

期末評価票（評価者評価用）への記入について

はじめに

- 内部評価にあたっては、期末評価票（評価者評価用）に評価の根拠を記入していきます。
- 評価者（アセッサー）講習テキストのP41～46（図表21～24の記入例）をよく読み、評価者の行う評価の根拠が記述内容から第三者が読みとれるように、十分な記入をしていくことが重要です。

1. 介護キャリア段位制度における評価と「記録」の関係

「記録」は評価の前提となります

- 介護キャリア段位制度では、評価者（アセッサー）が内部評価を行います。
- その上で、評価の適正な実施を担保するため、評価者（アセッサー）による内部評価結果が、**適正に実施されていたことを「証明」することが求められます。**
- 「内部評価の適正性」を第三者に証明するためには、内部評価が適正に実施されたことを証明する「記録」が必要になります。
- 内部評価結果を、「期末評価票」に、その根拠を記録し、自身が実施した評価内容を「記録」によって、「保証」できるように記載します。

介護キャリア段位制度では、評価項目ごとに評価方法（現認、記録確認、ヒアリング等）を定めていますので、定められた評価方法ごとに、必要となる記録を残します。

①現認（基本介護技術）

現認によって評価を行う基本介護技術については、適切な介護行為が行われていたかどうかを期末評価票に記録することが必要です。「適切な介護行為」とは、「利用者の状態に応じた介護行為」であるため、期末評価票に、「利用者の状態」と「提供された介護行為の内容」を記載することが必要になります。「利用者の状態」と「提供された介護行為の内容」が記録として残されれば、「ある状態の利用者に、この介護技術が提供されること」、つまり、提供された介護行為が妥当であるかどうかを、第三者が判断し、助言や指導等ができることとなります。

②記録確認

記録確認項目については、介護記録・ケア記録・個別介護計画・事故報告書など、事業所・施設で作成する記録を確認することで評価を行います。この場合は、内部評価の適正性を第三者に「証明」できるように、内部評価終了後も記録を保存しておくことが必要です。

③ヒアリング

ヒアリング項目については、期末評価票に、「被評価者に対して行った**ヒアリングの内容**」を記録することが必要になります。その際には、評価・OJT指導に精通した第三者が「評価項目の内容ができるかどうか」を判断できるよう、十分な記録を行うことが必要です。

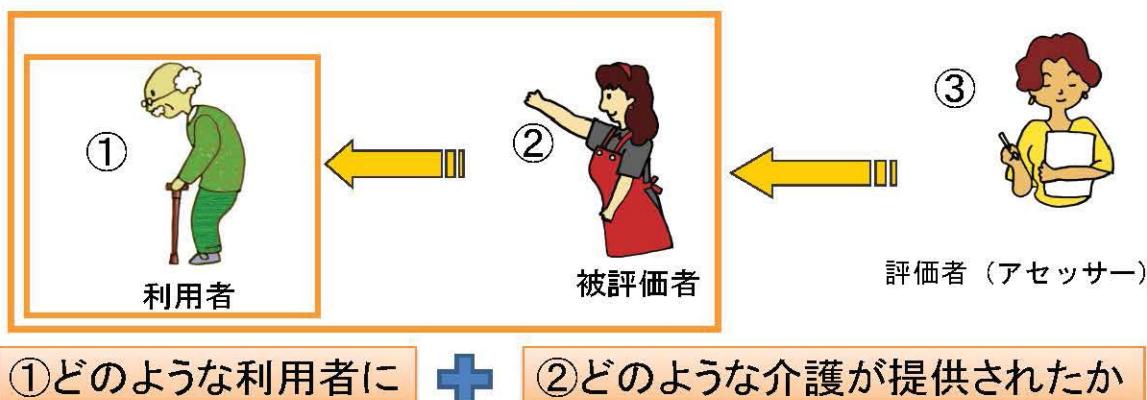
適切な記録は、介護キャリア段位の評価の根拠となるほか、以下のような効果も発生させます。

- 介護の質の向上につながります
- 事業所としてのリスク管理につながります
- 事業所としてのアカウンタビリティ（説明責任）につながります
- チームケアに役立ちます
- 利用者中心の介護（セルフケアや自立支援を含む）につながります
- これらの結果は、利用者満足の向上につながります

2. 基本介護技術についての「現認」の場合の記録の作成方法

評価者（アセッサー）による基本介護技術についての内部評価の構造

介護キャリア段位制度において、評価者（アセッサー）が行う内部評価は、以下のような構造になっています（基本介護技術についての「現認」の場合）。



- ・①利用者に対して、②被評価者である介護職員が、介護を提供します。
- ・これに対して③評価者（アセッサー）が、「実行の事実」と「介護技術の適正さ」を評価して記録します。

基本介護技術の評価のために必要な記録は、第三者が読んで、「評価者（アセッサー）の評価が適正であったか」「被評価者が利用者に対して提供した介護が適正である」ことを判断できるよう、

「利用者の状態」

と

「提供された介護行為の内容」

が、

具体的かつ客観的に、5W1Hに配慮しながら書かれたものであることが求められます。単に、「適正であった。」というような記述では、不十分です。

- 利用者のどのような心身状況（認知・精神機能の障害や問題、運動機能の低下や消失など）に対応するために、なぜそのような介護の方法を選択したのか、どのように行ったのかを記録することが重要です。

3. 介護技術に関する記録の作成のポイント

記録作成のポイント

評価者（アセッサー）が「現認」による評価を行う際には、「**どのような心身状況の利用者に**」「**どのような介護が提供されたか**」を客観的に説明できる 記録を作成する必要があります。

記録を作成するポイント（基本介護技術について現認による評価）

（1）「**どのような心身状況の利用者に**」

- ・利用者調査票の記載内容と利用者の状態に齟齬がないか確認します。
- ・評価項目に関連する利用者の「できること」「できないこと」などを記録するとともに、その背景要因（心身の機能、疾患など）を記録します。

※背景要因については、①認知・精神機能に障害や問題があるか、②運動機能が低下又は消失しているかという観点に立って、記録を行うことが重要です。

（2）「**どのような介護が提供されたか**」

- ・評価項目の定義やチェック項目の判断基準、解説に記載されている事項について確認します。
- ・チェック項目に記載された介護行為が実施されたかどうかを記述します。
- ・利用者の状態に即して、どのような介護行為が提供されたかを記録します。

- ・評価者（アセッサー）講習テキストのP41～46（図表21～24の記入例）をよく読み、評価者の行う評価の根拠が記述内容から第三者が読みとれるように、十分な記入をしていくことが重要です。