

介護プロフェッショナルのキャリア段位制度の評価基準

参考資料5

I. 基本介護技術の評価

※ レベル3又は2②の認定を受けている者がレベル4を申請する場合は、「基本介護技術の評価」を受ける必要はない。

1. 入浴介助

No	小項目	チェック項目	評価対象と	評価方法	備考
1		入浴前の確認ができる			
		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。	2 ・ 3 ・ 4	現認	
		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 (必要に応じて被評価者へのヒアリング)	
2		衣服の着脱ができる			
		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。	2 ・ 3 ・ 4	現認	
		② スクリーンやバスタオルを使い、プライバシーに配慮したか。			
		③ 脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。			
		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。			
		⑤ しわやたるみがないか確認したか。			
3		洗体ができる(浴槽に入ることを含む。)			
		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。	2 ・ 3 ・ 4	現認	
		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。			
		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。】			
		④ 入浴後、体調の確認をし、十分な水分補給ができたか。			
4		清拭ができる			
		① バイタルサインの測定、利用者へのヒアリング、医療職の指示によって体調確認を行い、清拭の可否について確認したか。	2 ・ 3 ・ 4	現認	
		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。			
		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。			

I. 基本介護技術の評価

2. 食事介助口

No	小項目	チェック項目	評価対象と	評価方法	備考
1	食事前の準備を行うことができる				
		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。	2 ・ 3 ・ 4	現認	
		② 嚥下障害のある利用者の食事にとろみをつけたか。			
		③ 禁忌食の確認をしたか。			
		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。			
		⑤ 食べやすい座位の位置や体幹の傾きはどうか等座位の安定を確認したか。			
		⑥ 顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか。			
2	食事介助ができる				
		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。	2 ・ 3 ・ 4	現認	
		② 利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。			
		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。			
		④ 自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。			
		⑤ 食事の量や水分量の記録をしたか。			
3	口腔ケアができる				
		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。	2 ・ 3 ・ 4	現認	
		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。			
		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。			
		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。			

I. 基本介護技術の評価

3. 排泄介助

No	小項目	チェック項目	評価対象となるレベ	評価方法	備考
1		排泄の準備を行うことができる			
		① 排泄の間隔を確認したか。	2	現認 (必要に応じ記録確認)	
		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。	3	現認	
		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。	4		
2		トイレ(ポータブルトイレ)での排泄介助ができる			
		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。	2 ・ 3 ・ 3 ・ 4	現認	
		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いと説明する等してプライバシーに配慮したか。			
		③ ズボン、下着を下ろす了承を得て、支えながら下ろしたか。			
		④ 排泄後、利用者にトイレッ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。		記録確認	
		⑤ 失禁かトイレでの排泄かや、排泄物の量や性状について記録をしたか。		現認	
⑥ 排泄後、利用者の体調確認を行ったか。					
3		おむつ交換を行うことができる			
		① 利用者に尿意、便意の有無、排泄した感じの有無を開き、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。	2 ・ 3 ・ 3 ・ 4	現認	
		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。			
		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。			
		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	

I. 基本介護技術の評価

4. 移乗・移動・体位変換

No	小項目	チェック項目	評価対象となるレベル	評価方法	備考
1	起居の介助ができる	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 ③ 一部介助が必要な利用者について、足を曲げてもらう、柵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。 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。 	2 ・ 3 ・ 4	現認	
2	一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 	2 ・ 3 ・ 4	現認	使用しておらず評価ができない場合は小項目評価の要件としない。
3	全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 ③ 利用者の体と密着させる、利用者の腰に手を回す、利用者介護者の肩に手をまわしてもらう等、移乗しやすい体勢をとったか。 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。 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。 	2 ・ 3 ・ 4	現認	使用しておらず評価ができない場合は小項目評価の要件としない。
4	杖歩行の介助ができる	<ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 二動作歩行や三動作歩行の声かけを行えたか。 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。 	2 ・ 3 ・	現認	
5	体位変換ができる	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。 	2 ・ 3 ・ 4	現認	

I. 基本介護技術の評価

5. 状況の変化に応じた対応

No	小項目	チェック項目	なる評価対象レベル	評価方法	備考
1		<p>咳やむせこみに対応ができる</p> <p>① 咳の強さ、顔色等の観察をしたか。</p> <p>次の順で適切な対応ができたか。</p> <p>② ・強い咳をするように声かけをしたか。 ・背中を強く叩いたか(タッピング)。 ・(それでも改善しない場合)医療職に連絡したか。</p> <p>③ 記録をしたか。</p>	2 ② ・ 3 ・ 4	状況の変化が起こった場合に現認	
2		<p>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</p> <p>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。</p> <p>② 原因の探索と確認をしたか。</p> <p>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。</p> <p>④ 記録をしたか。</p>	2 ② ・ 3 ・ 4	状況の変化が起こった場合に現認 記録確認	
3		<p>皮膚の異常(炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍等)に対応ができる</p> <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、水泡、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>	2 ② ・ 3 ・ 4	状況の変化が起こった場合に現認 記録確認	
4		<p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	2 ② ・ 3 ・ 4	状況の変化が起こった場合に現認 記録確認	