

認知症対応型共同生活介護「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の活用について

1. 認知症グループホームのサービス評価について

- 認知症グループホームは、運営基準において、自らその提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に、外部の者による評価もしくは運営推進会議における評価のいずれかを受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない、ということが義務付けられています。
- サービス評価制度は、介護保険制度創設時に、認知症グループホームの質の担保が求められる中で、グループホーム関係者が主体となって、自ら原型を作り上げた制度であり、サービス評価項目の内容及び範囲は、指定基準を上回るものとして、さらに「地域密着型サービスとしてのグループホームらしさ」が確保されているかを評価する基準となっています。
- 地域包括ケアシステムの構築が進められる中で、地域密着型サービスとしてのグループホームらしさが問われ、また、新たに地域における認知症ケアの拠点としての役割が求められる中で、サービス評価に事業所自らが積極的に取り組む意義はますます大きくなってきているといえます。
- 運営推進会議における評価を選択した場合でも、サービス評価の質を落とすことなく、職員間での話し合いや地域の方との意見交換等を通じ、サービス評価項目の考え方（グループホームらしさ）や運営推進会議の意義について、再認識するきっかけとなることが望まれます。

2. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の活用について

- 令和3年度介護報酬改定では、認知症グループホームにおける「第三者による評価」について、既存の外部評価（都道府県が指定する外部評価機関によるサービスの評価）は維持した上で、小規模多機能型居宅介護等と同様に、自らその提供するサービスの質の評価（自己評価）を行い、これを市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議に報告し、評価を受けた上で公表する仕組みが制度的に位置付けられ、当該運営推進会議と既存の外部評価による評価のいずれかから「第三者による外部評価」を事業者が選択することとなりました。
- また、「運営推進会議を活用した評価」を選択した場合は、当協会が実施した平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームにおける運営推進会議及び外部評価のあり方に関する調査研究事業」報告書を参考に行うものとされ、その評価の参考様式として「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」（参考様式1）が示されています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- ここでは、「運営推進会議を活用した評価」を選択した事業所が「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」（以下、「活用ツール」という。）を有効に活用できるように、報告書の内容を踏まえた上で、その活用方法について改めて整理しました。なお、活用ツールにおける「外部評価」は既

存の外部評価ではなく、「運営推進会議を活用した評価」であることに留意してください。

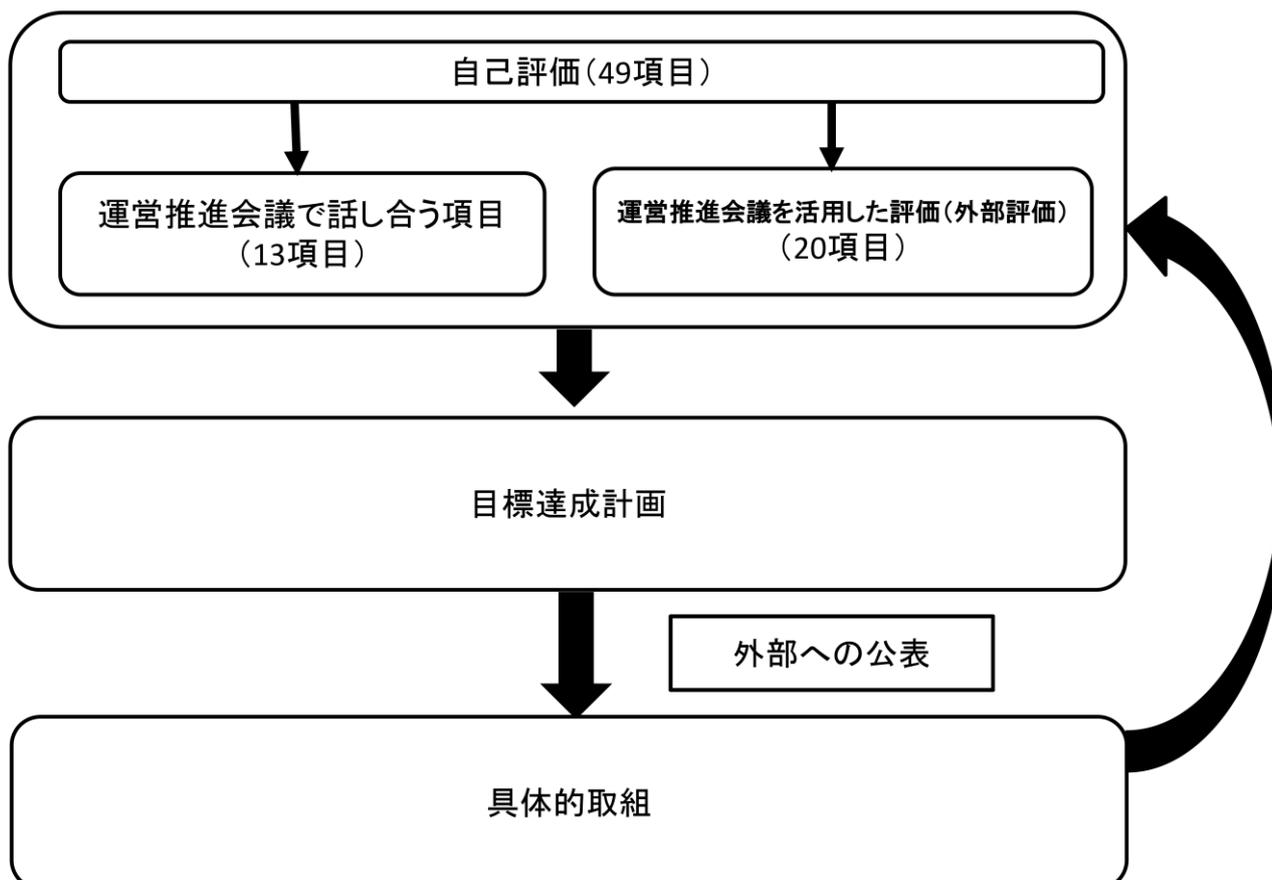
- 活用ツールは、従来別々に取り組まれていた運営推進会議と外部評価を「サービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けた包括的取組（サービス改善プログラム）」として連動するしくみを構築し、その改善プログラムの中でPDCAサイクルを回していくことにより、サービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けた包括的取組を推進していくことを目的として活用することを目指すものです。
- すなわち、運営推進会議と外部評価を、①グループホームのサービスの質の確保・向上と、②地域における認知症ケアの拠点化につなげていくための一体的・相互補完的なパッケージとして捉えて取り組んでいくイメージになります。
- 「自己評価」を実施した後、運営推進会議の中で話し合った方が有益と考えられる事項については、「運営推進会議で話し合う項目（議題）」として引き継ぎ、専門性や第三者性の高い外部の視点で再点検すべき事項については、「運営推進会議を活用した評価」（外部評価）に引き継ぐという考え方は、例えば、自己評価において、「利用者が日中出かけていく場所がない」という課題が抽出された場合、課題解決のためには、外部評価で再点検を行うよりも地域関係者と一緒に話し合う方が近道になると思われます。また、医療・介護の専門性に関わること、あるいは権利擁護や防火・防災といった内容であれば、領域ごとの専門職の協力を得ながら第三者の視点で点検することが有効であると思われます。自己評価および外部評価と地域関係者との話し合いを上手に組み合わせながら、包括的にサービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けた取組の推進を目指していくことになります。
- 一方、既存の外部評価は今後も維持されるため、事業者の判断で従来の方式も選択できるようになっています。特に開設間もないグループホームにおいては従来の方式を選択することが考えられます。また、経験あるグループホームにおいても何年かに1回は従来の方式を選択するという考えられます。

3. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の構成（項目数）

評価項目	自己評価	運営推進会議で話し合う項目	運営推進会議を活用した評価（外部評価）
I. 理念・安心と安全に基づく運営	15	4	5
II. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	10	4	5
III. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	14	2	6
IV. 本人の暮らしの状況把握・確認項目（利用者一人ひとりの確認項目）	10	3	4
項目計	49	13	20

※既存の自己評価 68 項目を基に、49 項目に整理。

4. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の活用イメージ（PDCA サイクル）



5. 自己評価

- 自己評価は、「事業所が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、認知症対応型共同生活介護事業所として提供するサービスについて個々の従業員の問題意識を向上させ、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものである。」と示されています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- 評価について
 - ◆評価項目「Ⅰ. 理念・安心と安全に基づく運営」「Ⅱ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント」「Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援」については、「活用ツール」の評価項目の内容について、自己評価の該当する項目に○印をつけるとともに、何をどのように取り組んでいるのか、何に取り組めていないのか、事実と客観的な評価に基づいて記述欄にコメントを記入します。複数ユニットある場合には、ユニットごとに評価します。
 - ◆評価項目ⅠからⅢについては、「地域密着型サービス評価ガイドブック2009」（（特非）地域生活サポートセンター）の「サービス評価項目のガイド」も参考にして実施するとよいでしょう。
※巻末に参考資料として、「サービス評価項目のガイド」を掲載しています。
 - ◆評価項目「Ⅳ. 本人の暮らしの状況把握・確認項目（利用者一人ひとりの確認項目）」については、「利用者の視点でケアの質を点検する」という観点から、「本人主体の暮らし」「生活の継続性」「本人が持つ力の活用」について、既存の外部評価のアウトカム項目を整理し直したものです。職員各自の自己評価においては、利用者1人ひとりの状況を確認し、全体の状況を総合的に判断して、自己評価の該当する評価に○印をつけるとともに、記述欄にコメントを記入します。
 - ◆利用者一人ひとりの状況の確認には利用者個票（参考様式2）、全体の状況の確認には全体票（参考様式3）を活用すると効率的です。
- 自己評価の具体的な手順
 - ①職員各自が自己評価を実施します。
 - ②職員会議等において、職員各自が自己評価結果を持ち寄り、職員全員で前回の目標達成計画の達成状況について振り返るとともに、事業所としての自己評価を実施します。管理者はそれを集約し、事業所としての自己評価表を作成します。

○ 記入例

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述
I. 理念・安心と安全に基づく運営				
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	A. 十分にできている B. ほぼできている <input checked="" type="radio"/> C. あまりできていない D. ほとんどできていない	運営規程の運営方針には明記されているが、新人オリ以外には共有の機会が少なく、職員に十分浸透していない。

自己評価結果について○をする。

自己評価結果についてのコメントを記入する。取り組んでいるもしくは取り組めていない具体的な取組を記入する。特に取り組めていない場合は改善計画を意識して記入する。

6. 運営推進会議で話し合う項目

- 現行の運営推進会議に関する課題では、議事の形骸化（適切な議事を立てられない、出席者が望む議題の設定ができていない）、会議の意義や目的が浸透しない（共有できない）等の状況が挙げられています。運営推進会議はグループホームの入居者にとっても、職員にとっても、事業所と地域をつなぐ大切な接点です。今後もサービスの質の確保・向上と地域における認知症ケアの拠点化に向けての重要な取組と認識し、会議の活性化と議論の発展を目指していくべきです。
- 特に、認知症施策推進大綱では、グループホームは地域における認知症ケアの拠点としての役割を發揮していくことが期待されています。拠点化の具体的イメージは、「認知症伴走型支援拠点」「認知症に関する相談・支援の場」「認知症カフェ等の集いの場」「認知症の普及・啓発拠点」「福祉避難所」など、様々なことが考えられますが、重要なことは地域のニーズを引き出し、そのニーズに対応するために誰が何をすべきかを一緒に考えていく関係づくりです。そこで明らかになった課題を関係者間で共有し、適切な人材、機関につないでいくことが重要であり、運営推進会議は、こうした関係づくりや活動のきっかけとして機能していくことが望まれます。
- 運営推進会議で話し合う項目（地域との話し合いが有益な事項）については、自己評価結果を踏まえ、運営推進会議の議題として話し合います。評価項目ⅠからⅢについての話し合いは、運営推進会議で話し合う項目に該当する「活用ツール」の評価項目の内容と自己評価結果をメンバーに説明し、自己評価で取り組めていない事項については対応策等について話し合います。評価項目Ⅳについては、評価項目ⅠからⅢについての話し合いも踏まえ、利用者の視点から、自己評価で取り組めていない事項についての対応策等について話し合います。管理者はそれを集約し、運営推進会議で話し合った内容欄に話し合った内容を記入します。複数ユニットの場合の記入は1ユニット目の評価票に記入します。
- 地域における事業所全体で共有すべきテーマについては、市町村主導の下、複数の事業所の合同開催も考えられます。
- 運営推進会議の運営方法については、「認知症グループホームにおける運営推進会議ガイドブック」（平成21年度独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業「認知症グループホームにおける運営推進会議の実態調査・研究事業」（一社）日本認知症グループホーム協会）も参考に実施してください。
- 運営推進会議での話し合いの具体的な手順
 - ①事前に、運営推進会議で話し合う項目に該当する「活用ツール」の評価項目の自己評価結果の資料を準備します。※必要に応じて、話し合いに必要な資料も準備します。
 - ②当日、①の資料を配布します。※必要に応じて、事前に配布します。
 - ③運営推進会議メンバーに自己評価結果について説明するとともに、自己評価で取り組めていない事項については、通常の運営推進会議と同様に意見を出し合い、対応策等について話し合います。特に事業所、地域にとって重要と思われるテーマについては、時間をかけて話し合います。※評価ではなく、対応策等について話し合います。
 - ④管理者はそれを集約し、運営推進会議で話し合った内容欄に話し合った内容を記入します。

○ 記入例

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述	運営推進会議で話しあった内容
I. 理念・安心と安全に基づく運営					
2	事業所と地域とのつきあい	事業所は、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、認知症の人の理解や支援の方法などを共有し、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	A. 充分にできている B. ほぼできている C. あまりできていない D. ほとんどできていない	事業所として町内会に加入し、地域の行事にも積極的に協力しているが、コロナ禍において、その機会が減少している。	グループホームの紹介DVDを事業所で作成し、町内会役員より地域住民に配布して頂くこととする。

自己評価結果を踏まえて、運営推進会議で話し合った内容について記入する。より具体的な内容については、運営推進会議の記録に記入しておく。

7. 運営推進会議を活用した評価（外部評価）

- 運営推進会議における評価は、「自己評価で取りまとめた当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について、運営推進会議に報告した上で、利用者、市町村職員、地域住民等が第三者の観点からの意見を得ることにより、新たな課題や改善点を明らかにし、サービスの質の向上を図るとともに、地域包括ケアの中で当該事業所が果たすべき役割を明らかにしていくことを目指すものである。」と示されています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- また、運営推進会議における評価を行う場合には、「市町村職員又は地域包括支援センター職員、サービスや評価について知見を有し公正・中立な第三者（事業者団体関係者、学識経験者、外部評価調査員研修修了者等）の立場にあるものの参加が必要である。これらの者について、やむを得ない事情がある場合により、運営推進会議への出席が困難な場合であっても、事前に資料を送付し得た意見を運営推進会議に報告する等により、一定の関与を確保することとする。」とされています。（「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第3条の37第1項に定める介護医療連携推進会議、第85条第1項（第182条第1項において準用する場合を含む）に規定する運営推進会議を活用した評価の実施等について」（平成27年3月27日老振発0327第4号、老老発0327第1号））
- 運営推進会議を活用した評価（外部評価）については、自己評価結果を踏まえ、運営推進会議メンバーに、評価という視点からご意見をいただきます。評価項目ⅠからⅢについての評価は、運営推進会議を活用した評価（外部評価）に該当する「活用ツール」の評価項目の内容と自己評価結果をメンバーに説明し、自己評価の取組状況について委員一人ひとりよりご意見をいただきます。評価項目Ⅳについては、評価項目ⅠからⅢについてのご意見も踏まえ、利用者の視点から、自己評価の取組状況について委員一人ひとりよりご意見をいただきます。管理者はそれを集約し、外部評価の該当する評価に○印をつけるとともに、記述欄にコメントを記入し、運営推進会議メンバーにその内容について承認を得ます。複数ユニットの場合の記入は1ユニット目の評価票に記入します。
- サービスや評価について知見を有し公正・中立な第三者としては、上記のほかに認知症地域支援推進員や認知症介護指導者養成研修修了者なども考えられます。また防災や防犯に関することは警察や消防署の協力・助言を求めるなど、的確な専門人材に関わってもらうことで、地域に根差した制度の推進につながることを期待されます。
- 運営推進会議を活用した評価（外部評価）の具体的な手順
 - ①事前に、運営推進会議を活用した評価（外部評価）に該当する「活用ツール」の自己評価結果の資料を準備します。
※必要に応じて、評価に必要な（取り組みについて説明できる）資料も準備します。運営推進会議メンバーが取り組みについて理解できる資料を準備していくことが大切です。
 - ②当日、①の資料を配布します。※必要に応じて、事前に配布します。
 - ③運営推進会議メンバーに自己評価結果について説明するとともに、自己評価の取組状況について、委員一人ひとりよりご意見をいただきます。

④管理者はそれを集約し、外部評価の該当する項目に○印をつけるとともに、記述欄にコメントを記入し、運営推進会議メンバーにその内容について承認を得ます。当日、記入欄にコメントを記入する時間がない場合は、おおよその内容について了解を得て、記述内容の承認については、後日、得ることもよいこととします。

○ 記入例

自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール

No.	タイトル	評価項目	自己評価	記述
I. 理念・安心と安全に基づく運営				
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「介護保険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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	<input checked="" type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	身体拘束適正化の研修にて毎回「身体拘束ゼロの手引き」について確認するとともに、不適切な介護や身体拘束廃止のための取組を検討している。

外部評価	記述
<input checked="" type="radio"/> A. 十分にできている <input type="radio"/> B. ほぼできている <input type="radio"/> C. あまりできていない <input type="radio"/> D. ほとんどできていない	身体拘束適正化の研修には代表者も含め、必ず年2回は全職員が参加できるように配慮され、参加しない時も内容が共有されており、実践からもその様子が窺えた。

自己評価結果を踏まえて、運営推進会議における評価を実施した結果について記入する。より具体的な内容については、運営推進会議の記録に記入しておく。

8. 目標達成計画

- 自己評価の評価結果、運営推進会議で話し合った結果、運営推進会議を活用した評価（外部評価）の評価結果を踏まえ、職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
- 目標が一つもなかったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画（目標達成計画）を検討します。
- 目標達成計画は、評価結果とともに市町村や運営推進会議でもその内容について共有するとよいでしょう。
- 目標達成計画の検討に当たっては、**（参考様式4）**を活用すると効率的です。

9. 結果の公表

- 活用ツールの評価結果は、「利用者及び家族へ提供するとともに、「介護サービス情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられるが、法人のホームページへの掲載、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えない。」と示されています。（「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」（平成18年3月31日老計発第0331004号、老振発第0331004号、老老発第0331017号）

10. 年間計画について

- 自己評価、運営推進会議での話し合い、運営推進会議での評価（外部評価）は、年間計画を立てて、計画的に実施するようにしましょう。

○年間計画の例

- ・4月 自己評価（職員各自）
- ・5月 職員会議（自己評価）
- ・6月 運営推進会議（運営推進会議での話し合い）
- ・8月 運営推進会議（運営推進会議での評価（外部評価））
- ・9月 職員会議（目標達成計画の作成）

→活用ツールの評価結果の外部への公表、行政への提出

※上記は1例であって、運営推進会議での話し合いと運営推進会議での評価（外部評価）を同日に実施しても差し支えない。

11. 「自己評価・外部評価・運営推進会議活用ツール」の項目

No.	タイトル	項目	自己 評価	運営推進 会議で 話しあう 項目	外部 評価
1.理念・安心と安全に基づく運営					
1	理念の共有と実践	<p>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</p> <p>(考え方の指針)</p> <p>理念とは、その事業所が目指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。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。</p>	○		
2	事業所と地域とのつきあい	<p>事業所は、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、認知症の人の理解や支援の方法などを共有し、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している</p> <p>(考え方の指針)</p> <p>「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に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、近所づきあいや地元での活動、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。</p>	○	○	
3	運営推進会議を活かした取り組み	<p>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</p> <p>(考え方の指針)</p> <p>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>	○	○	

4	市町村との連携	<p>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>(考え方の指針)</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>	○	○	
5	身体拘束をしないケアの実践	<p>代表者および全ての職員が「介護保険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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる</p> <p>(考え方の指針)</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」という姿勢を持つことが必要です。自分の意思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>	○		○
6	虐待の防止の徹底	<p>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>(考え方の指針)</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>	○		○

7	権利擁護に関する制度の理解と活用	<p>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>(考え方の指針)</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>	○		
8	契約に関する説明と納得	<p>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</p> <p>(考え方の指針)</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>	○		
9	運営に関する利用者、家族等意見の反映	<p>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>(考え方の指針)</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に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よう配慮していくことが必要です。</p>	○		○
10	運営に関する職員意見の反映	<p>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>(考え方の指針)</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>	○		

11	就業環境の整備	<p>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>(考え方の指針)</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>	○		○
12	職員を育てる取り組み	<p>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>(考え方の指針)</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付けていくこと（OJT等）を支援しているかについても確認します。</p>	○		○
13	同業者との交流を通じた向上	<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>(考え方の指針)</p> <p>事業省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、事業省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加入し、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>	○		
14	本人と共に過ごし支えあう関係	<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>(考え方の指針)</p> <p>職員と本人は「介護する一される」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、支え合う」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感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>	○		

15	馴染みの人や場との 関係継続の支援	<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>(考え方の指針)</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>	○	○	
II. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
16	思いや意向の把握	<p>一人ひとりの思いや暮らし方、生活環境、一日の過ごし方の希望や意向の把握に努めている。</p> <p>(考え方の指針)</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>	○		
17	チームでつくる介護 計画とモニタリング	<p>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>(考え方の指針)</p> <p>介護計画（認知症対応型共同生活介護計画）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>	○	○	○

18	個別の記録と実践への反映	<p>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>(考え方の指針)</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>	○		○
19	一人ひとりを支えるための事業所の多機能化	<p>本人や家族の状況、その時々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</p> <p>(考え方の指針)</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。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を指しているではありません。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ていく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、多職種連携など、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。</p>	○	○	
20	地域資源との協働	<p>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>(考え方の指針)</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>	○	○	

21	かかりつけ医の受診支援	<p>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>(考え方の指針)</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、あくまでも本人や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。</p>	○		
22	入退院時の医療機関との協働	<p>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。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>(考え方の指針)</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>	○		○
23	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	<p>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>(考え方の指針)</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、その時々事業所の力量を把握して現状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>	○		○

24	急変や事故発生時の備え	<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>(考え方の指針)</p> <p>利用者の身体状態や事故発生時にも、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>	○		
25	災害対策	<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>(考え方の指針)</p> <p>災害はいつ起こるか分かりません。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。</p>	○	○	○
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
26	一人ひとりの尊重とプライバシーの確保	<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>(考え方の指針)</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>	○		○
27	日々のその人らしい暮らし	<p>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりの日常生活における希望や意向、暮らしのペースを大切に、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>(考え方の指針)</p> <p>職員側の都合やスケジュールに当てはまるのではなく、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>	○		

28	食事を楽しむことのできる支援	<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>(考え方の指針)</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観点から、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>	○		○
29	栄養摂取や水分確保の支援	<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>(考え方の指針)</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取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>	○		
30	口腔内の清潔保持	<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>(考え方の指針)</p> <p>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、汚れやお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を活用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、職員の一方向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。</p>	○		○

31	排泄の自立支援	<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、便秘の予防等、個々に応じた予防に取り組んでいる</p> <p>(考え方の指針)</p> <p>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でき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。</p>	○		○
32	入浴を楽しむことができる支援	<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</p> <p>(考え方の指針)</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に支援していくことが大切です。</p>	○		
33	安眠や休息の支援	<p>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</p> <p>(考え方の指針)</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に、そもそもそ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総合的に把握していくことも重要です。</p>	○		
34	服薬支援	<p>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</p> <p>(考え方の指針)</p> <p>一人ひとりが服用する薬の目的や副作用、用法や容量について理解し、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望まれます。</p>	○		○

35	役割、楽しみごとの支援	<p>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</p> <p>(考え方の指針)</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ときと同様に、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>	○	○	
36	日常的な外出支援	<p>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</p> <p>(考え方の指針)</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。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、事業者や認知症の人の理解・啓発活動にもつながります。</p>	○	○	
37	お金の所持や使うことの支援	<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>(考え方の指針)</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よく話し合いながら、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には、個々に応じた金銭の額や使途に関する相談、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ことが必要です。</p>	○		

38	電話や手紙の支援	<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>(考え方の指針)</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を確認します。</p>	○		
39	居心地のよい共用空間づくり	<p>建物内部は一人ひとりの身体機能やわかる力を活かして、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。共用の空間が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、一人ひとりが居心地よく過ごせるような工夫をしている</p> <p>(考え方の指針)</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名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良い場を整えていくことが大切です。</p>	○		○

IV. 本人の暮らしの状況把握・確認項目（利用者一人ひとりの確認項目）

40	本人主体の暮らし	本人は、自分の思い、願い、日々の暮らし方の意向に沿った暮らしができています	○		
41		本人は、自分の生活歴や友人関係、暮らしの習慣、特徴など様々な情報をもとに、ケア・支援を受けることができます	○		
42		本人は、自分の健康面・医療面・安全面・環境面について、日々の状況をもとに、ケア・支援を受けることができます	○		○
43	生活の継続性	本人は、自分のペースで、これまでの暮らしの習慣にあった生活ができています	○		
44		本人は、自分のなじみのものや、大切にしているものを、身近（自室等）に持つことができます	○		○
45		本人は、自分の意向、希望によって、戸外に出かけることや、催（祭）事に参加することができます	○	○	
46	本人が持つ力の活用	本人は、自分ができること・できないこと、わかること・わからないことを踏まえた、役割や、楽しみごとを行うことができます	○		

47		本人は、自分がいきいきと過ごす会話のひと時や、活動場 面を日々の暮らしの中で得ることができている	○		○
48		本人は、自分なりに近隣や地域の人々と関わったり、交流 することができている	○	○	
49	総合	本人は、この GH にいることで、職員や地域の人々と親し み、安心の日々、よりよい日々をおくることができている	○	○	○
			49 項 目	13 項 目	20 項 目

※（考え方の指針）は「地域密着型サービスサービス評価ガイドブック 2009」（（特非）地域生活サポ
ートセンター）「サービス評価項目のガイド」より抜粋

(参考)

「地域密着型サービスサービス評価ガイドブック 2009」((特非) 地域生活サポートセンター)
「サービス評価項目のガイド」(抜粋)

■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。

【考え方の指針】

理念とは、その事業所が目指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。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こと、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事業所で考え、独自につくりあげた理念であることが求められます。一度つくったままではなく、地域や利用者のニーズ、事業所の状況によって現状にあった理念につくりか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。

<ヒント>

○代表者、職員は、地域密着型サービス事業所の社会的役割を認識していますか。

○理念について職員間で話し合いの機会を持ち、意識づけがなされていますか。

○日々のサービス提供場面(言葉かけ、態度、記録等)を振り返り、理念がケアに反映されているかを確認してみましょう。

<記述例>

○地域密着型サービスの意義を職員全員で確認し、地域生活の継続支援と事業所と地域の関係性を重視した理念を大切にしている。

○ミーティングでは、理念を掘り下げて職員全体で話し合い、具体的なケアについて意見の統一を図っている。

■事業所と地域とのつきあい

事業所は、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、認知症の人の理解や支援の方法などを共有し、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に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、まずは事業所が地域から孤立することなく受け入れられ、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担っていく努力が求められます。

<ヒント>

○地域住民の一員として、町内会、自治会等に参加していますか。

○リサイクル活動や行事など地域活動の情報を集め、それらに参加するなど、接点を持つ努力をしていますか。

○単発の行事や季節の催し等の関わりだけでなく、普段の暮らしの中で、隣近所の人たちが立ち寄り、遊びに来たり、おすそ分けをしたりする間柄がつくられていますか。

<記述例>

○保育園、学校、地域の行事などに積極的に参加している。毎月2回の子供見守り隊にも利用者と一緒に参加している。

○日常的に散歩や買物などに出かけ、地域の人たちと挨拶を交わしたり、話をしたりしている。回覧板や事業所の様子を見に来て下さるなど、近隣に住む人たちとふれあう機会が多い。

○ホームでは、定期的に「法話」を開催しており、実施する日には有線放送を利用して近隣に住むお年寄りにも呼び掛けている。畑の作物の差し入れや話し相手に来られる方もいる。

■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に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付ける取り組み

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ることが重要です。評価と運営推進会議をそれぞれバラバラ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を期待できます。

<ヒント>

○ 会議では、事業所からの報告とともに参加メンバーから質問、意見、要望を受け、双方向的な会議となるよう配慮していますか。

○ 評価機関の選択から評価結果、評価で明らかになった課題について会議で報告し、その後もモニター役になってもらっていますか。評価機関や評価調査委員にもオブザーバーとして参加を呼び掛けましょう。

<記述例>

○ 前回の運営推進会議で取り上げられた検討事項や勘案事項について、その経過を報告し合い、一つ一つ積み上げていくようにしている。また、これまでの評価結果を踏まえ、現在取り組んでいる内容についても報告し、意見をもらうようにしている。

■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く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も多く、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と受け止め、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かかわりを持ち、問題解決に向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。

<ヒント>

○市町村担当窓口に対して、事業所の実情やケアサービスの取り組みを折に触れ伝えてはいますか。

○事業所からの相談事項に応じて実直に対応してもらえるような、市町村職員との関係がつくれていますか。

<記述例>

○市職員の研修場所として事業所を活用してもらい、職員や利用者との交流も図っている。

○認定更新の機会等に市町村担当者へ、利用者の暮らしぶりやニーズの具体を伝え、連携を深めている。

■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「介護保険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、玄関の施錠を含めて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」という姿勢を持つことが必要です。自分の意思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、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。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。

<ヒント>

○安全確保や危険防止を理由に、ベッドを柵で囲んだり、立ち上がりを防げるような椅子の使い方をすすめる等、利用者の行動を抑制していませんか。

○家族の要望や同意を理由に身体拘束を正当化していませんか。

○日中、鍵をかけること常態化させていませんか。

○出ていく気配を職員が見落とさない見守りや連携プレーができていますか。

○利用者一人ひとりの外出の癖や傾向をつかんで対応していますか。

○近所の人にも理解を求め、見守り、声掛けや連絡をしてもらえる関係を築いていますか。

○チャイムやセンサーに頼っていませんか。

<記述例>

- 高齢者の権利擁護や身体拘束に関する勉強会を事業所の中で実施し、職員の共有認識を図っている。
- ミーティングや日々の申し送り時等で、その日のケアを振り返り、気づかないうちに言葉をさえぎったり、気持ちを押さえつけて、利用者の抑圧感を招いていないか点検している。
- 利用者が外出しそうな様子を察知したら、止めるのではなく、さりげなく声を掛けたり、一緒についていく等、安全面に配慮して自由な暮らしを支えるようにしている。
- 職員の見守りの方法を徹底し、また、一人ひとりのその日の気分や状態をきめ細かくキャッチすることで、鍵をかけずに自由な暮らしを支援している。
- 安全を優先するあまり、車いすのベルト着用や玄関の施錠を希望されるご家族がいるが、自由な暮らしの大切さと事業所の取り組みを丁寧に説明し、理解を得られるように努めている。
- 「身体拘束ゼロへの手引き」をもとに勉強会を実施し、国が示している「身体拘束禁止の対象となる具体的な行為」の徹底理解を図っている。

～補足事項～

地域密着型サービス基準第 97 条では、身体的拘束等の適正化検討委員会の開催、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、身体的拘束等の適正化のための定期的な研修の開催が義務づけられています。外部評価に必要な（取り組みについて説明できる）資料として、

- ・身体的拘束等の適正化検討委員会の開催状況及び結果がわかるもの
- ・身体的拘束等の適正化のための指針
- ・身体的拘束等の適正化のための研修の開催状況及び結果がわかるもの

などを準備しておくことが考えられます。

■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

【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。

<ヒント>

- 高齢者虐待関連法を学んでいますか。
- 虐待とは、暴力的な行為（身体的虐待）だけでなく、暴言や無視、嫌がらせ（心理的虐待）、必要なケアの放棄等が含まれることを理解していますか。
- 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がなされていますか。
- 管理者は職員の疲労やストレスが、利用者へのケアに影響していないかを把握していますか。
- 虐待行為を発見した場合の対応方法について、周知徹底がなされていますか。

<記述例>

- 勉強会やミーティング等を実施し、高齢者虐待防止法に関する理解浸透や遵守に向けた取り組みを行っている。
- 虐待防止の勉強会で、夜間の安眠を守るために就寝前の水分補給を控えていたことが、脱水症状を招き、苦痛を与える虐待行為に当たることに気づき、虐待の自覚がないことの危険を認識した。

～補足事項～

地域密着型サービス基準第3条の38の2（準用）では、虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催、虐待の防止のための指針の整備、虐待の防止のための定期的な研修の開催、上記の措置を適切に実施するための担当者の設置が義務づけられています。外部評価に必要な（取り組みについて説明できる）資料として、

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会の開催状況及び結果がわかるもの
- ・虐待の防止のための指針
- ・虐待の防止のための研修の計画及び実績がわかるもの
- ・担当者を置いていることがわかるもの

などを準備しておくことが考えられます。

■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。

<ヒント>

- 職員は、「成年後見制度」「日常生活自立支援事業」について、学んでいますか。
- 利用者、家族等に「成年後見制度」や「日常生活自立支援事業」について、情報提供していますか。
- 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。

<記述例>

- 機会あるごとに職員への説明を行っている。対応が必要と思われる利用者がある場合には、随時、職員に説明し、アドバイスをしながら利用者の支援に結び付けている。
- 勉強会を開き、職員の理解を深めるようにしている。また、社会福祉協議会等が主催する成年後見制度の研修に参加している。
- 成年後見が必要なケースでは管理者が一人に対応するため、他の職員は理解していない。そのため、必要な時に支援できる体制が万全とはいえない。

■契約に関する説明と同意

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。

<ヒント>

- 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していますか。
- 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うかがえます。利用側の立場に立ち、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をしていますか。
- 契約の改訂（経費の増額等）をする場合には、利用者、家族等にその積算根拠を示して説明を行い、納得を得ていますか。
- 契約解除に際しては、十分な説明を話し合いの段階や期間を経て、解除に至っていますか。
- 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していませんか（車いすやおむつを使用することになったら契約解除、入院したら即契約解除等）。

<記述例>

- 時間をとって丁寧に説明している。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制の実際などについては詳しく説明し、同意を得るようにしている。
- 契約時には、事業所のケアに関する考え方や取り組み、退居を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行っている。状態の変化等により契約解除に至る場合には、本人を交えて家族等と相談し、その後の対応方針も含めて納得を得られるように努めている。
- 介護報酬の改定や制度改正等により、利用料が増加する場合や、諸物価の変動により利用料の値上げを行う場合は、家族会での相談や個別の相談に応じながら、一方的な通達にならないように心掛けている。

■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

【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に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ことが必要です。

<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

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つくり、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。家族が、意見や要望、不満を言い出しがた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聞く努力や場面づくりが求められます。

○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。

<ヒント>

○自身の思いや意見を上手に表すことができない利用者であっても、嫌がること、好むことなどをとらえ、利用者主体の運営に結び付けていますか。

○意見や苦情について検討が行われ、速やかな対応がなされているか、改善の経過や結果を伝えていく取り決めがありますか。

○運営推進会議、市町村の相談窓口や相談者など、事業所以外の外部の人に家族等が意見・苦情を表せる機会や場があることを繰り返し説明していますか。

<記述例>

○ご家族には手紙や訪問時、家族会等で常に問いかけ、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに留意している。出された意見、要望等はミーティングで話し合い、反映させている。

■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。

○利用者とのなじ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革新の一つは、利用者とのなじみの関係づくりにあります。なじみの関係を保つことを重視し、現場の意見を聞き、状況を把握したうえ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。

<ヒント>

○職員の意見を聞く機会を持ったり、意見を言いやすくする等、工夫がされていますか。

○運営方法や利用者の受け入れ、職員交代等、事業所にとって大事な決定に関して、現場の職員がかやの外に置かれていることはありませんか。

○利用者との日常的な関わりの中で生まれる職員の気づきやアイデアを、運営に取り入れていますか。

<記述例>

○ミーティング、勉強会、個別面談をそれぞれ月1回行い、意見を聞くようにしている。また、日頃からコミュニケーションを図るよう心がけ、問いかけたり、聞き出したりするようにしている。

○代表者、管理者はともに職員の要望や意見を聞くように心がけているが、不満や苦情は言い難い部分も多いので把握しきれない可能性もある。

○全体ミーティングで職員の意見、要望を聞くとともに、ミーティング時に1回ずつテーマ（休憩、食事等）を決めて話し合っている。

■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。

<ヒント>

- 運営者は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していますか。
- 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるよう努めていますか。
- 職員のやりがいなど、向上心を持てる職場環境・条件について、具体的に配慮や工夫をしていますか。
- 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。職員は疲労感をためていませんか。
- 労働基準法に則って、職員の労働条件を整えていますか。また、就業規則があり、守られていますか。
(労働基準法上は必要ない9名以下の組織規模であっても、就業規則を作成することが望まれます)
- 労働安全衛生法に則って、健康診断の実施等職員の心身の健康を保つための対応をしていますか。

<記述例>

- 代表者も頻繁に現場に来ており、利用者や職員と過ごしたり、個別職員の業務や悩みを把握している。また、年2回の人事考課を行い、職員が向上心を持って働けるよう働きかけている。
- 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ている。
- 職員の疲労やストレスの要因について気を配り、勤務時間中にも気分転換できるよう休憩室を確保したり、職員同士の人間関係を把握したりするよう努めている。

■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

【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付けていくこと（OJT等）を支援しているかについても確認します。

<ヒント>

- 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ありますか。
- それぞれの職員の立場や経験、習熟度等に応じて、計画的な人材育成に取り組んでいますか。
- 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」に機会が必要です。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いなどの工夫がありますか。
- 日常的に学ぶことを推進し、パートの職員にもチームの一員として、研修・会議等参加の機会がありますか。
- 一人の研修の機会を全職員が共有できるよう、研修内容を報告する機会をつくっていますか。

<記述例>

- 年間に行われる外部研修の情報を収集し、職員の段階に応じてなるべく多くの職員が受講できるよう計画を立てている。
- 新人職員に対しては、最初の1か月間はマンツーマンのOJTの体制をとり、ケアの技術面だけでなく、利用者との関わり方について丁寧な指導を実施している。
- 事業所外で開催される研修にはなるべく多くの職員が受講できるようにしている。また、それらの研修報告は、毎月の全体会議で発表してもらい、研修報告書を全職員が閲覧できるようにしている。

■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

【考え方の指針】

事業省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、事業省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。

<ヒント>

- 全国の事業者団体や都道府県単位・市町村単位の連絡会など、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積極的に参加していますか。
- 管理者・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を図っていますか。
- ネットワークでは、事業者同士協働しながら質向上に取り組んでいますか。
- 職員が、他のグループホームや事業所との交流を通じて、一緒に学んだり、親睦を深めたりするような機会がありますか。

<記述例>

- 市内に連絡会があり、その中で交換研修やスタッフ研修を設けて質の向上に励んでいる。
- 関連の事業所や同時期に開所した事業所などと学習会や交流を持つことにより、サービスの質の向上を目指している。
- 他グループホームへの見学や相互研修、事例検討等を通して、事業所外の人材の意見や経験をケアに活かしている。
- 近隣の事業所同士で評価結果を持ち寄り、勉強会を実施している。

■本人と共に過ごし支え合う関係

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

【考え方の指針】

職員と本人は「介護する一される」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、支え合う」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感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。

<ヒント>

- 利用者を支援されるのみの立場においていませんか。
- 職員は利用者と共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気づいていますか。
- 年長者である利用者から生活の技や生活文化の大事さを教えてもらう場面がありますか。
- 職員が利用者からいたわってもらったり、励ましてもらう場面がありますか。

<記述例>

- 本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びなどを知ること努め、暮らしの中で分かち合い、共に支え合える関係づくりに留意している。
- 利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有しており、普段から利用者に教えてもらう場面が多い。また、そういった場面が多く持てるようにセッティングや工夫や声掛けに配慮している。
- 支援する側、支援される側という意識を持たず、お互いが協働しながら和やかな生活ができるように場面づくりや声掛けをしている。

■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。

<ヒント>

- これまで本人を支えてくれたり、逆に本人が支えてきた取り巻く人間関係について、把握していますか。
- 事業所を利用しても、今までの生活の延長線上であるよう、知人、友人等に会いに行ったり、訪問してもらい、電話や手紙での連絡を取り持つ等、つながりを次続できる支援をしていますか。
- 本人が地域や地域住民との関係を継続できるように、本人を支えながら積極的なアプローチを心掛けていますか。

<記述例>

- 昔から利用している美容院に行き続けている利用者や、毎月の命日に墓参りを続けている利用者があり、一人ひとりの生活習慣を尊重している。
- 地域に暮らす馴染みの知人・友人等の家に遊びに行ったり、継続的な交流ができるよう働きかけている。

■ 思いや意向の把握

一人ひとりの思いや暮らし方、生活環境、一日の過ごし方の希望や意向の把握に努めている。

【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。

<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、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。

<ヒント>

○本人がどこで、どのように暮らしたいか、何をしたいか、誰に会いたいかなど、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、日々の行動や表情から汲み取り、把握していますか。

<記述例>

○日々のかかわりの中で声を掛け、把握に努めている。言葉や表情などからその真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から情報を得るようにしている。

○本人にとってどこで、誰と、どのように暮らすことが最良なのかを家族を交えて検討している。

■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（認知症対応型共同生活介護計画）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、毎月新鮮な目で見え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」と決めつけず、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

本人及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。

<ヒント>

○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。

○介護計画の見直しは、期間や、身体状態の変化にだけに捉われていませんか。

<記述例>

○ご本人やご家族には日頃のかかわりの中で、思いや意見を聞き、反省させられるようにしている。アセスメントを含め職員全員で意見交換やモニタリング、カンファレンスを行っている。

■個別の記録と実践への支援

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。

<ヒント>

- 利用者とのケアの個別状況やケアをしながら、職員の気づきや工夫を記入していますか。
- 職員全員が情報を共有するルールがありますか。
- 介護計画にそって実践されたか、それでどうなったかの評価を日常的に記入し、情報の蓄積を行っていますか。

<記述例>

- 個別にファイルを用意し、食事・水分量・排せつ等身体的状況およ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ている。いつでも全ての職員が確認できるようにしており、勤務開始前の確認は義務付けている。
- 職員の気づきや利用者の状態変化は、個々のケア記録に記載し、職員間の情報共有を徹底している、また、個別記録を基に介護計画の見直し、評価を実施している。
- センター方式の活用や記録の残し方の工夫、記録の記入はできている。しかし、記録を活かしきれず、実際につなげられないことがある。

■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。

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ていく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、多職種連携など、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。

<ヒント>

- 地域住民や利用者が求めるニーズに応じて、事業所の柔軟性や多機能性を活かした支援に取り組んでいますか。
- 利用者や家族の日々変化する状況に応じて、必要な時に必要なサービスを、臨機応変に提供していますか。

<記述例>

- 予定日以外の通所や緊急の宿泊、訪問、延長サービス、配食サービス等、本人、家族の状況や要望を軸に臨機応変に対応している。
- 本人、家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力している。
- 本人の状態や家族の意向に配慮しながら、家族の方への夕食の提供などもお声掛けしている。

■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。

<ヒント>

- 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、協働していますか。
- 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、普段から連携をとっていますか。
- 必要に応じて、事業所以外のサービスとつなげるよう外部のケアマネージャーと連携を図ったり、市町村の保健師等の介護保険外の生活支援に結びつくサービスを受けられるような支援をしていますか。
- 地域包括支援センター、地域のサービス事業者、関係団体、民生委員、インフォーマルサービス事業者、一般住民等によって構成される人的ネットワーク組織の構築に向けて、協働していますか。

<記述例>

- 利用者が安心して地域での暮らしを続けられるよう、警察や民生委員と意見交換する機会を設けている。
- 小規模多機能の通いがない日は、配食サービスやボランティアの見守り支援を利用できるよう支援している。また、本人の希望や体調に応じて、訪問理美容サービスを利用してもらっている。
- 運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加するようになり、これをきっかけに関係が強化された。周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。
- 市事業による訪問理美容、オムツ券の活用など、介護保険以外の情報も把握し、家族にお伝えしている。
- 地域の図書館の利用や、町内の公民館で行われる健脚体操に積極的に参加している。近隣サービス事業者の温泉に入りに行ったり、協力施設のリフトカーやマイクロバスを借りることもある。

■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、あくまでも本人や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取りを通じて、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確認します。

<ヒント>

○一人一人利用前の受診の経過、現在の受診の希望を把握して、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。

○家族等と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。

<記述例>

○本人やご家族が希望するかかりつけ医となっている。また、受診や通院はご本人やご家族の希望に応じて対応している。基本的には家族同行の受診となっているが、不可能な時には職員が代行するようにしている。

○事業所の協力医の他、利用前からのかかりつけ医での医療を受けられるよう、ご家族と協力し通院介助を行ったり、訪問診療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と関係を密に結んでいる。

○入居後も主治医の変更を勧めたりせず、本人の今までのかかりつけ医や希望の病院へ受診している。必要に応じて、受診の付き添いやご家族とも同行しており、普段の様子や変化を伝えるようにしている。

■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。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。

<ヒント>

- 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いますか。
- 家族等とも協働しながら、医療機関と三者一体になって退院計画を具体的に立案していく体制を作っていますか。

<記述例>

- 入院によるダメージを極力防ぐために医師と話をする機会をもち、事業所内での対応可能な段階でなるべく早く退院できるよう、アプローチしている。
- 入院時には、本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、3～5日に1回は職員が見舞うようにしている。また、家族とも回復状況等情報交換しながら、速やかな退院支援に結びつけている。

■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徹底

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汲み取りながら、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。

<ヒント>

○本人や家族の意向、本人にとってどうあったらよいのか、事業所が対応する最大の支援方法を踏まえて、方針をチームを話し合っていますか。

○事業所の力量や体制が、重度化や終末期を支えていけるかを見極め、他の利用者への影響も踏まえて対応を検討していますか。

<記述例>

○重度化に伴う意思確認書を作成し、事業所が対応し得る最大のケアについて説明を行っている。

○本人や家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携を取り、安心して納得した最期を迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。

■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

【考え方の指針】

利用者の身体状態や事故発生時にも、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。

<ヒント>

- 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ますか。
- 一部の職員や母体法人に頼る体制になっていませんか。
- 夜間等人手が少ない時の応急手当から、その後の連絡、対応方法等についても想定し、それらを職員は身に付けていますか。

<記述例>

- 全ての職員が、年に1回の応急手当の勉強会（実践含む）を実践し、体験・体得・習得するようにしている。また、夜勤時の緊急時対応について、マニュアルを整備し周知徹底を図っている。
- 行政関係者や消防署の協力を得て、救急手当や蘇生術の研修を実施し、全ての職員が対応できるようにしている。
- 救急車が到着する前の応急処置や準備すべきことについて、ケースの想定をしながら勉強会や話し合いを繰り返し行っている。

■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分かりません。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

職員だけで誘導の限界を具体的に確認し、日頃より、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。

<ヒント>

○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。

<記述例>

○マニュアルを作成し、年2回利用者とともに、避難訓練を行っている。地域の協力体制については、自治会でお願いしたり運営推進会議で協力を呼び掛けている。

○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る。

～補足事項～

地域密着型サービス基準第 82 条の 2 では、非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的計画の作成、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制の整備、避難・救出等の訓練の定期的な実施（努力義務として地域住民の参加）が定められています。

また、地域密着型サービス基準第 3 条の 30 の 2 では、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じること、従業者に対する計画の周知、研修及び訓練の定期的な実施、定期的な計画の見直しが義務づけられています。

外部評価に必要な（取り組みについて説明できる）資料として、

- ・非常災害時の対応計画（管轄消防署へ届け出た消防計画（風水害、地震対策含む）又はこれに準ずる計画）
- ・避難・救出訓練の実施状況がわかるもの
- ・通報、連絡体制がわかるもの
- ・非常災害発生時の業務継続計画
- ・業務継続計画の研修の計画及び実績のわかるもの
- ・業務継続計画の訓練の計画及び実績のわかるもの

などを準備しておくことが考えられます。

■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。

<ヒント>

○年長者として敬意を払い、馴れ合いの中で本人の尊厳を無視した対応になっていませんか。

○恥ずかしいことは決して行わない、その人の守るべき情報は決して漏らさない等、人権意識を徹底していますか。

○人前であからさまに介護したり、誘導の声掛けをして、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。

<記述例>

○援助が必要な時も、まずは本人の気持ちを大切に考えてさりげないケアを心掛けたり、自己決定しやすい言葉かけをするように努めている。

○利用者の情報収集や外部との情報連携の際には、その情報の個別性や守秘義務について十分理解し、責任ある取扱いと管理を徹底している。

■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、一人ひとりの日常生活における希望や意向、暮らし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まるのではなく、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。

<ヒント>

- 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。
- 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なされていますか。
- 例えば、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、家族や職員と心ゆくまでおしゃべりを楽しむ等々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。

<記述例>

- 基本的な1日の流れは持っているが、時間を区切った過ごし方はしていない。一人ひとりの体調に配慮しながら、その日、その時の本人の気持ちを尊重して、できるだけ個別性のある支援を行っている。
- 一人ひとりのペースを大切にし、それに合わせた対応を心掛けている。その日のコンディション、様子をみながら、本人の希望を尋ねたり、相談しながら過ごしていただいている。
- 行きたいところへ外出（自宅やイベント、買物等）したり、本人のサインを読み取り、休息場面をつくるなど個別対応に努めている。しかし、入浴や行事等、スタッフの都合で決めていることも少なくない。

■食事を楽しむことができる支援

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観点から、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。

<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思や気持ちを引き出すような声かけや場面づく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。

<ヒント>

○どんな場面で食欲がわくかを把握したり、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（献立づくりや調理での音や匂い等の五感刺激）。

<記載例>

○その日のメニューは利用者と相談しながら決めるようにしている。また、調理、盛り付け、片付け等も利用者とともにいき、職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事できるよう雰囲気づくりを大切にしている。

○利用者と一緒に採ってきた畑の野菜、鶏舎から持ってきた卵などの食材を使って一緒に調理し、食事を1日の大切な活動のひとつにしている。

■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取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、一人ひとりに合っ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、飲食料の低下を防ぎ、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

おやつや捕食も含めて、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取れているのか、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助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必要があります。

<ヒント>

○献立の栄養バランスに配慮し、一人ひとりの摂取総量を残食量等から大まかに把握していますか。

<記述例>

○一人ひとりの体調と一日の摂取量を把握している。個別に主治医より高カロリー捕食品を出してもらっている方もいるが、これだけに頼らず、嗜好品や食べやすいもの等でいろいろと工夫している。

○食事量も個々に合わせて確認するようにし、ご本人の好きな物や食べやすいものを出すようにしている。年に2回、栄養士のアドバイスを受けている。

■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、汚れやにお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を活用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。

<ヒント>

- 口の中の手入れの必要性を職員全員が理解し、毎食後、何らかの口腔ケアを行っていますか。
- 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。

<記述例>

- 利用者の状態に合わせて、食後は洗面所にて行っていただく。利用者によっては、ガーゼやスポンジを使用するなど、食べ続けることができるよう口腔のマッサージを行っている。
- 自分でできる方は声掛け見守りをし、できない方に関しては毎食後のケアを行い、嚥下障害による肺炎の防止などにも努めている。
- 口の中を他人に触れられる利用者の気持ちに配慮しつつ、一人ひとりの力に応じた歯磨きの手伝いをしている。

■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、便秘の予防等、個々に応じた予防に取り組んでいる

【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でき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計り知れません。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。

<ヒント>

○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職員が把握し、あからさまな誘導ではなく、さりげなく支援をしていますか。

○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等の配慮をしながら対応していますか。

○おむつやパットを使用するときは、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。

<記述例>

○自尊心に配慮し、利用者の様子から敏感に察知し、身体機能に応じて手を差し伸べたり、歩行介助をしている。トイレでの排泄を大切にしながら、紙パンツ、パット類も本人に合わせて検討している。

○排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレで排泄できるように支援している。

■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ず、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に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聞いて、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。

<ヒント>

○朝風呂や夜間入浴等、本人のこれまでの生活習慣や希望に合わせて入浴できるよう、職員ローテーションの工夫をしていますか。

○入浴を拒む人に対して、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。

<記述例>

○入浴したい日、時間に合わせて入浴していただいている。また、服を脱ぐことを嫌がる利用者には、職員も一緒に入り、安心感を持ってもらう工夫をしている。

○職員が一方的に決めず、利用者のその日の希望を確認し入っていただいている。仲の良い方同士と一緒に、温まると安眠できる方には就寝前に、一人ひとりの気持ちや習慣に合わせた支援をしている。仲の良い方同士と一緒に入りたい場合や、ゆっくり浸かりたい人には順番を後に回すなどの工夫をしている。

■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総合的に把握していくことも重要です。

<ヒント>

- 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ていますか。
- 眠れない利用者については、原因を見極めて、その人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をしていますか。
- 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に努めていますか。

<記述例>

- なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。また、一人ひとりの体調や表情、希望等を考慮して、ゆっくり休息が取れるように支援している。
- 夕方からの穏やかで安心した時間の過ごし方にチームで取り組み、就寝に向けてリズムが安定するよう工夫している。寝つけない時には、添い寝をしたり、温かい飲み物を飲みながらおしゃべりをする等配慮している。
- その方の生活のペースで午睡したり、心地よく眠りにつけるよう、日中の活動に配慮している。眠剤を飲まれている方には睡眠状況を把握し、日中の活動の妨げになっていないかを確認している。

■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

【考え方の指針】

一人ひとりが服用する薬の目的や副作用、用法や容量について理解し、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望まれます。

<ヒント>

- 全職員が薬の内容（目的、用法、副作用）を把握できるよう、分かりやすい薬剤の早見シートを用意したり、勉強の機会を作っていますか。
- 服薬は本人の心身の安定につながっているか、また、服薬による副作用（周辺症状の誘発、表情や活動の抑制、食欲の低下、便秘や下痢等）がないかの確認を日常の中で行っていますか。
- 漫然と服薬支援を続けるのではなく、状況の変化を記録し、その情報を家族や医師に提供していますか。

<記述例>

- 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る。服薬時は本人に手渡し、きちんと服薬できているかの確認をしている。
- 薬の処方や用量が変更されたり、本人の状態変化がみられるときには、いつもよりも詳細な記録をとるようにし、看護職員や協力医療機関との連携を図れるようにしている。
- 利用者の薬の処方、効能、副作用の説明をファイルに保管し、全職員に分かるように徹底している。処方の変更があった場合はスケジュールボードに掲示し、特に状態変化の観察に努めている。
- 内部の勉強会にて、薬に対する理解を深めている。

■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

【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ときと同様に、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>

○役割、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、利用者は自分一人ひとりで楽しみごとや役割の場面をうまく作れなくなっていくます。しかし、体で覚えこんだ記憶（いわゆる昔取った杵柄）はそのまま残っていることが多く、たとえ、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、役割を果た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、本来の楽しみや役割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、何がその人の役割や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。

○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。その姿に触れることを通して、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。

<ヒント>

○職員主導の画一的な楽しみごとの提供や役割づくりになっていませんか。

<記述例>

○得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえよう、お願いできそうな仕事を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしている。

○食事作りや庭木の剪定、大工仕事、梅干しや干し柿作り等、利用者の経験や知恵を発揮する場面を作っている。遠出の外出や地域の行事参加等の楽しみごとを利用者と相談しながら行っている。

■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、事業者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、これまで通り外に出ていくことを当たり前と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、周辺症状の増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。

<ヒント>

○歩行困難なケースでも、車や車いす等を利用し、戸外で出ることを積極的に行っていますか。

<記述例>

○一人ひとりの習慣や楽しみごとに合わせて、喫茶店や近所のお宅に遊びに行ったり、外食、お弁当を持って戸外へ出かける等、積極的に外出している。

■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

【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よく話し合いながら、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には、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ことが必要です。

<ヒント>

- そもそも、利用者がお金を持つことを阻害するような事業所側の決まりを作っていませんか。
- 職員は、「希望がないから」「混乱するから」等と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んでいますか。
- 少額を所持してもらったり、買物に行くときには本人が直接支払ったりすることを支援するなど、お金がある安心感や満足感に配慮していますか。

<記述例>

- 自分の財布からお金を出すことで社会性の維持につなげており、少額を手元に持ってもらっている。
- 家族の協力を得て、少額のお金を持っている人もいる。家族より、お金を預かり、事業所が管理している人でも、外出時や喫茶店のお金などは自分で払っていただけるようにお金を手渡すなどの工夫をしている。
- 金銭の所持については、ご家族ごとに様々な意向をもっているが、本人の安心や満足に向けて、少額でも所持金を持っていただけるように家族と相談しながら支援している。

■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必要があります。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を確認します。

<ヒント>

- 人目を気にしないで電話が使えますか。
- 本人は手紙が書けない、電話をかけられないと決めつけずに利用を促したり、丁寧に支援していますか。
- 家族、友人、知人からの手紙を歓迎していますか。
- 内容が漏れないよう気を配っていますか。

<記述例>

- 家族や友人などに電話しやすい雰囲気づくりや、職員からの声掛けを行うとともに、会話が他の利用者に聞こえないよう電話の設置場所を工夫している。
- 毎年、年賀状と暑中見舞いを出すための支援を欠かさずに行い、利用者の希望に応じて日常的に電話や手紙を出せるよう支援している。
- 親戚への暑中見舞いやお礼状などを出すなど、手紙や電話の機会がずいぶん増えてきた。ちょっとしてお礼や近況報告なども、通信のきっかけとしている。

■居心地のよい共有空間づくり

建物内部は一人ひとりの身体機能やわかる力を活かして、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。共用の空間が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、一人ひとり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名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良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有空間が、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、馴染みのあるものなどを知り、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聞きながら、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。

<ヒント>

○利用者にとって使いやすい配置や馴染みのものを取り入れた設えになっていますか。

○トイレや風呂場などが、利用者の不安をあおる設えになっていませんか（扉のないトイレ、広すぎる浴室、上がり框のない玄関等）。

○利用者の暮らしと無縁の飾りつけや装飾品が、家庭的な雰囲気壊していませんか。

<記述例>

○調度品は、お年寄りにとって懐かしく感じたり、使いやすい物品を選んで置いている。

○フロアの飾りつけや家具の配置は、利用者と一緒に考えて自分が住んでいる家だという意識を高めてもらうようにしている。