

カテゴリー 【定義】	レベル	I		II		III		IV		V	
	レベルごとの定義	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行い看護を実践する		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	レベルごとの目標	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)を統合してニーズをとらえる		ケアの受け手や状況(場)の関連や意味をふまえたニーズをとらえる	
	リハビリテーション看護の視点	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック
【ケアの受け手とらえ、判断し、その人に適した方略を選択する リハビリテーション看護においては、ICFモデルの概念の理解を基盤に、リハビリテーションを必要とする人の疾患や障害を包括的にみる視点、障害に関連した当事者および家族を含む社会的な状況、安全のリスクを含む】	リハビリテーション看護の基盤となる概念	リハビリテーションの基盤となる概念を理解できる(リハビリテーション看護とはなにか、リハビリテーション看護の対象・目的・役割・機能、ICFモデルの考え方など)	リハビリテーション看護の対象・目的・役割・機能、ICFモデルについて述べるができる	リハビリテーション看護の対象・目的・役割・機能、ICFモデルについて述べるができる	リハビリテーション看護の対象・目的・役割・機能、ICFモデルについて述べるができる	エビデンスをふまえて、患者・家族、必要なニーズを抽出することができる	患者・家族の情報から収集し必要なニーズを抽出することができる	患者の個別的な特性、環境特性をふまえて、患者・家族にとって必要な看護ニーズをとらえることができる	患者の個別的な特性、環境特性をアセスメントし、生活の再構築に必要な看護ニーズをとらえることができる	患者の個別的な特性、環境特性をふまえて、患者・家族にとって必要な看護ニーズを的確にとらえることができる	より複雑な状況にある患者のニーズを最適な手段の選択とQOLを高めるという視点から総合的にとらえることができる
	身体・精神・社会・スピリチュアルの側面から対象をとらえる	患者・家族の身体・精神・社会・スピリチュアルの側面から助言を受けて、情報収集することができる	助言を受けて、疾患・障害のメカニズムの理解に基づき問診・情報収集(フィジカルイグザミネーション)ができる	病態を理解し、フィジカルアセスメントができる	疾患・障害のメカニズムの理解に基づいた情報収集(フィジカルイグザミネーション)ができる	患者の病態についてエビデンスをふまえて判断し、患者の個別的なニーズをとらえることができる	患者の病態をエビデンスに基づき判断し、患者の個別的なニーズをとらえることができる	精度の高いエビデンスをふまえて、患者の病態によって生じるニーズをとらえることができる	精度の高いエビデンスに基づき判断し、患者の病態により生じるニーズをとらえることができる	精度の高いエビデンスをふまえて、重篤度の高い複雑な病態によって生じるニーズをとらえることができる	重篤度の高い複雑な病態によって生じるニーズを、根拠ある知見を用いてとらえることができる
	患者・障害のメカニズムの理解に基づいた情報収集(フィジカルイグザミネーション)	患者・家族の身体・精神・社会・スピリチュアルの側面から助言を受けて、情報収集することができる	助言を受けて、心理・社会的な状態を理解するための理論を用いて情報収集ができる	心理・社会的な状態を理解するための理論を用いて情報収集ができる	心理・社会的な状態を理解するための理論を用いて情報収集ができる	心理・社会的な患者の状況について、エビデンスをふまえて判断し、患者・家族が必要とする個別的な看護のニーズをとらえることができる	心理・社会的な患者の状況について、エビデンスに基づき判断し、患者の個別的なニーズをとらえることができる	精度の高いエビデンスをふまえて、患者の心理・社会的な状態を理解し、ニーズをとらえることができる	患者・家族の心理・社会的な状態を理解し、ニーズをとらえたケア計画を立案できる	精度の高いエビデンスをふまえて、より複雑な状況にある患者・家族の心理・社会的なニーズをとらえることができる	より複雑な状況にある患者・家族の心理・社会的なニーズをとらえたケア計画を提案できる
	患者・家族の理解	患者・家族の理解	助言を受けて、得た情報を基に標準計画を用いた計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる	情報に基づき標準計画を用いて計画を立案できる
包括的な視点	患者のケアにおいて包括的な視点をもつ必要性を理解できる	助言を受けて、患者・家族を生活者として全体像をとらえることができる	得られた情報に基づき、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	生活者としての患者の全体像をとらえ、退院後の生活をイメージできる	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	得られた情報から、個別的なニーズの優先順位を判断し、ケア計画を立案できる	患者・家族のニーズを包括的にとらえることができる	患者・家族のニーズを包括的にとらえたケア計画を立案できる	より複雑な状況にある患者・家族のニーズを包括的にとらえることができる	より複雑な状況にある患者・家族のニーズを明確化することができる	
安全のリスク	安全のリスク(転倒・転落・離院・離棟・誤嚥・窒息など)について助言を受けて、判断できる	助言を受けて、安全のリスク場面がわかり、リスクアセスメントができる	安全のリスク(転倒・転落・離院・離棟など)について判断できる	安全のリスク場面がわかり、リスクアセスメントができる	安全のリスクについて、患者に生じると考えられる重篤化を回避するための看護のニーズ、特に発生リスクの高い看護のニーズをとらえることができる	安全のリスク、重篤化回避のためのケア計画が立案できる	精度の高いエビデンスをふまえて重篤化回避・危険回避のためのニーズをとらえることができる	疾患・障害のリスクをアセスメントし、リスクに配慮した重篤化回避・危険回避のためのケア計画を立案できる	精度の高いエビデンスをふまえて、より複雑な状況にある患者・家族の重篤化回避・危険回避のためのニーズをとらえることができる	課題に対し、患者・家族の尊厳を尊重し、QOLを高める視点で指導計画を立案できる	
ケアする力 【ケアの実施・評価を行う(PDCAサイクル・看護過程の展開) リハビリテーション看護においては、日常生活援助(すべてのレベルに共通)・回復促進の援助・生活再構築支援・重篤化回避・教育・指導・相談を含む】	レベルごとの目標	助言を得ながら、安全なケアを実施する	看護手順に従う	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		さまざまな技術を選択・応用して看護を実践する		最新の知見を取り入れた創造的な看護を実践する	
	リハビリテーション看護の視点	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック
	日常生活の援助	日常生活の援助を助言を受けて、行うことができる	助言を受けて、患者情報、看護計画、看護記録から患者に必要な日常生活援助を述べることができる	患者のケアに必要な情報を得て標準的な看護計画を追加・変更し、日常生活援助ができる	患者のケアに必要な情報を得て標準的な看護計画を用い、計画を随時追加・変更しながら日常生活援助ができる	患者の個別性に合わせ、必要なニーズに応じてセルフケアの向上を目指した日常生活援助ができる	患者の状況、ニーズに応じたセルフケア向上の援助ができる	患者の顕在的・潜在的ニーズに応じた日常生活の選択・提案・援助ができる	患者の顕在的・潜在的ニーズに応じた日常生活の方略を患者と共有し、選択できるよう支援ができる	患者の複雑な状況にある患者のニーズへの対応にあらゆる知見を用い、患者の尊厳を尊重しQOLを高める日常生活への援助ができる	より複雑な状況にある患者のニーズに対し、あらゆる知見を用い、最善な方略を説明できる
	回復促進の援助	回復を促進するためのケアを、助言を受けて、行うことができる(例:身体を起こす・ポジショニング・座位保持時間の延長)	回復を促進するケアが何であるか助言を受けて、述べるができる	患者の状況に応じて早期離床を促し、回復を促進するためのケアを行うことができる	患者の状況を把握し、標準計画に基づいた回復を促進する援助ができる	患者の病態についてエビデンスをふまえて判断し、ニーズの優先順位を適切に判断し、回復を促進するためのケアを行うことができる	患者の病態をふまえたニーズについてエビデンスに基づき優先順位を判断し、回復促進のためのケアが実践できる	患者の疾患・障害によるリスク管理に努めながら活動性の向上を促し、幅広い視野で回復を促進するケアを行うことができる	患者の疾患・障害によるリスクを把握しながら、活動性の向上を促すケアが実施できる	複雑な課題をアセスメントし、患者の回復の促進に最適な看護を選択して実践する、また開発する努力ができる	より複雑な状況にある患者の回復促進に最適な看護を選択して実践することができる
生活の再構築支援(主体性回復)	ICFモデルに基づき生活の再構築に必要なケアを助言を受けて、行うことができる(例:いまある機能の活用、自己受容に向けた援助)	助言を受けて、ICFモデルに基づき患者の情報が収集できる	生活の再構築に必要な情報を得て患者の状況に応じた必要なケアができる	ICFモデルに基づき患者の情報が収集できる	「その人らしさ」をICFモデルの視点でとらえ、患者の援助の反応を確認しながら主体性の回復に向けた支援を実践できる	「その人らしさ」をICFモデルの視点でとらえ、できる活動に着目した援助が実践できる	患者の病前の生活習慣・価値観・希望を考慮し、主体性の回復に必要な環境調整の提案と適切なケアを行うことができる	患者・家族の病前の生活習慣・価値観・希望を確認しながら「できる活動」の拡大のための環境調整の提案ができる	最新の知見を取り入れることで、困難な状況であったとしても患者・家族の希望や価値観、尊厳を尊重し、生活の再構築に向けた可能性を広げるケアを提案する	困難な状況でも、最新の知見を取り入れ、患者・家族の価値観、尊厳を尊重したケアが提案できる	
重篤化回避の援助	助言を受けて、重篤化の回避ができる(例:廃用症候群、疾患および治療の合併症など)	助言を受けて、患者の重篤化回避につながる援助について述べるができる	患者の病態と治療、障害に応じて重篤化の回避に必要なケアができる	患者の病態、治療、障害が理解できる	患者の個別性に合わせて、重篤化回避のために必要な再発・合併症の予防と二次的障害の予防へのケアが実践できる	重篤化回避のために必要な再発・合併症・二次的障害を予防するための援助がわかる	患者の疾患・障害による影響、患者の生活を考慮し、継続的に重篤化回避のケアを行うことができる	患者の疾患・障害による影響を考慮した看護計画が立案できる	複雑な病態の患者においても、原因・予後を予測しながらあらゆる知見を動員し、最適な方略で看護を実践できる	複雑な病態を把握し、あらゆる知見を動員し、最適な方略を説明できる	
教育・指導・相談	再発・合併症予防の指導を、助言を受けて、行うことができる(例:生活習慣病、身体損傷予防の指導など)	患者の再発・合併症予防に必要な指導が理解できる	患者・家族に対して再発・合併症予防に必要な標準的な指導ができる	看護基準・看護計画を基に、患者に再発・合併症予防に必要な指導が理解できる	患者・家族に対して、患者の生活習慣・価値観・希望などを考慮した再発・合併症予防に必要な指導ができる	患者・家族から患者の生活習慣・価値観・希望を情報収集することができる	退院後の生活の場で起こりうる課題や症状について予測し、患者・家族の思いや理解度を確認しながら幅広い知識からさまざまな手段や生活の工夫を提案できる	退院後の生活の場で起こりうる課題や症状を予測して生活の工夫を提案できる	より複雑な状況にあるなかでも、患者・家族の尊厳を尊重し、QOL向上につながる個別性の高い指導ができる	より複雑な状況にある患者・家族にどのような課題があるかわかる	
対人関係	さまざまな看護場面において、助言を受けて、対人関係をとることができる	助言を受けて、良好な人間関係をもち患者・家族とコミュニケーションをとることができる	さまざまな看護場面において、自ら進んで対人関係をとることができる	相手の受け止め方や理解度を把握し、意図的なコミュニケーションができる	患者・家族の特性をふまえて関わることができる	患者・家族の特性を理解し、関わるることができる	患者の病態や障害のみならず、患者・家族の心理・社会・経済的な不安や苦痛に対して相談者となることができる	患者だけでなく、家族の心理・社会・経済的な状況やそれに伴う不安や苦痛に配慮することができる	さまざまな患者・家族に適したコミュニケーション能力・接遇力を有し、療養環境の改善に努めることができる	より複雑な状況にある患者・家族に適したコミュニケーション力、接遇力により解決すべき課題を見出し、改善することができる	
		連絡・報告・相談が適切にできる			他者からの助言を肯定的に受け入れることができる					患者・家族の自律性とQOLを高めるケアが提供できる	患者・家族との信頼関係に基づき自律性とQOLを高めるケアを提供することができる

	レベルごとの目標		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		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	
	リハビリテーション看護の視点		行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック	行動目標	行動チェック
	<p>【ケアの受け手を中心に、情報やデータを多職種間で共有し、ケアの方向性を検討、連携するリハビリテーション看護においては、レベルにより協働の範囲が広がるチームメンバーとのコミュニケーション、患者家族とのコミュニケーションをベースに協働する実践力は、他分野に比べて高く問われる】</p>	<p>□リハビリテーションチームの理解</p> <p>□リハビリテーションチームにおける協働</p> <p>□リハビリテーションチームにおけるコミュニケーションの促進</p> <p>□社会復帰に向けた多職種チームの結成と協働</p>	<p>□リハビリテーションチームでの看護師の役割について助言を受けて、理解できる</p> <p>□助言を受けて、リハビリテーションチームの一員として情報共有できる</p> <p>□助言を受けて、リハビリテーションチームの一員として円滑なコミュニケーションがとれる</p> <p>□社会復帰に向けた多職種チームの結成と協働の必要性について、助言を受けて、理解できる</p>	<p>□自施設におけるリハビリテーションチームの役割について述べるができる</p> <p>□チームアプローチのための情報共有の必要性について述べるができる</p> <p>□助言を受けて、情報収集した内容を看護の方向性に沿って、他職種に正しく伝えることができる</p> <p>□自部署で行われている他職種との情報共有の場、内容について述べるができる</p> <p>□同僚や円滑なコミュニケーションをとることができる</p> <p>□助言を受けて、他職種とコミュニケーションをとることができる</p> <p>□助言を受けて、看護師として自己の考えや思いを言葉や行動をとおして他者に伝えることができる</p> <p>□基本的なコミュニケーション技術を実践できる</p> <p>□助言を受けて、地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーション看護の役割を述べるができる</p> <p>□助言を受けて、地域と交流する機会に参加することができる</p>	<p>□リハビリテーションチームの機能やメンバーの役割を理解したうえで、多職種と情報共有ができる</p> <p>□リハビリテーションチーム内で患者・家族ケアに必要な情報を交換するとともに、看護の方針を確認できる</p> <p>□情報収集した内容を看護方針に沿って整理し、看護目標を立案できる</p> <p>□患者のニーズを達成するために適切な職種と必要な情報交換を行うことができる</p> <p>□同僚や他職種と自ら進んでコミュニケーションをとることができる</p> <p>□リハビリテーションチームが情報交換する場の設定と、情報交換方法が理解できる</p> <p>□看護師として自己の考えや思いを、言葉や行動をとおして、他者に伝えることができる</p> <p>□地域で活用できる社会資源について述べるができる</p> <p>□社会復帰後も継続が必要となるケアについて、地域のサービス提供者に情報を伝達できる</p> <p>□地域と交流する機会に積極的に参加することができる</p>	<p>□リハビリテーションチームの一員として多職種と継続的に連携できる</p> <p>□個別のケアを実践するうえで必要な情報交換を主体的に行い、リハビリテーションチームで継続的に協働できる</p> <p>□リハビリテーションチームメンバー・患者・家族との連携に必要な、アサーティブなコミュニケーションがとれる</p> <p>□多職種チームメンバーの一員として患者・家族への個別ケアを行うために必要な協力を求めることができる</p> <p>□地域への個別ケアを行うために必要な協力を求めることができる</p> <p>□多職種チームメンバーの一員として患者・家族との個別ケアを行うために必要な協力を求めることができる</p> <p>□社会復帰に向けた課題を達成するために必要な多職種チームを結成し、ファシリテートすることができる</p>	<p>□リハビリテーションチームの一員である患者・家族のニーズを把握・確認することができる</p> <p>□多職種の専門性を理解し、患者のニーズ達成のための意見提言を行うことができる</p> <p>□個別のケアを実践するうえで必要な情報交換をリハビリテーションチームで行うことができるよう主体的に調整できる</p> <p>□リハビリテーションチームで継続的に患者の課題解決に向けた活動ができる</p> <p>□他職種のケアを実践するうえで必要な情報交換を主体的に行い、リハビリテーションチームで継続的に協働できる</p> <p>□社会復帰に向けた課題を達成するために必要な多職種チームを結成し、ファシリテートすることができる</p> <p>□地域への個別ケアを行うために必要な協力を求めることができる</p> <p>□社会復帰に向けた課題を達成するために必要な多職種チームを結成し、ファシリテートすることができる</p>	<p>□患者・家族のケアニーズを包括的・予測的な観点からとらえながら多職種と継続的に連携できる</p> <p>□患者・家族のケアニーズを包括的・予測的な観点からとらえながら多職種と継続的に連携できる</p> <p>□とらえたケアニーズに対し、多職種で多面的・継続的に連携しケアを行うことができる</p> <p>□複雑な状況にある患者家族の個別のケアを提供するための情報交換を意図的に、随時行うことができる</p> <p>□起こりうる課題を予測して専門・認定看護師などの専門家の関わりを提案し、調整することができる</p> <p>（例：診療報酬などの社会制度の理解）</p> <p>□会議やカンファレンスの目的・目標を理解し、リーダーシップを発揮して進めることができる</p> <p>□コミュニケーション技術を意図的に用い、予測的判断をふまえた情報提供ができる</p> <p>□複雑な状況について、多職種チームと助け合いながら課題を達成できる</p> <p>□社会復帰に向けた課題を達成するために必要な多職種チームを結成し、ファシリテートすることができる</p> <p>□患者・家族の意思決定に積極的に関わり、幅広い知識からさまざまな選択肢を提示して意思決定のプロセスに促進させることができる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)と多職種との認識の違いがないか確認できる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)および医療者の意向が異なる場合は、リハビリテーションカンファレンスで調整することができる</p> <p>□退院後の生活について、多職種と協働して情報提供することができる</p> <p>□退院後の生活について、多職種と協働して情報提供することができる</p> <p>□患者・家族の迷いやゆらぎを受け止め適切な支援に繋げることができる</p> <p>□患者・家族・医療者などの意向が異なる場合において、リハビリテーションカンファレンスなどで多職種協働で調整できる</p> <p>□退院後の生活に関する意思決定において、患者・家族の迷いやゆらぎを受け止めることができる</p> <p>□退院後の生活に関し、患者・家族および医療者の意向が異なる場合は、リハビリテーションカンファレンスで調整することができる</p>	<p>□より複雑な状況において、患者・家族のケアニーズを包括的・予測的な観点からとらえながら多職種と継続的に連携できる</p> <p>□精度の高いエビデンスをふまえて、より複雑な状況にある患者に対し、個別のケアを提供するための院内外の調整を行うことができる</p> <p>□起こりうる課題を予測し、専門家へのコンサルテーションの提案・調整ができる</p> <p>□患者・家族とともにリハビリテーションチームが課題達成を促進していくためのコミュニケーションがとれる</p> <p>□より複雑な状況における課題達成のための解決方法を多職種協働で進めることができる</p> <p>□社会復帰の障壁となる課題をアセスメントし、QOLを高めるための意図的・戦略的なアプローチに多職種チームと取り組める</p> <p>□QOLを高めるため、意図的・戦略的に患者・家族・多職種・地域へと幅広くアプローチし、調整できる</p>			
<p>【ケアの受け手が立ち会う場面(治療、最期の迎え方など)において、その人らしい選択ができるための意思決定を支えるリハビリテーション看護においては、尊敬ある意思決定支援と退院後の生活支援を含む意思決定ができる状態かどうかの評価(ニーズをとらえる力)に含む)、患者(本人)・家族との双方向のコミュニケーションをとおして合意を目指すことが重要である】</p>	<p>□尊敬ある意思決定の支援</p> <p>□退院後の生活支援</p>	<p>□助言を受けて、患者・家族の意向(思いや希望)を聞くことができる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)が変化することがあることを理解し、患者に関わることができる</p> <p>□助言を受けて、患者・家族の意向(思いや希望)を他の看護師と共有できる</p> <p>□退院後の生活を見据えた援助の必要性を理解できる</p> <p>□社会資源についての情報を理解し、助言を受けて、収集できる</p>	<p>□患者・家族の意向(思いや希望)を聞き、それをふまえた援助を行うことができる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)が変化することがあることを理解し、意思決定の場面に関わることができる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)をリハビリテーションチームに伝えることができる</p> <p>□退院後の生活に関する患者・家族の意向(思いや希望)を聞き、看護チームで共有することができる</p> <p>□患者のインフォーマル(家族・友人・ボランティアなど)な社会資源についての情報収集し、リハビリテーションチームで共有することができる</p> <p>□患者・家族がすでに利用している、あるいは利用可能なフォーマル(制度・施設など)な社会資源を把握することができる</p>	<p>□守秘義務を遵守し、プライバシーに配慮して、受容的・共感的態度をもって患者・家族の意向(思いや希望)を確認できる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)が変化することがあることを理解し、意思決定の場面に関わることができる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)をリハビリテーションチームに伝えることができる</p> <p>□退院後の生活に関して患者・家族の意向(思いや希望)を聞くことができる</p> <p>□患者・家族の利用可能な社会資源について情報を収集できる</p> <p>□情報収集した内容をリハビリテーションチームで共有し支援できる</p>	<p>□患者・家族の意思決定に必要な情報を提供するとともに、他職種からの情報を把握し、患者・家族に対する反応(理解・思い)をとらえることができる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)と多職種との認識の違いがないか確認できる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)をリハビリテーションチームに代弁することができる</p> <p>□退院後の生活に関して情報提供を行い(選択肢の提示)、それに対する患者・家族それぞれの思いを聞き、多職種に伝えることができる</p> <p>□患者の持っている、あるいは利用している社会資源と退院後の生活についての意向を照らし合わせ、課題を明らかにし、多職種に伝えることができる</p> <p>□退院後の生活に必要な情報を提供し、患者・家族の反応を確認できる</p> <p>□病前と退院後の生活の変化における課題を明確にし、利用可能な社会資源を把握できる</p> <p>□患者・家族の意向(思いや希望)をふまえて課題について多職種に伝えることができる</p> <p>□退院後の生活に関する意思決定において、患者・家族の迷いやゆらぎを受け止めることができる</p> <p>□退院後の生活に関し、患者・家族および医療者の意向が異なる場合は、リハビリテーションカンファレンスで調整することができる</p>	<p>□患者・家族の意思決定に積極的に関わり、幅広い知識からさまざまな選択肢を提示して意思決定のプロセスに促進させることができる</p> <p>□患者・家族・医療者などの意向が異なる場合において、原因を探し、リハビリテーションカンファレンスなどを開催し、調整できる</p> <p>□退院後の生活について、多職種と協働して情報提供することができる</p> <p>□患者・家族の迷いやゆらぎを受け止め適切な支援に繋げることができる</p> <p>□患者・家族・医療者などの意向が異なる場合において、リハビリテーションカンファレンスなどで多職種協働で調整できる</p> <p>□退院後の生活に関する意思決定において、患者・家族の迷いやゆらぎを受け止めることができる</p> <p>□退院後の生活について、意図的にリハビリテーションチームを動かし、意思決定のプロセスを促進することができる</p> <p>□患者・家族の迷いやゆらぎを受け止め適切な支援に繋げることができる</p> <p>□退院後の生活について、意図的にリハビリテーションチームを動かし、意思決定のプロセスを促進することができる</p> <p>□患者・家族の迷いやゆらぎを受け止めることができる</p> <p>□退院後の生活に関し、患者・家族および医療者の意向が異なる場合は、リハビリテーションカンファレンスなどで多職種協働で調整できる</p>						