

# 兵庫県地域密着型サービス第三者評価基準ガイドライン

兵庫県福祉サービス第三者評価推進委員会

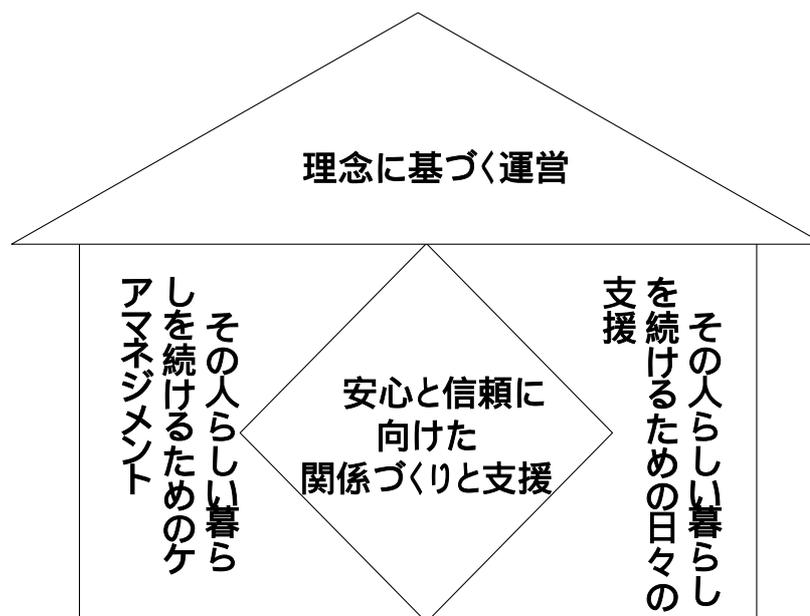
## < 目次 >

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 1. 項目の構成.....                   | 3  |
| 2. 評価項目の領域の構成.....              | 3  |
| 3. 用語の説明.....                   | 4  |
| 4. 評価項目一覧.....                  | 5  |
| 5. 自己評価項目の考え方の指針.....           | 12 |
| . 理念に基づく運営.....                 | 12 |
| . 安心と信頼に向けた関係づくりと支援.....        | 15 |
| . その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント..... | 17 |
| . その人らしい暮らしを続けるための日々の支援.....    | 20 |
| 6. 第三者評価項目の考え方の指針と着眼点.....      | 26 |
| . 理念に基づく運営.....                 | 26 |
| . 安心と信頼に向けた関係づくりと支援.....        | 36 |
| . その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント..... | 37 |
| . その人らしい暮らしを続けるための日々の支援.....    | 43 |

## 1 . 項目の構成

| タイトル                       | 自己評価<br>項目数 | 第三者評価<br>項目数 |
|----------------------------|-------------|--------------|
| . 理念に基づく運営                 | 14          | 10           |
| . 安心と信頼に向けた関係づくりと支援        | 8           | 1            |
| . その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | 13          | 6            |
| . その人らしい暮らしを続けるための日々の支援    | 20          | 7            |
| . アウトカム項目                  | 13          | -            |
| 合計                         | 68          | 24           |

## 2 . 評価項目の領域の構成



### 3. 用語の説明

|     |  |
|-----|--|
| 家族等 | 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含む。  |
| 家族  | 家族に限定している。   |
| 運営者 | 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指す。また、経営者が管理者をかねる場合は、その人を指す。               |
| 職員  | 「職員」は、管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含む。ただし、管理者をより明確に意図した内容の場合、「管理者と職員」と表記する。 |
| チーム | 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含む。                 |

#### 4. 評価項目一覧

| 自己評価       | 第三者評価 | タイトル               | 項目   |
|------------|-------|--------------------|--|
| . 理念に基づく運営 |       |                    |  |
| 1          | 1     | 理念の共有と実践           | 地域密着型サービスの意義をふ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                      |
| 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                          |
| 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                          |
| 4          | 3     | 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        |
| 5          | 4     | 市町村との連携            | 市町村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取り組んでいる           |
| 6          | 5     | 身体拘束をしないケアの実践      | 代表者および全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる |
| 7          | 6     | 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について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での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 |
| 8          | 7     | 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     |
| 9          | 8     | 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                     |
| 10         | 9     | 運営に関する利用者、家族等意見の反映 | 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員なら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                        |

|                     |    |                  |   |
|---------------------|----|------------------|---|
| 11                  | 10 | 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                                       |
| 12                  |    | 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 |
| 13                  |    | 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と力量を把握し、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       |
| 14                  |    | 同業者との交流を通じた向上    | 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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  |
| . 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |    |                  |   |
| 15                  |    | 初期に築く本人との信頼関係    | サービスを導入する段階で、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            |
| 16                  |    | 初期に築く家族等との信頼関係   | サービスを導入する段階で、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                        |
| 17                  |    | 初期対応の見極めと支援      | サービスを導入する段階で、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                 |
| 18                  |    | 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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                    |
| 19                  |    | 本人を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おかず、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                      |
| 20                  | 11 | 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                                   |
| 21                  |    | 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。                          |

|                            |    |                      |   |
|----------------------------|----|----------------------|---|
| 22                         |    | 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                                |
| . その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |    |                      |   |
| 23                         | 12 | 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   |
| 24                         |    | 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  |
| 25                         |    | 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  |
| 26                         | 13 | 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、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                   |
| 27                         |    | 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                                    |
| 28                         |    | 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                                 |
| 29                         |    | 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                                 |
| 30                         | 14 | かかりつけ医の受診支援          | 受審は、本人及び家族等の希望を大切に、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                                |
| 31                         |    | 看護職員との協働             | 介護職は、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                    |
| 32                         | 15 | 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、又、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。あるいは、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。 |

|                         |    |                     |  |
|-------------------------|----|---------------------|--|
| 33                      | 16 | 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 |
| 34                      |    | 急変や事故発生時の備え         | 利用者の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                                     |
| 35                      | 17 | 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                              |
| . その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |    |                     |  |
| 36                      | 18 | 一人ひとり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言葉かけや対応をしている  |
| 37                      |    | 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   |
| 38                      |    | 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、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                            |
| 39                      |    | 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支援している   |
| 40                      | 19 | 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている                                  |
| 41                      |    | 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                                     |
| 42                      |    | 口腔内の清潔保持            | 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている  |
| 43                      | 20 | 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むけた支援を行っている                         |
| 44                      |    | 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  |

|    |    |                      |  |
|----|----|----------------------|--|
| 45 | 21 | 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、個々にそった支援をしている  |
| 46 |    | 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   |
| 47 |    | 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  |
| 48 |    | 役割、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役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている  |
| 49 | 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。又、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                 |
| 50 |    | 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力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  |
| 51 |    | 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  |
| 52 | 23 | 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)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている |
| 53 |    | 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工夫をしている  |
| 54 | 24 | 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   |
| 55 |    | 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」「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  |

| .アウトカム項目 |  |   |   |
|----------|--|---|---|
| 56       |  | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる                             | ほぼ全ての利用者の<br>利用者の2/3くらいの<br>利用者の1/3くらいの<br>ほとんど掴んでいない |
| 57       |  | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある                                 | 毎日ある<br>数日に1回程度ある<br>たまにある<br>ほとんどない                  |
| 58       |  | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                                   | ほぼ全ての利用者が<br>利用者の2/3くらいが<br>利用者の1/3くらいが<br>ほとんどいない    |
| 59       |  | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている                        | ほぼ全ての利用者が<br>利用者の2/3くらいが<br>利用者の1/3くらいが<br>ほとんどいない    |
| 60       |  | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている                                  | ほぼ全ての利用者が<br>利用者の2/3くらいが<br>利用者の1/3くらいが<br>ほとんどいない    |
| 61       |  | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている                            | ほぼ全ての利用者が<br>利用者の2/3くらいが<br>利用者の1/3くらいが<br>ほとんどいない    |
| 62       |  | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている                   | ほぼ全ての利用者が<br>利用者の2/3くらいが<br>利用者の1/3くらいが<br>ほとんどいない    |
| 63       |  | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています        | ほぼ全ての家族等と<br>家族の2/3くらいと<br>家族の1/3くらいと<br>ほとんどできていない   |
| 64       |  | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている                        | ほぼ毎日のように<br>数日に1回程度<br>たまに<br>ほとんどない                  |
| 65       |  | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている | 大いに増えている<br>少しずつ増えている<br>あまり増えていない<br>全くない            |
| 66       |  | 職員は、生き活きと働いている  | ほぼ全ての職員が<br>職員の2/3くらいが<br>職員の1/3くらいが<br>ほとんどいない       |

|    |  |                                   |   |
|----|--|-----------------------------------|---|
| 67 |  | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う     | ほぼ全ての利用者が<br>利用者の2/3くらいが<br>利用者の1/3くらいが<br>ほとんどいない  |
| 68 |  | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ほぼ全ての家族等が<br>家族の2/3くらいが<br>家族の1/3くらいが<br>ほとんどできていない |

## 5 . 自己評価項目の考え方の指針

注：項目番号欄に（ ）がある項目は、第三者評価を実施。また、これらの項目については、「6 . 第三者評価項目の考え方の指針と着眼点」を参照のこと。

### I . 理念に基づく運営

| 自己<br>(第三<br>者) | タイトル・項目  | 考え方の指針  |
|-----------------|--|---|
| 1<br><br>(1)    | 理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふ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                      | 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は、共有し、意識づけしていくために日々の中で話し合い、実践につなげているかを問うています。                            |
| 2<br><br>(2)    | 事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 「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必要があります。事業所自体が地域から孤立することなく、近所づきあいや地元活動、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。                           |
| 3               | 事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 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いない点が多くあります。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話し合い、取り組んでいくことが望まれます。 |
| 4<br><br>(3)    | 運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 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得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。   |

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| <p>5<br/>(4)</p> | <p>市町村との連携<br/>市町村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</p>                | <p>市町村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。市町村は、介護保険の保険者であり、地域福祉の推進役として最前線の立場にあります。この項目は、市町村担当者側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。市町村の協力が得られ難い場合は、地域ぐるみの課題として取り組んでいくことが大切です。</p>   |
| <p>6<br/>(5)</p> | <p>身体拘束をしないケアの実践<br/>代表者および全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる</p> | <p>代表者およ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のごく限られたケースにおいて身体拘束の例外も認められていますが、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」という姿勢を持つ必要があります。</p> <p>自分の意思で開けることの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。</p> <p>また、家族等から安全のため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。</p> |
| <p>7<br/>(6)</p> | <p>虐待の防止の徹底<br/>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での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</p>      | <p>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、職員による虐待を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。</p>  |
| <p>8<br/>(7)</p> | <p>権利擁護に関する制度の理解と活用<br/>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</p>  | <p>管理者と職員は、日常生活自立支援事業や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、家族等に周知を図っていくことが望まれます。</p>  |

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| <p>9<br/>(8)</p>   | <p>契約に関する説明と納得<br/>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</p>                    | <p>契約時や契約解除の際、あるいは利用中の料金改定等利用者や家族等にとって契約内容について分かりにくかったり、不安や疑問が生じていないか、個々の立場にた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、長期に亙る利用の場合の経済的なことへの不安、報酬加算の必要性の説明や料金改定の理由、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。</p> |
| <p>10<br/>(9)</p>  | <p>運営に関する利用者、家族等意見の反映<br/>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員なら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</p>                | <p>利用者や家族等から意見、要望を引き出す努力や場面をつくるとともに、運営推進会議のメンバーや外部の人にも伝えられるよう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を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・向上につながっているかを問うています。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よう配慮していくことが必要です。</p>            |
| <p>11<br/>(10)</p> | <p>運営に関する職員意見の反映<br/>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</p>                                 | <p>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。</p>  |
| <p>12</p>          | <p>就業環境の整備<br/>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</p> | <p>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頃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・対応が求められます。</p>  |
| <p>13</p>          | <p>職員を育てる取り組み<br/>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、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</p>    | <p>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。</p>  |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 14 | <p>同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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</p> | <p>事業所の質の確保のためには、他法人の同業者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、職場内では行き詰まっている日頃の仕事の悩み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、地域や都道府県内、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。</p> |
|----|--|---|

## II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

|    |  |   |
|----|--|---|
| 15 | <p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスを導入する段階で、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</p> | <p>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、初期段階での面談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。</p> |
| 16 | <p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスを導入する段階で、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</p>            | <p>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、家族等の気持ちを受け止めたり、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。</p>    |
| 17 | <p>初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスを導入する段階で、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</p>        | <p>相談時の本人・家族等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。</p>                         |

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
| <p>18</p>          | <p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている</p>                | <p>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ことは、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。</p>   |
| <p>19</p>          | <p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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</p> | <p>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築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が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と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、職員が抱え込んでしまうことを防ぐためにも大切な事項です。</p> |
| <p>20<br/>(11)</p> | <p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>             | <p>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。</p>  |
| <p>21</p>          | <p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>         | <p>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。</p>   |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 22 | <p>関係を断ち切らない取組み<br/>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</p> | <p>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。例えば、住み替えが必要となった場合でも、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。</p> |
|----|--|---|

### Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 23<br>(12) | <p>思いや意向の把握<br/>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</p>     | <p>利用者がその人らしく暮らし続ける支援に向けて、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」とみなしたり、認知症の利用者の場合「認知症だから聞くのは無理」と決め付けるのではなく、職員全員が一人ひとりの思いや意向について関心をはらい、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、関係者で本人の視点にた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。</p> |
| 24         | <p>これまでの暮らしの把握<br/>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</p> | <p>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いた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。</p>   |
| 25         | <p>暮らしの現状の把握<br/>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</p>               | <p>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、利用者を総合的に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。</p>                               |

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| <p>26<br/>(13)</p> | <p>チームでつくる介護計画とモニタリング<br/>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、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</p> | <p>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。</p> |
| <p>27</p>          | <p>個別の記録と実践への反映<br/>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</p>                        | <p>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。よりよいケアにむ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。</p>   |
| <p>28</p>          | <p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br/>本人や家族の状況、その時々に見え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</p>               | <p>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。事業所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になります。</p>   |
| <p>29</p>          | <p>地域資源との協働<br/>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</p>                         | <p>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。</p>  |

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| <p>30<br/>(14)</p> | <p>かかりつけ医の受診支援<br/>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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</p>                                  | <p>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。<br/>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。</p>  |
| <p>31</p>          | <p>看護職との協働<br/>介護職は、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</p>                          | <p>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。</p> |
| <p>32<br/>(15)</p> | <p>入退院時の医療機関との協働<br/>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、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。あるいは、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。</p> | <p>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。</p>                     |
| <p>33<br/>(16)</p> | <p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br/>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</p>  | <p>重度化した場合や終末期支援のあり方や事業所の対応について、段階ごとに家族等、かかりつけ医等ケア関係者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重要です。「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の支援ができるかを見極めを行います。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。</p>                                  |

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 34         | <p>急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の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</p> | <p>利用者の身体状態の急変や事故発生時にも、慌てずに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。</p>   |
| 35<br>(17) | <p>災害対策</p> <p>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</p> | <p>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を通して検討し、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、日頃からの話し合いを行い、一緒に訓練を行うなど実践的な取り組みが必要です。</p> <p>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。</p> |

#### IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 36<br>(18) | <p>一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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言葉かけや対応をしている</p> | <p>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、代表者、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、誇りや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。</p>  |
| 37         | <p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>   | <p>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が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。</p> |

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 38         | <p>日々のその人らしい暮らし</p> <p>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、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</p> | <p>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。</p>   |
| 39         | <p>身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している</p>                                   | <p>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。</p> |
| 40<br>(19) | <p>食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>     | <p>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。食事一連の作業を利用者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、弁当の購入等の提供形態が固定化されている場合は、運営面も含めた見直しが求められます。</p>   |
| 41         | <p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>          | <p>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。</p>                          |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 42         | <p>口腔内の清潔保持</p> <p>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている</p>                       | <p>口腔ケアの重要性を理解し、本人の習慣や有する力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ますが、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求められます。</p>   |
| 43<br>(20) | <p>排泄の自立支援</p> <p>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むけた支援を行っている</p>       | <p>トイレでの排泄やおムツ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、オムツの使用を減らし、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。</p>   |
| 44         | <p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>                       | <p>便秘がちな高齢者に対して下痢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。</p>   |
| 45<br>(21) | <p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、職員の場合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている</p> | <p>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を確認します。また、入浴することによって生まれる羞恥心や恐怖心、負担感等を職員は理解し、利用者にも無理強いをすることなく、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。</p> |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 46         | <p>安眠や休息の支援</p> <p>一人ひとりの生活習慣やその時々<br/>の状況に応じて、休息したり、安心して<br/>気持ちよく眠れるよう支援している</p>   | <p>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総合的に把握していくことも重要です。</p>  |
| 47         | <p>服薬支援</p> <p>一人ひとりが使用している薬の目的<br/>や副作用、<br/>用法や用量について理解しており、服<br/>薬の支援と症状の変化の確認に努め<br/>ている</p>   | <p>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。</p>   |
| 48         | <p>役割、楽しみごとの支援</p> <p>張り合いや喜びのある日々を過ごせ<br/>るように、一人ひとりの生活歴や力を活<br/>かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分<br/>転換等の支援をしている</p>                                       | <p>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。</p>   |
| 49<br>(22) | <p>日常的な外出支援</p> <p>一人ひとりのその日の希望にそっ<br/>て、戸外に出かけられるよう支援に努<br/>めている。又、普段は行けないような場<br/>所でも、本人の希望を把握し、家族や<br/>地域の人々と協力しながら出かけられ<br/>るように支援している</p> | <p>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「外出は困難」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。</p> <p>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。</p> |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 50         | <p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している</p>  | <p>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中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必要があります。</p> |
| 51         | <p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>   | <p>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。</p>  |
| 52<br>(23) | <p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている</p> | <p>共用生活空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、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。</p>  |
| 53         | <p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>  | <p>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。</p>   |

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| <p>54<br/>(24)</p> | <p>居心地よく過ごせる居室の配慮<br/>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</p> | <p>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、安心して過ごせる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。</p> |
| <p>55</p>          | <p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br/>建物内部は一人ひとりの「できること」「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</p>    | <p>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・道具の工夫が必要です。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少にする環境面での工夫が大切です。</p>     |

## 6 . 第三者評価項目の考え方の指針と着眼点（「考え方の指針」は再掲）

### I . 理念に基づく運営

#### 1. (1) 理念の共有の実践

地域密着型サービスの意義をふ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。

（注）枠内の番号は自己評価の項目番号、（ ）内は第三者評価項目番号。  
以下同様。

#### [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は、共有し、意識づけしていくために日々の中で話し合い、実践につなげているかを問うています。

#### [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はなく、地域密着型サービスとして何が大切かを各事業所で考え、独自に作りあげてきた理念であることが求められます。一度作ったままでなく、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、日々利用者に関わる際に、理念を具体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、事業者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、事業所自体がその基盤を築いていきことが必要です。事業所自体が地域から孤立することなく、近所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作り

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とき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求められます。

#### 4.(3) 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得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、協力者として助言する機会です。事業所の取り組みや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・第三者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。

#### 5.(4) 市町村との連携

市町村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]

市町村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。市町村は、介護保険の保険者であり、地域福祉の推進役として最前線の立場にあります。この項目は、市町村担当者側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。市町村の協力が得られ難い場合は、地域ぐるみの課題として取り組んでいくことが大切です。

#### [着眼点]

市町村担当者への事業者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、事業所も市町村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、市町村の理解や支援が必要なことが多く、そのためには、まず、考え方や実態を市町村担当者によく知ってもらい、情報を共有していくことが大切です。

市町村に問う協働の姿勢

市民福祉の充実のためには、まず、市町村の担当者が現場の状況をしっかり受け止め、認知症ケアの実際を理解していることが大切です。実践現場と施策の整合性を図るためにも、市町村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。市町村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。

## 6.(5) 身体拘束をしないケアの実践

代表者および全ての職員が「介護保健法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアに取り組んでいる。

### [考え方の指針]

代表者およ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事が重要です。指定基準上では生命保護等のごく限られたケースにおいて身体拘束の例外も認められていますが、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」という姿勢を持つことが必要です。自分の意思で開けることの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に与える身体的、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が問われていきます。

#### 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」「不審者侵入防止」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、家族等とも相談し、本人の思いや身体の力を活かしながら、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拘束や鍵かけ等の要望があった場合でも、をその弊害を説明し、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。

## 7.(6) 虐待の防止の徹底

管理者と職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での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、職員による虐待を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]

#### 虐待の範囲についての正しい理解

虐待とは、暴力的な行為、すなわち身体的虐待だけではなく、暴言や無視、いやがらせなどの心理的虐待、必要なケアの放棄等も含まれることを十分理解することが大切です。

#### 職場内での話し合いや勉強会の実施

職員同士で不適切なケアについて、話し合ったり決してしないという確認を行い、また、高齢者虐待防止法に関する理解浸透や遵守に向けて、勉強会やミーティング等を実施することなどが求められます。

#### 管理者による未然防止対策

管理者は職員の疲労やストレスが、利用者のケアに影響していないかについて目を配り、把握する必要があります。

また、虐待行為を発見した場合の対応方法を取り決め、周知徹底を行うことが求められます。

#### 8.(7) 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や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、家族等に周知を図っていくことが望まれます。

#### [着眼点]

##### 「成年後見制度」「日常生活自立支援事業」についての職員の理解

管理者だけではなく、職員 1 人 1 人が「成年後見制度」「日常生活自立支援事業」について理解し、制度の活用が必要と認められる利用者と家族に対してこまやかな情報提供を行い、適切に制度活用ができるよう、職場内での周知を図ることが重要です。

##### 事業所にとってもメリットがあることについての理解

家族がない等、単身の利用者には、サービスの利用や入院手続きなどの契約行為の際に、成年後見人の存在が本人の権利を守ることになり、事業所にとっても手続きを円滑に進められる協力者になります。

## 9.(8) 契約に関する説明と納得

契約の締結、解約また改定等の際は、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、あるいは利用中の料金改定等利用者や家族等にとって、契約内容について分かりにくかったり、不安や疑問が生じていないか、個々の立場にた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、長期に亙る利用の場合の経済的なことへの不安、報酬加算の必要性の説明や料金改定の理由、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]

#### 契約時の説明

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、できないことを明確に説明することが重要です。

また、契約時においては、利用者・家族等の聞きたいことがおぼつかず、とりあえず利用契約をしてしまうケースも少なくないため、利用者の立場に立ち、将来のことも含めて疑問等を引き出し、それらに対して十分な説明を行うことが必要です。

#### 契約の改定

経費の増額等、契約の改定を行う場合は、利用者、家族等にその積算根拠を示して説明を行い、納得を得ることが重要です。

#### 契約の解除

契約解除に際しては、十分な説明と話し合いの段階と期間を経て、解除契約を行う必要があります。

#### 10.(9) 運営に関する利用者、家族等意見の反映

利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表わせる機会を設け、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、要望を引き出す努力や場面をつくるとともに、運営推進会議のメンバーや外部の人にも伝えられるよう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を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・向上につなげているかを問うています。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必要があります。

##### [着眼点]

###### 利用者本人が意見や思いを伝えられる機会作り

本人が運営推進会議のメンバーや外部の人に、意見や思いを伝えられる機会を作り、出された意見・願い等を日々の運営に活かしていくことが求められます。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。

###### 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効く努力や場面作りが必要です。

###### 家族等の意見・不満・苦情を運営に反映させていく取り組み

意見・苦情は事業所にとって大切な宝です。家族等から得られた意見等を、サービスに反映させていく具体的な取り組みについて振り返ります。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。

#### 11.(10) 運営に関する職員の意見反映

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]

##### 職員とともに作る運営体制

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

サービスの質の確保の核心の一つは、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。

## Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

### 20.(11) 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つきあいを続けるように、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幅が狭くなると、どうしても人間関係や地域社会との関わりが閉鎖的になりがちです。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。

### Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント

#### 23.(12) 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向けて、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」とみなしたり、認知症の利用者の場合「認知症だから聞くのは無理」と決めつけるのではなく、職員全員が一人ひとりの思いや意向について関心をはらい、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、関係者で本人の視点にた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付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。

#### 26.(13) 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、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、本人がより良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位で話し合い、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。

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。

### 30.(14) 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信状況を把握し、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、事業者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。

### 32.(15) 入退院時の医療機関との協働

利用者が入院した際、安心して治療ができるように、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。  
あるい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]

##### 医療機関との密な連携

医療機関に対して、入院の目的を早く達成してもらえるように話し合い、また本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、なるべく混乱が少ないように本人の普段の状況や特徴などを伝え、スムーズに退院できるように積極的な支援を行うことが求められます。

### 33.(16) 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支援のあり方や事業所の対応について、段階ごとに家族等、かかりつけ医等ケア関係者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の支援が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くみ取りながら、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。

### 35.(17) 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、日頃からの話し合いを行い、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わかりません。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、事業所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。

## IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

### 36.(18) 一人ひとり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言葉かけや対応をしている。

#### [ 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、代表者、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、誇りや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。

#### 40.(19) 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。食事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、弁当の購入等の提供形態が固定化されている場合は、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志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採り入れることも大切ですが、毎日、給食や配食サービス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。

### 43.(20) 排泄の自立支援

排泄の失敗やおむつの利用を減らし、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での自立にむ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ムツ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、オムツ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。

#### 45.(21) 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、個々にそった支援をしている。

#### [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され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を確認します。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]

##### 本人の意欲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、衣服を人に脱がされたり、裸になることへの不安や羞恥心、恐怖心、湯に入ること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確認します。特に、異性に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。

#### 49.(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、戸外へ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「外出は困難」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、これまで通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。

個別の外出支援

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。

## 52.(23) 居心地のよい共有空間づくり

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）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、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、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。普通の手は何でもない音や光の刺激が、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。

#### 54.(24) 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、安心して過ごせる環境づくりが求められます。グループホームでは、利用者一人ひとりの居室について、馴染みのもの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ける必要があります。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