

「京都版 高齢者介護施設看護師クリニカルラダー」

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、入居者・家族等のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力

言葉の説明  
 ・関係者とは、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練士、管理栄養士(栄養士)、社会福祉士等の他職種や家族または入居者を取り巻く人々。  
 ・周囲の人々とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、他職種  
 ・家族等とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、キーパーソン等

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	ガイドに基づき自立して看護を実践する	入居者・家族等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、入居者・家族等にとっての最適な手段を選択しQOL(生活・人生の質)を高め、SOL(生命の尊厳)を保持するための看護ができ、看護の質を管理する立場から教育的役割を実践する
定義	<p>入居者・家族等から得た情報をアセスメントして、日常生活上の課題が抽出できる。</p> <p>施設サービス計画に基づいて、サービスの提供が行われていることを知る。</p> <p>介護施設看護の実践ガイド(以下ガイドとする)に基づいて、助言を受けながら応用し、看護実践できる。</p>	<p>ガイドに基づいて自ら応用し、個別的な生活を支えるための看護実践できる。</p> <p>施設サービス計画の健康面をモニタリングし、再アセスメントにより新たな課題を抽出できる。</p> <p>(一人前)</p>	<p>日常生活の場において全人的な側面から情報収集し、生活を支えるための個別的な看護実践を自立して展開できる。</p> <p>(実習指導者)</p>	<p>施設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。</p> <p>多職種と連携しながら日常生活を支える医療者として調整力を発揮できる。</p> <p>(教育担当者・管理者)</p>	<p>高齢者介護施設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。</p> <p>不足している社会資源について、施設ケアの実践者の立場から政策提言できる。</p> <p>(スペシャリスト・管理者)</p>
ニーズをとらえる力	<p>【レベル毎の目標】</p> <p>助言を得て入居者・家族等や状況(場)のニーズをとらえる。</p> <p>【行動目標】</p> <p>(1)助言を受けながら入居者・家族等の全人的側面から、必要な情報収集ができる。                  (2)助言を受けながら、得られた情報をもとにアセスメントを行い、入居者・家族等の全体像としての課題をとらえることができる。                  (3)入居者・家族等の状況から、緊急度をとらえることができる。</p>	<p>入居者・家族等や状況(場)のニーズを、自らとらえる。</p> <p>(1)入居者・家族等の全人的側面から、必要な情報収集ができる。                  (2)得られた情報をもとにアセスメントを行い、入居者・家族等の全体像としての課題をとらえることができる。</p>	<p>入居者・家族等や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる。</p> <p>(1)入居者・家族等の全人的側面から、個性性を踏まえた情報収集ができる。                  (2)得られた情報をもとにアセスメントを行い、優先度の高いニーズをとらえることができる。</p>	<p>入居者・家族等や状況(場)を統合し、ニーズをとらえる。</p> <p>(1)予測的な状況判断のもと、全人的側面から、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、アセスメントを行い、ニーズをとらえることができる。</p>	<p>入居者・家族等や状況(場)の関連や意味をふまえたニーズをとらえる。</p> <p>(1)入居者・家族等を取り巻く複雑な状況を把握し、ニーズの情報収集ができる。                  (2)入居者・家族等や周囲の人々の価値観に応じた判断ができる。</p>
ケアする力	<p>【レベル毎の目標】</p> <p>助言を得ながら、安全な看護を実践する。</p> <p>【行動目標】</p> <p>(1)指導を受けながら、ガイドに沿ったケアが実施できる。                  (2)指導を受けながら、入居者・家族等に基本的援助ができる。                  (3)自施設の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。</p>	<p>入居者・家族等や状況(場)に応じた看護を実践する。</p> <p>(1)入居者・家族等の個性性を考慮しつつ、ガイドに基づきケアを実践できる。                  (2)入居者・家族等に対して、ケアを実践する際に必要な情報を得ることができる。                  (3)入居者・家族等の状況に応じた援助ができる。</p>	<p>入居者・家族等や状況(場)の特性をふまえた看護を実践する。</p> <p>(1)入居者・家族等の個性性に合わせて、適切なケアを実践できる。                  (2)入居者・家族等の顕在的・潜在的ニーズを察知し、ケアの方法に工夫ができる。                  (3)入居者・家族等の個性性をとらえ、看護実践に反映ができる。</p>	<p>様々な技術を選択・応用し看護を実践する。</p> <p>(1)入居者・家族等の顕在的・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。                  (2)幅広い視野(入居者・家族等をとらえ、起こりうる課題や問題に対して、予測的および御坊的な看護実践ができる。</p>	<p>最新の知見を取り入れた、創造的な看護を実践する。</p> <p>(1)入居者・家族等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・追及できる。                  (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。</p>
協働する力	<p>【レベル毎の目標】</p> <p>関係者と情報共有ができる。</p> <p>【行動目標】</p> <p>(1)助言を受けながら、入居者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)入居者を取り巻く関係者の多様な価値観を理解できる。</p>	<p>看護の展開に必要な関係者を特定し、情報交換ができる。</p> <p>(1)入居者を取り巻く関係者の立場や役割の違いを理解した上で、それぞれ積極的に情報交換ができる。                  (2)必要時、関係者とコミュニケーションを取ることができる。                  (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て、情報交換ができる。</p>	<p>入居者やその関係者、多職種と連携ができる。</p> <p>(1)入居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)入居者・関係者とケアについて意見交換ができる。                  (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。                  (4)最終段階における意思決定のプロセスに沿ったケアを実施することができる。</p>	<p>入居者を取り巻く多職種の力を調整し連携できる。</p> <p>(1)入居者が置かれている状況(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)多職種間の連携を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。</p>	<p>入居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ことができる。</p> <p>(1)複雑な状況(場)の中で見えにくくなっている入居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、調整的役割を担うことができる。                  (3)医療・看護面において、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。</p>
意思決定を支える力	<p>【レベル毎の目標】</p> <p>入居者や周囲の人々の意向を知る。</p> <p>【行動目標】</p> <p>(1)助言を受けながら、入居者や周囲の人々の、思い・考え・希望等を知ることができる。                  (2)最終段階における意思決定のプロセスを理解することができる。</p>	<p>入居者や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる。</p> <p>(1)入居者や周囲の人々の、思い・考え・希望等を意図的に確認することができる。                  (2)確認したい思い・考え・希望等をケアに関連づけることができる。                  (3)最終段階における意思決定のプロセスを理解し実施することができる。</p>	<p>入居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。</p> <p>(1)入居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)入居者や周囲の人々の意向の違いが理解できる。                  (3)入居者や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる。                  (4)最終段階における意思決定のプロセスに沿ったケアを実施することができる。</p>	<p>入居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。</p> <p>(1)入居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。                  (2)法的および文化的配慮など多方面から入居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。</p>	<p>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。</p> <p>(1)適切な資源を積極的に活用し、入居者や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる。                  (2)法的および文化的配慮など多方面から入居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。</p>
レベル毎の推奨研修の提案	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者介護施設における看護師の役割</li> <li>○高齢者の特徴とフィジカルアセスメント</li> <li>○認知症研修(基礎)</li> <li>○感染予防研修(基礎)</li> <li>○嚥下機能研修(基礎)</li> <li>○スキンケア(基礎)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○看取り研修(総論)</li> <li>○認知症研修(実践)</li> <li>○感染予防研修(実践)</li> <li>○嚥下機能研修(実践)</li> <li>○スキンケア(実践)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○看取り研修(各論)</li> <li>○認知症研修</li> <li>○感染予防研修(リーダー)</li> <li>○喀痰吸引等京都府指導者養成研修</li> <li>○喀痰吸引等京都府指導者看護師フォローアップ研修</li> <li>○嚥下機能研修(応用)</li> <li>○スキンケア(応用)</li> <li>○ファシリテーション研修(基礎)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ファシリテーション研修(実践)</li> <li>○医療安全管理者養成講習会</li> <li>○介護施設における看護指導者養成研修</li> <li>○地域包括研修</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○看護管理者ファーストレベル研修</li> <li>○JNAラダーの研修</li> </ul>



# 「京都版 高齢者介護施設看護師クリニカルラダー」

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、入居者・家族等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**

言葉の説明  
 ・関係者とは、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練士、管理栄養士(栄養士)、社会福祉士等の他職種や家族または入居者を取り巻く人々。  
 ・周囲の人々とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、他職種  
 ・家族等とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、キーパーソン等

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 <b>助言を得て</b> 看護を実践する	<b>ガイド</b> に基づき <b>自立して</b> 看護を実践する	入居者・家族等に合う <b>個別的な看護</b> を実践する	<b>幅広い視野で予測的判断</b> をもち看護を実践する	より <b>複雑な状況</b> において、入居者・家族等にとっての <b>最適な手段</b> を選択しQOL(生活・人生の質)を高め、SOL(生命の尊厳)を保持するための看護ができ、看護の質を管理する立場から教育的役割を実践する
	【レベル毎の目標】	助言を得て入居者・家族等や状況(場)のニーズをとらえる	入居者・家族等や状況(場)のニーズを自らとらえる	入居者・家族等や状況(場)の特性をふまえたニーズをとらえる	入居者・家族等や状況(場)を統合しニーズをとらえる	入居者・家族等や状況(場)の関連や意味をふまえニーズをとらえる
看護の核となる実践能力	【行動目標】	(1) 助言を受けながら入居者・家族等の全人的側面から、必要な情報収集ができる。 (2) 助言を受けながら得られた情報をもとにアセスメントを行い、入居者・家族等の全体像としての課題をとらえることができる。 (3) 入居者・家族等の状況から緊急度をとらえることができる。	(1) 入居者・家族等の全人的側面から、必要な情報収集ができる。 (2) 得られた情報をもとにアセスメントを行い、入居者・家族等の全体像としての課題をとらえることができる。	(1) 入居者・家族等の全人的側面から、個別性を踏まえた情報収集ができる。 (2) 得られた情報からアセスメントし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、全人的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、アセスメントを行い、ニーズをとらえることができる。	(1) 入居者・家族等を取り巻く複雑な状況を把握し、ニーズの情報収集ができる。 (2) 入居者・家族等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、記録上の情報を確認し、入居者・家族等の訴えや観察をもとに全人的側面から必要な情報収集を行うことができる。 特に、高齢やADLの低下に伴って起こりやすい認知症、褥瘡、骨折、栄養状態の低下、感染症についての視点から情報を得ることができる。 ② 助言を受けながら、情報収集をもとに日常生活上のアセスメントを行い、高齢者の特性を考慮し、入居者・家族等の全体像としての課題をとらえることができる。 ③ 助言を受けながら、医療的な緊急度をとらえる必要性を認識する。たとえば、平常時の入居者の状況と比較することで、異常に気づくことができる。また、事故の発生時に緊急性に気づくことができる。	① 自立して、記録上の情報を確認し、入居者・家族等の訴えや観察をもとに、全人的側面から必要な情報収集を行うことができる。 ② 自立して、情報収集をもとに日常生活上のアセスメントを行い、課題の抽出をすることができる。 ③ 多職種(特に介護職)からの情報を得ることで、入居者の状態の変化(食事量や活気の低下、臥床時間の減少等)について情報を得て、早い段階で状態を把握することができる。 ④ 入居者の全体像を把握し、課題をとらえることができる。 ⑤ 健康面をモニタリングし、再アセスメントにより新たな課題の抽出をする。	① 個別性を踏まえ、全人的側面から必要な情報収集をすることができる。 (例えば) 認知症を患う入居者同士のトラブル(口論・けがなど)が発生した場合、結果だけでなく、それに至るまでの状況(経過)も含めた個別性に合わせた情報収集をすることができる。 ② 入居者が新たな疾病・疾患を抱えた場合、療養場所や治療について、今後の生活を考え、全人的側面を網羅し、優先度の高いニーズをとらえ、どのように新しいリスクに対応していくかを考えることができる。 ※がん・骨折等 ③ 多職種からの情報を得ることで、入居者の状態の変化について、早い段階で状態を把握することができる。得た情報から、原因が疾患によるものなのか加齢によるものなのかを考え優先度の高いニーズをとらえることができる。 ④ 入居者・家族等のケアに必要な情報において多職種と情報が共有できているか確認することができる。	① 入居後に新たな疾患や衰弱・認知症の進行などによる状況の変化に応じて、早い段階で予測し、意図的に収集した情報を結合し、ニーズをとらえることができる。 ② 療養場所や治療などの選択に関して、入居者・家族等が合意形成するのに必要な情報を関係機関から情報収集することができる。 ③ 人生の最終段階のケアを考えるにあたり、入居者・家族等に関する情報や価値観について情報を得て、入居者・家族等に寄り添うためのニーズをとらえることができる。 (例えば) ・自らの意思を表すことが困難な入居者の思いを読み取るため、日常から表情、言葉、行動から人物像を読み取り、ニーズをとらえることができる。 ・嚥下機能の低下・食事量の減少・体重の減少といった身体面と、家族等や価値観といった心理・社会面から必要な情報収集ができる。	① 入居者の尊厳を尊重するために、複眼的な視点から、入居者と家族等を取り巻く複雑な状況について情報収集し、多様なニーズをとらえることができる。 ② 入居者本人や家族等の価値観を把握し、入居者本人の豊かな人生となるように、価値観に応じた判断をすることができる。 ③ 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、解決を図ることができる。 (例えば) 地域との連携・提案・しくみ作り、解決方法の提案と実践、客観的に全体を眺める力等 (全体とは入居者・家族等を取り巻くすべて、生活環境や関係機関等も含む)

全人的	身体的	疾患 ADL 栄養状態
	精神的	認知症 疾患(うつ) 性格
	社会的	家族との関係 施設内での利用者同士の関係 職員との関係 生活歴 生育歴 日常生活
	スピリチュアル	宗教 生きがい 思い

「京都版 高齢者介護施設看護師クリニカルラダー」

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

言葉の説明  
・関係者とは、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練士、管理栄養士（栄養士）、社会福祉士等の他職種や家族または入居者を取り巻く人々。  
・周囲の人々とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、他職種  
・家族等とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、キーパーソン等

定義	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	ガイドに基づき自立して看護を実践する	入居者・家族等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、入居者・家族等にとっての最適な手段を選択しQOL(生活・人生の質)を高め、SOL(生命の尊厳)を保持するための看護ができ、看護の質を管理する立場から教育的役割を実践する
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。	入居者・家族等や状況(場)に応じた看護を実践する。	入居者・家族等や状況(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) 指導を受けながらガイドに沿ったケアが実施できる。 (2) 指導を受けながら、入居者・家族等に基本的援助ができる。 (3) 自施設の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) 入居者・家族等の個性を考慮しつつ、ガイドに基づきケアを実践できる。 (2) 入居者・家族等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) 入居者・家族等の状況に応じた援助ができる。	(1) 入居者・家族等の個性に合わせて、適切なケアを実践できる。 (2) 入居者・家族等の顕在的・潜在的ニーズを察しケアの方法に工夫ができる。 (3) 入居者・家族等の個性をとらえ、看護実践に反映ができる。	(1) 入居者・家族等の顕在的・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。 (2) 幅広い視野で入居者・家族等をとらえ、起こりうる課題や問題に対して予測的および予防的な看護実践ができる	(1) 入居者・家族等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 指導を受けながら、治療重視の思考よりも、生活の場として入居者が長期的に健康的な生活をするための看護師の役割を理解する。 ② 長期における健康的な生活の援助、QOLを支えていくケアを、指導を受けながら実践する。 ③ 入居者について、助言を得ながらのケアの実施ができる。特に頻繁に行われる可能性が高い医療処置である服薬、喀痰吸引、経管栄養の扱い等について助言を得ながら安全に実施できる。 ④ プライバシーの保護や尊厳を意識し看護ケアを実施することができる。  ※具体的な看護ケアの実践例は別紙参照	① 自立して、治療重視の思考よりも、生活の場として入居者が長期的に健康的な生活をするための看護師の役割を理解し、ケアを実践することができる。 ② 施設サービス計画書に基づき、看護の役割から必要なケアをガイドや施設手順等に沿って、自立して実践することができる。 ③ 入居者・家族等に対してケアを実践する際に必要な情報を得て、状況に応じた援助ができる。 ④ 入居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、課題への対応をすることができる。	① 入居者の行動に対し、その行動の背景にあるものを明らかにし、思いに寄り添いケアを実践することができる。 ② 入居者・家族等の個性に合わせて、時間、ケア内容、体勢などの工夫をすることができる。 ③ 施設サービス計画書に対するモニタリングが行え、さらに適切なプランが提案でき、適切なケアの提供ができる。	① 入居者・家族等の健在的・潜在的ニーズにこたえるため、予測的および予防的なケアを、あらゆる手段から選択しケアの提案及び実践をすることができる。 ② 状況に応じて、予測される変化を想定し、関係者、及び関係機関へ連絡し情報共有し、先を考えた看護を実践することができる。	① 入居者・家族等の複雑なニーズに対応するため、実践したケアを総合的に評価し、よりよい看護を実践することができる。 ② 複雑な問題をアセスメントし、施設内だけでなく関係機関等と情報共有し、最適な看護を選択し実践することができる。  (例えば) ・自宅へ帰りたい・外出・外泊等の希望に対し、地域や関係機関と連携し希望を叶えられるよう働きかけることができる。 ③ 入居者の生活や治療において、対立した価値があるなど複雑な状況下にある場合、その状況を把握し解決に導くことができる。 ④ 時代に沿った新しい情報を常に収集し、入所者の尊厳を尊重し、入居者家族等が満足する新しい創想したケアを見出すことができる。 ⑤ 看護師の教育、育成の環境を整え看護師のケアの統一を図ることができる。 ⑥ 施設内での医療事故等に対しマネジメントを実施し、看護ケアが安全に実施できる環境を構築することができる。



「京都版 高齢者介護施設看護師クリニカルラダー」

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

言葉の説明

・関係者とは、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練士、管理栄養士（栄養士）、社会福祉士等の他職種や家族または入居者を取り巻く人々。

・周囲の人々とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、他職種・家族等とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、キーパーソン等

		I	II	III	IV	V
定義	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	ガイドに基づき自立して看護を実践する	入居者・家族等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、入居者・家族等にとっての最適な手段を選択しQOL(生活・人生の質)を高め、SOL(生命の尊厳)を保持するための看護ができ、管理する立場から教育的役割を実践する
看護の核となる実践能力	【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。	入居者やその関係者、多職種と連携ができる。	入居者を取り巻く多職種の力を調整し、連携できる。	入居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、連携に活かすことができる。
	【行動目標】	(1)助言を受けながら、入居者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)入居者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)入居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)必要時、関係者と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て、情報交換ができる。	(1)入居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)入居者・関係者と、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)入居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)多職種間の連携を、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、入居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)医療・看護面において、関係者や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。
協働する力	実践例	①助言を受けながら、入居者を看護していくために必要な情報が何かを考え、その情報を関係者や家族等と共有する。 ②入居者を取り巻く関係者の行っている、ケア内容や役割を理解し、チームの一員として互いに尊重した働き方ができる。 ③サービス担当者会議やカンファレンス等に参加し、自らの持つ情報を提供して関係者と共有することができる。 ④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。 ⑤助言を得ながら、入居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。 (医療行為と医療行為ではない行為と考えられるもの：医政発第0726005号参照) ・医療ケア・予防的ケアの実践に伴う情報収集、情報提供を行うことができる。 ⑥助言を受けながら、行った看護ケアや観察結果等を共有できる言葉で記録に残し、関係者に情報を伝えることができる。 ⑦入居者の状況やケアの内容等を、他の看護職員や医師に連絡・報告・相談ができる。	①入居者について看護の方向性を理解し、それに対して多職種それぞれの持つ力を理解した上で状況を把握し、現状についてそれぞれの関係者と情報交換することができる。 ②状況に応じて、必要な職種を考えて情報交換することができる。 (例えば) 生活面は介護職員、治療面は医師、食事面は栄養士など。 ③情報交換する必要がある場合には、連絡を取る職種の選択し連絡の方法、タイミングを判断することができる。 ④入院、入退居等必要時には、看護サマリーを記入し、他職種や関係機関と連携した情報提供ができる。 ⑤関係者と適切な方法を用いてコミュニケーションを取ることが出来る。 (適切な方法：口頭・電話・FAX・文書・メモ書き・専用ノートなど) ⑥入居者の状況変化(病状変化や急変時など)がある時に、どこに連絡をすればいいのかを判断し、連絡することができる。 ⑦サービス担当者会議やカンファレンス等で、日々の実践について報告でき、課題を挙げ、関係者とケアプランについて検討することができる。	①入居者の個別性に合わせたケアを実践するために、多職種の業務内容を把握し、タイミングに合わせて連携することができる。 (例えば) 食事摂取量が不安定な入居者に対し、介護職員・管理栄養士等と相談し、嗜好を考慮しながら食事のメニューや形体を考慮したり、買い物に出かけるなどの工夫したケアを実践する。 ②入居者の個別ニーズを実現するために、検討した内容について説明し、実践可能な方法について提案することができる。 ③サービス担当者会議やカンファレンス等において、関係者の多様な価値観を理解した上で、看護職員として必要な情報交換をすることができる。 ④必要な医療行為について、医師の指示の下、利用者・関係者へ説明し、導入について調整することができる。 ⑤必要に応じて(治療方針検討・看取りなど)、ケアマネージャーや生活相談員に、カンファレンス等開催の必要性を提案することができる。 ⑥入居者・家族等に説明やカンファレンス等が必要となった時、医師への報告・連絡・調整することができる。 ⑦看護の視点から入居者の状況をアセスメントし、サービス担当者会議やカンファレンス等で、意見交換することができる。 ⑧積極的に多職種に医療的ケアや予防的ケアへの協力を求め、調整できる。	①生活の場において、医療的な側面を理解してケアに活かしていく中心的な役割を担うことができる。 ②入居者へのケアについて、多職種間での課題をあらゆる情報からアセスメントし、今後の状況を予測し、適切なケアや予防的なケアについて関係者と話し合うことで、ケアの向上を図ることができる。 (例えば) ・嚥下機能の低下をとらえたときに、嚥下機能や栄養状態について管理栄養士と連携してアセスメントと判断をし、病院での嚥下機能評価を行うなどの、調整することができる。 ・認知症症状憎悪をとらえたときに、生活状況について介護職員等とアセスメントし、必要時適切な医療機関と連携し、調整することができる。 ③必要な医療行為について、医師の指示の下、入居者・関係者へ説明し受け入れが困難な場合において、必要な関係者との情報共有を行い、導入を調整することができる。 ④看護の視点から入居者の状況を共有し、カンファレンス等により看護職員間での意見を調整しまとめ、多職種に発信することができる。 ⑤より複雑な状況の入居者に対し、看護の視点から状況をアセスメントし、担当者会議やカンファレンス等で、意見を交換することができる。	①入居者の尊厳を尊重するケアを行うために、多職種を尊重しながらチームの目標を共有し、各職種の役割を調整して連携し、課題を総合的に解決できる。 (例えば) 隠れたニーズを引きだし、入居者本意のケアを行うために必要な医療的ケアを根拠をもって関係者に説明し、調整することが出来る。 ②人生の最終段階においては、ケアの検討の中で関係者を含めて、入居者の今までの生活歴、疾患、心理状態について意見交換をしながら、最期まで充実して過ごせるよう支援することができる。 ③困難な事例の担当者会議やケアカンファレンス等において、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。 ④看護の質の向上のために、他の施設の看護師とネットワークをもって活動することができる。 ⑤地域住民が暮らしやすいよう、関係機関との会議等に積極的に参画・協働することができる。



「京都版 高齢者介護施設看護師クリニカルラダー」

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

言葉の説明  
・関係者とは、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、生活相談員、機能訓練士、管理栄養士（栄養士）、社会福祉士等の他職種や家族または入居者を取り巻く人々。  
・周囲の人々とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、他職種  
・家族等とは、家族または入居者を取り巻く人々、友人、キーパーソン等

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	ガイドに基づき自立して看護を実践する	入居者・家族等に合う個別な看護を実践する	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、入居者・家族等にとっての最適な手段を選択しQOL(生活・人生の質)を高め、SOL(生命の尊厳)を保持するための看護ができ、看護の質を管理する立場から教育的役割を実践する
看護の核となる実践能力	【レベル毎の目標】	入居者や周囲の人々の意向を知る	入居者や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる	入居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	入居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、入居者や周囲の人々の思い・考え・希望等を知ることができる。 (2) 最終段階における意思決定のプロセスを理解することができる。	(1) 入居者や周囲の人々の思い・考え・希望等を、意図的に確認することができる。 (2) 確認した思い・考え・希望等を、ケアに関連づけることができる。 (3) 最終段階における意思決定のプロセスを理解し、実施することができる。	(1) 入居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) 入居者や周囲の人々の意向の違いが理解できる。 (3) 入居者や周囲の人々の意向の違いを多職種に代弁できる。 (4) 最終段階における意思決定のプロセスに沿ったケアを実施することができる。	(1) 入居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、入居者や周囲の人々の意思決定プロセスを支援できる。 (2) 法的および文化的配慮など、多方面から入居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	① 助言を受けながら、入居者や周囲の人々の会話や言動から、入居生活への思いや考え、希望を知ることができる。  ② 助言を受けながら、他職種の思いや考えを知ることができる。  ③ 最終段階における意思決定プロセスについて学習し、理解することができる。	① 入居者や周囲の人々との会話の中で、生活してきた歴史や環境を感じながら、意図的に詳しく確認することができる。 (意図的な確認とは) 生活の中で大切にしていること、やりたいこと、譲れないこと、最期への思い等表出できる質問を会話の中を含むことができる。  ② 入居者が大切にしてきたこと、生活の内容、趣味などを取り入れてケアに生かすことができる。 (例えば) 好きな歌を使った嚥下訓練や、好きな場所へ外出するための筋力維持のリハビリなどを実施する。  ③ 入居者や周囲の人々と信頼関係を築き意思を表出しやすく、安心して希望を伝えられるように環境を整え、共感的に受け止めることができる。  ④ 入居者や周囲の人々の生活に対する希望をくみ取り、その思いや希望を担当者会議等で共有し、ケアプランに活かしてケアに繋げることができる。  ⑤ 入居者、周囲の人々と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るかを考えることができる。	① 看取り：最終段階の過ごし方に関する意思決定の時に、施設における看取りケアの体制について、情報提供することができる。  ② 医師からの説明(病状や治療に関するもの)を、分かりやすく理解できるように説明することができる。  ③ 食事や嚥下状態について、分かりやすく理解できるように説明することができる。  ④ 入居者・家族等への説明後、理解できたかどうか確認することができる。  ⑤ 入居者の療養の選択において、入居者や家族等の気持ちに寄り添いつつ、情報を解りやすく提供することができる。  ⑥ 入居者や家族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。  ⑦ 利用者や家族等、それぞれの意思や意向を他職種と共有できるよう、担当者会議等で代弁することができる。  ⑧ 本人の意向の確認が困難な状況にある場合は、生活背景や周囲の人々からの情報をもとに、本人の意向により近いものを選択し、意思決定の支援をすることができる。	① 入居者と家族等が意思決定する際に、状況を見ながら予測を含めた情報提供を行うことができ、先を見据えた意思決定の支援することができる。  ② 入居者や家族等(家族と人を取り巻く人々意思決定支援をする上でのキーパーソンとなる方)の、意思決定にともなうゆらぎに寄り添いながら、意思決定を尊重して支援を実践することができる。  ③ 入居者の思いと家族等の思いが異なる場合は、入居者の代弁者となり家族等へ説明し、家族の思いに寄り添いながら入居者の思いに沿うように調整することができる。  ④ 人生の最終段階を迎えようとしている入居者と家族等が望む思いを繰り返し確認し、必要に応じてカンファレンスし、希望が尊重されたケア体制を整えることができる。(ACPの実際)  ⑤ 認知症を患っていても、その入居者の有する能力コミュニケーションに応じて話を聞きその思いを優先することができる。  ⑥ 本人の意向の確認が困難な状況にある場合(高次機能障害など)は、周囲の人々と生活背景から推測される人生観や価値観の情報を共有し、本人の意向により近いものを合意形成し、意思決定の支援をすることが出来る。  ⑦ 利用者や家族等、それぞれの意思や意向を他職種と共有できるよう、担当者会議等で代弁することができる。	① より複雑な意思決定プロセスにおいて、入居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、意思決定に導くことができる。  ② より複雑に入居者の思いと家族等の思いが異なる場合は、入居者の代弁者となり家族等へ説明し、家族の思いに寄り添いながら入居者の思いに沿うように調整することができる。  ③ 本人の意向の確認が困難な状況にある場合は、周囲の人々と生活背景から推測される人生観や価値観の情報を共有し、本人の意向により近いものを合意形成し、入居者と家族等を擁護した意思決定プロセスを実施することができる。  ④ 家族等が入居者の衰弱の進行を受け入れられない場合は、入居者の状態と一緒に見てもらい、一つ一つ事実を受け入れられるように支援することができる。  ⑤ 看取り期において、入居者・家族等の思いに寄り添い受け止め、具体的に外出や叶えたいことを実現するための調整をする際に、多職種を巻き込み個々にあった支援を実施することができる。

ケアする力 項目ごと実践例

	I	II	III	IV	V
嚥下機能障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導を受けながら、嚥下障害のある入居者に安全な食事介助ができる。</li> <li>・指導を受けながら、嚥下の評価ができる。</li> <li>・経口摂取維持、経口摂取移行等について指導を受け理解ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下障害のある入居者に、安全な食事介助が出来る。</li> <li>・自立して、嚥下の評価ができる。</li> <li>・経口摂取維持、経口摂取移行等についての取り組みを自立して実施ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下評価に沿って、適切な食事形態・食事姿勢を考えることができる。</li> <li>・嚥下機能障害のある入居者に、食べたいものを安全に提供する工夫ができる。</li> <li>・その人に合ったケアが実践できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下評価に沿って、多職種と連携しより個別性に富んだケアの提供を実施できる。</li> <li>・経口摂取維持、経口摂取移行等について、体制に基づいて実施し評価できる。</li> <li>・また嚥下困難事例等に関して、状況を把握し統一したケアの提供を実施できるよう働きかけることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経口摂取維持や経口摂取移行等の体制を整えることができる。</li> <li>・嚥下機能障害のケアについて、教育・研修が実践できる。</li> <li>・嚥下機能障害のケアについて、家族教育ができる。</li> </ul>
認知症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の基礎知識について理解し、指導を受けながらケアが実践できる。</li> <li>・認知症を患っている入居者と、助言を受けながらコミュニケーションが取れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立して、認知症の基礎知識について理解しケアが実践できる。</li> <li>・自立して、その人にあったコミュニケーションが取れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心理や行動を理解し、その人にあったケアを実践し心理的安定を図ることができる。</li> <li>例) 認知症の中核症状、周辺症状(BPSD)の帰宅願望・医療・介護拒否・物盗られ妄想・暴力行為など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の特性をふまえながら、危険性を予測することで、どのように対応するかを考え実践できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・より複雑な認知症の症状や状況に置かれても、適切な判断やケアの実践と評価ができる。</li> <li>・認知症ケアについて、教育・研修が実践できる。</li> </ul>
褥瘡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導を受けながら、褥瘡のメカニズムを理解し、ケアが実施できる。</li> <li>・指導を受けながら、褥瘡のアセスメントを実施できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡のメカニズムを理解し、ケアを自立して実施できる。</li> <li>・自立して、褥瘡アセスメントを実施できる。</li> <li>・褥瘡部の観察を行い、医師の指示の下看護ケアを実施できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡の状態に応じてケアを実践できる。医師への報告・相談、及び関係機関への受診の考慮ができる。</li> <li>・入居者の状態を理解し、その人に合ったケアが実践できる。</li> <li>※マットの選択・体位・除圧方法・栄養など個別性を重視して計画できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡アセスメントを実施しケアの評価、考察、計画を総合的にとらえ実施できる。</li> <li>・褥瘡に対する総合的なケアを、多職種協働のもと実施できるよう計画し、働きかけができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡予防、褥瘡ケアの体制を整備することができる。</li> <li>・褥瘡予防、褥瘡ケアの機能的な評価を行うことができる。</li> <li>・褥瘡予防対策等について、教育・研修を行うことができる。</li> </ul>
看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導を受けながら、入居者・家族等の希望を叶えることの必要性を理解し取り組むことができる。</li> <li>・指導を受けながら、入浴時(外出、食事、嗜好品、面会等時)のケア(付き添いや状態観察等)をすることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者・家族等の希望を叶えることの必要性を理解し取り組むことができる。</li> <li>・看取りへの流れを理解し、助言を受けながら入浴時(外出、食事、嗜好品、面会等時)のケア(付き添いや状態観察等)をすることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の状態を理解し、その人に合った入浴時(外出、食事、嗜好品、面会等時)のケア(付き添いや状態観察等)をすることができる。</li> <li>・入居者の尊厳を重視し、苦痛を最小限に安楽なケアを実践することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学用語を使わず、わかりやすい言語で家族の理解度に合わせた説明の実践と、理解の確認ができ、状況に合わせた対応ができる。</li> <li>・苦痛を最小限にし、その人らしい生活ができるよう工夫しケアを実践できる。</li> <li>・入居者と家族等が満足できる納得のいくケアをするために、入居者・家族等の尊厳・価値感を情報収集しケアに生かすことができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りケアについて、教育・研修が実践できる。</li> <li>・看取りケアについて家族教育ができる。</li> <li>・より複雑な状況において、状況を把握し解決する事ができる。</li> <li>・入居者・家族等が納得や満足できることを目指した、創造的なケアを実践できる。</li> </ul>
悪性疾患の終末期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者となる疾患について理解し、指導を受けながら状態観察を行い、日常の看護ケアが実践できる。</li> <li>・指導を受けながら、症状への対症療法や苦痛の緩和へのケアを実践することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象となる疾患について理解し、指導を受けながら日常の看護ケアが実践できる。</li> <li>・苦痛の緩和への対応を助言を受けながら実践することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の状態を理解しその人にあったケアが実践できる。</li> <li>・苦痛の緩和への対応を自立して実践する事ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・状況を把握して予測的判断を持ち、計画的なケアを実践する。</li> <li>・麻薬の管理を安全に実施できる。</li> <li>・自施設において、対応可能な範囲内について医師と相談できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・より複雑な状況において、状況を把握し解決する事ができる。</li> <li>・麻薬管理について、マニュアル作成と見直しができる。</li> <li>・悪性疾患の終末期ケアについて、家族等や職員に教育・研修が実践できる。</li> </ul>
感染症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導を受けながら、感染症の発生時期を理解した感染対策を実践することができる。</li> <li>・指導を受けながら、感染症に罹患した入居者のケアが実施できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立して、感染症の発生時期を理解した感染対策を実践することができる。</li> <li>・感染症に罹患した入居者のケアが自立して実施できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症の発生時期に合わせた感染対策を発信し、実践することができる。</li> <li>・感染拡大を防止するための隔離・消毒の徹底が出来る。</li> <li>・その時の状況に合わせた感染対策を検討し、適切な感染対策を実施できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染予防を広い視野を持って判断し、予測的なケアの実施をすることができる。</li> <li>・感染拡大を防止するための対策を検討し、施設内に発信することができる。</li> <li>・入居者及び職員の感染状況の調査が出来る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染予防について、施設内に注意喚起できる。※国・府レベルの情報収集等</li> <li>・感染予防及び感染期のケアについて、教育が出来る。</li> <li>・マニュアルの見直しができる。</li> <li>・感染症発生時、速やかに行政へ報告を行い対応を迅速にすることができる。</li> </ul>

☆PDCAサイクルを念頭におきながらケアの実践ができる