

図表21：現認項目の期末評価票「評価の根拠」欄の記入例①

		利用者調査票の識別番号と対応	評価項目に関連して、利用者が「できること」「できないこと」を背景要因（心身の機能、疾患等）がわかるように記載
1. 入浴介助 1 入浴前の確認ができる すべてA評価のケース			
No	小項目	チェック項目	評価の根拠 (利用者の状態、介護等の対応内容、記録等)
1		<p>入浴前の確認ができる</p> <p>「利用者の状態」に即した「介護」が提供されていることがわかるように記載</p> <p>2回以上の評価について記載（施設系サービスの場合）</p> <p>①バイタルサインの測定値を確認し、利用者へのヒアリング等による体調確認、意向確認を行い、入浴の可否について医療職等に確認したか。</p> <p>②バイタルサインや医療職の指示、既往歴などに基づいて、利用者の状態に応じた入浴方法が選択できたか。</p>	<p>1回目・2回目とも利用者ア 【利用者の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルツハイマー型認知症。指示は理解でき、意向の確認も可能。 ・パーキンソン症候群のため、手足の動き不良。 ・下肢筋力低下により、移動は車いす使用。 ・浴槽をまたぐことができないため、チアーチア浴にて入浴。 <p>【1回目・2回目の介護の内容】</p> <p>①朝の検温と血圧測定の結果、正常値であることを確認し、また看護職からの入浴可能の申し送りを受けていた。</p> <p>利用者に体調確認、意向確認を行い、入浴可能と判断していた。</p> <p>②バイタル値に異常なく、看護職からの入浴可能の指示を受け、個別介護計画に基づき、通常通りチアーチア浴を選択して、準備をしていた。</p> <p>・チェック項目ごとに、アセッサーが「できる」と判断（評価）した根拠を簡潔に記載</p> <p>・「利用者の状態」に即した「介護」が提供されていることがわかるように記載</p>

※現認項目は、「評価の根拠」欄に利用者の状態と介護の内容を記載します

図表 22：現認項目の期末評価票「評価の根拠」欄の記入例②

評価項目に関連して、利用者の心身の機能、疾患等、できること、できないことが読み取れます

1. 入浴介助 2 衣服の着脱ができる すべて A 評価のケース

No	小項目	チェック項目	評価の根拠 (利用者の状態、介護等の対応内容、記録等)
2	衣服の着脱ができる	<p>「利用者の状態」に即した「介護」が提供されていることが読み取れます</p> <p>①体調や気候に配慮した服装であるかを確認していたか。利用者の好みの服を選んでもらったか。</p> <p>②スクリーンやバスタオル等を使い、プライバシーに配慮したか。</p> <p>③脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。</p> <p>④ボタンの取り外し等、自力でできるところは自分で行うよう利用者に促したか。</p> <p>⑤しわやたるみがないか確認したか。</p>	<p>1回目・2回目とも利用者イ 【利用者の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> くも膜下出血後遺症のため、右上下肢麻痺あり。 失語症のため、発語は不可。 声かけにうなづくことはできる。表情や態度で意思の確認はできる。二者選択できる。 左側が健側。声かけて左手をあげること、左手で右手を掴むことはできる。下肢筋力低下のため、右足をあげることはできない。 <p>【1回目の介護の内容】</p> <p>①冷え込みが厳しかったため、裏地付の上着、2種類の衣服を準備し、利用者の好みの服を選んでもらっていた。</p> <p>②浴室のカーテンを閉め、脱衣後の利用者の体にバスタオルをかけ、プライバシーに配慮していた。</p> <p>③脱衣時は、左袖を脱いでから右袖を脱ぐことを声かけして、健側（左）から患側（右）の順番で行っていた。</p> <p>④上着を脱ぐ時は、左腕をあげてもらう、左手で右手を持ちあげられるところまであげてもらう等、できるところは自力で行うように声かけをし、利用者に行ってもらっていた。</p> <p>⑤着衣後、上下衣類のしわやたるみを整え、利用者に声かけし、不具合がない事を確かめていた。</p> <p>【2回目の介護の内容】</p> <p>①利用者本人の意向により、好みの服を選択してもらっていた。現在の気温を配慮した服を選択してもらっていた。</p> <p>②③④⑤ 1回目と同様に実施できていた。</p> <p>「できる」と判断（評価）した根拠が読み取れます</p>

2 状況の変化が起こった場合に現認

「状況の変化が起こった場合に現認」とする項目は、介護行為の現場に立ち会える場合には、現認にて評価を行います。その場に立ち会うことが難しい場合は、記録と被評価者へのヒアリング等をもとに、評価を行います。（図表23の記入例を参照）

（例：I. 基本介護技術の評価 5. 状況の変化に応じた対応 の評価対象項目）

図表23：「状況の変化が起こった場合に現認」項目の期末評価票「評価の根拠」欄の記入例

5. 状況の変化に応じた対応 3 皮膚の異常（炎症、表皮剥離、水疱、潰瘍等）に対応できる すべてA評価のケース

No	小項目	チェック項目	評価の根拠 (利用者の状態、介護等の対応内容、記録等)
3	皮膚の異常（炎症、表皮剥離、水疱、潰瘍等）に対応ができる	<p>①皮膚の症状（大きさ、深さ、出血・浸出液・臭気の有無等）や本人の様子（痛みやかゆみの有無等）の観察をしたか。</p> <p>②原因の探索と確認をしたか。</p> <p>③（かゆがっていたり、炎症、表皮剥離、水疱、潰瘍が観察された場合等）医療職に連絡したか。</p> <p>④記録をしたか。</p>	<p>①②③について現認。</p> <p>④介護記録（利用者A 平成27年10月1日）を通じて評価。</p> <p>①トイレ誘導時に、背中のかゆみを訴えながら、かいていたため、観察し、全体にかざつきがあることを確認。</p> <p>②皮膚搔痒（そうよう）症の既往歴あり。皮膚にかざつきがみられたため、皮膚搔痒症発生の可能性を探索するとともに、看護記録を確認していた。</p> <p>③医療職に対して、状況報告がされていた。医療職の指示に従い、軟膏塗布の対応。</p> <p>④①～③についての対応経緯や結果を介護記録（利用者A 平成27年10月1日）に的確に記録できていた。</p>

「できる」と判断（評価）した根拠が示されています

3 対応すべき事態が起こった場合に現認

「対応すべき事態が起こった場合に現認」とする評価項目についても、②と同様に、介護行為の現場に立ち会える場合には、現認にて評価を行いますが、その場に立ち会うことが難しい場合は、記録と被評価者へのヒアリング等をもとに、評価を行います。

(例：Ⅱ. 利用者視点での評価 1. 利用者・家族とのコミュニケーション (1) 相談・苦情対応ができる の評価対象項目)

【② 状況の変化が起こった場合に現認 ③ 対応すべき事態が起こった場合に現認の評価の流れと留意事項】

評価期間中に起こった「状況の変化」や「対応すべき事態」に対しては、「被評価者がどのような対応を行ったか」に留意して評価します。

立ち会える場合

- ・被評価者は対応（ケア等）を行う際に評価者（アセッサー）に連絡します。評価者（アセッサー）は、現場を確認して、被評価者がどのような対応（ケア等）を行うかを評価します。
- ・評価者（アセッサー）は、「期末評価票（評価者評価用）」の「評価の根拠」欄に、評価の対象となった「対応すべき事態」・「状況の変化」や被評価者の対応の具体的な内容を記入します。
- ・内部評価の適正性が示せるよう、評価対象となった利用者の状態を示す記録を残しておくことが必要です。

立ち会えない場合

- ・被評価者は対応（ケア等）を行った後に評価者に連絡します。評価者は、「発生状況を記録する」ことが定められているものについては、介護事業所・施設におけるサービス提供記録等に記述された「記録の内容」を確認して評価を行います。それ以外の「記録する」ことが定められていないものについては、被評価者自身の「記録（メモ）」に基づいて評価します。また、必要に応じて対応状況のヒアリングを行います。
- ・必要に応じて、利用者や家族に対応を確認します。
- ・評価者は、「期末評価票（評価者評価用）」の「評価の根拠」欄に、評価の対象となった「対応すべき事態」・「状況の変化」及び被評価者の対応の具体的な内容、発生した状況変化・事態を記録した文書名を記入します。
- ・内部評価の適正性を示せるよう、評価対象となった利用者の状態を示す記録を残しておくことが必要です。

4 日頃の対応を観察

「日頃の対応を観察」とする評価項目については、被評価者の日頃の業務を観察し、介護技術の評価をします。

(例：Ⅱ. 利用者視点での評価 1. 利用者・家族とのコミュニケーション (2) 利用者特性に応じたコミュニケーションができる の評価対象項目)

【実施方法と留意事項】

- ・評価者（アセッサー）は、被評価者の日頃の対応の様子を観察し、必要に応じて被評価者へのヒアリングも実施して評価します。
- ・必要に応じて利用者や家族からのヒアリングによって対応を確認して評価します。
- ・評価者（アセッサー）は、期末評価票（評価者評価用）の「評価の根拠」欄に、被評価者の日頃の対応の内容や被評価者からのヒアリング内容をもとに評価の根拠を記入します。なお、必要に応じて、利用者や家族からのヒアリング内容も併せて記入します。

2 記録確認

記録確認には、2つのタイプがあります。

1 記録確認**2 直近の介護過程の記録確認****1 記録確認**

「記録確認」項目は、対応する行為等に関する記録を確認し、評価を行います。評価項目に係る取組みが、事業所・施設内の「記録」に反映されていれば、それらの記録を確認することで、適切なケアが提供されているか、できると評価してよいか判断することが可能となります。

【評価の流れと留意事項】

- ・評価者（アセッサー）は、被評価者の実際の対応等に係る記録を確認し、必要に応じて被評価者へのヒアリングも併用して、評価を行います。
- ・介護事業所・施設において記録することになっていない内容については、チェック項目にある対応を行った際に、被評価者が自分で記録するよう指導・助言します。
- ・評価者（アセッサー）は、「期末評価票（評価者評価用）」の「評価の根拠」欄に、確認した記録の名前や被評価者からのヒアリングの内容等をもとに評価の根拠を記入します。

2 直近の介護過程の記録確認（評価対象項目：Ⅱ-2 介護過程の展開）

Ⅱ. 利用者視点での評価 2. 介護過程の展開の対象項目については、被評価者が担当する利用者の個別介護計画等の「直近の介護過程の記録」（個別介護計画等）を確認し、評価を行います。評価にあたっては、第Ⅲ章2をよく読み、個別介護計画につきPDCAサイクルが展開できているかに留意します。

【留意事項】

- ・被評価者が担当する2名以上の利用者（直近半年以内に介護事業所・施設内でケアカンファレンスを行った人[※]）について、直近の介護過程の流れ（利用者に関する情報収集、個別介護計画の立案、モニタリング、評価）を確認できる記録により評価します。

- ※ 半年以内にケアカンファレンスを行った利用者を担当していない場合は、直近で個別介護計画を作成している利用者を対象にしてください。
- ・評価者（アセッサー）は、「期末評価票（評価者評価用）」の「評価の根拠」欄に、確認した記録の名前（個別介護計画など）やヒアリング内容等をもとに評価の根拠を記入します。

記録確認項目の根拠の記載

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、介護事業所・施設で作成する記録を「確認」することで評価を行います。したがってこうした「記録の名称（名前）」を記録し、評価の根拠を記載することが必要となります。また根拠となる記録は、内部評価終了後も一定期間※、記録を保存することが必要です。（図表24の記入例を参照）

※レベル認定日から原則2年間とします。

図表24：「直近の介護過程の記録確認」項目の期末評価票「評価の根拠」欄の記入例

「できる」と判断した根拠とした材料（記録名）が整理されています

2. 介護過程の展開 4 個別介護計画の評価ができる すべてA評価のケース

No	小項目	チェック項目	評価の根拠 (利用者の状態、介護等の対応内容、記録等)
4	個別介護計画の評価ができる	<p>①個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。</p> <p>②個別介護計画の内容に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。</p> <p>③個別介護計画の見直しにあたっての代替策を設定したか。</p> <p>「できる」と判断（評価）した根拠が示されています</p>	<p>①②③についてサービス担当者会議（利用者I、利用者S、平成27年11月25日）資料、介護記録、個別介護計画書、アセスメントシートの確認、ファミリーカンファレンス記録、被評価者へのヒアリングを通じて評価した。</p> <p>①支援時の状態や介護職、他職種（看護職、リハ職、ケアマネジャー、医師）からの情報（利用者I：歩行訓練状況、利用者S：食事、栄養摂取状況、身体状況、治療状況）や介護記録をもとに評価できていた。</p> <p>②個別介護計画の内容は、アセスメントシート、ファミリーカンファレンス記録（10、11月）に基づき、利用者や家族の意向に沿ったものとなっていた。（利用者I：本人、家族ともに機能訓練を希望、利用者S：主食が固いとの利用者の訴え）</p> <p>③利用者I：下肢筋力維持強化のため歩行訓練の他、生活リハビリとして食事の際には車椅子から椅子に座り替える提案をし、サービス担当者会議において理学療法士、看護師との協議の上、計画見直し、設定を行なえていた。</p> <p>利用者S：状態が安定しており、1ヶ月前と特段の変化なく、状態が維持できていること、看護師、栄養士と協議の上で、主食を軟食に変更することとし、介護計画を設定していた。</p>