

参考資料

期末評価票 記載確認表

期末評価票 記載確認表

I. 基本介護技術の評価			
1. 入浴介助			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 入浴前の確認ができる			
		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況
①	バイタルサインの測定や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確認したか。	現認 <input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 入浴前体調確認 <input type="checkbox"/> 入浴意向確認 <input type="checkbox"/> 入浴可否確認 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況との不整合はない
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。	現認 (必要に応じてヒアリング) <input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> バイタルサインor医療職の指示or既往歴 <input type="checkbox"/> 入浴方法の選択
(2) 衣服の着脱ができる			
		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 衣服着脱時における可動制限状況
①	体調や気候に配慮しながら、利用者の好みの洋服を選んでもらったか。	現認 <input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 入浴当日の体調or気候状況 <input type="checkbox"/> 利用者意思による衣服の選択
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。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> プライバシー配慮の為の物品(ツール)名 <input type="checkbox"/> プライバシー配慮行為
③	脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 脱衣介助行為 <input type="checkbox"/> 健側⇒患側の順 <input type="checkbox"/> 衣服着脱時における可動制限状況との不整合はない
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。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 自力で行うことの声かけ <input type="checkbox"/> 衣服着脱時における可動制限状況との不整合はない
⑤	しわやたるみがないか確認したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 整容確認
(3) 洗体ができる(浴槽に入ることを含む。)			
		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 洗体時における可動制限状況
①	末梢から中枢の順番で洗い、陰部は健側の手で洗ってもらったか。	現認 <input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 末梢⇒中枢洗体行為 <input type="checkbox"/> 可能な場合、自力での陰部洗浄 <input type="checkbox"/> 洗体時における可動制限状況との不整合はない
②	浴槽に入る時は、利用者に手すりや浴槽の縁をつかんでもらうとともに、バランスを崩さないよう身体を支え、入浴できたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 可能な場合自力での支え <input type="checkbox"/> 身体を支える行為 <input type="checkbox"/> 洗体時における可動制限状況との不整合はない
③	簡易リフト等、入浴機器を用いて入浴した場合、利用者の身体の位置を確認し、手が挟まれる等の事故に注意して、安全に入浴できたか。【訪問介護等は除く。】	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 入浴機器名 <input type="checkbox"/> 安全の配慮 <input type="checkbox"/> 利用者の身体の位置の確認
④	入浴後、体調の確認をし、十分な水分補給ができたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 入浴後の体調確認 <input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況との不整合はない
(4) 清拭ができる			
		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況
①	バイタルサインの測定、利用者へのヒアリング等による体調確認の結果や医療職の指示等に基づき、清拭の可否について確認したか。	現認 <input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 清拭前体調確認(バイタルサインor利用者ヒアリング)or医療職指示 <input type="checkbox"/> 清拭可否確認 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況との不整合はない
②	スクリーンやバスタオル等を使い、プライバシーや保温に配慮したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> プライバシー・保温配慮の為の物品(ツール)名 <input type="checkbox"/> プライバシー配慮行為 <input type="checkbox"/> 保温配慮行為
③	末梢から中枢の順番で洗うなど、適切な手順でできたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 清拭の手順

2. 食事介助				
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント	
(1) 食事前の準備を行うことができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 座位保持に関する状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 とりみつけが必要な利用者 <input type="checkbox"/> 【利用者】 食事形態	
	① 声を掛けたり肩を叩いたりするなどして、利用者の覚醒状態を確認したか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 声かけor表情確認orボディタッチ他、覚醒確認方法 <input type="checkbox"/> 覚醒確認 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
	② 嚥下障害のある利用者の食事にとりみつけをしたか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> とりみつけの対象 <input type="checkbox"/> とりみつけ <input type="checkbox"/> 利用者状態と不整合はない
	③ 禁忌食の確認をしたか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 禁忌食確認書類or確認方法
	④ 飲み込むことができる食べ物の形態かどうかを確認したか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 食事形態確認書類or確認方法
	⑤ 食べやすい座位の位置や体幹の傾きはないか等座位の安定を確認したか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 座位安定のための方法 <input type="checkbox"/> 座位保持に関する状況と不整合はない
	⑥ 顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 姿勢保持のための方法 <input type="checkbox"/> 顎の位置確認 <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
(2) 食事介助ができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 嚥下状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 食事ADL状況	
	① 食事の献立や中身を利用者に説明する等食欲がわくように声かけを行ったか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 食欲がわくような声かけ <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
	② 利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者意向確認 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
	③ 利用者と同じ目線の高さで介助し、しっかり咀嚼して飲み込んだことを確認してから次の食事を口に運んだか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ目線 <input type="checkbox"/> 飲み込み確認
	④ 自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 自力で行うことの促し <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
	⑤ 食事の量や水分量の記録をしたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> 1回のチェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 食事摂取記録名 <input type="checkbox"/> 食事記録内容概要
(3) 口腔ケアができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 口腔ケアにおける可動制限状況	
	① 出来る利用者には、義歯の着脱、自分で磨ける部分のブラッシング、その後のうがいを促したか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 自力で行うことの促し <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
	② 義歯の着脱の際、利用者に着脱を理解してもらい、口を大きく開けて口腔内に傷をつけないよう配慮しながら、無理なく行ったか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 義歯着脱の声かけ <input type="checkbox"/> 口腔内に傷をつけないよう配慮 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
	③ スポンジブラシやガーゼ等を用いた清拭について、速やかに行い、利用者に不快感を与えなかったか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 口腔内清拭 <input type="checkbox"/> 口腔内清拭で使用了物品(ツール)名 <input type="checkbox"/> 利用者に不快感を与えていない
	④ 歯磨きや清拭の後、口腔内を確認し、磨き残し、歯茎の腫れ、出血等がないか確認したか。		<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 口腔ケア後の口腔内確認

3. 排泄介助			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 排泄の準備を行うことができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況
① 排泄の間隔を確認したか。	現認 (必要に応じて記録確認)	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 排泄間隔確認書類or間隔ヒアリング
② 排泄介助に当たり、介助内容を伝え、利用者の同意を得たか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 排泄介助内容の伝達 <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
③ 利用者のADLを把握し、排泄する上で、できる部分は利用者によってもらうようにしたか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> ADL状況 <input type="checkbox"/> 自力で行うことの促し <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態と不整合はない
(2) トイレ(ポータブルトイレ)での排泄介助ができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 排泄時における可動制限状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 座位保持に関する状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 排泄ADL状況
① トイレ(ポータブルトイレ)で、利用者の足底がついているか、前屈姿勢がとれているか等座位の安定を確認したか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 足底がついた状態or前屈姿勢他、座位の安定対応 <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
② トイレ(ポータブルトイレ)での排泄の際、カーテンやスクリーンを使用したり、排泄時にはその場を離れ、排泄終了時には教えてくださると説明する等してプライバシーに配慮したか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> プライバシー配慮の為の物品(ツール)名 <input type="checkbox"/> プライバシー配慮行為 <input type="checkbox"/> 排泄終了時の対応説明 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態との不整合はない
③ スポン、下着を下ろす了承を得て、支えながら下ろしたか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> スポン、下着を下ろすことの声かけ <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 身体支持状況 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態との不整合はない
④ 排泄後、利用者にトイレトペーパー等で拭いてもらい、拭き残しがあれば清拭を行うとともに、利用者の手洗いを見守る等により清潔保持をしたか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 排泄後の拭きとりによる清潔保持 <input type="checkbox"/> できる部分は利用者によってもらったか <input type="checkbox"/> 手洗い確認
⑤ 失禁かトイレでの排泄か、排泄物の量や性状について記録をしたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> 1回のチェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 排泄記録名 <input type="checkbox"/> 排泄記録内容概要
⑥ 排泄後、利用者の体調確認を行ったか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 排泄後の体調確認の方法 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況との不整合はないか
(3) おむつ交換を行うことができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 排泄状況
① 利用者に尿意、便意の有無、排泄した感じの有無を聞き、おむつ・パッドを換えることなどの介助内容を伝え、承諾を得ているか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 排泄の有無確認 <input type="checkbox"/> おむつ・パッドを換える声かけ <input type="checkbox"/> 利用者の同意 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者状態との不整合はない
② おむつ・パッド交換の際、カーテンやスクリーンを使用する等してプライバシーに配慮したか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> プライバシー配慮の為の物品(ツール)名 <input type="checkbox"/> プライバシー配慮行為
③ おむつ・パッドを装着後、衣服、寝具等にしわがないように整えたか。	現認	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 整容確認
④ 排泄時刻、排泄物の量・性状の異常について記録をしたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> 1回のチェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 排泄の記録名 <input type="checkbox"/> 排泄記録内容概要

4. 移乗・移動・体位変換			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 起居の介助ができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 起居における可動制限状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 起居に関するADL状況
	① 起きる前に、利用者の疾病等に応じて、体調や顔色を確認したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 起居前の体調確認 <input type="checkbox"/> 傷病等に応じた確認 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況との不整合はない
	② 全介助が必要な利用者の上体がカーブを描くように起こしたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 上体がカーブを描いての起居 <input type="checkbox"/> 利用者の状態と不整合はない
	③ 一部介助が必要な利用者について、足を曲げてもらう、褥をつかんでもらう等利用者の残存機能を活かしながら起居の支援を行ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 自力で行うことの促し <input type="checkbox"/> 残存機能での行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況との不整合はない <input type="checkbox"/> 利用者の状態と不整合はない
	④ 利用者を側臥位にし、テコの原理を活用しながら、無理のない起居の介助を行ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 側臥位からの起居 <input type="checkbox"/> 利用者の状態と不整合はない
(2) 一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 車いす移乗時における可動制限状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 移動に関するADL状況
	① 介助を始める前に、車いすのフットレスト(フットサポート)やブレーキに動作不良がないか、車いすにブレーキがかかっているか、フットレスト(フットサポート)が上がっているか、タイヤの空気が十分かを予め確認したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> フットレスト・ブレーキ動作確認 <input type="checkbox"/> ブレーキがかかっていること <input type="checkbox"/> フットレスト上げ <input type="checkbox"/> タイヤの空気
	② 利用者に健側の手でベッドから遠い方のアームレスト(アームサポート)をつかんでもらい、患側を保護しながら前傾姿勢で立ちあがるよう、声かけ、介助を行ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 健側の手でベッドから遠い方のアームレスト掴んでもらう <input type="checkbox"/> 患側の保護 <input type="checkbox"/> 前傾姿勢で立ち上がることの声かけ <input type="checkbox"/> 意思疎通状況との不整合はない <input type="checkbox"/> 利用者の状態と不整合はない
	③ 利用者の健側の足を軸にして体を回転させて、車いすに移乗することができたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 体を回転させての移乗 <input type="checkbox"/> 利用者の状態と不整合はない
	④ スライディングボードやスライディングシート等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗することができたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 福祉用具名 <input type="checkbox"/> 安全な移乗
(3) 全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 車いす移乗時における可動制限状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 移動に関するADL状況
	① 介助を始める前に、車いすのフットレスト(フットサポート)やブレーキに動作不良がないか、車いすにブレーキがかかっているか、フットレスト(フットサポート)が上がっているか、タイヤの空気が十分かを予め確認したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> フットレスト・ブレーキ動作確認 <input type="checkbox"/> ブレーキがかかっていること <input type="checkbox"/> フットレスト上げ <input type="checkbox"/> タイヤの空気
	② 移乗がしやすいよう、ベッドの高さを調整するとともに、利用者の足底がついた状態で介助を行ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> ベッドの高さ確認 <input type="checkbox"/> 利用者の足底がついた状態確認
	③ 利用者の体と密着させる、利用者の腰に手を回す、利用者に介護者の肩に手をまわしてもらう等、移乗がしやすい体勢をとったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 体を密着or腰に手を回すor肩に手を回してもらう <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
	④ 利用者の体をゆっくりと回転させ、車いすに深く座らせることができたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者の体回転 <input type="checkbox"/> 深く座らせる <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
	⑤ 移乗用リフト等の福祉用具を用いた移乗の場合、あらかじめ定められた手順・方法に沿って、安全に移乗することができたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 福祉用具名 <input type="checkbox"/> 安全な移乗 <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
(4) 杖歩行の介助ができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 杖を持つ側
	① 利用者の杖を持つ手と反対側のやや斜め後ろに立ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 介護者の立ち位置 <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
	② 二動作歩行や三動作歩行の声かけを行えたか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 二動作or三動作の声かけ <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者の状態との不整合はない
	③ 急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者のペース
(5) 体位変換ができる		<input type="checkbox"/> 利用者識別 <input type="checkbox"/> 利用者の状態	<input type="checkbox"/> 【利用者】 意思疎通状況 <input type="checkbox"/> 【利用者】 体位変換時における可動制限
	① 利用者の膝を立て、テコの原理を活用しながら、体位変換したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 膝を立てる <input type="checkbox"/> テコの原理 <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
	② 横向きになることができる人には自力で横になってもらったり、膝を自分で曲げられる人には自分で曲げてもらうなど、利用者の残存機能を活かしながら体位変換したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 自力で行うことの促し <input type="checkbox"/> 残存機能での行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通状況、利用者の状態との不整合はないか
	③ ベッドの下の方にずり落ちた場合には姿勢を正すなど、身体に摩擦を与えないように体位変換したか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 摩擦を与えないことの配慮内容 <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない
	④ 体位変換後、クッションやタオルなどを使用し、安楽な体位保持への介助を行ったか。	<input type="checkbox"/> 2回のチェック日 <input type="checkbox"/> 2回の根拠記載	<input type="checkbox"/> 安楽な体位保持のための物品名 <input type="checkbox"/> 利用者の状態との不整合はない

5. 状況の変化に応じた対応				
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント	
(1) 咳やむせこみに対応ができる				
	① 咳の強さ、顔色等の観察をしたか。	状況の変化が 起こった場合 に現認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 咳やむせこみ時の利用者の観察状況
	利用者が食物がつかえてむせこんでいる場合に、次の順で適切な対応ができたか。 ・頭が胸よりも低くなるように、前かがみの姿勢にしたか。 ・咳をするように声をかけたか。 ・てのひらで背中(肩甲骨の間)をしっかり叩いたか。 ・(それでも改善しない場合)医療職に連絡したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 前かがみ <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> タッピング <input type="checkbox"/> 対応順 (<input type="checkbox"/> 改善しない場合連絡した医療職)
	③ 記録をしたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 咳やむせこみが発生した場合に記録する記録名 <input type="checkbox"/> 記録内容概要
(2) 便・尿の異常(血便・血尿・バイタル、ショック状態など)に対応ができる				
	① 本人の様子(バイタル、ショック状態等)や便、尿(色やにおい、血液が混入していないかどうか等)を観察・確認したか。	状況の変化が 起こった場合 に現認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者の状況 <input type="checkbox"/> 便・尿の異常状況
	② 原因の探索と確認をしたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 原因 <input type="checkbox"/> 原因探索・確認方法
	③ (血液の混入、悪臭、バイタル値の異常やショック状態が観察された場合等)医療職に連絡したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 医療職名
	④ 記録をしたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 便・尿の異常があった場合に記録する記録名 <input type="checkbox"/> 記録内容概要
(3) 皮膚の異常(炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍等)に対応ができる				
	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。	状況の変化が 起こった場合 に現認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者の状況 <input type="checkbox"/> 皮膚異常の状況
	② 原因の探索と確認をしたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 原因 <input type="checkbox"/> 原因探索・確認方法
	③ (かゆがっていたり、炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍が観察された場合等)医療職に連絡したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 医療職名
	④ 記録をしたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 皮膚の異常があった場合に記録する記録名 <input type="checkbox"/> 記録内容概要
(4) 認知症の方がいつもと違う行動(攻撃的行動、突発的行動、対応が困難な行動等)を行った場合に対応できる				
	① いつもと違う行動が見られた利用者を観察し、脅威や不安を感じない(利用者の表情・行動にネガティブな変化がない)よう近づき、声をかける等対応し、利用者の行動や表情から不安・不快感等を軽減させることができたか。	状況の変化が 起こった場合 に現認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> いつもと違う様子 <input type="checkbox"/> 不安・不快感等を軽減させる対応方法
	② いつもと違う行動が見られた利用者の表情、感情表現、行動などいつもと違う様子について確認し、なぜそのような行動をしたか、職員対応や本人の生活環境の変化等を確認し、記録したか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> いつもと違う行動内容 <input type="checkbox"/> いつもと違う行動が見られた場合に記載する記録名 <input type="checkbox"/> いつもと違う行動に対する考察の内容 <input type="checkbox"/> 考察が不適切ではない
	③ いつもと違う行動が見られた利用者がなぜそのような行動をしたかを、心身状況、生活歴、価値観・嗜好、家族・他者との関係、家族から収集した情報等を確認し、記録したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> いつもと違う行動内容 <input type="checkbox"/> いつもと違う行動が見られた場合に記載する記録名 <input type="checkbox"/> いつもと違う行動に対する考察の内容 <input type="checkbox"/> 考察が不適切ではない

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

小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 相談・苦情対応ができる			
①	(自分で対応できない場合)相談・苦情の内容について、上司に報告し、対応を依頼することができたか。	対応すべき事態が起こった場合に現認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 相談・苦情内容概要 <input type="checkbox"/> 報告・対応依頼先名 <input type="checkbox"/> 対応依頼内容
②	相談・苦情の内容及び関連情報を正確に把握・収集し、わかりやすく整理することができたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 相談・苦情内容を記載する書類名 <input type="checkbox"/> 相談・苦情内容概要
③	苦情の要因を特定し、解決策及び再発防止策を考えることができたか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 解決策及び再発防止策を記載する書類名 <input type="checkbox"/> 解決策及び再発防止策内容概要
④	苦情に対する解決策及び再発防止策を利用者や家族に説明し、納得してもらえたか。	対応すべき事態が起こった場合に現認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 解決策及び再発防止策内容 <input type="checkbox"/> 説明相手名
⑤	相談・苦情に対する解決策について、チームメンバーと共有し、解決策が継続的に実践されるよう働きかけを行ったか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 継続的実践の確認ができる書類名 <input type="checkbox"/> 継続的実践の共有方法 <input type="checkbox"/> 継続的実践の確認内容
(2) 利用者特性に応じたコミュニケーションができる			
①	家族に利用者の日頃の様子などの情報を積極的に伝えることができたか。	日頃の対応を観察(必要に応じてヒアリング。利用者意見により補足。)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 利用者の日頃の様子の伝達概要 <input type="checkbox"/> 伝達方法
②	利用者が興味関心を持てるような話題を取り上げ、コミュニケーションをとったか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 話題・コミュニケーションの内容
③	利用者の話に耳を貸し、意思表示を把握し、理解することができたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 利用者の意思表示内容
④	認知症の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 利用者の特性 <input type="checkbox"/> 意向確認方法 <input type="checkbox"/> 利用者の意向 <input type="checkbox"/> 伝達した介護の内容
⑤	視覚障害の利用者に対し、その特性に応じた声かけをし、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 利用者の特性 <input type="checkbox"/> 声かけの内容 <input type="checkbox"/> 利用者の意向 <input type="checkbox"/> 伝達した介護の内容
⑥	聴覚障害・聴覚の利用者に対し、その特性に応じた声かけやジェスチャー、表情等により、利用者の意向を確認し、介護の内容を伝えることができたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 利用者の特性 <input type="checkbox"/> 意向確認方法 <input type="checkbox"/> 利用者の意向 <input type="checkbox"/> 伝達した介護の内容

2. 介護過程の展開			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 利用者に関する情報を収集できる			<input type="checkbox"/> 2名分の介護過程
① 利用者や家族の生活に対する意向を把握できたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者や家族の意向内容
② 利用者の心身機能・身体状況、利用者の「できる行為・活動」(実際には行う力を持っており、訓練や適切な支援によってできるようになること)と「している行為・活動」(毎日の生活の中で特に意識したり、努力したりすることなく行っていること)、健康状態、について、それぞれ把握できたか。	直近の介護過程の記録確認(必要に応じてヒアリング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 心身機能・身体状況 <input type="checkbox"/> できる行為の内容 <input type="checkbox"/> している行為の内容 <input type="checkbox"/> 健康状態
③ 利用者を取りまく物的環境(食品、薬、福祉用具等)、人的環境(家族、友人等の支援や態度)、利用者の人生や生活の特別な背景(ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等)、利用している制度について把握できたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 物的環境 <input type="checkbox"/> 人的環境 <input type="checkbox"/> 生活の特別な背景 <input type="checkbox"/> 利用している制度
(2) 個別介護計画を立案できる			<input type="checkbox"/> 2名分の介護過程
① 得られた情報を整理、統合することができたか。	直近の介護過程の記録確認(必要に応じてヒアリング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 得られた情報
② 課題を明確にすることができたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 課題内容
③ 個別介護計画において、利用者の生活習慣や価値観を尊重する目標、心身の機能を維持・改善するとともに、自立的な生活を支援する目標を設定し、それを達成するための具体的な支援内容(担当者、頻度、期間を含む)を設定できたか。	直近の介護過程の記録確認・ヒアリング	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 目標設定内容 <input type="checkbox"/> 設定した支援内容
④ 個別介護計画を利用者や家族に説明し、同意が得られたか。	直近の介護過程の記録確認(必要に応じてヒアリング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 説明相手名 <input type="checkbox"/> 同意
(3) 個別介護計画に基づく支援の実践・モニタリングができる			<input type="checkbox"/> 2名分の介護過程
① ケアカンファレンス等の場において、個別介護計画の目標、支援内容及びそこに関わるスタッフの役割等についてチームメンバーに説明して共有し、プラン内容が継続的に実践される働きかけを行ったか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 説明内容
② チームにおける個別介護計画の実施状況を把握したか。	直近の介護過程の記録確認(必要に応じてヒアリング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 実施状況把握方法
③ 個別介護計画に基づく支援に対する利用者・家族の満足度や意向を把握したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者・家族の満足度・意向の把握方法
④ 個別介護計画に基づく支援による利用者の心身の状況や利用者を取り巻く物的環境、人的環境の変化を把握したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 支援による変化の内容
(4) 個別介護計画の評価ができる			<input type="checkbox"/> 2名分の介護過程
① 個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 目標到達度評価方法
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。	直近の介護過程の記録確認(必要に応じてヒアリング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 利用者・家族の満足度・意向の把握方法
③ 個別介護計画の見直しにあたっての代替案を設定したか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 代替案の内容

3. 感染症対策・衛生管理			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 感染症予防対策ができる			
			<input type="checkbox"/> スタンダードプリコーション
	① 利用者の血液、体液、分泌物、排泄物(汗を除く)、障害のある皮膚、粘膜に接触する場合、手袋を着用するとともに、ケア終了後は、手袋を脱着し手洗いを行っているか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 評価の場面 <input type="checkbox"/> 手袋着用 <input type="checkbox"/> ケア終了後の手洗い
	② オムツ、清拭、エプロン等感染の媒介となるものを、床に直接置いていないか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 感染の媒介となるものの処理方法
	③ 嘔吐物、排泄物、血液等の感染源になるものがある場所の消毒を確実に行ったか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 消毒場所 <input type="checkbox"/> 消毒方法
	④ 利用者、どのような感染症の既往があるか確認できているか。	日頃の対応を観察 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 感染既往の確認方法
(2) 感染症発生時に対応できる			
	① 感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対応する場合に、マスクの着用、ケア前後の手洗い・消毒等感染拡大防止のための対応をとったか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 感染症(疑い)概要 <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> ケア前後の手洗い <input type="checkbox"/> 拡大防止方法 <input type="checkbox"/> 対応が適切ではない
	② 感染症発生状況を正確に記録したか。	記録確認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 感染症発生時の記録名 <input type="checkbox"/> 感染発生状況概要
4. 事故発生防止			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) ヒヤリハットの視点を持っている			
			<input type="checkbox"/> ヒヤリハット事例
	① 「事故には至らなかったがヒヤリとしたこと」「ハッとした気づき」を意識してとり上げ、記録に残すことができたか。	記録確認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> ヒヤリハット報告書類名
	② ヒヤリハットの対応策(予防策)を講じることができたか。	対応すべき事態が起こった場合に現認(必要に応じて記録確認) <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 対応策
	③ 分析した情報について、事業所・施設内の会議で報告する等ケアチームで情報共有し、対応策を継続的に実践することができたか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 情報共有方法 <input type="checkbox"/> 継続的実践の確認方法
(2) 事故発生時の対応ができる			
	① 事故発生時の事業所・施設内のルールに従って報告すべき者に対して、事故発生時の状況について、いつ、どこで、誰が、どのように、どうしたかを明瞭に伝えることができたか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 報告すべき者の名 <input type="checkbox"/> 事故発生時の状況
	② 事故の再発予防策を講じることができたか。	記録確認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 再発予防策が記載されている書類名 <input type="checkbox"/> 再発予防策概要
	③ 家族に連絡し、発生原因、再発予防策を利用者・家族が理解できるように説明できたか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載	<input type="checkbox"/> 発生原因 <input type="checkbox"/> 再発予防策内容 <input type="checkbox"/> 説明相手先名 <input type="checkbox"/> 説明方法
	④ 事故の発生から再発予防策までを事業所・施設内外の関係者と共有し、再発防止策を継続的に実践することができたか。	記録確認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 継続的実践の確認ができる書類名 <input type="checkbox"/> 継続的実践の確認方法 <input type="checkbox"/> 継続的実践の共有方法
(3) 事故報告書を作成できる			
	① 事故報告書に、5W1Hを明瞭にした発生状況とその対応を記載できたか。	記録確認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 発生状況・対応を記載する事故報告書名 <input type="checkbox"/> 発生状況・対応概要
	② 保険者に対する報告について、その定める方法・様式に沿って記載することができたか。	記録確認 <input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載	<input type="checkbox"/> 保険者への事故報告書名 <input type="checkbox"/> 対象保険者名 <input type="checkbox"/> 定める方法

5. 身体拘束廃止			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 身体拘束廃止に向けた対応ができる			
	① 身体拘束に至る背景や原因について、情報を収集・整理し、問題点を明確にすることができたか。	記録確認 (必要に応じて ヒアリング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 背景や原因 <input type="checkbox"/> 問題点 <input type="checkbox"/> 記録名
	② 身体拘束をなくしていくための対応策を提示できたか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 提示した対応策 <input type="checkbox"/> 記録名 <input type="checkbox"/> 廃止に向けた対応として不適切ではない
	③ ケアカンファレンス等を開催し、身体拘束をなくしていくための対応策についてチームメンバーと共有し、対応策が継続的に行われるよう働きかけを行ったか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 対応策の共有方法 <input type="checkbox"/> 継続的対応策の実施の確認ができる書類名
(2) 身体拘束を行わざるを得ない場合の手続きができる			
	① 【特養・老健・グループホーム等のみ】緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、事業所・施設内の「身体拘束廃止委員会」において検討する等事業所・施設全体としての判断が行われるような手続きを行ったか。	対応すべき事態が起こった場合に現認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 事業所全体としての判断がされる手続の概要 <input type="checkbox"/> やむを得ない理由
	② 【特養・老健・グループホーム等のみ】緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録したか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 状況・理由の確認ができる書類名 <input type="checkbox"/> 態様 <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 心身状況 <input type="checkbox"/> やむを得ない理由

6. 終末期ケア			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 終末期の利用者や家族の状況を把握できる			
	① 利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 (必要に応じて 記録確認)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> ADL、余命、告知・無告知の把握内容 <input type="checkbox"/> ADLにおいて終末期である
	② 利用者・家族の看取りの場所の希望について把握をしているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 看取りの場所の希望の内容
	③ 利用者の自己決定や家族の希望を最大限尊重しているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 自己決定or家族の希望内容
(2) 終末期に医療機関または医療職との連携ができる			
	① 利用者の痛みやそのほかの不快感身体症状の変化があった場合に備え、その際の対処について、あらかじめ医療機関または医療職と打ち合わせているか。	対応すべき事態が起こった場合に現認 (必要に応じて 記録確認)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 連携医療機関名 <input type="checkbox"/> 対処内容
	② 利用者の痛みやそのほかの不快感身体症状の変化をとらえ、医療機関または医療職に連絡したか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 連絡した身体症状の変化
	③ 利用者の状態の変化を正確に記録し、他職種と共有したか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 状態の変化を記録する記録名 <input type="checkbox"/> 情報共有先

1. 地域包括ケアシステム			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 地域内の社会資源との情報共有			
	① 関連する関係機関で情報共有を図るため、利用者にサービスを提供したときに進捗状況や結果を関連する他の機関または自身が所属する機関の窓口へ情報提供しているか。	ヒアリング	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 情報提供先名 <input type="checkbox"/> 進捗状況・結果内容
	② 利用者がどんな制度、資源、サービスを利用しているか把握しているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 制度or資源orサービス名 <input type="checkbox"/> 把握方法
	③ サービスの実施に必要な知識や情報を、関係する他の機関等(知人、団体、住民組織等を含む)から集めているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 情報収集先名 <input type="checkbox"/> 必要な知識or情報内容 <input type="checkbox"/> 収集方法
(2) 地域内の社会資源との業務協力			
	① 利用者等からの相談や問題状況を基に、関係する他の部門や関係する他の機関に必要とされるサービスを文書化して提案しているかどうか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 提案先名 <input type="checkbox"/> 文書化した内容
	② 関連する他の機関(知人、団体、住民組織等を含む)に協力を要請するか。	ヒアリング	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 協力依頼先 <input type="checkbox"/> 協力要請内容
(3) 地域内の関係職種との交流			
	① 自分と関連する専門職の集まりだけでなく、他の職種・専門職との集まり(会議、懇親会)にも参加しているか。	ヒアリング	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 他の職種・専門職との集まりの名称 <input type="checkbox"/> 参加職種内容
	② 関連する他の機関にどういった専門職がいるか、把握しているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 他の機関名 <input type="checkbox"/> 専門職内容
(4) 地域包括ケアの管理業務			
	① 自分の属する機関又は自らの提供する介護業務の内容について、関連する他の機関(住民組織を含む)に資料・文書で情報提供しているか。	記録確認	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 情報提供の文書名 <input type="checkbox"/> 他の機関名 <input type="checkbox"/> 提供内容概要
	② 複数の関連する他の機関(住民組織を含む)の専門職が集めた利用者の情報をセンターとして、もしくはチームとして適正に管理・提供しているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 管理方法 <input type="checkbox"/> 提供方法

2. リーダーシップ			
小項目	チェック項目	評価方法	確認ポイント
(1) 現場で適切な技術指導ができる			
①	個々のスキルや仕事に対する取組みの意識を把握し、スタッフのレベルやキャリア・プランに応じて育成計画を立案して指導しているか。	日頃の対応を 観察(必要に 応じて記録確 認、ヒアリング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> スキルや意識の把握方法 <input type="checkbox"/> 育成計画が立案されている書類名
②	介護の現場で、スタッフのスキルや利用者とのコミュニケーションの取り方等について、具体的な指導・助言を行っているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> スキルの指導助言の方法 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの指導助言の方法
③	利用者の不快感やスタッフのモチベーションの低下を招かないように、介護の現場でスタッフに指導・助言を行う場合は、利用者の前でスタッフを注意したり叱ったりせず、後で声を掛けるなどしているか。	日頃の対応を 観察(必要に 応じてヒアリン グ)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 指導・助言時における利用者への配慮方法 <input type="checkbox"/> 指導・助言時におけるモチベーションの低下を招かない配慮方法
④	スタッフに指導した後は、振り返りを行ない、スタッフの疑問の解消や注意すべき点等について確認しているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 振り返りによる確認方法
⑤	自己のスキルアップのために、研修を受講する等により研鑽しているか。	ヒアリング	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 研修名
(2) 部下の業務支援を適切に行っている			
①	スタッフの休暇予定や利用者のキャンセルを把握し、誤り無くローテーション(シフト)を組むことができるか。	日頃の対応を 観察(必要に 応じてヒアリン グ)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> スタッフの休暇予定・利用者のキャンセルの把握方法
②	事業所・施設内において、研修、勉強会、ミーティング、ケース会議等を定期的に開催しているか。	記録確認(必 要に応じてヒア リング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 開催した研修名 <input type="checkbox"/> 研修等開催されていることがわかる書類名
③	各スタッフとの面談の機会をつくり、スタッフの要望や悩みを聞き取り、把握・助言をしているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 面談の機会作りのための方法
④	事業所・施設内外の研修、勉強会等について、個別に声を掛ける等してスタッフに参加させているか。	日頃の対応を 観察(必要に 応じてヒアリン グ)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> スタッフへの参加促し方法
⑤	スタッフの体調を把握するために声かけや観察を行なっているか。		<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> スタッフ体調確認方法
(3) 評価者として適切に評価できる			
①	期首にスタッフと面談の機会を持ち、スタッフの希望する目標、上司として期待する目標を相互に確認した上で、スタッフとともにその期の目標を設定しているか。	記録確認(必 要に応じてヒア リング)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 記録名の記載 <input type="checkbox"/> 目標設定を記載した書類名 <input type="checkbox"/> 目標設定対象者名
②	自己の利益や好みによらず、客観的評価基準に基づきスタッフを評価できているか。	日頃の対応を 観察(必要に 応じてヒアリン グ)	<input type="checkbox"/> チェック日 <input type="checkbox"/> 根拠記載 <input type="checkbox"/> 客観的評価の名称 <input type="checkbox"/> 客観的評価の実施方法

この事業は平成27年度厚生労働省老人保健事業
推進費等補助金老人保健健康増進等事業の一環
として行われたものです。

介護キャリア段位制度に係る外部評価の効果的・効率的な実施方法と
外部評価審査員の質の向上に関する調査研究事業報告書

平成28年3月発行

内容照会先 一般社団法人シルバーサービス振興会

〒105-0003

東京都港区西新橋3-25-33

TEL 03-5402-4881 FAX 03-5402-4884