

訪問看護ステーションにおける実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
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、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
ニーズをとらえる力	【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	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	□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	□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	□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 □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	□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
	実践例	■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。 ■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。利用者の家においてケアを提供するため、特に地域性、家族構成、環境等の情報収集を含む。 ■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。	■自立して、診療記録など決められた枠組みに沿って、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)、多職種から情報収集ができる。 ■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。 ■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、自らが対応できるかを判断することができる。	■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、利用者のもつ力としてADLだけでなく社会的資源なども含み情報収集ができる。利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)、介護職等から生活の場面における情報を得る。 ■情報収集においては、利用者・家族(または利用者を取り巻く人々)・多職種間での情報の認識のずれの有無を確かめることができる。 ■訪問看護は訪問時間が限られているため、情報収集のために、訪問の場で機能評価を実践したり、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)に写真や文字による記録を依頼するなどの工夫をする手段を1つでも考えられる。情報収集の手段について、利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)にとっての負担の程度を考慮することができる。 ■身体状態だけでなく、生活行動の変化に気づく。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はなく、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に気づける。	■訪問看護においては、小児から高齢者まで幅広い利用者がいるが、高齢者の場合には、人生の最終段階を見据えてのニーズをとらえていくために、予測的な状況判断のもとで情報収集をする。利用者の疾患の予後や治療による影響を考え、今後在宅で過ごすか病院で過ごすか、医療処置の導入を選択するか等の予測をしながら、情報収集してニーズをとらえ、1つ1つの選択について準備を進めていくことができる。 ■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。特に心不全や慢性呼吸不全等の急速に増悪する疾患について、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き情報収集ができる。 ■訪問看護は訪問時間が限られているため、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。	■複眼的な視点をもち、背景が複雑な困難事例の利用者の状況を的確に把握し、看護上の問題を明確化できる。 ■困難事例の利用者を取り巻く複雑な家族(または利用者を取り巻く人々)の状況や生活状況、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。 ■地域全体を俯瞰して、ニーズに対して不足している機能に気づき、提案的に看護実践したり、他施設等に働きかけることで解決を図る。
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	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	□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 □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	□ケアの受け手の個別性に合わせて、適切なケアを実践できる □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 □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	□ケアの受け手の顕在的・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 □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
	実践例	■在宅における看護手順やガイドラインに沿ったケアを実施する。 ■病院や施設と異なり、医療廃棄物専用のスペースはない中で、必要な感染対策について理解と実施ができる。 ■利用者の家においてケアを提供することを意識した基本的な配慮ができる。 ■受け持ちの利用者に対するケア方法を知り、指導を受けながら実施できる。	■利用者の病状や状況の変化に応じたケアや対応ができる。 ■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、自らが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。	■利用者の個別性に合わせて、物、時間、体制の3つを工夫できる。限られた物と限られた時間での効率的なケア、体制の組み方の工夫が考えられる。 ■利用者の経済状況を理解した上で、可能な限り利用者が所有する物品でのケアを確実に行う。ケアの方法や、物品の選択・提案において、ニーズに合わせて工夫ができる。 ■利用者の家においてケアを提供することについて配慮したケアを実践することができる。たとえば、ケアで使ったタオルの洗濯やゴミの処理についての配慮ができる。 ■比較的重症な利用者について、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。また、さらに適切なケアプラン(居宅サービス計画書)への提案ができる。 ■利用者に病状の変化や問題等が生じた場合、臨機応変に対応できる。	■利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)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、必要に応じて家族(または利用者を取り巻く人々)の生活のための時間の確保を目的として、訪問回数は減らし1回の訪問時間を長く調整する等の訪問体制の工夫ができる。 ■在宅における看取りの際も、体制作りが重要である。本人や家族(または利用者を取り巻く人々)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。 ■利用者の経済状況を理解した上で、費用負担を考えたケアの調整をする。ケアの方法や、物品の選択・提案において、ニーズに合わせた最適なものを判断し選択できる。 ■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(または利用者を取り巻く人々)の状況から判断する。 ■必要に応じて、予測される今後の状況と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(または利用者を取り巻く人々)・介護職等に伝え、理解を図る。	■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。 ■利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)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できる。



訪問看護ステーションにおける実践例

注) 具体的な実践例は各施設で置き換えてご検討ください

レベル		I	II	III	IV	V
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、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
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	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】	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 連絡・報告・相談ができる	<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、それぞれと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取ることができる <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、情報交換できる	<input type="checkbox"/> 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合いながら多職種連携を進めていくことができる <input type="checkbox"/> ケアの受け手とケアについて意見交換できる <input type="checkbox"/> 積極的に多職種に働きかけ、協力を求めることができる	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 多職種間の連携が機能するように調整できる <input type="checkbox"/> 多職種の活力を維持・向上させる関わりができる	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 関係者、多職種間の中心的役割を担うことができる <input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 多施設多職種の役割が理解できる。連携する多職種は、医師、看護師(ステーション内、他ステーション)、ケアマネジャー、訪問入浴のスタッフ、訪問リハビリのスタッフ、病院(医師、看護師、ソーシャルワーカー)、保健師、薬剤師、民生委員、難病支援センターなどである。 ■ 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知る。 ■ 訪問看護ステーションの一員であることを理解し、利用者へのケアを責任をもって行う。他の看護師に連絡・報告・相談ができる。 ■ 主治医やその他の職種への連絡・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、助言を受けながら主治医や多職種との連携を実践できる。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。在宅においては、家族(または利用者を取り巻く人々)をはじめ、福祉・介護職と話す場が多く、相手に合わせた説明をすることで、認識のずれを予防することができる。 ■ 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。 ■ 助言を受けながら、受け持ち利用者の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、情報共有ができる。 ■ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 多職種の役割を理解した上で、利用者にとって必要な職種に気づき、協力を求めることができる。利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)の現在ある状況をとらえ多職種に伝えられる。 ■ 自立して、状態の安定している慢性疾患の利用者についてのサービス調整などの体制づくりをする。 ■ 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。 ■ 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だけでなく、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 変化のタイミングをとらえた上で、調整会議の開催を提案する。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。 ■ 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する。体制を変更する場合、窓口となる地域の病院・施設の特徴を理解している。看護師は利用者を訪問することが多いため、身体的変化から必要なものを随時多職種へ投げかけ、連携を機能させる。 ■ 利用者にとって必要な多職種に気づき、協力を求めることができ、利用者と家族(または利用者を取り巻く人々)の現在ある状況と今後予測される状況をきちんととらえ、本人や家族(または利用者を取り巻く人々)の希望やニーズと合わせて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ては、中心的に多職種と連携をつくる。 ■ 多職種の視点を共有し、それぞれの職種が効果的にケアを実践するための関わりを行う。たとえば、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、連携を図るとともに、安楽なケアの実践を促進する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 困難事例の調整会議を開催し、全体を俯瞰しながら、ファシリテーション役を果たせる。 ■ 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もって活動できる。
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】	<input type="checkbox"/> 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	<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、希望をケアに関連づけることができる	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ケアの受け手や周囲の人々の意向の違いが理解できる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
	実践例	<ul style="list-style-type: none"> ■ 助言を受けながら、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)との言葉から、思いや考え、希望を確認できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の意思に対し、その意思を支え続けられる体制・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(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。 ■ コミュニケーションの中から利用者や家族(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。 ■ 利用者や家族(または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。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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(または利用者を取り巻く人々)の気持ちに寄り添うことができる。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)がもつ複数の価値観や思いをくみ取り、寄り添うことができる。 ■ 意思決定場面において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の希望やイメージを含めてくみ取ることができる。たとえば治療選択の場面において、治療の希望やその治療に対して抱いているイメージを含めてくみ取る。 ■ 意思決定場面において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)が意思決定に関して、必要な情報を理解できるように説明する。たとえば、治療選択の場面において、本人や家族それぞれに対し、選択肢となる治療のものについて理解できるための説明をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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(または利用者を取り巻く人々)の意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながら、ゆらぎや状況の変化に応じて調整し、意思決定プロセスを促進する。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)が意思決定する際に、予測を含めた情報提供を行う。たとえば、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を伝え、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の抱い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に気づき調整できる。 ■ 「現在」だけではなく「先」をみすえた意思決定支援ができる。人生の最終段階の判断が難しい慢性疾患の利用者の場合にも、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た上で、希望を尊重したケア体制を整えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 複雑な意思決定場面において、利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)の意思決定に伴うゆらぎに寄り添いながら、ゆらぎや状況の変化に応じて意図的に多職種を巻き込んで調整し、意思決定へ導くことができる。 ■ 利用者や家族(または利用者を取り巻く人々)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。たとえば治療について、治療を続け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。 ■ 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、地域の社会資源等のリソースを活用して調整ができる。

