

	レベルⅠ	レベルⅡ	レベルⅢ	レベルⅣ	レベルⅤ
ニーズを捉える力 患者を捉え判断し その人に適した方 法を 選択する	指導を受けながら患者の状態に合わせたバイタルサインなどの観察をし、基本的なフィジカルアセスメントを行っている	自立して患者の状態に合わせたバイタルサインなどの観察をし、基本的なフィジカルアセスメントを行っている。	患者の訴え、症状から体内でおこっている現象を考え、適切なフィジカルアセスメントができる。	患者の状況の原因までを予測し、意図的に観察し、フィジカルアセスメントができる。	複雑な状況においても迅速に全体を捉え、多様のニーズに必要な介入について判断できる。
	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3・4・5
	指導を受けながら身体的、精神的、社会的側面で情報を整理し、患者の状態と治療について照らし合わせている。	自立して、身体的、精神的、社会的側面で情報を整理し、患者の状態と治療について照らし合わせている。	身体的、精神的、社会的側面では通院、入院、退院支援等の個別性を踏まえた情報収集ができる。	疾病の予後、退院後の生活を予測し、意図的に身体的、精神的、社会的側面から情報収集ができる。	治療や予後退院後の生活を予測した上で、患者や家族等の価値観とすりあわせてニーズをとらえることができる。
	1・4	1・2・4	4	4	1・2・3・4・5
	指導を受けながら、患者の状況から緊急度を捉え、優先順位がわかる。	多職種の診療記録の情報をもとに、全体の課題を捉えることができる。	得られた情報から、優先度の高いニーズを捉えることができる。	状態の変化、経過を予測した観察とアセスメントを行っている。	
	1・3	3・5	3・5	3・5	
	得られた情報をもとに、患者の全体像として課題をとらえることができる。		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		
	3・5		5		
ケアする力 ケアの実施評価 PDCAサイクル 看護過程展開	指導を受けながら看護手順に沿って説明を行い、安全安楽の視点で日常生活の援助を行っている。	個別性を考慮した標準的な計画を実施し、計画の追加修正を行うことができる。	個別性に合わせた適切なケアを計画、実践している。	潜在的なニーズに応えるために、幅広い選択肢の中から適切なケアを提案・実践している。	複雑な状況、背景でも最適なケアを実践、評価、追求できる。
	4	1・9・10	6	6・8	5・6・7・8・9・10
	指導を受けながら得られた情報を計画、実践に反映し、看護援助を行っている。	ケアを実践する際、必要な情報を得ることができる	ニーズを的確に把握し、患者を受け持つ中で優先順位を判断し、ケアを実践できる。	起こりうる課題や症状を予測した上で患者の思いを確認しながら、予防的な対処策を説明している。	コミュニケーションに長けており、患者に最適な対応ができる。
	1・9・10	4・5	8	9・10	5・6・7・8・9・10
	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。	指導の際、一般的なことを網羅し説明をしている。	患者家族の生活習慣や希望などを考慮して説明することができる。	予測的な視野と患者の反応をみて、段階的に説明できる。	患者の希望に沿った生活が困難な状況であっても、希望や価値観、尊厳を尊重し、可能性を広げる提案をしている。
	4	3	3・6	3・6	5・6・7・8・9・10
急変時には、指示を受けながら状態を確認し、できることを探して実施できる。	急変時は、指示されたケアが、責任をもって実践できる。	急変時は、落ち着いて対応し家族等に配慮することができる。	急変時には、原因と展開を予測しながら、患者及び家族等への対応ができる。	複雑な問題をアセスメントし、原因と展開を予測しながら、患者及び家族等へ最適な看護を選択できる。	
7	7	7	7	5・6・7・8・9・10	
基本的看護技術の到達目標が達成できる。	患者家族の状況に応じた援助ができる。	患者の個性をとらえ、看護実践ができる。	幅広い視野で患者をとらえ、予測的、予防的に看護実践ができる。		
4	5	5・6	9・10		
協働する力 患者中心に情報 データを 多職種間で共有、 ケアの方向性を検討、連携	助言を受けながら、ケアに必要な情報が何かを考え、看護チームと共有することができる。	看護展開、ケアに必要な患者家族や周囲の人々を特定できる。	通院、退院調整等、個別的なニーズに対応し多職種連携を進めることができる。	疾病の予後や退院後の生活を予測し、多職種と連携し調整を図っている。	疾病の予後や退院後の生活を予測し、多職種間の連携では、中心的役割を担っている。
	2	2	4・5	4・5	5
	助言を受けながら看護チームの一員としての役割を理解し、報告・連絡・相談ができる。	患者家族や周囲の人々と密にコミュニケーションをとり、治療方針や看護方針の確認ができる。	看護展開に必要な人々を特定でき、医療チームと密にコミュニケーションをとることができる。	患者に起こりうる課題について専門・認定看護師へ提案し調整している。	
	2	1・2	3・4	5	
助言を受けながらケアに必要と判断した情報を多職種と連携し収集することができる。	カンファレンスに参加し、積極的に発言することができる	カンファレンスに積極的に参加し、看護上の問題点、方向性の情報共有ができる。	カンファレンスの中で、連携が促進されるような段取りができる。	カンファレンスの中心となって、各職種を尊重し、問題解決へ導くことができる。	
3	3	3	5	5	
意思決定する力 治療・最期の迎え 方等の 意思決定支援を支 える	助言を受けながら患者家族の思いや考え、希望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。	患者家族や周囲の人々に意思決定に必要な情報を提供できる。	治療等の意思決定に幅広い知識から様々な案を提案し、進めている。	患者家族等が自ら意思決定できるよう意図的に医療チームを動かし、決定への支援を行っている。
	1	1	3	3・5	4・5
	助言を受けながら患者家族の思いや考え、希望を多職種に伝えることができる	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。	患者家族や周囲の人々の意向の違いが解り、多職種に伝えることができる。	意思決定と医療スタッフの意向が異なる場合、調整の場を設定している。	適切な資源を積極的に活用し、意思決定場面を調整できる。
4	2	4	4	4・5	

下段の数字はクドバスチェックリストの各項目の番号になります。例えば、ニーズを捉える力の5項目のうちのあるいはケアする力の10項目のうちどれが紐付なるか検討してみました。