

「グループホームここから高宮」
指定認知症対応型共同生活介護事業
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業
運 営 規 程

(事業の目的)

第1条 株式会社カームネスライフ が設置する グループホームここから高宮（以下「事業所」という。）において実施する指定認知症対応型共同生活介護事業および指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の管理者及び計画作成担当者、介護従業者（以下「従業者」という。）が、認知症状を伴う要介護状態の利用者に対して、適正な認知症対応共同生活介護〔介護予防認知症対応型共同生活介護〕を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 本事業所が実施する事業は、認知症状によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な雰囲気のもとで、心身の特性を踏まえ、利用者の認知症状の緩和や悪化の防止を図り、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護その他必要な援助を行うものである。

また、利用者の意見及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

2 事業に当たっては、事業所所在地の市町村、バックアップ施設の介護老人福祉施設や介護老人保健施設、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、**地域住民等**との連携に努めるものとする。

3 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。

4 事業所は、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕を提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする

5 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供の終了に際しては利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、**居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。**

6 前5項のほか、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例」（寝屋川市条例第55号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

(介護〔介護予防〕計画の作成)

第8条 計画作成担当者は、指定認知症対応型共同生活介護サービス〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス〕の提供開始時に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した認知症対応型共同生活介護計画〔介護予防認知症対応型共同生活介護計画〕を作成する。

- 2 計画作成担当者は、それぞれの利用者に応じて作成した介護〔介護予防〕計画について、利用者及び家族に対して、その内容について説明し同意を得るものとする。
- 3 認知症対応型共同生活介護計画〔介護予防認知症対応型共同生活介護計画〕の作成に当たっては、利用者の状態に応じた多様なサービスの提供及び利用に努め、更に作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて介護〔介護予防〕計画の変更を行うものとする。

(利用料等)

第9条 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕を提供した場合の利用料の額は、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省告示第126号）及び「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省告示第128号）によるものとし、当該指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕が法定代理受領サービスであるときは、各利用者負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

- 2 居室利用料(家賃)については、月額63,000円を徴収する。
- 3 食材料費については、月額51,000円(1日3食 30日の場合)を徴収する。
- 4 管理費については、月額24,640円を徴収する。管理費は、光熱費、教養娯楽費を内訳とする。
- 5 その他 冷暖房費 夏期(6~9月)・冬期加算(11~3月)(月額)2,540円
理美容料・オムツ・おやつ等個人に係わる費用は実費
- 6 入居一時金 100,000円
入居時にお預かりし、20ヶ月均等償却とし、未経過月分を退居時に返還。
前項の費用の支払いを受ける場合には、入居者又はその家族に対して事前に文書等で説明し同意を得る。
- 7 月の途中における入退所については日割り計算とする。
- 8 前7項の利用料等の支払を受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料(個別の費用ごとに区分)について記載した領収書を交付する。
- 9 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用に関し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けるとする。
- 10 法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定認

知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者又は家族に対して交付する。

(入退居に当たっての留意事項)

第10条 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の対象者は要介護者であって認知症の状態にある者で、少人数による共同生活を営むことに支障がないものとし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれる。

- (1) 認知症症状に伴う著しい精神症状を伴う者。
- (2) 認知症症状に伴う著しい行動障害がある者。
- (3) 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者。

- 2 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行う。
- 3 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認めた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じる。
- 4 利用者の退居に際しては、利用者及び家族の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者や保健医療、福祉サービス提供者との密接な連携に努める。

(衛生管理等)

第11条 事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する

(緊急時等に於ける対応方法)

第12条 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕従業者は、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所が定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

- 2 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。
- 3 利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

(非常災害対策)

第13条 非常災害に備えて、消防計画及び風水害や地震等に対応する計画を作成し、防火管理者又は、責任者を定め、年2回（消防1回、地震等1回）定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。また、協力医療機関や連携施設等との連携方法や支援体制について定期的に確認を行うものとする。

(苦情処理)

第14条 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供に係る利用者又は家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じるものとする。

- 2 当事業所は、提供した指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕に関し、法第23条に規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からも質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。
- 3 本事業所は、提供した指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕に係る利用者又は家族からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

「円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順」

- ① 苦情受付担当者は以下の職務を行う
 - ア 入居者や家族等からの苦情の受付
 - イ 苦情内容、入居者・家族等の意向等の確認と記録
 - ウ 受け付けた苦情及びその改善状況等に関して市町村が行う調査への協力及び報告
- ② 入居者・家族等への周知
当事業所内への掲示、苦情受付担当者は、入居者・家族等に対して苦情受付責任者、苦情受付担当者の、氏名・連絡先や、苦情解決の仕組みについて周知する。
- ③ 苦情の受付
 - ◎ 苦情受付担当者は、入居者・家族等からの苦情を随時受け付ける。
 - ◎ 苦情受付担当者は、入居者・家族等からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認する。
 - ア 苦情の内容
 - イ 苦情申出人の希望
- ④ 苦情受付の報告・確認

◎苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情受付責任者に報告する。

⑤ 苦情解決に向けての話し合い

苦情受付責任者は苦情申出人との話し合いによる解決に努める。

(情報公開)

第15条 本事業所において実施する事業の内容について、厚生労働省が定める「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号厚生労働省老健局計画課長通知、以下「省令基準通知」という。）第3の四の（4）に基づき、本事業所玄関前に文書により掲示において公開する。

2 前項に定める内容は、省令基準通知により定める事項及び当事業所が提供する認知症対応型共同生活介護〔介護予防認知症対応型共同生活介護〕の利用及び利用申し込みに資するものとし、利用者及びその家族（過去に利用者であったもの及びその家族を含む。）のプライバシー（個人を識別しうる情報を含む。）にかかる内容は、これに該当しない。

(虐待防止)

第16条 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報すると共に再発防止に向けた検討委員会を行うものとする。

(身体拘束)

第17条 本事業所は、利用者または他の入居者などの生命及び身体の保護をするため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限しない。

なお、利用者が緊急やむを得ない状態になられた場合は、利用者及び利用者の家族、利用者代理人などに対し、利用者のおかれている状況を説明し、利用者及び利用者の家族、利用者代理人などの同意を得て、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」を作成し、一定期間の身体拘束を実施する。

その際、身体拘束解除を目標に、認知症対応型共同生活介護計画〔介護予防認知症対応型共同生活介護計画〕及び「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」を作成し、利用者の人格を尊重し誠意を持った介助を検討する。

利用者の身体状況が安定し、身体拘束を必要としない状態になられた場合は、利用者及び利用者の家族、利用者代理人などの同意を得て、「身体拘束解除に関する説明書」を作成し、身体拘束を解除する。又、実施状況については運営推進会議等で報告する。

(地域連携)

第18条 事業者は、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、事業所が所在する市町村の職員又は、当該事業所が管轄する地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者等により構成される運営推進会議を設置し、おおむね2ヶ月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けるものとする。

8 事業者は、各都道府県の定める基準に基づき、まず自ら評価を行った上で、各都道府県が選定した評価機関の実施するサービス評価を受け、その評価結果を踏まえて総合的な評価を行い、常にその提供する指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の質の改善を図るものとする。また、それらの結果を開示するものとする。

(個人情報保護について)

第19条 事業者は、利用者及び利用者の家族等からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及び利用者の家族等の個人情報を用いませ

ん。
2 事業者は、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとし、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努める。

(その他の運営に関する留意事項)

第20条 本事業所は、従業員の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。

(1) 採用時研修 採用後1ヶ月以内

(2) 継続研修 年4回

- 2 従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とする。
- 4 本事業所は、認知症対応型共同生活介護〔介護予防認知症対応型共同生活介護〕に関する記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存するものとする。
- 5 本事業所又は法人本部にて、従業員、設備、備品、会計に関する記録を整備し随時更新をおこない保存するものとする。
- 6 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は株式会社カームネスライフと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、平成17年12月1日から施行する。

平成18年6月1日 改正

平成18年9月1日 改正

平成25年4月1日 施行

平成27年6月1日 施行

平成27年8月1日 施行

令和1年10月1日 施行

令和5年4月1日 施行

2024年4月1日 施行

重要事項説明書

指定認知症対応型共同生活介護事業
指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業

作成日 2025年7月1日

入居日 2026年 月 日

1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 カームネスライフ
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 鉄村 英樹
所在地	〒541-0056 大阪府大阪市中央区久太郎町1丁目8-9 船場中央ビル4階
電話番号及びFAX番号	電話 06-6265-1108 FAX 06-6265-1109
設立年月日	平成15年6月5日
法人の理念	1. 通いあい、信じあえる心を育み、健やかな身体を維持する事を目指します 2. 広い知識と高い専門技術を提供するため、常に自己研鑽に努めます 3. 介護事業を通じて地域社会に貢献します 4. 全職員の物心両面の幸福が当社の幸福と考えます

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム ここから高宮	
ホームの目的	認知症高齢者が尊厳ある暮らしが送れるよう生活支援を行う	
ホームの運営方針	1. 心許せる人間関係、安心できる場所を作ります 2. 本来あるべき生活能力を奪うのではなく、引き出します 3. 同じ生活者として、嬉時には共に喜び、楽しい時には共に笑うホームにしていきたい	
ホーム責任者	(館長) 門田寿子 (管理者) 北田小百合	
開設年月日	平成17年12月1日	
保険事業者指定番号	2770302038	
所在地	〒572-0806 大阪寝屋川市高宮1-15-22	
電話・FAX番号	(電話) 072-811-3112 (FAX) 072-811-3117	
交通の便	京阪寝屋川市駅 徒歩20分	
敷地概要	第1種中高層住宅専用地域	
建物概要	木造(枠組壁工法)延床面積474.08m ² のうち252.37m ²	
居室の概要	全室個室 1室辺りの居室面積 8.93~9.3m ²	
共用施設の概要	ユニットごとにダイニングキッチン 浴室・身障者用トイレ1箇所・便所1箇所等	
損害賠償責任保険の加入先	東京海上日動火災保険株式会社	
第三者評価の実施状況	実施年月日	令和 年 月 日に実施しています
	評価機関	ナルク福祉調査センター
	評価結果の開示状況	玄関にファイリングしています。

3. 職員体制

職種	人数(名)	職務内容
管理者	常勤 1名 介護と兼務	1 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等において規定されている指定認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います
計画作成者担当者	常勤 2名 内、2名 介護と兼務	1 適切なサービスが提供されるようサービス計画を作成します。 2 連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。
介護従事者	常勤及び非常勤 20名以上	1 介護計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助 2 日常の健康管理、通常時及び特に状態悪化時における医療機関との連絡や調整を行なう。

4. サービス提供時間、利用定員

サービス提供時間	24時間体制		
日中の時間帯	7:00~20:00		
利用定員内訳	18名	1ユニット 2ユニット	9名 9名

5. 入居・退居等

入居の条件	<p>利用者が次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。</p> <p>① 要支援2以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること ② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと ③ 自傷他害の恐れがないこと ④ 常時医療機関において治療をする必要がないこと ⑤ 身元引受人を立てることができること（例外あり・契約書第3条参照） ⑥ 事業者の運営方針に賛同できること</p>
身元引受人等の条件、義務等	<p>身元引受人を1名定めて頂きます。身元引受人は、契約上の債務について契約者と連帯して責任を負うこととなります。また事業者が入居契約の解除を必要と認め要望した時は、協議の上、入居者様の身柄の引き取り、居室の明渡し及び居室の残置財産の引取等を行っていただきます。</p>
契約の解除	<p>〈契約者による解約〉 事業者の定める解約届を事業者に届けることにより、いつでも契約を解約することができます。</p> <p>〈事業者による解除〉 以下の場合には、30日の予告期間において契約を解除することがあります。</p> <p>① 利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく遅滞し、文書での通知後も改善されない場合 ② 契約の条項その他に正当な理由なく重大な違反をし、文書による通知後も改善されない場合 ③ 入居申込書、情報提供書に重大な不実記載があった場合、その他不正な手段により入居がなされた場合 ④ 入居者様の心身状況が著しく低下するなど、少人数による共同生活を営むことに支障が生じたと医師の意見を聞いた上で事業者が判断した場合</p>

6. 提供するサービスの内容及び留意事項

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成	<p>1 サービスの提供開始時に、入居者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、地域における活動への参加の機会の確保等、他の介護事業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成します。</p> <p>2 入居者に応じて作成した介護計画の内容について、入居者及びその家族に対して、説明し同意を得ます。</p> <p>3 （介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を入居者に交付します。</p> <p>4 介護計画作成後においても、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。</p>
食事	<p>・入居者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の入居者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・摂食・嚥下機能、その他入居者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します ・可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。 ・食事の自立に必要な支援を行い、生活習慣を尊重した適切な時間に必要な時間を確保し、食堂で食事をとることを支援します 	
日常生活上の援助	食事の提供	1. 食事の提供及び介助が必要な入居者に対して、介助を行います。 2. 嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。
	入浴の提供	1. 週に3回以上、事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の提供又は清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。 2. 入居者の状態に応じ週に入浴回数を変更いたします。又は清拭対応で提供いたします。
	排せつ	介助が必要な入居者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。
	離床・着替え・整容等	1. 寝たきり防止のため、できる限り離床していただくように配慮します。 2. 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えのほか、必要時に着替えを行います。 3. 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 4. シーツ交換は、定期的に週1回行い、汚れている場合は随時交換します。
	移動・移乗介助	介助が必要な入居者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な入居者に対して、配剤された薬の確認、服薬介助、服薬の確認を行います。
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。
健康管理		医師による隔週1回の診察日を設け、入居者の健康管理につとめます。 入居者の状態に応じ医師の診察を依頼します。
若年性認知症利用者受入サービス		若年性認知症(40歳から64歳まで)の入居者ごとに担当者を定め、その者を中心にその入居者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
		担当者名
来訪・来館		・来訪・来館時間10:00~17:00を基本としますが、事前に連絡等をお願いします。来訪者が宿泊される場合は必ず前日までに許可を得てください。
外出・外泊		・所定の用紙で3日前までに職員へ届出をして下さい。
居室変更		・日常動作等考慮し、居室変更させて頂くことがあります。
迷惑行為等		・騒音等入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。また無断で他の入居者の居室に立ち入らないようにして下さい。
所持品の持ち込み		・高価な貴金属や現金は、こちらでは管理いたしません。
動物飼育		・居室内へのペット持ちこみ及び飼育はお断りします。
理容・美容サービス		・理容・美容の出張サービスをご利用頂けます。料金は個人負担となります。

7. サービス及び利用料金

①保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	要介護度別に応じて定められた金額(省令により変更あり)から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。
	介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
	月途中から入居した場合、又は月途中で退居した場合には、入退居した期間に応じて月額利用料を日割りした料金をお支払いいただきます。
	入居日とは契約締結しサービスを開始した日、退居日とは契約を解除しサービスを終了した日。

保険給付サービス利用料金一覧表参照

②その他のサービス利用料金

保険対象外サービス	別途のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。 料金の改定は理由を付して事前に連絡いたします。
居室利用料(家賃)	63,000円/月
管理費	39,640円/月
(水道光熱費、建物保守管理費)	内訳:水道光熱費 建物保守管理費、施設清掃費、セキュリティ費用など ※詳細は当社経理にて管理しています。※ご要望に応じてご説明させていただきます。
食材料費	1日につき1,200円(朝食:300円 昼食:400円 夕食:500円)となります。 ※36,000円/月(1日3食 30日の場合) おやつ:1日につき実費110円
個人消耗品の費用	理美容代:カット 円、パーマ 円、顔そり 円 オムツ代:実費(商品により金額は異なる) その他個人消耗品

保証金 100,000円

入居時にお預かりし、20ヶ月均等償却とします。20ヶ月未満で退去の場合

は、未経過月分を退去時に返還します。

③利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用の請求	<p>利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日（日、祝日の場合、前後の営業日）までに利用者あてに発送を致します。</p> <p>食費については外出、外泊、入院の際に利用されていない分は差し引きいたします。ただし、外出、外泊の際に関してはキャンセルさせて頂くには4日前には申し出てください。</p>
利用料、その他の費用の支払い	<p>下記のア)によりお支払いください。※ただし、イ)の支払いを希望される方はお申し出ください。</p> <p>ア) 入居者指定口座から事業者指定口座への自動振替 自動振替の手続きが完了するまでは、イ)にてお支払いください。 振替日： 請求月の翌月4日に自動振替いたします。 ※銀行の休業日により前後致します。</p> <p>イ) 事業者指定口座への振込み 請求月の15日までに、下記口座へお振込みください。 【事業者指定口座振り込みの場合】 関西みらい銀行 江坂支店 普通口座 口座番号 105262 口座名義： カ) カームネスライフ</p>

※利用料、入居者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用のお支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合は、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いしていただきます。

8. サービスの利用方法

サービスの利用開始	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申し込みは、館長又は管理者にて受け付けます。 ・施設の見学していただき、利用に関する手続きの説明をさせていただきます。 ・必要な書類は、介護保険証、入居申込書、医師の診断書又は診療情報提供書等です。
サービスの終了	<ol style="list-style-type: none"> ① 要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援1と認定された場合 ② 利用者が死亡した場合 ③ 利用者又は利用者代理人が第14条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日 ④ 事業者が第15条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間を満了した日 ⑤ 利用者が病気の治療等その他のため長期にグループホームを離れることが決まり、かつその移転先の受入れが可能となったときただし、利用者が長期にグループホームを離れる場合でも、利用者又は利用者代理人と事業者の協議のうえ、居室確保等に合意したときは本契約を継続することができます。 ⑥ 利用者が他の介護施設等への入所が決まり、その施設での受け入れが可能となった時

9. 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	119番通報及び非常ボタン（自動通報装置）を押し消防署へ通報し、対応致します。
平常時の訓練等	年に2回の消防訓練（内1回は夜間又は自然災害による訓練）
消防計画等	消防署への届出日 平成21年2月9日 防火管理者 門田寿子
防犯防火設備 避難設備等の概要	消火栓・緊急通報装置等消防設備も整備しており、地域自治会等とも連携して防火防災に努めます。
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

10. 事故発生時の対応方法

事故発生時の対応方法及び損害賠償について	<p>認知症対応型共同生活介護所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに入居者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また認知症対応型共同生活介護事業所が入居者に対して行ったサービスの提供により、損害賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。</p>
----------------------	--

11. 緊急時の対応方法

事故発生時や利用者の体調悪化にの緊急時の対応方法	<p>サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。</p> <p>・急変時の対応については、入所の際などに利用者や親族等の意思確認を行い、適切な対応を心がけるとともに、医療機関への連絡、調整（救急要請）と同時に、利用者親族等への連絡は速やかに行うよう努めます</p> <p>・協力医療機関の受け入れ体制は、「協力医療機関」参照。</p> <p>・上記は当該施設が連携している医療機関であり、利用者および親族等がかかりつけ医への医療機関受診を希望する際には、その意思を尊重して対応します。</p>	
入院期間中におけるグループホームの居住費や食費の取り扱い	居室利用料（家賃）	入院による減額はありませぬ
	食材料費	取り消し可能日より費用はかかりませぬ
	管理費	入院日翌日より日割り計算します

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
家族等	緊急連絡先名	
	住所、電話番号	

1 2. 協力医療機関および福祉施設

協力医療機関	医療法人協人会小松病院 寝屋川市川勝町1 1番6号 診療科目：内科・外科・整形外科・泌尿器科など 電話： 072-823-1521
協力医療機関	医療法人山弘会 上山病院 寝屋川市秦町15番 号 診療科目：内科・外科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科など 電話： 072-825-2345
協力医療機関	医療法人祥風会 緑ヶ丘みどりクリニック 寝屋川太秦緑ヶ丘2 8-8 在宅診療 電話： 072-803-8175
協力介護老人保健施設名	介護老健施設 松柏苑 寝屋川市川勝町 11月27日 電話： 072-823-1721
協力歯科医療機関名	医療法人協人会小松病院 寝屋川市川勝町1 1番6号

1 3. 秘密保持等

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
従業者に対する秘密の保持について	就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。 また、その職を辞した後にも秘密を保持の義務があります。
個人情報の保護について	事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 事業者は、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとする。

1 4. 衛生管理

施設内感染予防	・ 感染防止マニュアルの遵守。
勉強会の実施	・ 衛生管理、感染症防止対策に必要な知識を身に付ける。
ご家族様への協力依頼	・ インフルエンザ流行時は、症状のある方の面会を制限する。 ・ 飲食物について家族に説明を行ない、協力を得る。 (生ものは、面会時に食べきれぬ程度の量に制限し、余れば持ち帰る) ・ 面会時のうがい、手洗いを徹底してもらい、必要時はマスク着用を促す。

1 5. 運営推進会議

運営推進会議の目的	サービス提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。
開催時期	おおむね2ヶ月に1回開催します。

委員の構成

入居者家族	
地域の代表	自治会会長、副会長
グループホームについて知見を有す	
介護見知職	ナル 寝屋川 かつぎ
地域包括支援センター職員	寝屋 1中地域 包括支 センター
当施設代表	管理者、計画作成担当者

1 6. 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）

	認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）サービスは、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者一人ひとりの人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って、家族的な環境
--	--

認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）	<p>の下で日常生活を送ることができるよう配慮してサービスの提供に努めます。</p> <p>利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画（サービス計画）を作成いたします。</p> <p>事業所の計画作成担当者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者と協議のうえでサービス計画を定め、また、その実施状況を把握し、常に評価を行い、必要に応じてサービス計画の変更見直しをいたします。</p> <p>サービス計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。</p>
--------------------------------	--

17. 身体拘束等について

身体拘束等の禁止	事業者は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。
緊急やむを得ない場合の検討	<p>緊急やむを得ない場合は、以下の要件をすべて満たす状況であるか管理者、計画作成担当者、介護職員で構成する「身体的拘束検討チーム」で検討します。</p> <p>個人では判断しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合 ・身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。 ・身体的拘束等が一時的であること。
家族への説明	緊急やむを得ない場合は、あらかじめ入居者の家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとします。
身体的拘束等の記録	身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し5年間保存します。
身体的拘束等の適正化	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3か月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図るものとする。 ・身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。 ・介護従業者その他の従業者に対し身体的拘束等の適正化のための研修を年2回実施する。

18. 虐待の防止について

虐待の防止	虐待防止に関する担当者を選定しています。	
	虐待防止に関する担当者	管理者
	虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者の周知徹底を図っています。	
	虐待防止のための指針の整備をしています。	
	従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。	
事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（入居者を現に養護する家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。		

19. 苦情相談機関

円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①苦情受付担当者は以下の職務を行う。

ア 入居者や家族等からの苦情の受付

イ 苦情内容、入居者・家族等の意向等の確認と記録

ウ 受け付けた苦情及びその改善状況等に関して市町村が行う調査への協力及び報告

②入居者・家族等への周知

グループホーム内への掲示、パンフレットへの掲載等により、苦情受付担当者は、入居者・家族等に対して苦情受付責任者、苦情受付担当者の、氏名・連絡先や、苦情解決の仕組みについて周知する。

③苦情の受付

◎ 苦情受付担当者は、入居者・家族等からの苦情を随時受け付ける。

◎ 苦情受付担当者は、入居者・家族等からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認する。

ア 苦情の内容

イ 苦情申出人の希望

④苦情受付の報告・確認

◎ 苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情受付責任者に報告する。

⑤苦情解決に向けての話し合い

苦情受付責任者は苦情申出人との話し合いによる解決に努める。その際、市町村及び国民従って必要な改善を行わなければならない。

ホーム苦情相談窓口	担当者 氏名 館長 門田寿子 管理者 北田小百合 計画作成担当者(上野由紀 西川結)
連絡先	寝屋川市高宮1丁目15-22 TEL 072-811-3112 FAX 072-811-3
ホーム外苦情相談窓口	各市町村 福祉局高齢者施策部介護保険課記載

身体拘束適正化の為の指針

グループホーム ここから高宮

1、身体拘束廃止に関する考え方

身体拘束は、利用者の生活の自由を制限するものであり、利用者の尊厳ある生活を阻むものです。当施設では、利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止に向けた意識をもち、身体拘束をしないケアの実施に努めます。

(1) 介護保険指定基準の身体拘束禁止の規定

サービス提供にあたっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を禁止しています。

(2) 緊急・やむを得ない場合の例外三原則

利用者個々の心身の状況を勘案し、疾病・障害を理解した上で身体拘束を行わないケアの提供をすることが原則です。しかしながら、以下の3つの要素のすべてを満たす状態にある場合は、必要最低限の身体拘束を行うことがあります。

- ①切迫性 : 利用者本人または他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しくたかいこと。
 - ②非代替性 : 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
 - ③一時性 : 身体拘束その他の行動が一時的なものであること。
- ※身体拘束を行う場合には、以上3つの要件を全て満たすことが必要です。

イ、事業所における身体拘束などの適正化に関する基本的考え方

(1) 身体拘束の原則禁止

当施設においては、原則として身体拘束及びその他の行動制限を禁止します。

(2) やむを得ず身体拘束を行う場合

本人又は他の利用者の生命又は身体を保護するための措置として緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は身体拘束廃止委員会を中心に十分に検討を行い、身体拘束による心身の損害よりも、拘束をしないリスクの高い場合で、切迫性・非代替性・一時性の3要件の全てを満たした場合のみ、本人又は家族への説明同意を得て行います。

また身体拘束を行った場合は、その状況について経過記録を行い出来るだけ早期に拘束を解除すべく努力します。

(3) 日常ケアにおける留意事項

身体的拘束を行う必要性を生じさせないために、日常的に以下のことに取り組みます。

- ①利用者の本来ある生活能力を引き出し、尊厳ある生活に努めます。
- ②言葉や対応等で利用者の心身の自由を妨げないように努めます。
- ③利用者の思いをくみとり、利用者の意思にそったサービスを提供し、多職種合同で個々に応じた丁寧な対応をします。
- ④利用者の安全を確保する観点から、利用者の自由（身体的・精神的）を安易に妨げるような行動は行いません。

万一やむを得ず安全確保を優先する場合、身体拘束廃止委員会において検討をします。

- ⑤「やむを得ない」と拘束に準ずる行為を行っていないか、常に振り返りながら利用者に主体的な生活をしていただける様に努めます。

ロ、身体拘束適正化委員会その他事業所内の組織に関する事項

(1) 身体拘束適正化委員会の設置

当施設では、身体拘束の廃止に向けた身体拘束廃止委員会を設置します。

①設置目的

施設内での身体拘束廃止に向けての現状把握及び改善についての検討
身体拘束を実施せざるを得ない場合の検討及び手続き
身体拘束を実施した場合の解除の検討
身体拘束廃止に関する職員全体への指導

②身体拘束適正化委員会の構成員

- 1) 館長
- 2) 管理者
- 3) 計画作成担当者
- 4) 介護職員
- 5) 看護職員

※この委員会の責任者は館長とし、その時参加可能な委員で構成する。

③身体拘束適正化委員会の開催

- ・定期開催します。
- ・必要時は随時開催します。
- ・急な事態（数時間以内に身体拘束を要す場合）は、生命保持の観点から多職種共同での委員会に参加できない事が想定されます。その為、意見を聞くなどの対応により各スタッフの意見を盛り込み検討します。

ハ、身体拘束などの適正化の為の職員研修に関する基本方針

介護に携わる全ての従業員に対して、身体拘束廃止と人権を尊重したケアの励行を図り職員教育を行います。

- ①定期的な教育・研修 1回／3ヶ月
- ②新任者に対する身体拘束廃止・改善のための研修に実施
- ③その他必要な教育・研修の実施

二、事業所内で発生した身体拘束などの報告方法などの為の方策に関する基本方針

本人又は利用者の生命又は身体を保護する為の措置として緊急やむを得ず身体拘束を行わなければならない場合は、以下の手順に従って実施します。

<介護保険指定基準において身体拘束禁止の対象となる具体的な行為>

- (1) 徘徊しないように、車いすやイス・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (2) 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (3) 自分で降りられないように、ベッド柵（サイドレール）で囲む。
- (4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- (5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または、皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- (6) 車いす・イスからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- (7) 立ち上がる能力のある人に対し立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- (8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- (9) 他人への迷惑行為を防ぐ為に、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (10) 行動を落ち着かせるために、抗精神薬を過剰に服用させる。
- (11) 自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。

ホ、身体的拘束等発生時の対応に関する基本的方針

- (1) 緊急やむを得ない状況になった場合、身体拘束廃止委員会を中心として、各関係部署の代表が集まり、拘束による利用者の心身の損害や拘束をしない場合のリスクについて検討し、身体拘束を行うことを選択する前に①切迫性②非代替性③一時性の3要素の全てを満たしているかどうかについて検討・確認します。

要件を検討・確認した上で身体拘束を行うことを選択した場合は、拘束の方法、場所、時間帯、期間等について検討し利用者・利用者の家族等に対する説明書を作成します。

また、廃止に向けた取り組み改善の検討会を早急に行い実施に努めます。

- (2) 記録と再検討

法律上、身体拘束に関する記録は義務付けられており、専用の様式を用いてその様子・心身の状況・やむを得なかった理由などを記録する。身体拘束の早期解除に向けて、拘束の必要性や方法を随時検討します。その記録は2年間保存、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにします。

- (3) 拘束の解除

(2)の記録と再検討の結果、身体拘束を継続する必要がなくなった場合は、速やかに身体拘束を解除します。その場合には、利用者、利用者の家族等に報告いたします。

尚、一旦、その時の状況から試行的に身体拘束を中止し必要性を確認する場合がありますが、再度、数日以内に同様の対応で身体拘束による対応が必要となった場合、利用者の家族等に連絡し経過報告を実施するとともに、その了承のもと同意書の再手続なく生命保持の観点から同様の対応を実施させていただきます。

へ、利用者などに対する当該指針の閲覧に関する基本方針

重要事項説明書と共に説明し 訪問者が閲覧できるように掲示します

ト、その他身体拘束適正化の推進のために必要な基本方針

身体拘束の廃止のために、各職種の専門性に基づくアプローチから、チームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任をもって対応します。

(館長・管理者)

- 1) 身体拘束廃止委員会の統括管理
- 2) ケア現場における諸課題の統括責任

(医師) ※各利用者様の主治医

- 1) 医療行為への対応
- 2) 看護職員との連携

(看護職員)

- 1) 医師との連携
- 2) 施設における医療行為範囲の整備
- 3) 重度化する利用者の状態観察
- 4) 記録の整備

(管理者・計画作成担当者)

- 1) 身体拘束廃止に向けた職員教育
- 2) 医療機関、家族との連絡調整
- 3) 家族の意向に添ったケアの確立
- 4) 施設のハード・ソフト面の改善
- 5) チームケアの確立
- 6) 記録の整備

(介護職員)

- 1) 拘束がもたらす弊害を正確に認識する
- 2) 利用者の尊厳を理解する
- 3) 利用者の疾病、障害等による行動特性の理解
- 4) 利用者個々の心身の状態を把握し基本的ケアに努める
- 5) 利用者とのコミュニケーションを充分にとる
- 6) 記録は正確かつ丁寧に記録する

(栄養士) ※食材業者等

- 1) 経鼻・経管栄養から経口への取り組みとマネジメント
- 2) 利用者の状態に応じた食事の工夫
- 4) 利用者個々の心身の状態を把握し基本的ケアに努める
- 5) 利用者とのコミュニケーションを充分にとる
- 6) 記録は正確かつ丁寧に記録する

(栄養士) ※食材業者等

- 1) 経鼻・経管栄養から経口への取り組みとマネジメント
- 2) 利用者の状態に応じた食事の工夫

身体拘束の内容・目的・理由・拘束時間又は時間帯・期間・場所・改善に向けた取り組み方法を詳細に説明し、十分な理解が得られるように努めます。

また、身体拘束の同意期限を超え、なお拘束が必要とする場合については、事前に利用者・利用者の家族等と行っている内容と方向性、利用者の状態などを確認説明し、同意を得たうえで実施します。

この規定は2026年3月1日施行する。

認知症対応型共同生活介護事業
 介護予防認知症対応型共同生活介護事業
 グループホームここから高宮

重度化した場合における対応及び看取りに関する指針

1, 重度化した場合における対応

(1)急性期における医師、医療機関との連携体制

- ・日ごろの健康管理と定期受診などを通して医師、医療機関との連携をとり、安全な生活が送れるように援助します。
- ・異常があれば早期に受診し対応していきます。
- ・急変時、昼間は下記協力医療機関 に連絡・指示を仰ぎ夜間も下記医療機関に連絡し指示を仰ぎます。(下記住所など記載)

医療機関名			
主治医		診療科目	
所在地	〒 ー		
	電話		F A X
医療機関名			
主治医		診療科目	
所在地	〒 ー		
	電話		F A X

(2) 入院・外泊期間中における居室確保と居住費などの取り扱いについては記載の通り。

居室利用料	入院による減額はありませ
食材料費	取り消し可能日より費用はかかりませ
水道光熱費	入院日翌日より費用はかかりませ

2, 看取り介護についての基本方針

入居者の重度化に伴い、近い将来に死にいたることが予見される方に対し、家庭的な環境のもとに安らかな生活がおくれるよう身体的および精神的ケアを行います。可能な限り住み慣れた施設で受けることができるように最大限に努め、最後の時を迎えるその瞬間まで、その方なりに充実して過ごせるように、職員一同が全力で取り組み、ご家族、医療関係と連携をとりながら、その方の人格を尊重し全人的なケアを目指します。

(1)看取り介護の具体的支援内容

- ① 身体状況の変化の把握

各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより早期の発見と対応に努める。

- ② 各職種（介護支援専門員・医師・看護師・介護職など）の参加によるカンファレンスを開催して介護・看護について計画書の修正あるいは変更を行う。
- ③ 主治医より、病状の説明を行い、今後の治療方針（インフォームドコンセント）と、希望する終末期をイメージする支援を行う（病院で可能な限りの延命治療を受けたい。もしくは施設において看取り介護を決定する）
- ④ 医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行うと同時に、入院期間中における居住費等について明確にする。
- ⑤ ご本人とご家族の意向を踏まえ、ターミナルに向けてプランを作成する。

身体的ケア

: 医療体制、点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認を行う。

: 栄養と水分量の確保（食べる楽しみをどこまで維持し支援できるか）

: 清潔（口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・必要な被服の更衣や寝床空間の清潔を含む）

: 排泄（尿意便意のある方に対する適切な排泄ケアと便秘に関する調整など）

: 精神的ケア

: 疼痛ケア

: コミュニケーション（感情の表出を助ける）を重んじる。

: 環境整備（ご本人の趣味の物を置くなどの生活空間、またはプライバシーの確保・室温空調などに関して配慮する）

- ⑥ ご家族に対しての支援（精神面や負担感に配慮しながら、十分に看取りの介護に精神面で参加していただけるような支援を行う）宿泊や付き添いに関する支援。
- ⑦ 看取り介護の同意と同意書作成（別紙参照）
- ⑧ 看取り介護の取り組みと実施。変化する状態に応じた介護・看護についての計画書の修正と変更を行い、ご家族・ご本人へ説明と同意を得る（記録の整備）
- ⑨ 臨終時と死後の対応（葬儀に関する情報提供・遺留品の引き渡しについての検討を行う）

(2)看取り介護の開始時期について

看取り介護の開始は、医師により、医学的知見において、回復の見込みがないと判断し、ご家族・ご利用者に病状説明および判断内容について説明を行い、利用者、もしくはご利用者の意思を代弁できる者が終末期を当該施設で過ごすことの同意を受けて実施するものとする。

(3)施設における医療連携体制について

24時間オンコール連絡ルートを明確にし（看護職員及び協力医療機関との連携体

制) それらを介護職員への周知いたします。

(4)全職員が、看取り介護に関する共通認識を持ち、一定の研修を設ける。

- : ターミナルケアの実践に係る知識と理解
- : 苦痛に関する緩和ケア・精神的ケア
- : ターミナル期の介護方法および技術
- : 緊急時対応、および急変時の連絡ルートの理解
- : 報告・記録の整備
- : インフォームドコンセントについて
- : 状態観察 (バイタルチェックなど)
- : エンゼルケア
- : 死亡診断書について、手続き等に関する理解
- : 儀礼上の留意事項
- : 葬儀に関する情報提供について
- : 遺留品・金品の引き渡し事項について

3, 附則

平成27年12月1日 施行

看取り介護についての同意書

私は_____の看取り介護指針について「ここから高宮」担当者より十分な説明を受けて、指針が私どもの意向に沿ったものであることを確認しましたので、下記について同意します。

私どもは「ここから高宮」が定める看取り介護指針に沿って、ご本人様に苦痛の伴う積極的医療（延命治療）は行わず、最期に至るまで慣れ親しんだ当施設において、安心できる看取り介護を行います。

但し、ご意向に変化があれば、その意向に沿うべく医療機関の受け入れなどの支援に努めます。

又 利用料ご請求にあたり 月を越えている場合 追加でのご請求がございますので
ご了承下さい

ここから高宮
代表者 _____ 様

令和 年 月 日

身元引受人 住所
_____ 氏名 印 (続柄)

同席者 住所
_____ 氏名 印 (続柄)

立会人（施設）氏名 _____ 印 (職種)

医療機関
担当主治医 _____ 印

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット共通/花・森ユニット)

事業所番号	2770302038	
法人名	株式会社カームネスライフ	
事業所名	グループホームここから高宮	
所在地	大阪府寝屋川市高宮1丁目15-22	
自己評価作成日	令和7年8月24日	評価結果市町村受理日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター	
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階	
訪問調査日	令和7年9月11日	

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

歴史的な町並みの中に立ち田園風景が広がる環境の中、新しい住宅も増えてきていますが、ご近所の方々と職員が挨拶などを通して交流を深め、災害時の協力もお互いに声掛け合える関係を築けてます。又近くの小学校の子供のレンゲ見学の時には、トイレの貸出もさせて頂くなどコロナ流行時には、出来なかった交流もさせていただいております。自治会の伝統的な、行事も次々と再開されており運営推進会議などで、お声掛け頂き、出来るだけご利用者様の体調観ながら参加させていただいております。施設内に畑がありボランティアの方が季節ごとに、お花や野菜を作ってください、野菜など収穫し皆様と楽しんでおります。職員に関しては、コロナ、インフルエンザなどの感染症又拘束・虐待などの施設内研修を行い 意見を共有し 意識を高めあい より良い施設作りを目指しております。

通い合い信じあえる「こころ」とすこやかな「からだ」を大切に皆が集える家を目指す(株)カームネスライフを冠とする当事業所は、平成17年12月に開設された。利用者の高齢化とADL低下が顕著となっている現状において、個々の有する能力を最大限に引き出し、洗濯物をたむ・食器拭き・テーブル拭き・モップかけ等の日常生活動作に関わってもらい、日々の生活の自立度の安定と、役割を担って張り合いある生活の支援に取り組んでいる。事業所開設から20年弱を経て、近隣の人が転倒した際の助けを求められたり、介護の相談等に応じて、地域の中の福祉施設としての役割を果たしている。事業所敷地内の菜園での野菜・花作りを近隣のボランティアと共に行い、四季と自然に接しながら利用者は穏やかな生活を営んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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 (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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る (参考項目:9,10,19)
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	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 (参考項目:2,20)
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. 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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. 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
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、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない		

【本評価結果は、2ユニット総合の外部評価結果である】

自己評価および外部評価結果【2ユニット総合外部評価結果】

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 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	ホーム独自の理念を掲げ、職員全員の思いとし新人研修の項目にも掲げ、介護にあたってます。	法人理念を玄関に掲げ、事業所独自の理念「入居者中心の生活 地域社会への貢献 研究心と向上心を持つ 和を尊ぶ」を職員が常に目にする事務所に掲示し、意識の徹底を図っている。職員の入職時に理念の内容とサービスケアの姿勢について説明し、理念に沿ったケアの実践に取り組んでいる。	
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	コロナ5類になり、地域の行事も再開されておりご利用者様の体調 感染状況を観ながら参加し又施設駐車場ご希望があれば使用して頂くなどし、交流させて頂いています。	秋まつりのだんじりの見学は、事業所前に来る時間を教えて貰っている。近隣の公園でのとんどまつりに出かけたり、事業所周辺の田の稲を植えこむ前のレンゲ畑に小学生が見学に来る際は、トイレの利用に応じている。敷地内の菜園の野菜や花の栽培に、近隣のボランティアの協力を得る等、幅広い地域との交流がある。	
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	近隣の方が困られた時には気軽に相談、援助させて頂いております。		
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	2ヶ月1回 運営推進会議開催しご意見頂き、実践させて頂いております。	偶数月を運営推進会議の定例開催月とし、年6回開催している。地域包括支援センター・自治会代表・家族等の参加を得て、事業所の現状・行事・事故報告を行い、参加メンバーから意見や情報を貰い双方向的な会議となっている。会議議事録は玄関に開示し、参加メンバー全員(家族も含む)に送付している。	
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	寝屋川市の勉強会、高齢介護室事故報告などその都度報告、相談してます。	市の高齢介護室の窓口で、事業所の取り組み内容や事故報告、各種の事務手続きを行い、情報や指導・アドバイスを貰っている。グループホーム協会に所属して連携を取り合い、福祉関連事業所との定例会にも参加して、情報交換や検討課題を話し合っている。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」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	3ヶ月に1回拘束に関する 研修行い職員全員と共有しています。ユニット間の施錠は見守りが出来る体制をとり 施錠してません。今年の夏は熱中症の不安もあり施錠しフローで楽しんで頂ける工夫しました。	身体拘束適正化委員会や研修を通して身体拘束の内容や弊害について理解を深めている。年2回の研修後は職員は報告書を提出して、習熟度の振り返りを行っている。不適切な言動の場合は、職員間で注意し合う環境となっている。委員会・研修の記録内容の日時・参加メンバー・議題・検討項目等が不十分で、適正化委員会での内容伝達のあり方にも課題がある。	身体拘束適正化委員会及び研修の記録に、日時・参加メンバー・議題・参考資料等を列挙し、内容伝達において確認出来る資料の整備に期待する。
7		○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	施設内研修 3ヶ月に1回行い 日々の申し送りヒヤリハット活用し職員間で話し合い、観察をしています。		
8		○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	ネットなど活用し伝達研修行っています。		
9		○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	入居者時に時間をかけて説明させて頂いております。又改訂時には書面 運営推進会議などで説明させて頂き、質問などの機会がもてる様にしています。		
10	(6)	○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	御意見箱を設置し、御家族様が訪問時 職員全員で対応しています。又運営推進会議の要望などで公表し改善できる所は反映しております。	家族の訪問時(来所する家族は少ない)や電話連絡時に、意見や要望を傾聴している。歩行困難と立ち上がりが難しくなっている利用者の家族からの要望で、整骨院のリハビリ・マッサージの施術の導入に込えている。利用者で意見が発信できる人の要望で、自宅に出かけたり、好きなお菓子の買物に行きたい等に応えている。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	(7)	○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	会社全体の会議が毎週あり 月に一度の職員会議で報告し 職員の意見を聞ける体制でおります。	居室担当制を設けて、職員は居室の整理整頓や備品・衣類の管理と、2ヶ月に1回の写真付きの家族へのおたよりのコメント記入に携わっている。日頃の気づきや提案は連絡ノートに記入して、全体で共有して検討している。身体の高い男性のベッドからの移動・移乗にスライドボード使用の職員提案を実行している。	
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	各職員の勤務形態に応じて、長く働ける勤務状況を作るようにしています。		
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	職員会議、個人面談などでできずきなど 共有しています。		
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	月に一度 同業者との 定例会に参加しています。		
Ⅱ.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	御入居前より、御家族、ご本人様と面談し、安心を確保する関係づくりに努めています。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	御家族、ご本人様が不安に思われておられる事又ご要望をお聞きし関係を深め、サービスに繋げ関係を深めます。		
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	適切と思われるサービスを提案し将来の予測も踏まえ説明 提案させて頂いています。		
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	日々の生活の中で、ご利用者様が出来る事など、職員、ご利用者どうしで助け合いが出来る様に努めます。		
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	生活の中での変化、往診の結果など、面会時におつたえします。又は御家族、を交えご本人の思いをご家族にお伝えします。		
20	(8)	○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	ご家族様の了承を頂き、ご本人がご希望されたらお電話でお話しなどして頂いています。	利用者の高齢化やADL低下で、馴染みの人や場所に対しての関心が薄れてきて、友人・知人の訪問はなく、家族の訪問も少数の人だけとなっている。自宅に帰りたいとの要望には車で出掛け、電話・手紙の取次ぎを行う等、これまでの関係継続の支援に努めている。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お掃除、生け花、などお手伝いして頂き交流が出来る様に支援しています。		
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	お問い合わせがあれば、速やかにご対応させていただきます。		
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	(9)	○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	御入居時にご家族様から情報頂き対応させていただきます。状況が変わればご本人様とお話しさせていただきます。	入居時のアセスメントシートの好きな事・趣味・暮らし方の意向等を基に、日頃の生活で話しかけ・問い掛けを行い、今の思いの引き出しに努めている。把握した内容はタブレットに記入して、全体の共有を図り、計画作成に活かしている。	
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	毎日の関わりの中で、ご家族様ともお話を重ね信頼関係を築き、記録に残し職員と共有しています。		
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	職員が日々傾聴し、様々な可能性をしり記録しています。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	(10)	○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	ご本人、御家族、よりご希望 お聞きし計画作成者が介護計画を立て記録に残し、担当職員との見直し、計画の見直しなどもしています。	毎月のカンファレンスと3ヶ月毎のモニタリングで課題分析を行い、短期6ヶ月・長期1年の介護計画を作成している。事業所関係者による事前の担当者会議前に、主治医や家族から意見を聞き、関係者全体の意見が反映された計画作成となっている。心身状態変化時は随時見直している。	
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	個人別ケアプランに沿って記録を残し情報を反映しています。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人、御家族、のご希望、必要なサービスは取り入れていきたいと思えます。		
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	馴染みの関係を継続出来るように、支援し対応させていただきます。		
30	(11)	○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、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支援している	かかりつけ医の意見を尊重し、ご家族様のご意見をお聞きしながら、バランス取りながら支援していきます。	かかりつけ医に関しては、過去に従来からの医師を継続した例はあるが、現在は全員が協力医の訪問診療を受けている。協力医療機関の訪問診療は、2週間に1回で、歯科、専門医には、職員が同行し、病院にて家族と待ち合わせて診療を受けている。更に訪問看護師による24時間オンコールの体制がある。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職との協働 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	記録により異変にきずく観察を行い、かかりつけ医に報告し、必要時には受診の対応させていただきます。		
32		○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	御家族との連絡をみつに取り必要な時にはカンファレンスにも参加させて頂き、治療の継続や施設での生活が行って頂けるよう心がけてます。		
33	(12)	○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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時説明させて頂き、御家族の希望を聞き必要なケアが出来るように、看取りも踏まえ取り組んでいます。	入居契約時に重度化した時の事業所の対応について、家族、本人に説明し同意書を得ている。利用者の状態が重度化した場合は主治医の判断を受け、家族に再度説明し、同意を貰っている。看取り発生時には、全職員に周知説明し、一人一人の終末期に合わせた介護を心がけている。	
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	緊急搬送、救急対応など 再度行って行きます。		
35	(13)	○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	避難計画も作成し、備蓄品、自治会や近隣の方にも災害時相互の協力をお願いしています。消防訓練年2回行い、ご家族様にもお伝えしています。	今年度の防災避難訓練は、6月18日に1回目を実施しており、次回は11月頃に実施予定としている。災害時の職員のグループラインを策定し災害時には、一斉送信する。近隣の人とも協力体制を維持し、防災時の避難場所に施設の利用を検討している。BCP(事業継続計画)は策定済である。備蓄は、米、懐中電灯、レトルト食品、水、電池等である。発電機の設置は、本社で検討している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	居室は個人の部屋とし、掃除などで立ち入る時には、必ずご本人様に了解して頂いてから、入室しています。	接遇マナーは、入職時に利用者を人生の先輩として、人格の尊重を最重点として利用者に接する心構えで支援している。年間研修計画にも組み込まれている。スピーチロックに対しては、お互いに周知している間柄でもあり、5分待つて、その場で注意し合う様に申し合わせている。個人情報の書類は、鍵のかかるロッカーに管理されている。	
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	ご本人様の、生活リズムに合わせて環境作りを行ってます。		
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	ご本人様の希望に寄り添い支援しています。		
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に支援している	毎日ご本人様のご希望どうり支援してます。時には化粧品などの購入を支援しています。		
40	(15)	○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	テーブルをふいて頂いたり、お盆をふいて頂いたりご本人様の体調に寄り添い職員と一緒に行ってます。	食事は、業者が納入した食材を調理担当職員がぎざみ食、ムース食も同時に作って提供している。月1回は、行事食担当者が工夫を凝らし、買い物、調理を行い、利用者も心待ちにしている。施設内での庭で取れた野菜、果物を調理し提供している。外食は、難しいので、テイクアウトのピザ、お寿司等を購入し食事に彩を添えている。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	管理栄養士が立てた献立と食材で調理し、摂取量水分量など記録に残しています。		
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	毎食後 個人に合わせたブラシ使用しケア行ってます。義歯の方決まった時間に入れ歯洗浄剤に付けてます。		
43	(16)	○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	排泄パターンに合わせ声掛け、職員による誘導を行ってます。、	排泄チェック表を作成し、様子を見て声掛けをしている。布パンツ利用者は、最近、ADLが落ちてきている利用者が多く、リハビリパンツ(パット)利用者が全員である。夜間は2時間置きに巡回し、トイレ誘導している。ポータブル利用者は2名である。便秘の利用者には、医師に相談し薬を処方し投薬している。原因を探求し、水分補給、朝のラジオ体操を取り入れている。	
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	体操、水分量、など注意し便秘予防行ってます。		
45	(17)	○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	基本的な曜日、回数は設けてますが、ご希望があれば、入浴して頂いています。	入浴を週3日、午前中に実施している。体力の落ちている利用者には、その人に応じた入浴方法(二人介助)シャワー浴等に対応している。拒否のある方には他の職員や、日時の変更で、柔軟に対応している。好みのシャンプーや、ゆず湯、しょうぶ湯、ミント湯と季節の湯を、楽しんでいる。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	夜間に睡眠が取れるように、日中の活動を考慮してありますが、状況に応じて休息を取って頂いています。		
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	服薬後、記録に記載しています。		
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	個人のの得意な事役割をもって頂くように、支援しています。		
49	(18)	○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	季節感を楽しんで頂けるように、紅葉、桜、バラ園など出掛けてます。	季節の良い時期には、庭での外気浴、近隣の田んぼ周辺の散策に職員と一緒に出かけている。桜の花見、バラ園、紅葉への訪問は車で出かけている。秋祭りの山車の見物は、前自治会長宅の駐車場迄、来てもらえるので皆で見物に出かけている。最近暑さの為、廊下の散歩、涼しい時間帯に庭の散策にとどめている。	
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	基本的に ご本人様が買いたいものなど有れば施設立替でお買い物していただいています。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	御家族、とご相談の上 電話は使って頂けます。手紙なども制限は設けていません。		
52	(19)	○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	共有部分は照明で明るい雰囲気作りをしています。	玄関横の壁面に利用者の普段の表情のスナップ写真が飾られている。家族の訪問時には好評を得ている。利用者が活けた生け花も置かれている。リビングには大きなソファが3つ並び、横にある電子ピアノを時折、職員が演奏して、ゆったりとした気分を醸し出している。掃除は夜勤職員がモップ掛け、日勤職員が掃除機掛けを行っている。	
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の工夫をしている	リビングに一人になれる空間又は職員と一緒に座れるソファなど配置しています。		
54	(20)	○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	使い慣れた物 御家族、の写真など ご用意してさせて頂いています。	ベッド、空調、大き目なクローゼット、カーテンを備え付け、持ち込みには、仏壇、遺骨、長寿の表彰状、家族写真、筆筒など自宅で使っていた馴染みの物を持ち込み、思い思いのその人らしい部屋となっている。	
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	職員 見守りのしながら ご自由にお使い頂けます。		



目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに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。
 目標が一つも無かったり、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を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	49	長年ご入居されておられる方のADLの低下などで 散歩、外出が出来ていない。	季節感を感じて頂く為に、気候、皆様の体調観ながら出来るだけ、コロナ、インフルエンザの流行に気を付け外出、外気欲、車でのドライブ、など実施して行きたいと思います。	10月地域の秋祭り(だんじり)の参加 紅葉見学など計画し外出に向け ご利用者様の又、コロナ、インフルエンザ、流行もあり、体調管理に努めます。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。