

実証事業用の評価基準のレベル対応

大項目	中項目 (仮置き)	レベル 1	レベル 2 ①	レベル 2 ②	レベル 3	レベル 4
	【求められる能力等】	初任者研修により、在宅・施設で働く上で必要となる基本的な知識・技術を習得	基本的な知識・技術を活用し、決められた手順等に従って、基本的な介護を実践 (例：施設等において「夜勤」に従事することができる)	一定の範囲で、利用者ニーズや、状況の変化を把握・判断し、それに応じた介護を実践	利用者の状態像に応じた介護や多職種連携等を行うための幅広い領域の知識・技術を習得し、的確な介護を実践 (例：施設等において、主たる夜勤者を担うことができる。)	<ul style="list-style-type: none"> チーム内でのリーダーシップ (例：サービス提供責任者、主任等) 部下に対する指示・指導 緊急時の対応を適切に行う 本レベル以上が『アセッサー』になれる
基本介護技術の評価	入浴介助	○	○	○	○	
	食事介助	○	○	○	○	
	排泄介助	○	○	○	○	
	状況の変化に応じた対応	※		○	○	
利用者視点での評価	利用者・家族とのコミュニケーション	△	△	△	○	○
	介護過程の展開				○	○
	感染症対策・衛生管理	○	○	○	○	○
	事故発生防止	△	△	△	○	○
	身体拘束廃止				○	○
	緊急時対応	○	○	○	○	○
	終末期ケア	△	△	△	○	○
	地域包括ケア	※			○	○
その他	リーダーシップ					○

(注1) 「△」は、評価の対象となる小項目とならない小項目を含むもの。

(注2) 「※」は、実証事業では評価を実施している。

期末評価票(内部評価シート)

内部評価者(アセッサー)用

施設ID :	
施設名 :	
評価者ID :	
評価者氏名 :	
被評価者ID :	
被評価者氏名 :	
利用者ID(A) :	
利用者ID(B) :	

期首に仮評価した被評価者のレベル感を、以下から選択してチェックして下さい。

- レベル1
- レベル2①
- レベル2②
- レベル3
- レベル4

—チェック項目の評価基準—

- A :できる
- B :できる場合とできない場合があり、指導を要する(日常的にやっていないが、やらせればできる場合を含む)
- C :できない
- :やっていない

I. 基本介護技術の評価

1. 入浴介助

利用者 ID (B) :

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認 (必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分			
		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。		○	○	○	○			月	日	分			
2	起居の介助ができる	① 起きる前に、利用者に体調確認をしたか。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			
		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。		○	○	○	○			期中から期末に1回現認					
		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。		○	○	○	○								
3	一部介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			○全介助:その行為の全てに介助が行われている(必要な)場合 一部介助:部分的に介助が行われている(必要な)場合 ○スライディングボード・スライディングシート等の福祉用具について、施設・事業所においてあらかじめ定められた手順・手法がない場合、介護福祉士の養成テキスト等における一般的な手順・方法に沿って移乗しているかどうかで評価。
		② 利用者の健側かつ、利用者の手がアームレスト(アームサポート)に届く位置に車いすを配置したか(ベッドの配置等で困難な場合は、利用者の手がアームレスト(アームサポート)に届く範囲に配置したか)。		○	○	○	○								
		③ 利用者の患側に立ち、利用者の足底がきちんとついた状態で介助を行ったか。		○	○	○	○								
		④ 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。		○	○	○	○								
		⑤ 利用者の患側の膝折れが起こらないよう手で支える等、バランスが崩れないよう支え、立ち上がりを介助したか。		○	○	○	○								
		⑥ 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。		○	○	○	○								
		⑦ 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。		○	○	○	○								
4	全介助が必要な利用者の車いすへの移乗ができる	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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			○網掛けの項目は一部介助の場合と同様の項目。 ○移乗用リフト等の福祉用具について、施設・事業所においてあらかじめ定められた手順・手法がない場合、介護福祉士の養成テキスト等における一般的な手順・方法に沿って移乗しているかどうかで評価。
		② 利用者や介護者の体の大きさ等を勘案し、ベッドと車いすの角度が15~45度となる範囲で安全に移乗できる位置に車いすを配置したか。		○	○	○	○								
		③ 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。		○	○	○	○								
		④ 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回してもらおう等、移乗がしやすい体勢をとったか。		○	○	○	○								
		⑤ 利用者に前傾姿勢をとらせ、利用者の体をゆっくりと引き寄せながら立ち上がることができたか。		○	○	○	○								
		⑥ 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。		○	○	○	○								
		⑦ 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。		○	○	○	○								

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考	
				A	B	C	-			月	日					分
5	車いすの移動ができる															
		① 事故防止の観点から、利用者の足がフットレストに、健側の手がアームレスト(アームサポート)に乗っているか、患側の手が膝の上に乗っているかを確認し、安全を確保したか。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分				
		② 段差や道幅、往来等を考慮しながら、安全な進路を選択して移動したか。		○	○	○	○									
6	杖歩行の介助ができる															
		① 利用者の歩く方向を確認しながら、段差等の安全に対するリスクを考慮し、予め利用者へ声かけをしたか。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分				
		② 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。		○	○	○	○									
		③ 利用者に片まひがある場合、二動作歩行や三動作歩行の声かけを行えたか。		○	○	○	○									
		④ 急がせず、利用者のペースに合った介助・誘導を行ったか。		○	○	○	○									
7	一部介助が必要な利用者の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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分				
		② スクリーン等を使い、プライバシーに配慮したか。		○	○	○	○									
		③ 前開き衣類の脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。		○	○	○	○									
		④ 前開き衣類の着衣の際に、患側から健側の順番で行ったか。		○	○	○	○									
		⑤ ③④の場合、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。		○	○	○	○									
		⑥ しわやたるみがないか確認したか。		○	○	○	○									
8	全介助が必要な利用者の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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分				
		② スクリーン等を使い、プライバシーに配慮したか。		○	○	○	○									
		③ かぶり上衣の脱衣の際に、健側から患側の順番で行ったか。		○	○	○	○									
		④ かぶり上衣の着衣の際に、患側から健側の順番で行ったか。		○	○	○	○									
		⑤ しわやたるみがないか確認したか。		○	○	○	○									
9	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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分				
		② 利用者に片まひがある場合、浴槽に入る時は、バランスを気をつけながら、介護者が片手を胴にまわし、患足をもう一方の手で介助して、健側の足から入浴できたか。		○	○	○	○									
		③ 利用者に片まひがある場合、浴槽から出る時は、バランスを崩さないよう、ゆっくり立ち上がり、介護者が片手をしっかり胴に回し、健側の足を出して床面につけ、次に患側の足を出すことができたか。		○	○	○	○									
		④ 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。		○	○	○	○									
		⑤ 入浴後、体調の確認をし、十分な水分補給ができたか。		○	○	○	○									

○網掛けの項目は一部介助の場合と同様の項目。

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
10	一部介助が必要な利用者のベッドへの移乗ができる	① 介助を始める前に、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)から足が降りているか、フットレスト(フットサポート)が上がっているかを確認したか。 ② 利用者の健側がベッド側となるよう、かつ、移乗する際に活用できる柵等が手の届く位置に車いすを配置したか(ベッドの配置等で困難な場合は、移乗の際に活用できる柵等が手の届く範囲に車いすを配置したか)。 ③ 利用者の患側に立ち、利用者の足底がきちんとついた状態で介助を行ったか。 ④ 利用者に健側の手で柵等をつかんでもらい、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。(柵を使用していない場合には、健側の手をベッドの健側の膝より高い位置についてもらい、患側を保護しながら立ち上がるよう、声かけ、介助を行ったか。) ⑤ 利用者の患側の膝折れが起こらないよう手で支える等、バランスが崩れないよう支え、立ち上がりを介助したか。 ⑥ 利用者の健側の足を軸にして体を回転させて、ベッドに座ることができたか。 ⑦ 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。					1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			○スライディングボード・スライディングシート等の福祉用具について、施設・事業所においてあらかじめ定められた手順・手法がない場合は、介護福祉士の養成テキスト等における一般的な手順・方法に沿って移乗しているかどうかで評価。	
11	全介助が必要な利用者のベッドへの移乗ができる	① 介助を始める前に、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)から足が降りているか、フットレスト(フットサポート)が上がっているかを確認したか。 ② 利用者や介護者の体の大きさ等を勘案し、ベッドと車いすの角度が15~45度となる範囲で安全に移乗できる位置に車いすを配置したか。 ③ 移乗がしやすいよう、ベッドの高さを調整し、利用者の足底がついた状態で介助を行ったか。 ④ 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回してもらおう等、移乗がしやすい体勢をとったか。 ⑤ 利用者に前傾姿勢をとらせ、利用者の体をゆっくりと引き寄せながら立ち上がることができたか。 ⑥ 利用者の体をゆっくりと回転させ、ベッドに座らせることができたか。 ⑦ 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。					1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			○網掛けの項目は一部介助の場合と同様の項目。 ○移乗用リフト等の福祉用具について、施設・事業所においてあらかじめ定められた手順・手法がない場合、介護福祉士の養成テキスト等における一般的な手順・方法に沿って移乗しているかどうかで評価。	
12	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 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清拭方法が選択できたか。 ③ 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。 ④ 末梢から中枢の順番で洗うなど、適切な手順でできたか。					1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分				

I. 基本介護技術の評価

2. 食事介助

利用者ID(B):

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考			
				A	B	C	-			月	日					分		
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。		○	○	○	○	1 ～ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分						
		② 嚥下障害のある利用者の食事にとろみをつけたか。		○	○	○	○			月	日	分						
		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を確認したか。		○	○	○	○											
2	座位で食事をする際の姿勢の介助ができる	① 体幹の傾きはいいか、足底が床についているか、椅子に深く腰を掛けお尻が安定して座っているかなど座位の安定を確認したか。		○	○	○	○	1 ～ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分						
		② 顎が引けている状態で食事が取れるようにしたか。		○	○	○	○			月	日	分						
3	寝たまま食事をする際の姿勢の介助ができる	① ベッドをギャッチアップし、食べやすい座位の位置や安定(体幹の傾きはいいか)を確認したか。		○	○	○	○	1 ～ 3	期中から期末に1回現認				月	日	分			
		② 利用者の頭部が前傾姿勢になるように枕やクッションで調整したか。		○	○	○	○						1 ～ 3	期中から期末に1回現認	月			
4	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 多すぎる量を一度に口に入れなかったか。		○	○	○	○											
		③ 利用者と同じ目線の高さで介助する等、利用者の飲み込みが確認できるような姿勢で介助を行ったか。		○	○	○	○											
		④ 利用者が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。		○	○	○	○											
		⑤ 自力での摂食を促し、必要時に介助を行ったか。		○	○	○	○											
		⑥ 利用者の食べたいものを聞きながら介助したか。		○	○	○	○											
5	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。		○	○	○	○	1 ～ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分						
		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。		○	○	○	○			月	日	分						
		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、利用者には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

利用者ID(B):

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認 (必要に応じ記録確認)	月	日	分			
		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 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。		○	○	○	○								
2	トイレ(ポータブルトイレ)への移乗を行うことができる	① 利用者が健側の手足に重心をかけ立ちあがり、身体の向きを変える際、腰を支えたか。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			
		② ズボン、下着を下ろす了承を得て、支えながら下ろしたか。		○	○	○	○								
		③ 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。		○	○	○	○								
3	トイレ(ポータブルトイレ)での排泄介助を行うことができる	① 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と説明する等してプライバシーに配慮したか。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			
		② 排泄後、利用者にトイレ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。		○	○	○	○								
		③ 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。		○	○	○	○								
		④ 事業所・施設内の手順に沿って排泄物を処理したか。		○	○	○	○								
		⑤ 排泄後、利用者の体調確認を行ったか。		○	○	○	○								
4	体位変換ができる	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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			
		② 顔、腕、足の位置を確認し、腕の巻き込みなどに注意しながら、ベッド柵などにぶつけないこと、利用者へ痛みや傷を与えないように体位変換したか。		○	○	○	○								
		③ 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。		○	○	○	○								
		④ 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。		○	○	○	○								
		⑤ 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。		○	○	○	○								
5	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。		○	○	○	○	1 ~ 3	期中から期末に1回現認	月	日	分			
		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・パッドを尿漏れしない位置に装着したか。		○	○	○	○								
		④ 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。		○	○	○	○								
		⑤ 排泄時刻、排泄物の量や性状、陰臀部の皮膚の異常について記録をしたか。		○	○	○	○								

I. 基本介護技術の評価

4. 状況の変化に応じた対応

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
1		咳やむせこみに対応ができる						1 ~ 3	評価期間中に状況の変化が起った場合に現認	月	日	分			
		① 咳の強さ、顔色等の観察をしたか。													
		② 次の順で適切な対応ができたか。 ・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)ハイムリック法を実施したか。													
		③ (上記の対応を行っても改善しない場合)医療職に連絡したか。													
		④ 記録をしたか。													
2		下痢の場合に対応ができる					1 ~ 3	評価期間中に状況の変化が起った場合に現認	月	日	分				
		① 便の観察をしたか(性状、量等)。													
		② 本人の様子を観察・確認したか(腹痛や吐き気の有無、下痢が続いているか否か等)。													
		③ 原因の探索と確認をしたか。													
		④ (吐き気・嘔吐がなく、口からの摂取が可能な場合)水分・電解質を補給したか。													
		⑤ (腹痛の訴え、吐き気や嘔吐がある、下痢が続いている場合等)医療職に連絡したか。													
		⑥ 記録をしたか。													
3		便・尿の異常(血便・血尿など)に対応ができる					1 ~ 3	評価期間中に状況の変化が起った場合に現認	月	日	分				
		① 便、尿の観察をしたか(色やにおい、血液が混入していないかどうか等)。													
		② 本人の様子を観察・確認したか(バイタル、ショック状態等)。													
		③ 原因の探索と確認をしたか。													
		④ (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。													
		⑤ 記録をしたか。													
4		皮膚の異常(炎症、表皮剥離、水泡、潰瘍等)に対応ができる					1 ~ 3	評価期間中に状況の変化が起った場合に現認	月	日	分				
		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。													
		② 原因の模索と確認をしたか。													
		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。													
		④ 記録をしたか。													

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
5		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。		○	○	○	○	1 ~ 3	評価期間中に状況の変化が起こった場合に現認	月	日	分			
		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。		○	○	○	○								
		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。		○	○	○	○								

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

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
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。		○	○	○	○	共通 3 以上	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認	月	日	分			
		② 相談・苦情を受ける際、十分に事情や言い分を聞き、利用者や家族の感情を害さないように対応できたか。		○	○	○	○								
		③ 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。		○	○	○	○								
		④ 利用者や家族と、相談に対する解決策を考える場を持ったか。		○	○	○	○								
		⑤ 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。		○	○	○	○								
		⑥ 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。		○	○	○	○								
		⑦ 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。		○	○	○	○								
2		利用者特性に応じたコミュニケーションができる													
		① 利用者や家族との間で、態度や言葉遣いによるトラブルがなかったか。		○	○	○	○	共通	評価期間中に日頃の対応を観察(必要に応じて被評価者へのヒアリング。利用者意見により補足)	月	日	分			
		② 利用者のニーズや思いを理解し、場の雰囲気や合った配慮ある言動を示しているか。		○	○	○	○								
		③ 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。		○	○	○	○								
		④ 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。		○	○	○	○								
		⑤ 聴覚障害・難聴の利用者に対し、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。		○	○	○	○								

II. 利用者視点での評価

2. 介護過程の展開

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
1	利用者に関する情報を収集できる	① 利用者や家族の生活に対する意向を把握できたか。		○	○	○	○	3以上	直近の介護過程の記録確認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分			○介護過程の展開については、被評価者が担当する2名以上の利用者について、記録を中心に評価することとする。 「2名以上の利用者」については、原則として直近の半年以内にケアカンファレンスを行って個別介護計画の立案・見直しを行った利用者とする。 ケアカンファレンスを行っていない場合は、直ちに個別介護計画を立案・見直しした利用者とし、「利用者に関する情報を収集できる」及び「個別介護計画を立案できる」のチェック項目についてのみ評価する。
		② 利用者の心身機能・身体状況、健康状態を把握できたか。		○	○	○	○								
		③ 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)について、それぞれ把握できたか。		○	○	○	○								
		④ 利用者をとりまく物的環境(食品、薬、福祉用具等)、人的環境(家族、友人等の支援や態度)、利用している制度について把握できたか。		○	○	○	○								
		⑤ 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)について把握できたか。		○	○	○	○								
2	個別介護計画を立案できる	① 得られた情報を整理、統合することができたか。		○	○	○	○	3以上	直近の介護過程の記録確認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分			
		② 課題を明確にすることができたか。		○	○	○	○								
		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。		○	○	○	○								
		④ 個別介護計画において、「できる行為・活動」をできるだけしてもらうよう、利用者の心身の機能を維持・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。		○	○	○	○								
		⑤ 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。		○	○	○	○								
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	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。		○	○	○	○	3以上	直近の介護過程の記録確認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分			
		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。		○	○	○	○								
		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。		○	○	○	○								
		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の変化を把握したか。		○	○	○	○								
		⑤ 利用者を取り巻く環境の変化を把握したか。		○	○	○	○								
4	個別介護計画の評価ができる	① 個別介護計画の目標に対する到達度を評価したか。		○	○	○	○	3以上	直近の介護過程の記録確認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分			
		② ①及び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。		○	○	○	○								
		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。		○	○	○	○								
		④ 個別介護計画の評価内容や代替案について、記録を行ったか。		○	○	○	○								

II. 利用者視点での評価

3. 感染症対策・衛生管理

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
1		感染症に対する標準予防策や自己管理を講じることができる						共通	評価期間中に日頃の対応を観察	月	日	分			
		① 利用者に、どのような感染症の既往があるか確認できているか。		○	○	○	○								
		② 自分が風邪気味の時にはマスクを着用したか。		○	○	○	○								
		③ 爪は短くしているか。		○	○	○	○								
		④ 自分が感染症にかかったと思われるときには速やかに医療機関を受診したか。		○	○	○	○								
2		嘔吐物、汚物処理の対応ができる						共通	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認	月	日	分			
		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、粘膜に素手で接触した場合、手洗い及び消毒をしたか。		○	○	○	○								
		② 利用者の血液、体液、排泄物(汗を除く)、嘔吐物を処理する際、新しい手袋をしたか。		○	○	○	○								
		③ 利用者の嘔吐があった場合等必要に応じて、アルコール消毒を行い、感染予防着、ゴーグル、手袋などを着用し対応したか。		○	○	○	○								
		④ 感染症に罹患した利用者の部屋や嘔吐物等がある場所の消毒を確実に行ったか。		○	○	○	○								
3		感染症発生時に対応できる						共通	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分			
		① 感染症を疑われる利用者や罹患した利用者に対し、マスクの着用を促す、医療職の指示に従い他の利用者と別室に待機させる等の対応をとったか。		○	○	○	○								
		② 速やかに医療職に報告したか。		○	○	○	○								
		③ マスク、感染予防着、手袋を着用し対処したか。		○	○	○	○								
		④ 利用者の状態、感染症発生状況を正確に記録したか。		○	○	○	○								

II. 利用者視点での評価

4. 事故発生防止ができる

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
1		ヒヤリハットの視点を持っている						共通	評価期間中に記録確認	月	日	分			○事故とヒヤリハット(事故に至る危険性がある事態)の判断や区別については、施設・事業所のルールや判断によるものとする。
		① 「事故には至らなかったがヒヤッとしたこと」「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。		○	○	○	○								
		② 記録したヒヤリハット情報について、環境的要因、介護者側の要因、利用者側の要因に分けて分析することができたか。		○	○	○	○								
		③ ヒヤリハットの対応策(予防策)を講じることができたか。		○	○	○	○								
		④ 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。		○	○	○	○								

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
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、どうしたを明瞭に伝えることができたか。		○	○	○	○	共通	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認	月	日	分			
		② 事故の発生原因をつきとめることができたか。		○	○	○	○								
		③ 事故の再発予防策を講じることができたか。		○	○	○	○								
		④ 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。		○	○	○	○								
		⑤ 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。		○	○	○	○								
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の記載ができたか。		○	○	○	○	3以上	評価期間中に記録確認	月	日	分			
		② 事故報告書等の関係書類について、個別ケースファイルの所定の場所に文書を保管できたか。		○	○	○	○								
		③ 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。		○	○	○	○								
				○	○	○	○								

II. 利用者視点での評価

5. 身体拘束廃止

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
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。		○	○	○	○	3以上	評価期間中に記録確認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分			○在宅サービスの場合は、例えば家族が上下つなぎの服や、ミトンを着用させている場合に、家族と相談して着用をやめるよう促すこと等を想定。 ○事業所・施設が組織として身体拘束廃止に取り組んでいる中で、個人が期待される行動をとれているかどうかを、評価。
		② 事故の起きない環境整備ができたか。		○	○	○	○								
		③ 身体拘束をなくしていくための対応策を提示できたか。		○	○	○	○								
		④ 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。		○	○	○	○								
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。		○	○	○	○	3以上	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認	月	日	分			○実証事業においては、特養、老健施設、グループホームにおいてのみ評価を実施するものとする。
		② 【特養・老健・グループホームのみ】 緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合、利用者及び家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を説明し、書面で確認をしたか。		○	○	○	○								
		③ 【特養・老健・グループホームのみ】 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。		○	○	○	○								

II. 利用者視点での評価

6. 緊急時対応

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
1		緊急性に応じた対応ができる						共通	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認	月	日	分			
		① 利用者が倒れていた場合、意識、呼吸、脈、顔色を確認したか。		○	○	○	○								
		② 利用者が倒れていた場合、痛みや傷を確認したか。		○	○	○	○								
		③ 利用者が倒れていた場合、気道を確保したか。		○	○	○	○								
		④ 利用者が倒れていた場合、毛布等により保温したか。		○	○	○	○								
2		緊急事態発生時に、医療職や上司に連絡し、指示を仰ぐことができる					共通	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認(必要に応じ記録確認)	月	日	分				
		① 緊急事態発生時の事業所・施設内のルール上第一情報を報告すべき者に対して、第一報を入れることができたか。		○	○	○			○						
		② 利用者の状態に係る情報を収集し、医療職や上司に伝えることができるか。		○	○	○	○								
3		緊急事態発生時に家族への連絡ができる					共通	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認(必要に応じ記録確認)	月	日	分				
		① 利用者の緊急連絡手順に則り、第一連絡先の家族に連絡することができたか。		○	○	○			○						
		② 発生した緊急事態について、家族に対し、冷静に説明できたか。		○	○	○	○								

II. 利用者視点での評価

7. 終末期ケア

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
1		終末期の利用者や家族の状況を把握できる					共通	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認(必要に応じ記録確認)	月	日	分				
		① 利用者のADL、余命、告知・無告知の把握をしているか。		○	○	○			○						
		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。		○	○	○			○						
		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。		○	○	○	○								
2		終末期に医療機関との連携ができる					3以上	評価期間中に対応すべき事態が起こった場合に現認(必要に応じ記録確認)	月	日	分				
		① 利用者の痛みやそのほかの不快感や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と打ち合わせているか。		○	○	○			○						
		② 利用者の痛みやそのほかの不快感や身体症状の変化をとらえ、医療機関に連絡したか。		○	○	○			○						
		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。		○	○	○	○								

Ⅲ. 地域包括ケアの評価

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考	
				A	B	C	-			月	日					分
1		地域内の社会資源との情報共有						共通	期末までにヒアリング	月	日	分			<ul style="list-style-type: none"> ○施設職員については、次のような項目で評価。 <ul style="list-style-type: none"> ・短期入所サービスを提供した場合に、利用者の状況等を介護支援専門員等のサービス調整を行う機関に提供したか。 ・入所者の病状等を外部の医療機関に報告したか。 ○施設職員については、次のような項目で評価。 <ul style="list-style-type: none"> ・外部の医療機関から受けている医療サービス、認知症による成年後見制度・権利擁護事業、理容・話相手・趣味活動等のボランティア活動等の外部サービスの利用状況を把握しているか。 ・短期入所利用者が在宅で訪問介護や通所サービス、あるいは福祉用具貸与や住宅改修等をどの程度利用しているか等を把握しているか。 ○施設職員についても、例えば、円滑なコミュニケーション等のため、入所前の民生委員や見守り等を行っていたボランティア等の住民組織等から情報等を聞いているかにより評価。 	
		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に提供しているか。														
		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。														
2		地域内の社会資源との業務協力						共通	評価期間中に記録確認	月	日	分			<ul style="list-style-type: none"> ○施設職員についても、担当者として、サービス提供上の心身状況の変化、留意点を含め、在宅復帰後のサービスに関する提案を申し送り文書等の形で作成しているかどうかで評価。 ○施設職員については、次のような項目で評価。 <ul style="list-style-type: none"> ・入所者に、外部の医療サービス、成年後見制度・権利擁護事業、ボランティアサービス等の要請をしたか。 ・退所時に、在宅サービスの提供機関に協力要請しているか、他者とのコミュニケーションが円滑にできない、精神的に鬱状態等の場合、民生委員やボランティア等の面会、情報提供を依頼しているか。 ○施設職員についても、短期入所の要請を受けたどうか、介護教室での介護方法の指導等を依頼されたかどうかで評価。 	
		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。														
		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。														
		③ 関連する他の機関から(知人、団体、住民組織等を含む)協力を要請されるか。														

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考	
				A	B	C	-			月	日					分
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)にも参加しているか。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	共通	期末までにヒアリング	月	日	分			○施設職員についても、事業者連絡会や、地域サービス調整会議、事例検討会、勉強会等に参加したかどうかで評価。 ○実際に施設外の人物との関わりを持ち、専門職等が持っている当該利用者の情報を聞いたか、あるいは、専門職の視点による意見を聞いたかどうかで評価。例えば、民生委員や女性会等の住民組織、学生のクラブ活動、ボランティア等が話相手の活動に対応できるかどうか、その機関の者から聞いているかどうか等。	
		② 関連する他の機関(団体、住民組織等を含む)に属する者から、その者やその機関が提供する介護業務やその実態に関する内容を聞いているか。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									○施設職員についても、短期入所者が利用している他の在宅サービス提供機関、退所時にサービス提供を依頼する在宅サービス提供機関等について、どのような専門職がいるかを把握しているかで評価。
		③ 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									○職能組織での事例検討会、地域での勉強会等への参加に、同僚へ声かけをしたかどうかで評価。
		④ 事例検討会等の説明会への参加を同僚に呼び掛けているか。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									○新規の専門職が就任した場合、地元の保険者(市区町村)、地域包括支援センター、近隣の他の施設、更に地域住民組織(民生委員や地域包括ケア会議等)等に挨拶回りをさせているか、当該機関との会合に出席させているかで評価。 レベル3・4としては、自分がリーダーを務める部署に配属された場合に、挨拶回りをさせているかで評価。
		⑤ 関連する他の機関(団体、住民組織等を含む)や他の職種との懇親会に参加するか。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
		⑥ 新規の専門職が就任した場合、ネットワークづくりのため、関連する他の機関(住民組織を含む)へのあいさつ回り、関連する他の機関との会合への出席等を行っているか。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
4	地域包括ケアの管理業務	① 複数の関連する他の機関(住民組織を含む)が参加した会議等において、自分の判断で一定の費用負担を決定しているか。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	共通	期末までにヒアリング	月	日	分			○自ら参加する職能組織での事例検討会、地域での勉強会等で費用負担を決定しているか、介護者教室で使用する紙オムツやパッド等の消耗品の費用負担を決定しているか等で評価。 ○ ①退所時に、地域包括支援センター等が在宅生活に対応したADLのリハビリの実施のために、自分の行っている介護業務の内容について、文章化して情報を提供したか ②自ら参加する職能組織での事例検討会、地域での勉強会等会で、自分の属する機関の介護業務の内容について資料で情報提供したかで判断。	
		② 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。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									○施設についても、退所時に、入所中の心身状況等の変化、対応、在宅復帰後の対応に関して提供した情報について、必要な場合にすぐに利用できるよう、文書管理しているかどうか等で評価。
		③ 複数の関連する他の機関(住民組織を含む)専門職で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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									

IV. その他

リーダーシップ

No	小項目	チェック項目	小項目評価	チェック項目評価				レベル感	評価方法	チェック日		所要時間	評価の参考とした記録や被評価者の対応等	改善点・疑問点などについてご記入ください。	備考
				A	B	C	-			月	日				
1		現場で適切な技術指導ができる						4以上	評価期間中に日頃の対応を観察(必要に応じて記録確認、被評価者へのヒアリング)	月	日	分			
		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。													
		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。													
		③ 利用者の不自信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。													
		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。													
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。															
2		ローテーション(シフト)を組むことができる					4以上	評価期間中に日頃の対応を観察(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分				
		① スタッフの休暇予定を把握し、誤り無くローテーション(シフト)を組むことができるか。													
② 利用者のキャンセルやスタッフの欠勤等が生じた場合、遅滞なく、ローテーション(シフト)の変更を行っているか。															
3		部下の業務支援を適切に行っている					4以上	評価期間中に記録確認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分				
		① 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で開催しているか。													
		② 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。													
		③ 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。													
④ 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。															
4		評価者として適切に評価できる					4以上	評価期間中に記録確認(必要に応じて被評価者へのヒアリング)	月	日	分				
		① 評価者講習を受けたか。													
		② 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。													
		③ 期末にスタッフとの面談を行い、目標に対するスタッフの自己評価を踏まえた上で評価しているか。													
④ 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。															