

(例)

期末評価票 (評価者評価用)

【事業所情報】

| | | | |
|---------|------------|--------|------------|
| 事業所・施設名 | [REDACTED] | サービス種別 | [REDACTED] |
|---------|------------|--------|------------|

【評価情報】

| | |
|------|------------|
| 評価ID | [REDACTED] |
|------|------------|

【被評価者情報】

| | | | |
|--------|------------|--------|------------|
| 被評価者ID | [REDACTED] | 被評価者氏名 | [REDACTED] |
|--------|------------|--------|------------|

【主たる評価者(アセッサー)】

| | | | |
|-----------------|------------|-----------------|-------|
| 主たる評価者(アセッサー)ID | [REDACTED] | 主たる評価者(アセッサー)氏名 | 広島 太郎 |
|-----------------|------------|-----------------|-------|

【本評価に関わった評価者(アセッサー)】

| | | | | |
|--------------------|----------|------------|----------|------------|
| 本評価に関わった評価者(アセッサー) | ① ID: 氏名 | [REDACTED] | ② ID: 氏名 | [REDACTED] |
| | ③ ID: 氏名 | [REDACTED] | | |
| | ⑤ ID: 氏名 | [REDACTED] | | |
| | ⑦ ID: 氏名 | [REDACTED] | | |
| | ⑨ ID: 氏名 | [REDACTED] | | |

■ 期末評価票の写し提出時の注意点

- ・ 主たる評価者(アセッサー)氏名
ひろしま介護マスターの認定対象者の氏名が記載された状態で期末評価票を提出してください。
- ・ 評価開始日
評価開始日の日付が入力された状態で期末評価票を提出してください。

※ 期末評価票の写しは1ページ目のみの御提出で構いません。

【評価情報】

| | | | |
|----------------------------|------------|--|--|
| 認定を目指すレベル | [REDACTED] | | |
| 評価開始日 | 2023/04/01 | | |
| 評価の対象となった利用者の人数 | [REDACTED] | | |
| 所属事業所以外で評価した場合その事業所のサービス種別 | [REDACTED] | | |

I. 基本介護技術の評価

1. 入浴介助

| ① 入浴前の確認ができる | 評価方法 | 評価対象レベル | 介護職員 | 1日1回 | | 2日1回 | | 評価対象外 |
|--|-----------------|---------|------|------|-----|------|-----|-------|
| | | | | 実施 | 未実施 | 実施 | 未実施 | |
| 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。 | 現認 | 2・3・4 | × | ● | | ● | | ● |
| 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) | | | ● | | ● | | ● |
| 評価の根拠(対応内容)記録等 | | | | | | | | |
| 利用者種別 _____ | | | | | | | | |
| 入浴可否を確認するための観察・情報把握 <input type="checkbox"/> バイタルサインの測定値を確認している ⇒ 測定値 (血圧(/ mmHg) 脈拍(回) 体温(°C)) ⇒ 記録名 () | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 利用者へのヒアリングにより、体調確認・意向確認を行っている <input type="checkbox"/> ヒアリング以外の方法により、体調確認・意向確認を行っている ⇒ 確認した内容 () ⇒ 確認の方法 () | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 体調・意向の確認結果 () | | | | | | | | |
| 可否判断の方法 <input type="checkbox"/> 医療職等に入浴の可否判断を確認している ⇒ 職種名 () | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 可否判断の結果 () | | | | | | | | |
| 利用者種別 _____ | | | | | | | | |
| 入浴方法の判断材料 <input type="checkbox"/> バイタルサイン <input type="checkbox"/> 医療職の指示 <input type="checkbox"/> 既往歴 () <input type="checkbox"/> 個別介護計画 <input type="checkbox"/> その他の判断材料 () | | | | | | | | |
| 選択した入浴方法 具体的に () | | | | | | | | |
| 自由記載欄 () | | | | | | | | |