

山口県地域密着型サービス評価項目ガイド集

平成22年度版

山口県

平成22年1月

平成 22 年度版 自己評価項目・外部評価項目の考え方の指針と着眼点

(注) 枠内の番号は自己評価の項目番号、()内は外部評価項目番号。以下同様。

1 (1) 理念の共有と実践

地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。

[考え方の指針]

理念とは、その事業所がめざすサービスのあり方を端的に示したものであり、常に立ち戻る根本的な考え方です。地域密着型サービスの意義や役割を考えながら、その事業所としての理念をつくりあげていることが大切です。

また、その理念を管理者と職員が共有し、ともに意識づけしていくために、日々の中で話し合いながら実践につなげているかについても問うています。

[着眼点]

○地域密着型サービスとしての理念とは何か

地域密着型サービスとは、利用者が「地域の中で、その人らしく」暮らし続けることを支えていくサービスです。このことを根幹として、それぞれの事業所が、運営やケアサービスを提供する上で拠り所としている大切な事、常に立ち戻る原点を言語化したものが理念です。

○事業所が独自につくりあげる理念

理念が他の事業所の写しであったり、母体組織の理念そのままであったりすることなく、各事業所で、地域密着型サービスとして何が大切かを考え、独自に作りあげてきた理念であることが求められます。地域や利用者のニーズ、事業所の状況の変化によって、現状にあった理念に作り変えていくことも必要です。

○理念の共有と実践

立場や経験に関わらず、パート職員も含め、事業所で働く職員一人ひとりが事業所の理念を理解し、定期、随時のカンファレンスや日常的なミーティングなどの場で共有し、日々利用者に関わる際に理念を具現化していくことを意識して取り組むことが必要です。

2 (2) 事業所と地域とのつきあい

利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。

[考え方の指針]

「暮らし」とは事業所の中だけで完結するものではなく、地域との相互関係のもとに成り立っています。地域社会とつながりながら利用者が当たり前の暮らしを続けられるよう、事業所がその基盤を築いていくことが必要です。事業所自体が地域から孤立することなく、地域づきあいや地元の活動、地域住民との交流に積極的に取り組んでいくことが大切です。

[着眼点]

○利用者が地域で暮らし続けるための基盤づくり

利用者の多くは、地域とのつながりが少なくなりつつあります。地域密着型サービスは、利用者が「地域とつながりながら暮らしていく」ことを積極的に支えていくサービスです。その基盤をつくるために、まずは事業所が孤立することなく地域から受け入れられ、地域活動や人々との関わりを積極的にもつことが必要です。

○地域の一員としての取り組み

地域との交流を事業所が必要な時にだけ行うのではなく、ともに暮らす地域住民の一員として、地域で必要とされる活動や役割を積極的に担っていく努力が、事業所として、また、そこに働く職員一人ひとりに求められます。地域の福祉力の構築や向上の核となるよう、事業所が活動拠点になることもできます。

3 事業所の力を活かした地域貢献

事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。

[考え方の指針]

事業所が今まで積み上げてきた認知症の人の理解や接し方、利用者の暮らしぶりは、まだまだ地域には知られていなかったり、具体的に方策が伝わってなかったりする点が多くあります。事業所の実践経験を活かし、地域におけるケアの拠点として機能していくことが期待されます。あくまでも利用者への日常支援を第一にしつつ、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか、全職員、地域住民とともに話し合い、取り組んでいくことが望まれます。

[着 眼 点]

○事業所の地域貢献

認知症の理解や関わり方についての相談対応、教室の開催、地域住民・ボランティアの見学・研修の受け入れ等を通じて、地域の高齢者の暮らしの向上に取り組むことが大切です。

4 (3) 評価の意義の理解と活用

運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。

[考え方の指針]

自己評価及び外部評価を形式的な作業に終わらせず、そのねらいや活用方法を全職員が理解するよう努めながら、評価の一連の過程を通じて、サービスの質の確保や向上につなげていくことが重要です。職員が評価に前向きに取り組んでいくためには、運営者、管理者が評価の意義や活かし方を職員に判りやすく伝え、具体的に活用していく姿勢を示すことが大切です。

[着 眼 点]

○評価のねらいや活用方法についての全職員の理解

評価は、職員が全員で取り組むことで、実施した際に最大の効果をもたらすことができます。「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第72条第2項及び第97条第7項等に規定する自己評価・外部評価の実施等について」（平成18年10月17日付老計第1017001号厚生労働省老健局計画課長通知）にも、評価は全職員で取り組むべきことが明示されています。評価を活かしていくためには、まず、ねらいや活用方法をしっかりと理解することが大切です。

○評価の過程を通じてのサービスの質の確保

評価では、一連の過程を通じて、職員の意識を合わせ、振り返りや見直し等の作業を行うことが可能です。毎回の評価に計画的・継続的に取り組むことで、サービスの質の確保や向上に、評価という仕組みを積極的に活用していくことができます。

○運営者、管理者の評価に取り組む姿勢

職員が評価に前向きに取り組むか否かは、運営者や管理者の姿勢で大きく左右されます。評価を円滑に、かつ実りあるものにするためには、運営者や管理者自らが先頭に、評価に積極的に取り組み、サービスの質の確保に活かしていく姿勢が求められます。

○目標達成計画の検討と具体的な実行

評価を最大限に活かしていくためには、自己評価及び外部評価の結果をもとに、次のステップへ向けて取り組む目標を、全ての職員で話し合いながら作成していくことが大切です。評価を通じて明らかになった現状における問題点や課題を整理し、目標をかかげ、その目標達成に向けた取り組み内容を具体的に検討し実行していくことで、サービスの質に向上という方向性が与えられます。

5（4）運営推進会議を活かした取り組み

運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。

[考え方の指針]

運営推進会議は、外部の人々の目を通して事業所の取り組み内容や具体的な改善課題を話し合ったり、地域の理解と支援を求めたりするための貴重な機会です。運営推進会議では報告や情報交換にとどまらず、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に具体的に活かしていくことが重要です。

[着眼点]

○運営推進会議の意義と参加者への働きかけ

運営推進会議は、事業所が地域密着型サービスとしての役割を果たすために、地域の人等が運営を見守ったり、協力者として助言できる機会です。事業所の取り組み内容や具体的な課題を話し合い、地域の理解と支援を得るために、メンバーの人々が積極的に関わられるよう働きかけていくことが大切です。

○サービス評価と運営推進会議を結びつける取り組み

これからのサービス評価は、自己評価・外部評価の結果とともに、「目標達成計画」ならびに「サービス評価の実施と活用状況（振り返り）」の開示が求められています。事業所の現状を明らかにし、次のステップに向けた目標を実現するために、運営推進会議のメンバーが協力者やモニター役となってくれることが重要です。評価と運営推進会議をそれぞればらばらに考えるのではなく、一体的に活かしていくことで相乗効果が期待できます。

6（5）市町との連携

市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。

[考え方の指針]

市町担当者に事業所の考え方、運営や現場の実情等を伝える機会を作り、直面している課題解決に向けた話し合いや対応に、共に取り組んでいくことが望まれます。市町は、介護保険の保険者であり、計画的に地域福祉の推進役として責任を果たす最前線の立場にあります。この項目は、市町担当者自体の協働関係を築いていこうとする姿勢についても問うています。市町の協力が得られ難しい場合は、地域ぐるみの課題として、働きかけや提案など、関係づくりに取り組んでみるのが大切です。

[着 眼 点]

○市町担当者への事業所からの積極的な情報提供と共有

地域密着型サービスの現状は、事業所も市町も試行錯誤しながら、よりよい運営やサービスのあり方を模索しています。現場や利用者の課題解決のためには、市町の実情や支援が必要なことも多く、そのためには、まず、考え方や実態を市町担当者によく知ってもらい、情報を共有していくのが大切です。

○市町に問う協働の姿勢

市民福祉の充実のためには、まず、市町の担当者が現場の状況をしっかりと受け止め、認知症ケアの実態を理解していることが大切であり、責務でもあります。実践現場と施策の整合性を図るためにも、市町は、運営推進会議だけでなく、様々な機会を通じて事業者との関わりを持ち、問題や地域課題の解決にむけて一緒に取り組んでいく必要があります。市町がその姿勢を持っているか、また、事業者側も積極的に連携を図ろうとしているか等を問うています。

7 (6) 身体拘束をしないケアの実践

代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」及び言葉や薬による拘束（スピーチロックやドラッグロック）を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。

[考え方の指針]

運営者及び全ての職員が、身体拘束の内容とその弊害を認識し、身体拘束をしないケアの実践に取り組むことが重要です。指定基準上では生命保護等ごく限られたケースにおいて、期間を定めての身体拘束を例外的に認めています。利用者の人権を守ることがケアの基本であるという認識に立ち、「どんなことがあっても拘束は行わない」というケアの工夫の継続を図る姿勢を持つことが必要です。

自分の意志で開けることができない玄関等の施錠についても身体拘束である

ことを認識し、安全を確保しつつ自由な暮らしを支援するための工夫に取り組んでいるかを確認します。

また、家族等から安全のための拘束や鍵かけ等の要望があった場合でも、その弊害を説明し、事業所の工夫や取り組み方針を示し、家族等の納得の上、抑圧感のない暮らしの支援が必要です。

[着 眼 点]

○身体拘束をしないケアの理解と実践

職員自身が、身体拘束によって利用者が受ける身体的、精神的苦痛を理解し、拘束のないケアを実践することが必要です。そのために、利用者が引き起こす症状の原因をひもとき、一人ひとりの利用者が抱えている根本的な不安や混乱等の要因を取り除くケアのあり方、ケア実践の科学性が問われています。

○鍵をかけない暮らしの大切さについての認識

「危ないから」「不審者の進入防止」等のために、鍵をかけるという対処が当然のようになされていないか、事業所として、また職員個々の意識として問われます。まずは、利用者が外に出たくなる場面や理由、行き先などを知ることが大切です。本人の思いや身体を活かしながら、鍵をかけずに安全に過ごせる工夫を重ねていくことが求められます。

○リスクに関する家族等との話し合い

利用者の安全を確保しつつ抑圧感のない自由な暮らしを支援するために、家族等の納得と理解が不可欠です。普段からの関係づくりを基盤に、一人ひとりに予測されるリスクを家族等と率直に話し合うことが大切です。家族等から安全のための拘束や鍵かけ等の要望があった場合でも、その弊害を説明し、事業所の工夫や取り組み方針を示し、家族等の納得の上、抑圧感のない暮らしの支援が必要です。拘束による事故等のリスク回避は、あくまでも有効なケアが工夫され続ける一時的な期間を定めてのことですから、その話し合いは1回きりではなく、状況変化に応じて繰り返していくことが必要です。

※「介護保険指定基準において禁止の対象となる行為」とは

介護保険指定基準で禁止している身体拘束は「身体拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」です。具体的には次のような行為が挙げられます。

- 1 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 3 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。

- 5 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等を付ける。
- 6 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型抑制帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- 7 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- 8 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- 11 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」参照

8 虐待の防止の徹底

管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。

[考え方の指針]

管理者と職員は、高齢者虐待防止関連法の理解を図り、潜在する危険のある、職員による虐待の徹底防止に努めなければなりません。また、利用者と家族等との関係性を捉える中で、虐待の危険を早期に見つけ、関係機関と協働しながら速やかに対応していくことが求められます。

[着眼点]

○高齢者虐待防止関連法の遵守

高齢者虐待防止関連法を学び、遵守に向けた取り組みや未然防止の取り組みを実践することが必要です。

○虐待防止に向けた実効性のある取り組み

虐待のサインを見逃さないよう注意を払い、防止に努めるとともに、虐待を発見した場合の対応方法について、事業所で周知徹底が必要です。

9 権利擁護に関する制度の理解と活用

管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。

[考え方の指針]

管理者と職員は日常生活自立支援事業、成年後見制度を学び、必要と考えら

れる利用者がそれらを活用できるよう話し合い、関係機関への橋渡し等をしていくことが必要です。また、これらの制度について利用者や家族等に周知を図っていくことが望まれます。

[着 眼 点]

○権利擁護に関する制度の理解

日常生活自立支援事業として実施しているサービスの内容や成年後見制度の概要、手続き等を理解していなければ、利用者にとって必要かどうか関係者と話し合うことや関係機関への橋渡しを行うことはできません。知識を得る機会を持ち、理解を深めるよう努めることが大切です。

○権利擁護に関する制度の利用者・家族への情報提供

利用者・家族等に情報提供等を行うことがまず必要です。各種支援が必要と考えられる利用者がある場合は、随時、関係者と話し合い、利用者の支援に結びつけていくことが必要です。

「成年後見制度」とは

認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が十分でない人が、不利益を被らないように家庭裁判所に申し立てをして、その方を援助してくれる人を付けてもらう制度です。

「日常生活自立支援事業」とは

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等、判断能力が十分でないために、介護保険制度を含めた福祉サービス等を適切に利用できない人に対して、本人との契約により福祉サービスの利用援助（代行・代理・情報提供）や日常的な金銭管理などについて継続的に支援する仕組みです。

10 契約に関する説明と納得

契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。

[考え方の指針]

契約時や契約解除の際、利用者や家族等にとって分かりにくく、不安が生じていないか、個々の立場に立って確認する必要があります。利用者や家族等が不安や疑問等を十分に表せるような働きかけと説明を行い、納得を得た上で手続きを進めていく個別の配慮や取り組みが大切です。

当初の契約に限らず、長期利用の場合に経済的な不安はないか、報酬加算の必要性や料金の改定理由の説明、重度化に伴う機器等の負担についての話し合い等が行われているかも確認します。

[着 眼 点]

○契約内容の十分な説明

契約時は重要事項説明を丁寧に行うことはもとより、事業所でできること、できないことの説明が求められます。また、契約時には、利用者・家族等が聞きたいことを十分に聞けず、とりあえず利用契約してしまうことがないよう、利用者の立場に立ち、将来のことを含めて、疑問等を引き出し、それらに対して十分な説明が必要です。

ポイント ・利用者及び家族に対して必要な情報提供をしていますか。

- ・重要事項説明書、契約書等に利用者の権利・義務が明確に分かりやすく記されていますか。
- ・自己評価や外部評価の結果も合わせて提示し説明していますか。
- ・利用案内文（パンフレット等）を工夫、活用して分かりやすく説明していますか。
- ・食費、光熱水費、その他実費等の算出根拠を説明し、納得してもらっていますか。
- ・一時入居金（敷金等）を設定している場合は、その償却や返済方法を分かりやすく説明していますか。

○契約内容の説明と納得

契約の改訂（経費等の増額等）をする場合は、利用者・家族等にその積算根拠を示して説明を行い、納得を得ることが大切です。また、入所後に起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応、医療連携体制の実際などについては、詳しく説明し同意を得る必要があります。

○契約解除の際の対応

契約解除に際しては、十分な説明と話し合いの段階や期間を経て、その後、継続して利用できる機関等に橋渡しをしたうえで、解除する必要があります。

ポイント ・まだ退居者のいないケースでは、今後の退居者に対する支援のあり方を確認します。

- ・退居時には、暮らしやケアの継続が保たれることを大切にして、具体的な取り組みを行っていますか。
- ・退居後に利用する機関等に対して、グループホームで培ったケアのノウハウやケアプランの内容、個別情報の伝達を、どの程度行っていますか。

○基準省令の遵守

基準省令等に反して、利用者の不利益につながるような取り決めを行わないようにする必要があります（車いすやおむつを使用することになったことによる契約解除。入院したら即契約解除等）。

11（7）運営に関する利用者、家族等意見の反映

利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。

[考え方の指針]

利用者や家族等から、意見や要望を引き出す努力や場面づくりを行うとともに

に、運営推進会議のメンバーや外部の人にも、その内容を伝える機会を作っていくことが大切です。出された率直な意見等については、前向きに活かす姿勢や体制を組織として徹底させ、サービスの質の確保や向上につなげていきます。

認知症の利用者も配慮と支援があれば、運営に関する意見等を示していくことが可能です。また、言うことをためらう家族等の心情を察し、より多くの意見や要望を出してもらえるよう配慮していくことが必要です。

相談や苦情については、受付体制や処理手続きを明確に定めて周知し、いつでも事業所として適切な対応ができるよう、日ごろから体制を整えておくことが求められます。

[着 眼 点]

○利用者本人が意見や思いを伝えられる機会づくり

認知症の利用者も、配慮と支援があれば、運営に関する意見や思いを示していくことが可能です。日々の言動や行動にしっかりと耳を傾け、気づくことができるケアを実践し、見つめていく中で出された意見や願い等を職員同士で話し合いながら、日々の運営に活かしていくことが求められます。

○家族等が職員に、意見・不満・要望等を表せる機会づくり

意見等を気軽に伝えられるような機会をつくっているか、個々の利用者の家族等の立場に立った確認が必要です。家族は、意見や要望、不満を言い出し難いということを理解し、職員や事業所側から意見等を積極的に聴く努力や場面づくりが求められます。

○家族等の意見や不満、苦情を運営に反映させていく体制づくりや取り組み

意見や苦情は、事業所にとって大切な宝です。意見や苦情等を前向きに受け止め、活かしていく事業所の姿勢が重要です。相談や苦情については、その受付から解決までの手続きについて明確に定め周知しておくことで、家族等からの意見等をサービスに反映させていく具体的な取り組みを保障していきます。第三者委員を活用した苦情処理の取り組みも必要です。

1 2 (8) 運営に関する職員意見の反映

代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。

[考え方の指針]

事業所の運営や大事な決定事項に関して、利用者の状況や実情を直に知っている現場の職員の意見を十分に聴き、活かしていくことが大切です。代表者や

管理者が、運営や管理についての職員の声に耳を傾け、活かしていくことは、働く意欲の向上や質の確保にもつながります。

[着 眼 点]

○職員とともにつくる運営体制

変化する利用者、家族の状況や個別の要望にそって必要な支援を柔軟に提供していくことが地域密着型サービスの特徴です。それを実際に可能とするためには、代表者や管理者が現場職員からの意見や情報をしっかりと取り入れ、一緒に話し合いながら調整していくことが求められます。

○利用者と職員の馴染みの関係に配慮した勤務体制や異動の配慮

サービスの質を確保する上で最も大切なことの一つは、利用者と職員の馴染みの関係づくりにあります。馴染みの関係を保つことを重視し、現場の意見を聞き、状況を把握した上で職員の勤務体制や配置異動を検討していくことが大切です。やむを得ず職員が交代する場合は、利用者へのダメージを最小にするための配慮も求められます。

1 3 就業環境の整備

代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。

[考え方の指針]

職員各人が向上心を持てる職場環境を整えることが勤務の継続につながり、結果的に利用者の生活の継続性を支えることとなります。運営者は管理者や職員の日ごろの努力や具体的な実績、勤務状況等を把握し、職員処遇への反映や向上心を持って働けるような配慮や対応が求められます。

[着 眼 点]

○管理者や職員の実績、勤務状況の把握

運営者は、頻繁に現場に来るなどして、現場で起きている状況や変化を知り、職員の努力や成果について把握するよう努める必要があります。

○職員等が向上心を持ち努力できる環境整備

職員の資格取得に向けた支援を行い、取得後は本人の意向を重視しながら職場内で活かせる労働環境づくりに努めるなど、職員が向上心を持てる職場環境や雇用条件について、具体的に配慮や工夫をしていくことが求められます。

ポイント ・ 日常業務の中で、気づきや振り返りを大切にする動機づけがなされていますか。

・ 日々の申し送りの機会等で、ホーム長らが助言や指導を行えていますか。

・資料や文献等を適切に職員に提供していますか。

※人手不足のため、研修に出しにくい状況がありますが、そのなかでも認知症介護の実務者研修を受講したり、地域の他のホームと共に研修を行ったりしながら、スタッフの力の向上に向けた取り組みも始まっています。

○職員等の心身の健康維持

職員の健康状態はケアのあり方に大きな影響を与えます。職員が疲労をためないよう配慮するとともに、法令どおりの健康診断の実施等職員の心身の健康状態を保つための対応を行う必要があります。

○ストレスを軽減する多様な取り組み

親睦会だけがストレス解消の機会ではありません。職員が何をストレスと感じるかは個々の違いがあります。運営者は、管理者や職員の話をよく聞き、職員一人ひとりのストレスやその背景について、理解しようとする姿勢が必要です。

職員が利用者と離れて一息入れる休憩の時間や場所について、職員の声を聞きながら配慮していくことも望まれます。

職場を離れ他事業所の職員や地域のケア関係者と交流する等、職員自身がストレスを緩和しながら、モチベーションも高めていくといった機会を地域のなかに広げる工夫も考えられます。

ポイント ・休憩がとりにくい、夜間は仮眠程度、というのが多くの実態ですが、職員が気持ちと身体を休められる環境づくりは大切です。

- 例**
- ・職員が人目を気にしないでくつろげる場の工夫
 - ・事務室や職員用のスペースは心地よい環境となっていますか
 - ・職員の私物がおける場所の配慮
 - ・夜、仮眠をとる場所や寝具、冷暖房の配慮

14 (9) 職員を育てる取り組み

代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際の力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。

[考え方の指針]

代表者は、職員育成の重要性を認識し、全ての職員が質を向上させていけるよう、各自の立場、経験や習熟度の段階に応じた学びの機会を事業所として計画的に確保することが必要です。事業所内外の研修とともに、職員が働きながら技術や知識を身につけていくこと（OJT等）を支援しているかについても確認します。

[着眼点]

○職員育成についての運営者の認識と具体的方針

地域密着型サービスの質は、非常勤やパート職員も含む個々の職員の質によって成り立っています。運営者は、職員の質の確保・向上に向けた育成が不可欠であることを理解し、育成を具体化する方針や姿勢が重要です。

○職員各自に応じた段階的・計画的な学びの機会の確保

全職員が一律ではなく、各職員が自らの立場・経験・地域密着型サービスについての理解や実践の習熟度等に応じて、段階的に力をつけていけるような事業所としての計画が必要です。限られた職員体制の中で、実務に支障を来たさないように研修機会を確保するためには、職員と十分話し合いながら、年間計画の中で研修を位置づけていく運営面での工夫が求められます。

○働きながらの職員育成

徹底した個別ケアや柔軟な支援が求められる地域密着型サービスの実践力を身につけていくためには、研修の機会に加え、職員が日々の体験を学びにつなげていくための「働きながらの学び」の機会が必要です。現場で共に考え、助言する人材を組織の内部に確保する、あるいは定期的に外部者に入ってもらうなどの工夫が求められます。

1 5 同業者との交流を通じた向上

代表者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。

[考え方の指針]

事業所の質の確保のためには、同じサービスを提供する他の法人との交流や連携が不可欠です。同業者との交流を強化することは、職場内で行き詰まっている日頃の仕事の悩みの解消や緊急時の連携をスムーズにするなど、事業所や地域全体としてのサービス水準の向上につながります。代表者は、地域や県内、また全国組織の同業者ネットワーク等に参加し、事業者同士の協働により質向上に取り組んでいくことが求められます。

[着眼点]

○同業者との交流についての運営者の認識と具体的方針

「山口県宅老所・グループホーム連絡会」をはじめとする事業者団体や県単位・市町単位の連絡会などサービスの質を向上させていく目的で結成されている会への積極的参加も必要です。同業者、特に他法人の事業者との交流や連携の必要性を運営者が認識し、それを具体化するための方針や姿勢を示しているかの確認が必要です。

○同業者との交流や連携の取り組み

管理者や職員が地域の同業者と交流する機会があるか、形式的な交流ではな

く、日々のサービスや職員育成に役立つ実践的な交流や連携となっているかが大切です。

1.6 初期に築く本人との信頼関係

サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。

[考え方の指針]

相談から利用に至るまでのサービス導入時期は、本人の安心を確保していく上で関係づくりが非常に重要です。たとえ相談者が家族であっても、主体としての本人に向き合いながら、本人の気持ちを受け止めることに努めていくことが大切です。この項目は、初期段階での面接やアセスメントの有無等の確認ではなく、本人の気持ちを受け止めたり、本人の声に耳を傾けたりしながら関係性を築こうとしているかの事業所の姿勢を問うています。

[着眼点]

○利用者が抱えている不安や思いの把握

「初期」とは、契約に基づくサービスの開始前までの、関係の始まり時期を指しています。この時点の関係づくりや対応が、利用者の状況やサービスの選択、その後の居場所を左右することにもつながります。本人がおかれている状況を理解し、困っていることや不安なことに、とりあえずでも応えようとするところから関係が始まります。

○利用者が安心できる初期の適切な対応

利用開始前に、不安や困っていることについて把握していく過程で、しっかりと受け止め、安心してもらうことにより、信頼関係をつくるのが大切です。につながります。

1.7 初期に築く家族等との信頼関係

サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。

[考え方の指針]

相談をする家族等の立場に立って、この時期に家族等の話をしっかりと聴き、受け止めながら関係を築くことに努めることが重要です。本人と家族との思いの違い、家族同士の中での違いも含めて家族の体験や思いを理解しながら、その家族自身を受け止める努力が必要です。本人との関係づくりと同様に家族等の声に耳を傾けたりしながら関係性を築こうとしているかの事業所の姿勢を問

うています。

[着 眼 点]

○家族等が抱えている不安や思いの把握

「初期」とは、契約に基づくサービスの開始前までの、関係の始まり時期を指しています。この時点の関係づくりや対応が、利用者の状況やサービスの選択、その後の居場所を左右することにもつながります。家族等が今何に困っているのか、不安に思っているのか、本人の意思とは区別して把握することが必要です。

○家族等が安心できる初期の適切な対応

利用にいたる前に、不安や困っていることの核心について把握していく過程で、しっかりと思いを受け止め、安心してもらうことにより、関係づくりが充実したものとなっていきます。

1 8 初期対応の見極めと支援

サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。

[考え方の指針]

相談時の本人、家族の実情や要望をもとに、その時点で何が必要かを見極め、事業所としてできる限りの対応に努めることが求められます。事業所だけで抱え込まず、必要に応じて他のサービスの利用の調整を行うなど、できることは速やかに実行することが大切です。

また、初期段階でサービスの場に徐々に馴染み、安心・納得しながら利用できるよう、段階的な支援の工夫が大切です。

[着 眼 点]

○一人ひとりの状況に応じた対応

本人や家族の思い、状況等を確認し、困っていることや不安なことに対して、できることは直ぐに実行し、できないと思ったことも安易に逃げず、方策を考えていくことが求められます。

○他の事業所等との連携

相談に来た人すべてのニーズを抱え込むのではなく、地域包括支援センターや地域の介護支援専門員等と連携しながら、必要に応じて他のサービス機関につなげていくことが大切です。

19 本人と共に過ごし支えあう関係

職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。

[考え方の指針]

職員と本人は「介護する・される」といった一方的な縦の関係を脱して、人として「共に過ごし、学び、支えあう」関係を築くことが重要です。一緒に過ごし喜怒哀楽を共にする関係は、孤独に陥りがちな利用者の安心と安定感を生み出すだけでなく、本来の個性や力の発揮、暮らし方の意向を知るためにも不可欠な関わりです。本人と時間をかけて関わっていく中で、より深く本人を知ろうとする姿勢が大切です。

[着眼点]

○「介護する・される」一方的な縦の関係の見直し

方針としてのみではなく、実際の関わりの中で一方的な関係になってしまっていることがないか、日々の生活場面の中での確認が必要です。

○「一緒に過ごし、学び、支えあう」関係

職員がただ傍についているのではなく、利用者の喜怒哀楽に関心を寄せながら一緒に過ごすことが大切です。認知症の有無や身体状態のいかに係わらず、一人ひとりの言動から分かり合える（学ぶ）こと、支え、支えられることを日常の中でつくっていくことが必要です。

ポイント・職員は利用者とともに暮らす同士として、「こだわり」や「苦しみ」「哀しみ」「不安」「喜び」「楽しみ」などの本人の思いを共感し、理解していますか。

・多くの利用者の得意分野で力を発揮してもらい、お互い様という気持ちや感謝するという関係性を築いていますか。

20 本人と共に支えあう家族との関係

職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。

[考え方の指針]

職員と家族が「支援している・されている」という一方的な縦の関係ではなく、家族のこだわり、苦しみ、喜びを受け止め、本人の生活を共に支援していく対等な関係を築いていくことが必要です。また、職員はあくまでも本人と家族の支援者であり、これまでの両者の関係を踏まえつつ、今後より良い関係を気づいていけるための支援に努めることが大切です。家族が疎遠だからしかたないと諦めていないか、また、職員の関わりによって、本人と家族との距離を離す結果になっていない等も振り返ります。家族が職員に介護をゆだねきりに

なったり、職員が抱え込んだりしてしまうことを防ぐためにも大切な事項です。

[着 眼 点]

○家族等との密接なコミュニケーション

本人を家族とともに支えるためには、まず、家族のこれまでの介護や現在のサービス利用の中で、その苦しみ、悲しみ、生きがいなどを把握し、利用者の様子や職員の思いをきめ細かく伝えるという密接なコミュニケーションをとることが大切です。

- ポイント** ・ 家族が、いつでも気軽に来やすい雰囲気をつくっていますか。
- ・ 家族が来たら歓迎していますか。
 - ・ 家族が会いに来たとき、あいだを取り持つような対策がなされていますか。（家族がどう本人に対応していいかわからないケースがあります。そんな時、さりげなくあいだを取り持つ等

○家族とともに支える

「助ける人」と「助けられる人」という関係ではなく、ともに本人を支える姿勢で、一緒に考えていける自然な人間関係を目指すことが求められます。特に、小規模多機能では、事業所と自宅の距離が近く、密接なコミュニケーションもとりやすいので、本人の「自宅での暮らしぶり」や家族の介護方法を教えてもらい、事業所と自宅での生活を一連の流れを持って共に考えることが求められます。

- ポイント** ・ 表面的にわかりにくい利用者の状態像を細かに伝え合っていますか。
- ・ 家族らに確実に役立ててもらうために、ケアの手がかりになる情報はメモ等にして渡す配慮をしていますか。

21(10) 馴染みの人や場との関係継続の支援

本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。

[考え方の指針]

本人がこれまで培ってきた人間関係や社会との関係を把握し、その関係を断ち切らないような支援が重要です。知人、友人や商店、行きつけの場所等と本人が付き合いを続けられるように、実際に会いに行ったり来てもらったり、あるいは、出かけていく場面を積極的につくっているかを確認します。

[着 眼 点]

○地域社会との関係性の継続

要介護状態となり生活の中が狭くなると、どうしても人間関係や地域社会との関わりが閉塞的になりがちです。しかし、その人らしく地域で生き切るため

には、できるだけ地域との接点を持ちながら関係を継続させるための支援が重要です。

○地域社会での関係性の把握

これまでの地域社会との関わりを継続していくために、その関係を把握しているかを問うています。本人を支えてくれている関係だけでなく、本人が支えてきた関係にも注目します。

- ポイント** ・入居前の状況把握だけでなく、本人の昔を良く知っている家族らから具体的な過去の情報を伝えてもらう機会を繰り返し作っていますか。
- ・得られた個人情報とその人らしい暮らしや力の発揮に活かしていますか。

2.2 利用者同士の関係の支援

利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。

[考え方の指針]

利用者同士が共に助け合い、支えあって暮らしていくことの大切さを職員が理解することが重要です。利用者間の関係の理解に努め、利用者が孤立せずに、共に暮らしを楽しめるよう支援をしていくことが大切です。

[着眼点]

○利用者同士の関係が円滑になるための心遣い

利用者一人ひとりの個性を踏まえ、集団の中で、利用者の仲の善し悪しに配慮し、利用者が孤立してしまわないよう職員の気遣いが求められます。

- ポイント** ・ちょっとした空間を活かしたスペースがホーム内に数カ所、確保されていますか。

(特別に造られたスペースでなくても、廊下や居間のコーナーなどホッとできる長椅子等を用意している等)

- ・思いおもいに過ごせたり、トラブルを避けたりするため、お互いに距離を持って過ごせる居場所づくりがされていますか。

○利用者個人の持つ力を活かし、利用者同士の支え合いを引き出す支援

年長者として長年培った人とうまくつきあう力、助け合う力、かばい合う力、調整力等を発揮できるよう、利用者同士の支え合いを引き出すことが必要です。世話役の人とうまく力を発揮してもらい、他の利用者の気持ちを引き上げてくれる場面を作る等、利用者同士の関係や力、個性をうまく活かす配慮が大切です。

- ポイント** ・仲の良い人同士が過ごせる配慮をしたり、世話役の人とうまく力を発揮してもらい

利用者の気持ちを引き上げてくれる場面をつくるなど利用者同士の関係や力をうまく活かす配慮をしていますか。

- ・利用者のレベルや性格等に関わらず、利用者同士と一緒に生活する仲間となっていけるよう支援していますか。

※利用者同士の助け合い等は小人数の共同生活としてのグループホームの特性であり、重要な事項です。

- ・必要なケースには、職員がぶつかり合いを回避させたり、中を取り持っていますか。
- ・トラブル等の際、ホーム全体の雰囲気や和ませ、他の利用者への悪影響を和らげる働きかけをしていますか。

23 関係を断ち切らない取組み

サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。

[考え方の指針]

利用者の心身状態や個別の事情等でサービスの利用が終了した後も、その後の相談や支援に応じる姿勢を示しながら、経過を見守ったり、必要に応じてフォローしていくことが大切です。

たとえば、住み替えが必要になった場合でも、利用者の「移り住むことのダメージ」を最小限に食い止めるために、移り住む先の関係者に対して、本人の状況、習慣、好み、これまでのケアの工夫等の情報を詳しく伝え、環境や暮らし方の継続性等に配慮してもらえるよう働きかけていくことが大切です。

[着眼点]

○サービス利用の間に培われた関係の継続

サービスを利用しなくなっても、地域住民として遊びに来てもらったり、場合によっては会いに行ったりするなど、関係を大事にすることが大切です。

○暮らしやケアの継続性を保つ取組み

地域密着型サービスとして、サービス利用期間のみの関わりではなく、終了後も利用中に培った関係性を基盤にしなが、長期・継続的なフォローをしていますか。

ポイント・暮らしやケアの継続が保たれることを大切にして、具体的な取組みを行っていますか。

- ・グループホームで培ったケアプラン、ケアのノウハウ、個別情報の伝達をどの程度行っていますか。

24 (11) 思いや意向の把握

一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。

[考え方の指針]

利用者がその人らしく暮らし続ける支援には、利用者一人ひとりの思いや希望、意向等の把握が不可欠です。「聞いても実現は困難」と諦めたり、「認知症だから聞くのは無理」と決めつけたりするのではなく、職員全員が一人ひとりの思いや意向について関心を持ち、把握しようと努めることが大切です。把握が困難であったり不確かな場合は、関係者で本人の視点に立って意見を出し合い、話し合っていく取り組みが必要です。

[着眼点]

○一人ひとりの思い・希望・意向の把握

地域密着型サービスの特徴である少人数の馴染みの関係を活かして、一人ひとりの思い・暮らし方の希望、意向の把握に努めているかを確認します。

○把握が困難な場合の話し合い

利用者によっては、思いや暮らし方の希望、意向等を明確に把握できないこともあります。しかし、曖昧なままにしたり、一部の人の意見や考え方で決めつけられてしまうことがないように、本人の今やこれまでのことをよく知っている人々が、「本人はどうか」という視点に立って話し合っていくことが大切です。

ポイント・本人がどこで、どのように暮らしたいか、何をしたいか、誰に会いたいか、を理解するためのアプローチを一つひとつ丁寧にしていますか。

- ・利用者の言葉や言葉にしづらい思いを、日々の行動や表現から汲み取り把握していますか。

25 これまでの暮らしの把握

一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。

[考え方の指針]

介護者が理解しにくい本人の行動や困難に陥りやすい課題も、その人の過去の暮らしぶりをひもとくことで、解決につながるものがたくさんあります。過去に関して本人がわかること、とりわけ繰り返し語る事柄や好む事柄は、本人にとって、かつて身体ごとの体験が生き生きとよみがえる瞬間であり、今を生

きる活力を生み出す場面でもあります。

本人が安らかに、また有する力を発揮しながら自分らしく暮らしていくことを支援するために、利用者個々の歴史やサービス利用に至った経過を知ることが欠かせません。プライバシーに配慮しつつ、職員が本人や家族等と馴染みの関係を築きながら、日々の中でこれまでの暮らしを捉えていく積み重ねが必要です。

[着 眼 点]

○これまでの暮らしや受けてきたサービス等の把握

一人ひとりの利用者について、その人独自の生活歴やライフスタイル、個性や価値観等はどうであったか、地域のなかで、これまでどのような関わりがあった、どのようなサービスを受けてきたかを把握することが必要です。

家族に本人のバックグラウンドに関する情報の大切さを伝え、小さな事柄でも情報を伝えてもらい、それらを蓄積しながら、本人の全体像を知ることが大切です。

○家族以外の者からの情報提供

家族が本人の暮らしぶりをあまり知らず利用者の生活歴を把握できない場合は、家族の許可を得ながら本人の昔をよく知っている親類や友人、近所の人たち等にも丁寧に働きかけて、過去の具体的な情報を伝えてもらうことも考えられます。

ポイント ・入居前の状況把握だけでなく、本人の昔を良く知っている家族らから具体的な過去の情報を伝えてもらう機会を繰り返し作っていますか。

・得られた個人情報をもとにその人らしい暮らしや力の発揮に活かしていますか。

※ なお、ここでいう継続を目指す暮らしとは、本人の社会的な立場（地域社会や家族・親族の中での位置と役割）をも包括するものとして理解する必要があり、単なる生活行為だけの継続ではありません。

26 暮らしの現状の把握

一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。

[考え方の指針]

利用者の部分的な問題や断片的な情報の把握に陥らずに、一人ひとりの1日の暮らしの流れにそって本人の状況を総合的に把握していくことが不可欠です。職員全員が、利用者を見つめる目を養いながら、日々の中でチームとして把握に努めていくことが必要です。特に見落とされやすい本人のできる力・わかる力を暮らしの中で発見していくことに努めているかを確認します。

[着 眼 点]

○1日の暮らし方や生活リズムの把握

一人ひとりの1日の暮らし方や生活のリズム（食事や睡眠、排泄の時間、生活習慣、1日のなかでどのような体調の変化があるか等）を把握することが大切です。

○本人の暮らしの全体像の把握

家族や関係者による「できない」という情報にとらわれず、できること・わかる力を本人の生活や行動から感じ取り、本人の全体像を把握することが大切です。

27（12）チームでつくる介護計画とモニタリング

本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人をはじめ、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。

[考え方の指針]

介護計画は、介護する側にとっての課題ではなく、本人がよりよく暮らすための課題やケアのあり方について、本人そして本人をよく知る関係者が気づきや意見やアイデアを出し合い、話し合った結果をもとに作成することが大切です。

介護計画は、アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、設定期間ごとの見直しはもとより、本人、家族の要望や変化に応じて臨機応変に見直していくことが必要です。なお、本人や家族等からの新たな要望や状況の変化がないようでも、毎月新鮮な目で見て確認していくことが望まれます。

[着 眼 点]

○地域でその人らしく暮らし続けるための個別の介護計画

サービスや介助項目を羅列した介護計画ではなく、利用者の視点にたって地域でその人らしく暮らし続けるために、必要な支援を盛り込んだ個別の具体的な介護計画が必要です。

○本人の意向や家族等のアイデアを反映しながらの計画作成

「本人に聞いても無理」と決め付けず、計画について本人と話し合い、意向やアイデアを反映させていく取り組みが大切です。また、本人をよく知る家族や関係者と本人本意で話し合い、気づき、意見・要望を反映した介護計画の作成が求められます。

ポイント・一人ひとりのその時点にそった個別具体的な計画を作成していますか。

・職員の視点からみた業務をこなすための介護計画ではなく、利用者主体の暮らしを反

- 映した介護計画になっていますか。
- ・ケアカンファレンスを定期的を開催していますか。
- ・作成した介護計画を共有できる仕組みがありますか。
- ・職員の意見を反映した介護計画ですか。

○現状に即した介護計画の見直し

本人および家族の状況は刻々と変化しており、現状と介護計画がかみ合っていない状況が起きがちです。設定した期間での見直しはもちろん、介護計画で対応できない本人、家族の要望や変化が生じた場合には、モニタリングに基づいた介護計画の見直しが必要です。特に、小規模多機能型居宅介護では、介護計画策定時に柔軟かつ臨機応変な対応ができる計画をつくるのが大切です。

- ポイント**・職員が情報を確認し、ご家族やご本人の要望を取り入れつつ、期間が終了する前に見直し、状態が変化した際には、終了する前であっても検討見直しを行っていますか。
- ・介護計画の遂行状況、効果などを評価するとともに、職員が記録する利用者の状態変化や状況に応じて見直しを行っていますか。

28 個別の記録と実践への反映

日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。

[考え方の指針]

日々の実践を漫然と記録するのではなく、本人を身近で支える職員しか知りえない事実やケアの気づきを生き生きと具体的に記すことが大切です。よりよいケアに向けてそれらの情報を共有しながら、日々の職員間のケアに活かしていくことが求められます。日々の記録を根拠にしながら、介護計画の見直しに活かしているかも確認します。

[着眼点]

○一人ひとりの日々の様子やケアの気づきの記録

漫然と記録するのではなく、利用者とのケアの個別状況やケアをしながらの職員の気づきや工夫を記入することが大切です。

○蓄積した情報を活かしていく取り組み

日々の記録等の情報を職員が共有する仕組みが必要です。介護計画に沿って実践されたか、それでどうなったかの評価を日常的に記入し、情報の蓄積につなげていますか。

- ポイント**・個別にファイルを用意し、食事・水分量、排泄等身体状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソード等を記録し、いつでもすべての職員が確認できるようにしていますか。

- ・職員の気づきや利用者の状態変化は、ここのケア記録に記載し、職員間の情報共有を徹底していますか。また、個別記録を基に介護計画を見直し、評価を実施していますか。

29 一人ひとりを支えるための事業所の多機能化

本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。

[考え方の指針]

一人の人を支えていくためには、単一の介護保険サービスだけにとどまらず、その場、その時のニーズに応じて多様な支援の方法を備えていくことが求められます。事業者は限られたメニューをこなすだけでなく、利用者のニーズに対して、柔軟な支援を臨機応変に展開していくことで、結果的に事業所の多機能化を進めていくこととなります。

多機能性とは、事業所として多機能のサービスを有していることを指しているわけではありません。また、利用者に複数のサービスを単に組み合わせているわけではありません。あくまでも、利用者と家族が安心して暮らし続けるために必要な多様な支援（機能）を、介護保険サービスや自主サービスを活かしながら事業所としていかに提供していくか、前向きに模索しながら支援していくことに意味があります。

ここでは、一人ひとりのニーズにどのように応えているか、応えるために柔軟な職員のローテーションやチームリーダーの裁量権、他職種連携など、多角的な視点で実現する方法に取り組んでいるか、を確認します。

[着眼点]

○利用者・家族にとっての多機能性

多機能性とは、事業所として多種類のサービスを有していることに意義があるわけではありません。また、利用者に複数のサービスを単に組み合わせて提供することでもありません。あくまでも、利用者と家族が安心して暮らし続けるために必要な多様な支援（機能）を、介護保険サービスや自主サービスを活かしながら事業所としていかに提供していくか、前向きに模索しながら支援していくことに意味があります。グループホームで、認知症対応型通所介護、短期利用型共同生活介護、医療連携体制加算の指定を受けていない場合であっても、地域住民や利用者が求める多機能性に、事業者としてどのように対応や配慮をしているか検討をしてみる項目です。

○本人と家族の暮らしの継続性を守るための多機能性を活かした柔軟な支援

利用者と家族の日々変化する状況や重度化していく状況、要望に応じて、必要な時に必要なサービスを、臨機応変かつ柔軟に馴染みの職員が提供していくことが求められます。

⇒ 小規模多機能：「通い」をベースにしながら、自宅で支えが必要な時に、

馴染みの職員が出向いて（訪問）の柔軟な支援

緊急時等、自宅で介護が困難な時に、「宿泊」等での柔軟な支援

⇒ グループホーム：認知症対応の居住環境や職員の機能を活かして

- ・ 自宅で暮らす認知症の利用者に認知症対応の居住環境や職員によるデイサービス
- ・ 緊急時等、自宅で介護が困難な時に、馴染みの環境と職員によるショートステイ
- ・ 自宅での生活が限界になった時に、馴染みの職員がいる馴染みの環境への緩やかな住み替えの支援
- ・ グループホームに居住する利用者に 医療連携体制を活かしてその利用者にとって負担となる受診や入院の回避、早期退院の支援、医療処置を受けながらの生活の継続、重度化した場合や終末期の入院の回避

30 地域資源との協働

一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。

[考え方の指針]

利用者が心身の力をできるだけ発揮しながら安全でより豊かな暮らしを楽しめるよう、多様な地域資源と協働していくことが大切です。地域包括支援センターとの協働はもとより、本人を支えている民生委員やボランティア、町の商店や理美容院、病院、郵便局、銀行、花屋、警察・消防、文化、教育機関等を把握し、これらの地域の人や場の力を借りた取り組みをしているかを確認します。

[着眼点]

○本人がより良く暮らし続けるための地域の人や団体等との協働

地域生活を継続していくために、本人と関係のあるボランティア個人または団体や民生委員等の存在を把握し、協働していくことが大切です

○普段からの地域資源との連携

警察、消防、公民館、図書館等地域の資源を活用できるように、普段から連携を図っておくことが必要です。

ポイント・利用者が安心して地域で暮らしを続けられるよう、警察や民生委員との意見交換する機会を設けていますか。

- ・ 本人と地域の様々な接点を見出し、周辺施設への働きかけやボランティアの協力を呼びかけていますか。

3 1 (1 3) かかりつけ医の受診支援

受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。

[考え方の指針]

本人が馴染みの医師による継続的な医療を受けられるよう、また状況に応じて本人や家族が希望する医師による医療を受けられるように支援する必要があります。これまでのかかりつけ医を基本としつつ、やむなく事業所の協力医療機関等の医師をかかりつけ医とする場合は、あくまでも本人と家族の同意と納得が必要です。

ここでは、認知症の専門医や必要な診療科目（歯科、眼科ほか）の受診も含めて確認します。

[着眼点]

○馴染みのかかりつけ医や希望する医療機関・医師の把握と受診支援

これまでの一人ひとりの受診状況を把握し、本人・家族等が希望する医療機関・医師に受診できるよう支援することが求められます。通院支援のしやすさ等、事業所の都合が優先されていたり、本人や家族との相談の結果ではない一律の受診となっていないか確認します。また、利用者それぞれのかかりつけ医と話し合いや情報のやりとりを通して、関係を築いているか確認します。

○通院介助等を行う際の情報交換

通院の仕方や受診結果の報告のあり方について、本人・家族等の納得を得られる対応ができるよう十分な話し合いを行い、受診結果に関する情報の共有ができているかを確認します。

ポイント・一人ひとりの利用前の受診の経過、現在の受診の希望を把握したて、今までのかかりつけ医や希望する医療機関による受診の支援ができていますか。

- ・家族等の受診時の通院介助の方法、情報の伝達方法について話し合い、合意されていますか。

3 2 看護職員との協働

介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。

[考え方の指針]

高齢で認知症を有する利用者は、早い段階で状態変化や異常に気づき、いち早く医療に連携していくことが重要となります。その変化に気づく役割は、日々のケアを通じて本人と最も近い関係にある介護職が担うこととなります。普段の健康管理や観察の視点など、日頃から介護職と看護職の関係を密にしながら、情報連携のポイントを絞っておくことが大切です。職場内の看護職の配置や訪問看護師との契約がない場合においては、かかりつけ医等に相談しながら一人ひとりの健康管理や医療支援につなげていくことが大切です。

[着 眼 点]

○相談相手となる看護師等との連携

利用者の普段の状態や持病等をよく知っている看護資格を有する職員、あるいは訪問看護ステーションの看護師、保健センターの保健師等連携することが必要です。

3.3 入退院時の医療機関との協働

利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。

[考え方の指針]

入院は、慣れない場所や治療処置等で心身に大きなダメージをもたらします。入院する際は、本人のストレスや負担を軽減するために、家族等と相談しながら医療機関に対して本人に関する情報の提供やケアについての話し合いが必要です。同時に、長期入院は本人のダメージはもとより、家族、事業所にとっても負担となります。より短期間に治療を行い、スムーズに退院できるよう、病院関係者、本人・家族と退院計画を話し合いながら、積極的な支援を行うことが求められます。

[着 眼 点]

○医療機関との利用者の情報の共有

医療機関に対して、入院の目的を早く達成してもらえよう話し合い、なるべく混乱が少ないよう、本人の普段の状況や特徴などを伝えておくことが重要です。

○退院計画を策定するための支援

家族等とも協働しながら、医療機関と三者一体となって退院計画を具体的に立案していく体制を整えることが大切です。

ポイント ・入院したケースができるだけ早期に落ち着き、治療がスムーズに進むようその人のケアのポイントについて、医療機関に情報提供やケアの協力（お見舞い等）をしていますか。

・早期から退院計画づくりを家族らとともにホームが積極的に進めていますか。

- ・家族に、経過をよく説明し、相談を細かく行っていますか。
- ・まだ入院ケースがないホームの場合は、上記のような取組が検討され準備していますか。

34 (14) 重度化や終末期に向けた方針の共有と支援

重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。

[考え方の指針]

重度化した場合や終末期のあり方について、段階ごとに、家族等やかかりつけ医、ケア関係者等と意向を確認しながら、対応方針の共有を図っていくことが大切です。「事業所の対応力が変化する」ことを管理者は常に意識し、その時々々の事業所の力量を把握して、現状ではどこまで支援できるかの見極めを行います。その上で、職員全体で率直に話し合い、家族や医療関係者等と連携を図りながらチームで支援していくことが重要です。

[着眼点]

○早期からの話し合いと関係者全体の方針の統一

本人および家族等の大きな関心と不安のひとつが、重度化した場合の対応のあり方です。本人、家族等をはじめとする関係者等の意向がずれたまま重度化の時期を迎えることのないよう、できるだけ早期から話し合いの機会を作り、方針の統一を図っていくことが重要です。開設後で経験が浅かったり、医療連携体制が十分に整っていなかったりする場合でも、利用者や家族のニーズを組み取りながら、体制を整えていく努力が求められます。

○状況変化に応じた繰り返しの話し合いと段階的な合意の必要性

一度方針を決めても、本人と家族の思いは常に揺れ動きます。本人と家族の安心と納得を得られるように、本人や家族、事業所側の状況の変化のたびに、話し合いを繰り返す積み重ねが必要です。

ポイント・本人や家族の意向、本人にとってどうあったらいいのか、事業所が対応しうる最大の支援方法を踏まえて、方針をホームで話し合っていますか。

35 (15) 事故防止の取り組みや事故発生時の備え

転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。

[考え方の指針]

利用者の心身状態の急変や事故発生時にも、慌てず確実かつ適切な行動がとれることが求められます。全ての職員が応急手当に関して定期的に訓練を行い、実際の場面で活かせる技術を習得することが大切です。

[着眼点]

○一人ひとりの状態に合わせた事故の未然防止への取り組み

現在の利用者の状態を把握し、その状況に応じて、想定される事故を職員で検討し、事故を未然に防ぐための工夫に取り組むことが大切です。（例えば、誤嚥のリスクの高い利用者への食事支援や服薬の方法、煙草を吸う方への気配りや防火素材の活用等。）

○事故防止のための方法の習得

職員すべてが転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等の事故防止の方法を学び、共有、徹底しておくことが求められます。

○職員の応急手当等の習得

けが、骨折、発作、のど詰まり、意識不明等の対処方法、救急救命法等の学習や訓練を定期的に行っているかどうか、また、一部の職員や母体法人に頼る体制になっていないかどうか振り返ってみましょう。すべての職員が、応急手当の方法を習得していることが望まれます。

○夜間等人手が少ないときの対応方法の習得

人数の少ない夜間の緊急時の応急手当から、その後の連絡、対応方法等についても想定し、あるいは対応マニュアル等を整備し、それらを職員は身につけ、実践していくことが必要です。

ポイント・すべての職員が、年1回の応急手当の勉強会(実技も含む)を実施し、体験・体得・習得するようにしていますか。

- ・夜勤時の緊急事態対応について、マニュアルを整備し周知徹底を図っていますか。
- ・行政関係や消防署の協力を得て、救急手当てや蘇生術の慣習を実施し、すべての職員が対応できるようにしていますか。

36 (16) 災害対策

火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。

[考え方の指針]

災害はいつ起こるかわかりません。一人ひとりの利用者の状態を踏まえて、災害時の具体的な避難策を昼夜通して検討し、いざという時に慌てず確実な避難誘導ができるように備えていくことが重要です。職員だけの誘導の限界を踏まえて、地域の人々や他の事業所の協力が実際に得られるように、日ごろから話し合いを行い、一緒に訓練を行うなど実践的な取り組みが必要です。

さらに、災害の発生時に備えて、食料や飲料水、トイレ、寒さをしのげるような物品等を準備しておくことも大切です。

[着 眼 点]

○災害を想定した実践的な訓練

災害はいつ、どの時間帯に起きるか分かりません。昼夜を通じて様々な発生時間を想定し、具体的な避難誘導策を決めておく必要があります。災害も火災、地震、台風、水害、大雪など、地域に応じて具体的な想定が必要です。いざという時に慌てず確実な避難誘導ができるように、職員と利用者が一緒に、年間を通じた訓練を繰り返すことが大切です。

○地域の協力体制

職員だけの誘導の限界を具体的に確認し、日ごろより、地域住民や警察署、消防署等との連携を図りながら、事業所の災害時対策に関する理解を求め、協力体制を築いていくことが必要です。また、事業者間で災害時対策に関する話し合いや具体的な支援体制の整備に取り組むことも重要です。

○災害に備えた備品等の準備

火災や地震、水害等の発生時に備えて、食料や飲料水、トイレ（排泄）、寒さをしのげるような物品等を準備しておくことも大切です。

ポイント・事業所だけの訓練ではなく、地域住民の参加、協力を得ながら避難訓練等を定期的に行っていますか。

- ・消火器や避難路の確保(整理整頓)等の設備点検を定期的に行うとともに、非常用食料・備品を準備していますか。
- ・マニュアルを作成し、利用者とともに避難訓練を行っていますか。
- ・地域の協力体制については、自治会にお願いしたり運営推進会議で協力を呼びかけたりしていますか。
- ・消防署の協力を得て避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を定期的

に行っていますか。

37 (17) 一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保

一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないような言葉かけや対応を徹底している。

[考え方の指針]

一人ひとりの誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底していくことは、利用者の尊厳と権利を守るための基本であり必須の事項です。しかし、実際には守り通すことが難しい事項であり、運営者、管理者、常勤職員はもとよりパート職員も含めた全職員が、プライバシー確保について常に具体的に確認し合うことが大切です。

[着 眼 点]

○人格の尊重

ここでいう「尊重」とは、利用者のその人らしい尊厳ある姿を大切にしていることを指します。一人ひとりの権利を保障し、人格を尊重することが、対人援助の基本原則です。

○誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけをしないことの徹底

職員が利用者に向けて発している言葉の内容や語調等が、利用者の誇りを傷つけたり、プライバシーを損ねるものになっていないか、日常的な確認と改善に向けた事業所全体での取り組みが必要です。

ポイント・人前であからさまに介護したり、誘導の声かけをして、本人を傷つけてしまわないように、目立たずさりげない言葉かけや対応に配慮していますか。

・ほかの家族や外来者に対して、職員が本人のプライバシーに関する話を話さないことを徹底していますか。

38 利用者の希望の表出や自己決定の支援

日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。

[考え方の指針]

この項目は、アセスメントとして本人の思いや希望の把握について問うているのではなく、日常生活の場面ごとに埋もれてしまいがちな、本人が決める力やその人らしい希望や願いを意図的に引き出す取り組みは出来ているかを振り

返ります。利用者が言葉では十分に意思表示ができない場合であっても、表情や全身での反応を注意深くキャッチしながら、本人の希望や好みを把握していくことが求められます。日々の密接な関係や馴染みの中で、支援できているつもりになっていないか確認します。

[着 眼 点]

○自己決定の場面をつくっていく取り組み

職員がつい手を出したり、口を出したりせずに、日常生活の中で一人ひとりの力に合わせて、利用者自身が決定する場面を具体的に作っていくことが大切です。

○自己決定の場面づくりに向けた利用者一人ひとりの希望、嗜好の把握

職員は利用者と過ごす時間を通して、利用者の希望、関心、嗜好を見極めることにより、それを基に日常の中で本人が選びやすい場面をつくっていくことができます。

ポイント ・シグナルをキャッチしているか、行為、行動の意味を読んでいますか。

- ・言葉を用いなくても身振りや目線等体を使って全身でのコミュニケーションを行っていますか。
- ・利用者一人ひとりのコミュニケーションの特徴を職員が知っており、活かしていますか。
- ・職員が本人の動きや言葉をゆったり待っていますか。
- ・アセスメントや介護計画で職員全体の認識に繋がっていますか。

3.9 日々のその人らしい暮らし

職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。

[考え方の指針]

職員側の都合やスケジュールに当てはめるのではなく、一人ひとりが本来持っているペースや、望んでいるペースに合わせた暮らしの支援をしているかを問う項目です。暮らしの主人公である本人を見守りながら、その動きや状態に合わせて適切な関わり方をし、一日の過ごし方を柔軟に変えているかを確認します。

[着 眼 点]

○本人が望む過ごし方の支援

本人が主体となってその人らしい生活ができることが基本です。本人が今日をどう過ごしたいか、一人ひとりのその日の望みを知ることを大切にし、それに応じて柔軟に支援するように努めることが重要です。

○本人のペースの尊重

職員の都合によるスケジュールに利用者の生活を合わせるのではなく、一人ひとりが本来持っているペースや望んでいるペースに合わせた暮らしの支援が実際になされているかを確認します。利用者一人ひとりのペースを守るため、日々の中で職員同士が工夫していくことが大切です。

ポイント・一人ひとりの「その日」したいことを把握し、利用者が主人公となって暮らせるよう支援していますか。

- ・事業所の業務のスケジュールに利用者の生活が合わされていませんか。
- ・たとえば、寝坊する、特に病気でなければ時間の制限なく晩酌を楽しんだり、家族や職員と心行くまでおしゃべりを楽しむ等、利用者のペースにそって、見守りながら一緒に生活を送っていますか。

40 身だしなみやおしゃれの支援

その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。

[考え方の指針]

身だしなみを整えたりおしゃれをすることは、本人の心地よさ、落ち着き、明るさ、自分としての意識等をもたらし、全体的な状態の安定にもつながります。一人ひとりの個性、希望、生活歴等に応じて、髪型や服装等の身だしなみやおしゃれを個別に支援していくことが大切です。職員側の価値観や一方的な支援ではなく、本人の好みや意向、持っている力に応じた支援が必要です。また、本人のこだわりと継続性のために、馴染みの理美容院の利用など、希望にあわせた支援が望まれます。

[着眼点]

○その人らしいおしゃれや身だしなみを整えることができるための支援

身だしなみを本人の自己表現の一つとして、本人の好みで整えられるよう支援することが求められます（職員の感覚や価値観で選んだり、決めたりしていませんか）。本人主体で身だしなみを整えられるよう、職員はお膳立てをしたり、不十分なところや乱れはさりげなく直すことが大切です。

ポイント・毎日の服装などは、職員が、先に選んで決めてしまっていないですか。

- ・認知症のレベルや年齢にとらわれずその人に合ったおしゃれを気遣い支援していますか。
- ・場面に合わせ、利用者の希望や好みその人にあった雰囲気大切に服装を支援していますか。
- ・外出の行き先、来客、行事などにあわせた服装や化粧、頭髪、履き物等の支援をしていますか。

○本人の好みや意向の継続

本人のこだわりと生活の継続性を保つために、本人のなじみの理・美容院での理・美容を支援していますか。

ポイント ・利用者が望む場合は、まちの理容・美容院を利用できるように支援していますか。

・理容・美容院と情報交換や連携がとれていますか。

・家族が、理容・美容院に連れて行く場合、家族との連携がとれていますか。

4 1 (1 8) 食事を楽しむことのできる支援

食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。

[考え方の指針]

食事は利用者にとって力の発揮や参加、他の利用者や職員との関係作りなどの点から、暮らし全体の中でも重要な位置にあります。献立、食材の準備、調理、盛り付け、配膳、食事、後片付けといった一連の作業を利用者ととともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援が必要です。給食や配食サービスの利用、弁当の購入等、365日の食卓が固定化されている場合は、手づくりの食事を増やしていくなど、運営面も含めた見直しが求められます。

[着 眼 点]

○食事に関する一連の作業を通じた利用者の力の発揮

地域密着型サービスならではの暮らしの場面として、買い物、調理、食事、後片付けなどを、利用者個々の力を活かしながら職員と一緒に行うことが大切です。利用者の中には、見守りや支えがあれば力を発揮できることがたくさんあります。それは、張り合いや自信、楽しみや喜びとなり、心身の力の維持や向上にもつながります。ただし、これらの作業を指示や義務でやってもらうのではなく、その人がそのことをやってみたいという前向きな意見や気持ちを引き出すような声かけや場面作りの工夫が大切です。

○美味しいものを楽しく食べる

食事は単に食欲や栄養を満たすだけでなく、その人に喜びや楽しみをもたらします。旬の食材や新鮮なものを採り入れ、利用者の好みや苦手なものを踏まえたメニューを工夫し、利用者と職員が同じ食卓を囲んで同じものを楽しく食べることが大切です。食事を楽しむために、外食や店屋物等の配達などをうまく取り入れることも大切ですが、毎日、給食や配食サービスなどを利用している場合は、「食」を通じた様々な取り組みを活かすためにも、見直しが求められます。

- ポイント** ・どんな場面で食欲がわくのかを把握したり、食欲を高めたり、食事への関心を引き起こすための工夫をしていますか。（季節感、献立づくり、会話、匂い、出来事等）
- ・その日のメニューを利用者と相談しながら決めたり、調理や盛り付け、片付け等を利用者とともにしながら、雰囲気作りを大切にしていますか。
 - ・介助する一方にならず、職員も一緒に同じテーブルを囲んで楽しく食事をしていますか。

4.2 栄養摂取や水分確保の支援

食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。

[考え方の指針]

カロリーの過不足や栄養の偏り、水分不足が起こらないよう、職員全員が知識や意識を持ち、一日全体を通して必要な食事や水分がとれるように支援していくことが大切です。カロリー摂取や水分補給を画一的に行うのではなく、普段から利用者の食べ物や飲み物の好みや習慣、様子を把握しながら、体調や運動量、体重の増減、食事のタイミング、介助の方法や食器の工夫など一人ひとりの暮らし全体を通じた食生活の支援が必要です。

[着 眼 点]

○好みのもの、馴染みのもの、本人にとって美味しいものを食べる支援

栄養摂取や水分補給を画一的に行うのではなく、一人ひとりにあつた支援を工夫していくことが大切です。普段から利用者の食べ物・飲み物の好みや苦手なものをとらえるなど、生活習慣や日頃の様子を観察しながら柔軟な支援を日常的に積み上げていくことが、飲食量の低下を防ぎ、いざ低下した場合も個別支援の基礎となります。

○一日全体を通じた食事量・バランス、飲水量の確認

おやつも補食も含めて、利用者一人ひとりが一日全体で、栄養や飲水量がどの程度とれているのか、おおよその量を、職員全員が常に意識しながら関わるのが大切です。

○暮らし全体を通じた個別の食の支援

むせたり、飲み込みが悪くなったり、病気等で普通の食事が食べられない利用者についても、安易に人工的な栄養補給に頼らないことが大切です。体調や運動量、食べるタイミング、介助の方法や食器の工夫等、暮らし全体を通じて食欲を促し、食が進むように工夫し続けることが望まれます。家族、職員間で

情報や気づき、アイデアを出し合い、本人の食生活を様々な面から共に支援していくことが必要です。

ポイント・一人ひとりの嗜好を把握し、献立に採り入れながら、栄養バランスにも配慮していますか。

- ・栄養の専門的な観点から定期的にチェックしてもらっていますか。（地域の保健師や管理栄養士、栄養士に点検してもらうこと。その上で、市町の栄養改善・調理グループに協力を得ているところもあります。）
- ・食事や水分の摂取量を毎日チェック表に記録し、職員が情報を共有していますか。

4.3 口腔内の清潔保持

口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力量に応じた口腔ケアをしている。

[考え方の指針]

認知症が進むにつれて、口の中の清潔を本人だけで保つことが次第に困難になっていき、汚れや臭いが生じやすくなります。口腔ケアの重要性を理解し、本人の習慣や有する力量を活かしながら食後のうがいや口の中の手入れの支援をしていくことが必要です。口の中の手入れは、長年の本人の習慣が大きく影響し、職員の一方的な誘導では本人を脅かし、嫌がられたり、口を開けてもらえない状況も起こりがちです。利用者の力を引き出しながら、口腔内の清潔保持に努めていくことが大切です。

[着 眼 点]

○一人ひとりに対する口腔ケアの働きかけ

一人ひとりの習慣や意向を踏まえ、毎食後の歯磨きの声かけを行い、力量に応じて職員が見守ったり、介助を行う等の支援を行うことが大切です。このとき、口の中を他人に触られる利用者の気持ちに配慮しつつ、一人ひとりの方に応じた歯磨きの手伝いをすることが大切です。また、就寝前は義歯の洗浄を行うなどの入れ歯の管理、手入れを確実にできるように支援することも大切です。

○口腔ケアの重要性の認識

毎食後、個別に何らかの口腔ケアの支援を行うためには、口の中の手入れの必要性を職員全員が理解することが必要です。口腔ケアの重要性を職員全員が事業所内の研修等で理解し、肺炎を予防するきちんとした技術を身につけるようにすることも大切です。

ポイント・口の中の手入れの必要性を職員が理解し、毎食後、何らかの口腔ケアの支援をしていますか。

- ・一人ひとりの習慣や意向を踏まえ、個別に働きかけを行っていますか。
- ・入れ歯の管理、手入れを確実にできるように支援していますか。

44（19）排泄の自立支援

排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。

[考え方の指針]

トイレでの排泄やおむつをしないですむ暮らしは、生きる意欲や自信の回復、そして食や睡眠等の身体機能の向上につながる大切な支援です。最初からトイレでの排泄は出来ないと決めてしまわずに、おむつの使用を減らし、可能な限りトイレで用を足す支援や気持ちよく排泄するための工夫が必要です。

[着眼点]

○排泄パターンに応じた個別の支援

尿意や便意と排泄場所の情報がつながらない認知症の人にとっては、職員がいくらトイレへの誘導を促しても、スムーズな排泄につながらないことも少なくありません。一人ひとりの排泄が困難な要因を丁寧にチェックし、習慣やパターンに応じた個別の排泄支援ができているかを問うています。

○羞恥心や不安への配慮

人前での尿意・便意の確認やあからさまなトイレ誘導は、本人のプライドを大きく傷つけることがあります。ましてや、失禁時の困惑や恥ずかしさ、下が汚れたことによる不快感、冷え等がもたらす本人へのダメージははかり知れません。前誘導や介助、失禁時の対応について、羞恥心や不安を軽減するための配慮がなされているか確認します。

ポイント・トイレでの排泄を可能にするために、「行きたいときにトイレに行くことができる」よう、本人の生活リズムにそった支援と、使いやすいトイレの整備に努めていますか。

- ・一人ひとりのサインを全員が把握し、あからさまな誘導ではなく、さりげなく支援していますか。
- ・必要な方には、排泄チェック表等でご本人の排泄パターンを把握し、尿意のない時には時間を見計らって誘導する等の支援を行っていますか。
- ・失敗してしまった場合でも、極力本人が傷つかないように手早く、周囲に気づかれないう等の配慮をしながら対応していますか。
- ・おむつやパッドを使用するときは、どういう時間帯にどのようなものを使用するのかの根拠が明確であり、一人ひとりについて常に見直しをしていますか。

4 5 便秘の予防と対応

便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。

[考え方の指針]

便秘がちな高齢者に対して下剤や浣腸等を習慣化させることは、身体機能を衰えさせたり、排泄習慣を崩すことにつながります。まずは個々の便秘の原因を探り、家族とも相談しながら一人ひとりに応じた自然排便を促すための工夫が必要です。日常の暮らし全体を活かして継続的に予防・対応をしていくことが求められます。

[着 眼 点]

○便秘予防に向けた取り組み

繊維質の多い食材や乳製品を採り入れているなど食事やおやつの食材やメニューを工夫したり、散歩、家事活動等身体を動かすなど運動を働きかけることで、自然な排便ができるよう取り組んでいくことが大切です。

○自然排便が難しい場合の対応

下剤や浣腸等を使用している場合は、個々の状態に合わせた使用量、頻度となっており、薬にむやみに頼らない工夫がされていることが大切です。

4 6 (20) 入浴を楽しむことができる支援

一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。

[考え方の指針]

利用者の入浴は、事業所が決めた曜日や時間帯に合わせるのではなく、一人ひとりの生活習慣やその時々希望を大切にした支援が求められます。職員のローテーションの都合や、「本人の希望がない」と決めつけて一律の入浴支援になっていないか確認します。また、入浴時の羞恥心や恐怖心、負担感等を職員は理解し、利用者に無理強いすることなく、一人ひとりの意向を第一にくつろいだ気分で入浴できるよう支援していくことが大切です。

[着 眼 点]

○本人の意向にそった入浴の支援

入浴という行為は、特に利用者の習慣や希望に多様性があり、それを活かすことが、本人や家族の安心と満足、スムーズで安全な入浴、体調の改善、入浴

場面での本人の力の発揮等につながります。本人や家族から一人ひとりの習慣や好みをよく聴いて、相談しながら個別の入浴支援を行っているかを確認します。

○羞恥心・恐怖心・負担感等への配慮

入浴は、衣服を人に脱がせたり、裸になることへの不安や羞恥心、恐怖心、湯に入る事への負担感や抵抗感を想像以上にもたらしめます。そのことを職員全員が理解し、利用者を脅かさない入浴支援が行われているかを確認します。特に、異性の職員が介護を行っている場合、利用者の心情を察した配慮が大切です。

ポイント・入浴したい日、朝風呂や夜間入浴等、希望する時間に入浴していますか。また、本人のこれまでの生活習慣や希望にあわせて入浴できるよう、職員のローテーションの工夫をしていますか。

- ・入浴を嫌がる利用者には、言葉かけや対応の工夫、チームプレイ等によって一人ひとりに合わせた入浴支援を試みていますか。

4 7 安眠や休息の支援

一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。

[考え方の指針]

一日の流れの中で、一人ひとりが必要な休息や睡眠をとれるような支援が必要です。本人にとっての自然なリズムが生まれるように、環境や生活の過ごし方、関わる側のあり方を確認します。また、眠ることだけに注目せず、そもそもの本人の生活習慣や本人の活動状況、ストレスの状態等を関係者で検討しながら総合的に支援していくことも重要です。

[着眼点]

○一人ひとりの疲れ具合に合わせた休息をとるための支援

日中の個別の疲れ具合（人との交流、家事、外出・入浴、その日の出来事等）にあわせて、個別に休息を取り入れることが大切です。

ポイント・日中の個別の疲れ具合（外出・入浴後等）にあわせて、休憩を取り入れていますか。

- ・夜、よく眠れるようにと、疲れが見られるのに一律に昼寝をさせないと言うことはありませんか。

○眠れない利用者に対するアプローチ

眠れない利用者については、原因を見極めて、その人の本来のリズムを取り戻

せるように1日の生活リズムづくりをしていくアプローチが必要です。

ポイント・眠れない原因をさぐり、個別対応が図られていますか。

- ・睡眠チェックシート等で睡眠パターンの把握状況を確認していますか。

○家族、医師との連携

場合によっては、家族等とよく相談しながら、生活リズムの記録をもとに医師と相談して睡眠や食事、薬剤等のあり方について全体的な調整が必要です。

ポイント・安易に薬に頼っていませんか。

48 服薬支援

一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めているとともに、必要な情報や医師や薬剤師にフィードバックしている。

[考え方の指針]

一人ひとりが服用する薬の目的や副作用、用法や用量について理解し、飲み忘れや誤薬を防ぐための取り組みが必要です。本人の状態の経過や変化等に関する日常の記録を医療関係者に情報提供することにより、治療や服薬調整に活かしていくことが求められます。

[着眼点]

○一人ひとりの使用している薬の内容の把握

全職員が薬の内容（目的、用法、用量、副作用）を把握できるよう、わかりやすい薬剤の早見シートを用意したり、勉強の機会をつくるなどの工夫が大切です。

○家族、医療機関等との連携

漫然と服薬支援を続けるのではなく、本人の状態の変化をチェックし、その記録等を家族や看護職員、医師に提供するなど、連携を図ることも大切です。

ポイント・服薬ファイルの作成や処方箋のコピーをケースごとに整理し、職員が内容を把握できるようにしていますか。

- ・服薬時は本人に手渡しし、きちんと服用できているかの確認をしていますか。
- ・薬の処方や用量が変更されたり、本人の状態変化が見られるときに、いつもよりも詳細な記録をとるようにし、看護職や協力医療機関との連携を図るようにしていますか。

49 (21) 活躍できる場面づくり、楽しみごとの支援

張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした活躍できる場面づくり、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。

[考え方の指針]

日々の暮らしが楽しみや張り合いのあるものになるよう、また潜在して記憶している記憶やできる力を最大限活かして自分らしく暮らせるよう、一人ひとりに合った役割や楽しみ、気分転換の支援が求められます。また、利用者が自宅にいる時と同様に、嗜好品を楽しめるよう、周囲の利用者への配慮をしながら支援することが求められます。

[着眼点]

○活躍できる場面づくり、楽しみごとの場面づくり

年齢を重ねたり認知症が進む過程で、利用者は自分ひとりで楽しみごとや活躍できる場面づくりの場をうまく作れなくなっていくます。しかし、体で覚え込んだ記憶（いわゆる昔とった杵柄）はそのまま残っていることが多く、たとえば、見ているだけでも楽しい気持ちになったり活力が湧いてきたりすることがあります。利用者の豊かな暮らしを支えるために、一人ひとりの役割、楽しみごと等を作り出す職員の働きかけが重要です。

○本人の気持ちや力を活かした場面づくり

一見、楽しんでいたり、活躍しているように見えても、職員側がプログラムした内容を利用者にさせているだけで、本来の楽しみや活躍できる場面づくりのある暮らしにはなっていない場合が少なくありません。習慣、希望、有する力を踏まえて、何がその人の役割、楽しみごとになり得るかを把握し、支援することが重要です。

ポイント・マンネリ化したり、画一的な職員主導の楽しみや活躍できる場面づくりになっていませんか。

- ・得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえるよう、お願いできそうな仕事を頼んだり、感謝の気持ちを伝えるようにしていますか。

○活力を引き出す楽しみごとや役割

一人ひとりにあった楽しみや活躍の場面を通して、見違えるように自分らしい姿を蘇らせ、本人や家族の喜びや今後に向けた希望につながる人も多く見られます。その姿にふれることを通して、職員の仕事のやりがい育て、「してあげる介護」から「本人が生きることへの支援」という本来の関わりのあり方、ケアのあり方への気づきを深めていくことにもつながる重要な項目です。

50 (22) 日常的な外出支援

一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。

[考え方の指針]

利用者が事業所の中だけで過ごさずに、日常的に外出できるような個別の支援を工夫することが大切です。重度の利用者も「外出が困難」と決めつけずに、本人が戸外で気持ちよく生き生きと過ごせるような工夫が求められます。

また、日常的な外出支援に限らず、本人の思いに添って墓参りや懐かしい場所、特別な楽しみ等、行きたい場所への外出支援を行うことは、その人らしい暮らしを保ち、本人の意欲や自立を保つためにも大切です。地域の認知症サポーターや地域住民の協力を得ながら外出支援を進めていくことは、事業所や認知症の人の理解・啓発活動にもつながります。

[着眼点]

○これまでの生活の継続として捉える外出

外出はその人らしく暮らし続ける支援のために重要であり、これまでどおり外にでかけることを当たり前のこととして支援していくことが大切です。

○気分転換やストレスの発散、五感刺激の機会としての外出の活用

屋内だけで過ごすストレスがたまりやすく、周辺症状の憎悪や体調不良に陥りやすくなります。職員にとっても、屋内に閉じこもったままの状態では、ストレスを蓄積しやすくなります。短時間でも戸外に出る機会を作り、外出場面を利用者と職員両方にとってのストレスの発散、五感刺激を得られる貴重なチャンスとし日々の中で活かしていくことが大切です。

ポイント・近くの散歩だけでなく、その人のなじみの店や場所に出かけていますか。

- ・ 歩行困難なケースでも、車や車椅子等を利用し、戸外へ出ることを積極的に行っていきますか。
- ・ 天気、本人の気分や希望に応じて、季節を肌で感じてもらい、心身の活性につながるよう日常的に散歩、買い物あるいはドライブに出かけていますか。

○個々の外出支援

職員側の都合を優先していないか、外出する利用者、時間帯、行き先などが固定化していないかを振り返ります。本人の状態や習慣、有する力、希望、季節や地域のその時々状況に応じて、一人ひとりが外出を楽しめる支援に取り組んでいくことが重要です。重度化している場合でも同様であり、本人に合わせた移動の配慮をしながら外出を支援していくことが大切です。

ポイント・一人ひとりの思いや願いを叶えられるよう、利用者、家族等と相談し、協力を得なが

ら実現に向けて取り組みをしていますか。

- ・本人や家族から申し出がなくても、事業所側から希望を出してもらおうよう働きかけをしていますか。

5 1 お金の所持や使うことの支援

職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や状態に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。

[考え方の指針]

利用者が日常の暮らしの中で、その人の希望や力に応じてお金を所持したり、使えるように支援していくことが大切です。高齢になると大金の管理や日常の出納が難しくなっていくことも事実ですが、使わなくても自分で所持できることで安心したり、ちょっとした買い物をすることで、楽しめたりする人も少なくありません。「認知症の人には困難」と決めつけず、家族等とも、本人にとってのお金の意味を良く話し合いながら、管理方法等を取りきめて、支援していくことが求められます。また、事業所が利用者の金銭を預かったり管理する場合は、個々に応じた金銭の額や用途に関する相談、報告などの預かり金に関する取り扱い方法について、家族等と相談し、合意を得ていくことが必要です。

[着 眼 点]

○お金を所持することの支持

そもそも、利用者が一切小遣いを持つことができないような事業所側のきまりを作っていませんか。

また、トラブル防止のためにという家族からの希望を尊重するだけの管理方法になっていませんか。

○一人ひとりの力や希望に合わせた支援

職員は、「希望がないから」「混乱するから」等と一方的に決めてしまうのではなく、家族等と相談しながら、利用者一人ひとりの力や希望に合わせて本人の金銭管理の支援に取り組む必要があります。少額を所持してもらったり、買い物に行く時には本人が支払えるよう支援するなど、お金がある安心感や満足感に配慮が求められます（利用者全員ではなくても、できる人に対して）。

5 2 電話や手紙の支援

家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。

[考え方の指針]

手紙や電話は、家族や大切な人との関係をつなぐ重要な手段となります。一人ひとりの手紙や電話の習慣、希望、有する力に応じて、外部との交流を支援していくことが必要です。単なる取次ぎだけでなく、プライバシーに配慮しながら、本人が読み書きしたり、電話を使用することを個別に支援しているか確認します。

[着 眼 点]

○電話や手紙による外部との交流の支援

手紙や電話のやりとりを自由に行えることが前提となります。内容により気兼ねなく電話が使えるよう、席を外すなど配慮も必要です。

本人は手紙が書けない、電話はかけられないと決めつけずに利用を促したり、支援していくことが大切です。

5 3 (2 3) 居心地のよい共用空間づくり

共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮するとともに、生活感や季節感など五感に働きかける様々な刺激を採り入れ、居心地よく過ごせるような工夫をしている。

[考え方の指針]

共用生活空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）は、安心して居心地よく過ごせるように、また自宅の延長として、自分の力でその人らしく過ごせる場となるような工夫と配慮が必要です。職員は自らの五感を活かすとともに、利用者一人ひとりの感覚や価値観を大切にしながら、利用者にとって居心地のよい場を整えていくことが大切です。

[着 眼 点]

○居心地のよい空間づくりの工夫と配慮

利用者が多くの時間を過ごす共用空間が、個々の利用者の居心地のよい場所、安心感のある場所になるよう工夫されていることが必要です。利用者の家での過ごし方、馴染みのものなどを知り、それらの情報を活かしながら、居場所が居心地よく、自分なりの活動がしやすくなるような工夫や配慮が大切です。代表者や職員の感覚や好み、価値観で決めてしまわずに、利用者や家族、近所の人や運営推進会議のメンバー、外来者の感想や気づきを常に聴きながら、生活空間の手入れをしていくことが大切です。

○五感刺激への配慮

色、光、陰、広がり、音、におい、味、手触り、空気の流れなど、五感刺激

への配慮が必要です。普通の人には何でもない音や光の刺激が、認知症の人のストレスになることも多く、利用者を脅かしていないか、全職員が日常的に注意を払うことが求められます。居心地のよさや心身の活力を引き出すために、生活感や季節感のあるものをうまく活用しながら暮らしの場を整えていくことも大切です。

ポイント・利用者にとって使いやすい配置や馴染みの物を採り入れた備えになっていますか。

- ・茶碗を洗う音、ご飯の炊ける匂い、心地よい音楽、ゆず湯や菖蒲湯、鍋料理や桜餅など、五感や季節感を意識的に採り入れる工夫をしていますか。
- ・フロアの飾り付けや家具の配置は利用者と一緒に考えて、利用者が自分の住んでいる家だという意識を高めてもらえるような工夫をしていますか。

5 4 共用空間における一人ひとりの居場所づくり

共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。

[考え方の指針]

少人数であっても集団での生活は気持ちが落ち着かず、特に、認知症の人はそのことが不安やストレスの原因となることもあります。人の気配が感じられる空間の中で、1人になれるちょっとしたスペースや、2，3人で過ごせるような家具の配置等の工夫が必要です。

[着眼点]

○一人ひとりが思い思いに過ごせる居場所づくり

廊下やベランダに椅子とテーブルを置き、一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげるスペースをつくっているなど、利用者個々の状態の変化、利用者同士の関係性などに配慮した居場所づくりや環境づくりを心がけることが必要です。

○ゆっくりくつろいで過ごすための環境づくり

共用空間で他の人の気配を感じながらも、一人で過ごせる居場所づくりの工夫が大切です。玄関ホールや階段の踊り場に、椅子やソファ、小さなテーブルを置き、絵画や花などで装飾した居心地の良い空間をつくり、一人でゆっくりくつろいで過ごせるような環境を整えることが大切です。

5 5 (2 4) 居心地よく過ごせる居室の配慮

居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。

[考え方の指針]

共同生活の中で個室の意味は大きく、プライバシーを大切にしながら、居心地よく、安心して過ごすための環境作りが求められます。グループホームでは、利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となっているか、また、小規模多機能では、宿泊用の部屋が自宅との環境のギャップを感じさせない工夫に取り組んでいるか等を確認します。単に持ち込まれた物品の量ではなく、本人が落ち着いて過ごせるための工夫が問われます。

[着眼点]

○居室・泊まりの部屋の環境づくり

グループホームの居室の環境づくりは、自宅との違いによる不安やダメージを最小にするために、使い慣れた馴染みの物を傍に置いておくなど、本人や家族と相談しながら個別に応じた工夫をすることが求められます。

小規模多機能の宿泊室は、専有の場ではないことから、部屋全体が落ち着ける空間に設える必要があります。長期になる場合には、グループホームの居室と同じことがいえます。長期の泊まりはもとより、短期の泊まりであるならばなおさら、自宅との環境のギャップを感じさせない工夫が求められます。

○その人らしい居室づくり

本人の持ち物が少ない、家族の協力が得られない等の場合でも、その条件にとらわれず、本人の意向を確認しながら職員がその人らしく居心地のよい居室づくりに取り組むことが大切です。

⇒ 小規模多機能：長期の泊まりはもとより、短期の泊まりであるならばなおさら、自宅との環境のギャップを感じさせない工夫が求められます。

⇒ グループホーム：居室に物があるかどうかではなく、馴染みの物を活かしてその人らしく過ごせる部屋にすることが大切です。

ポイント・利用者の馴染みの物が持ち込まれた居室になっていますか。

・小規模多機能の泊まりの場合、使い慣れた目覚まし時計や携帯ラジオ等、小さな物でも持ってきてもらい、安心して過ごせるような配慮をしていますか。

・写真や使い慣れた日用品が泊まりの部屋に持ち込まれ、利用者の居心地の良さに配慮していますか。

56 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり

建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。

[考え方の指針]

高齢や認知症がある利用者にとって、ふつうに暮らせる環境は、安心して自分から動き出すための大切な条件です。原則的なバリアフリーや一律の福祉機器等での対応ではなく、一人ひとりの身体機能の状態に合わせた危険の防止や自分の力を活かして動けることを支えるための個別の設備・道具が必要です。また、不安や混乱、失敗を招くことのない環境や物品について検討し、利用者の認識間違いや判断ミスを最小にする環境面での工夫が必要です。

[着眼点]

○一人ひとりの分からないことや混乱を招く要因の見極め

混乱や行動の失敗が続く時、一方、個々の活動意欲や働きがスムーズに進むときの状況について環境面にも焦点をあてて要因を探っていくことが大切です。本人にとって「何が分かりにくいのか」「どうしたら本人の力でやっていただけるか」を追求し、状況に合わせて環境整備に努めることが重要です。

○身体機能の変化に配慮した生活環境づくり

わずかな段差や家具の配置等、生活空間で転倒につながる原因がないかを常にチェックするとともに、台所の流しの高さや物干しの高さ、日用品の収納場所等、利用者の作業がしやすいという視点で生活環境を整えていくことが大切です。本人の活動性を維持するために、車いすやキャスター付きいす等を個人の状態に合わせて採り入れるなど、身体機能の変化等に配慮し、利用者の「現在の状態」に応じた対応が求められます。

○利用者の行動抑制につながる取り組みの点検

危険防止の取り組みが過剰なものとなり、利用者の行動の抑制につながらないよう配慮する必要があります。シンクや調理台の高さを利用者の使いやすい高さに調節する等、生活環境のあらゆるところに、利用者の自立を意識した工夫が大切です。また、利用者の状態に合わせて、手すりや浴室、トイレ、廊下などの居住環境が適しているかを見直し、安全確保と自立への配慮も必要です。

「地域密着型サービス サービス評価ガイドブック ー 2009 ー」
(特定非営利活動法人 地域生活サポートセンター 発行) より一部抜粋