

# 職能要件書 職能評価シート

|      |         |
|------|---------|
| 職種   | 介護      |
| 専門部署 | グループホーム |

|          |   |                    |
|----------|---|--------------------|
| 完全にできている | 0 | ←半角数字の「0」(ゼロ)を入力   |
| まだ不十分    | * | ←半角の「*」(アスタリスク)を入力 |

「0」が90%以上あれば、この等級は完全クリアーしている。

### 【入力手順】

- 今年度の等級を左枠で確認し、該当等級までの項目を全てチェックして下さい。  
(該当しない項目はその行を削除してください)
- 「等級」は「独力対応等級」の欄に記載してあります
- 「0」又は「\*」を入力 (○×は入力が大変な為、この記号を使用します)  
※次年度は「\*」の付いている項目のみチェック。但し、等級が上がる方は上の等級もチェックが必要です。

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 部署                               |  |
| 氏名                               |  |
| 現状把握時の等級                         |  |
| 仮格付け時の等級<br>(給与レベルにあった<br>当初の等級) |  |
| 第1回評価時の等級                        |  |
| 第2回評価時の等級                        |  |

| 単位業務<br>(大まかな区分)                                  | 作業名                | 作業内容 (～して～ができる)   | 独<br>等<br>級<br>対<br>応 | 現状レベ<br>ル把握の<br>為の評価 | 第1回<br>評価<br>( ) | 第2回<br>評価<br>( ) |
|---|--------------------|---|-----------------------|----------------------|------------------|------------------|
| ホームと地域との交流  | 地域との連携と交流促進        | 1 地域の人たちが気軽に遊びに来れるような企画を立案することができる(例 入居者の制作物の展示等)                                   | 3                     |                      |                  |                  |
| ケアマネジメント  | 個別具体的な介護計画         | 1 アセスメントに基づいて、入居者主体の目標を立て、入居者一人ひとりの特徴を踏まえた具体的な介護計画を作成できる                            | 3                     |                      |                  |                  |
|   | 介護計画の職員間での共有       | 1 介護計画を、すべての職員の気づきや意見を取り入れて作る事ができる  | 3                     |                      |                  |                  |
|   |                    | 2 すべての職員が内容を知ることができる仕組みを作る事ができる   | 3                     |                      |                  |                  |
|   | アセスメントの実施          | 1 入居者一人ひとりの状態像、生活特性(生活歴、ライフスタイル等)、入居者や家族の求めていることを把握し、これによってアセスメントを行い、課題を明らかにできる     | 3                     |                      |                  |                  |
|   | 介護計画への入居者・家族の意見の反映 | 1 介護計画を、入居者や家族とも相談しながら作成できる   | 3                     |                      |                  |                  |
|   | 介護計画の見直し           | 1 介護計画に実施期間を明示し、その期間が終了する際に見直しを行うことはもとより、状態変化に応じた随時の見直しを行う事ができる                     | 3                     |                      |                  |                  |
|   | 個別の記録              | 1 日々の介護や介護計画に反映させるため、入居者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録できる                                       | 3                     |                      |                  |                  |
|   | 確実な申し送り・情報伝達       | 1 職員の申し送りや情報伝達を確実にし、重要な点はルールの則りすべての職員に伝達する事ができる                                     | 3                     |                      |                  |                  |
|   | チームケアのための会議の開催     | 1 チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、すべての職員で、定期的に(緊急案件がある場合にはその都度)会議を開催し、活発に意見交換を行って合意を取る事ができる | 3                     |                      |                  |                  |
| 代行業務  | 要介護認定更新の支援         | 1 訪問調査時は、面接調査に立ち会い、本人の状況を的確に伝えることができる   | 3                     |                      |                  |                  |
| 入居時及び退居時の対応方針                                     | 料金の内訳の明示と説明        | 1 利用契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を十分説明する事ができる(食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等)   | 3                     |                      |                  |                  |
| <b>3等級職員の等級判定(○の個数)・・・5年以上～主任級又は役職はないがベテランクラス</b> |                    |   | 個数                    | 0                    | 0                | 0                |
| <b>3等級職員の○取得率</b>                                 |                    |   | 12                    | 0%                   | 0%               | 0%               |