自己課題達成に向け学習し活動の展開ができる			
■必要な知識や技術を習得するためにステーション内外の研修や学会に自主的に参加できる				
■自己の看護を振り返り、反省を活かす努力ができる				