

あいおいホーム重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えてい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）サービス及びについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

目 次

1	事業所主体	2
2	事業所の概要	2
3	事業の目的と運営方針	3
4	職員の勤務体制	3
5	利用者の状況	4
6	サービスの概要	4
7	サービスの利用料金	5～10
8	サービスの利用方法について	10
9	利用に当たっての留意事項	10
10	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）計画	11
11	非常災害対策	11
12	衛生管理	11
13	事故発生時の対応方法	12
14	緊急時の対応方法	12
15	協力医療機関等	12
16	秘密の保持	13
17	身体拘束等について	13
18	運営推進会議の概要	14
19	高齢者虐待防止	14
20	苦情相談窓口	14
重度対応・看取り介護指針		15～16
説明及び同意の確認		17
参考 個人情報利用同意書		18

1 事業主体

事業主体（法人名）	株式会社 シンシア
法人の種類	株式会社
代表者（役職名及び氏名）	代表取締役 島田夏代
法人所在地	〒577-0826 東大阪市大蓮北2丁目1番27号
電話番号及びFAX番号	電話 080-9302-3216 F A X 06-6753-7470
設立年月日	平成 21 年 7 月 1 日
法人の理念	まごころ、ふれあい、助け合い

2 事業所の概要

① 事業所の名称等

事業所の名称	あいおいホーム
事業所の責任者（管理者）	樋口和英
開設年月日	平成 22 年 10 月 1 日
介護保険事業者指定番号	東大阪市指定 2795000153
事業所の所在地	〒577-0826 東大阪市大蓮北2丁目1番22号 日常生活圏域 第7圏域 長瀬圏域
電話番号及びFAX番号	電話 06-6726-7700 F A X 06-6753-7470
交通の便	近鉄大阪線弥刀駅から南へ 徒歩約 6 分
敷地概要・面積	都市計画法による第2種住居地域 敷地面積：949.32 m ²
建物概要	構造：重量鉄骨造 2 階建て 延べ床面積：495.31 m ²
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

② 主な設備

定員	18 名（全室個室 1 人部屋）
居室面積	9.76 m ²
食堂、居間	リビングホール 86.37 m ² （1 人当たり 9.59 m ² ）
トイレ	1 階 車椅子対応トイレ 1 箇所 トイレ 2 箇所 2 階 車椅子対応トイレ 1 箇所 トイレ 2 箇所
浴室	1 階 6.25 m ² （3 方向介助対応）

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	認知症を患う方にもう一つの我が家をご提供し、地域に根差した家庭的なケアの下で、自立した尊厳ある生活をご支援させていただきます。
運営方針	福祉事業の一端を担う者としての自覚を持ち、介護保険法をはじめ、高齢者保健福祉関連法及び日本国憲法等の法令を遵守することにより、利用者の人権と尊厳を尊重し、利用者の満足を追求します。また、よりよい介護サービスの提供を心掛け、不適切な介護サービスの提供を回避します。開かれた事業所として、地域社会への貢献と環境への配慮に重きを置く企業倫理の遂行によって、社会的責任を果たします。

4 職員勤務の体制

① 職員配置状況

令和7年6月1日現在

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	職務内容
管理者	介護福祉士	1名	—	—	1名	介護従業者及び業務の管理
計画作成者	介護支援専門員	—	1名	—	1名	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、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	ヘルパー2級	—	—	—		
	看護師	—	—	—	—	健康管理(訪問看護ステーションとの医療連携)
	介護福祉士	3名	1名	—	4名	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	基礎研修	2名	7名	—	9名	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	・ヘルパー2級 (初任者研修)	1名	5名	—	6名	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	実務者研修	—	1名	—	1名	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
合計		7名	15名	—	22名	—

② 主な職種の勤務の体制

職種	勤務体制	職種	勤務体制
管理者	9:00～18:00	介護従事者	昼間の体制 早番 7:30～16:30 2名 日勤 9:00～18:00 2名 遅出 11:30～20:30 2名 夜間の体制 夜勤 17:00～翌10:00 1名

5 利用者の状況（令和7年 6月 15日 現在）

登録者数	15名（男性 2名・女性 13名）
要介護度別	要支援2： 0名 要介護1： 0名 要介護2： 5名 要介護3： 7名 要介護4： 2名 要介護5： 1名

6 サービスの概要

食 事	朝食：午前8時～ 昼食：午後0時～ 夕食：午後5時～
入 浴	週に2回以上入浴していただきます。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。
機能訓練	利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
健康管理	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
介 護	利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。
レクリエーション	草花を育てたり、歌を歌ったり、手作り小物を作ったり、ご近所を散歩したり、その他入居した方のリクエストにお答えします。

7 サービス利用料金

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。
	月途中から入居また退居した場合には、入居また退居した期間に応じて日数分の料金をお支払いいただきます。

※地域区分 5級地 1単位あたり 10.45 円

◎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（1割負担の場合 1日あたり）

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	743 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位
料金（A）	円	7,868 円	8,234 円	8,485 円	8,652 円	8,830 円
介護保険 給付金額（B）	6,987 円	7,025 円	7,353 円	7,579 円	7,730 円	7,881 円
利用者負担※ （A）－（B）	777 円	787 円	824 円	849 円	866 円	883 円

※（単位数×日数×10.45×0.9）が介護保険給付額となり利用者負担額は料金から保険給付額を差し引いた額となりますので1月（30日）に換算すると次のとおりになります。

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者負担 1月（30日）あたり	23,310 円	23,610 円	24,720 円	25,470 円	25,980 円	26,490 円

◎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（2割負担の場合 1日あたり）

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	743 単位	747 単位	782 単位	806 単位	822 単位	838 単位
料金（A）	7,764 円	7,806 円	8,172 円	8,423 円	8,590 円	8,757 円
介護保険 給付金額（B）	6,211 円	6,245 円	6,538 円	6,738 円	6,872 円	7,006 円
利用者負担※ （A）－（B）	1,553 円	1,561 円	1,634 円	1,685 円	1,718 円	1,751 円

※（単位数×日数×10.45×0.8）が介護保険給付額となり利用者負担額は料金から保険給付額を差し引いた額となりますので1月（30日）に換算すると次のとおりになります。

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者負担 1月（30日）あたり	46,590 円	46,830 円	49,020 円	50,550 円	51,540 円	52,530 円

◎短期利用認知症対応型共同生活介護、介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護

(1割負担の場合 1日あたり)

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	771 単位	775 単位	811 単位	835 単位	851 単位	867 単位
料金 (A)	8,057 円	8,099 円	8,475 円	8,726 円	8,893 円	9,060 円
介護保険 給付金額 (B)	7,251 円	7,289 円	7,627 円	7,853 円	8,004 円	8,154 円
利用者負担※ (A) - (B)	806 円	810 円	848 円	873 円	889 円	906 円

◎短期利用認知症対応型共同生活介護、介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護

(2割負担の場合 1日あたり)

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	771 単位	775 単位	811 単位	835 単位	851 単位	867 単位
料金 (A)	8,057 円	8,099 円	8,475 円	8,726 円	8,893 円	9,060 円
介護保険 給付金額 (B)	6,446 円	6,479 円	6,780 円	6,981 円	7,114 円	7,248 円
利用者負担※ (A) - (B)	1,611 円	1,620 円	1,695 円	1,745 円	1,779 円	1,812 円

◎初期加算 (1日あたり)

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) 事業所に入居した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の利用者負担があります。

(原則過去 3 月間当該事業所に入居したことがない場合に限り。ただし「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方の場合には過去 1 月間入居したことがない場合となります。)

初期加算単位数	30 単位
料金 (A)	313 円
介護保険給付金額 (B)	281 円
利用者負担※ (A) - (B)	32 円

※ なお初期加算を含めた 1 月 (30 日) あたりの利用者負担額は次のとおりです。

介護度	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者負担 1 月 (30 日) あたり	24,270 円	24,390 円	25,500 円	26,250 円	26,730 円	27,240 円

◎医療連携体制加算（１日あたり）

認知症対応型共同生活介護事業所において、「重度化した場合における対応に係る指針」を整備し、看護師を配置した場合、若しくは、契約により訪問看護ステーション等（医療機関）の看護師により利用者の日常的な健康管理や医療機関（主治医）との連絡調整を行える体制が整った場合、医療連携体制加算として下記のとおり加算分の利用者負担があります。

医療連携体制加算単位数	39 単位
料金（Ａ）	407 円
介護保険給付金額（Ｂ）	366 円
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	41 円

◎若年性認知症受入加算（１日あたり）

認知症対応型共同生活介護事業所において、受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合、下記のとおり加算分の利用者負担があります。

若年性認知症受入加算単位数	120 単位
料金（Ａ）	1,254 円
介護保険給付金額（Ｂ）	1,128 円
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	126 円

◎看取り介護加算（１日あたり）

認知症対応型共同生活介護事業所において、医療連携体制加算を算定されている場合は、死亡日以前４日以上３０日以下については①１日につき 144 単位、死亡日の前日及び前々日については②１日につき 680 単位、③死亡日については 1280 単位の死亡月に下記のとおり加算分の利用者負担があります。

ただし、退所日の翌日から死亡日までの間は算定されません。

①看取り介護加算単位数	144 単位
料金（Ａ）	1,504 円
介護保険給付金額（Ｂ）	1,353 円
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	151 円
②看取り介護加算単位数	680 単位
料金（Ａ）	7,106 円
介護保険給付金額（Ｂ）	6,395 円
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	711 円
③看取り介護加算単位数	1,280 単位
料金（Ａ）	13,376 円
介護保険給付金額（Ｂ）	12,038 円
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	1,338 円

◎サービス提供体制強化加算Ⅲ（１日あたり）

認知症対応型共同生活介護事業所のサービスを直接提供する職員の総数の内、勤続年数３年以上の者の割合が１００分の３０以上である場合に、下記のとおり加算分の利用者負担があります。

サービス提供体制強化加算単位数	６単位
料金（Ａ）	６２円
介護保険給付金額（Ｂ）	５５円
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	７円

◎認知症専門ケア加算（Ⅰ）（１日あたり）

認知症対応型共同生活介護事業所において、専門的な認知症ケアを行った場合は、下記のとおり加算分の利用者負担があります。

認知症専門ケア加算（Ⅰ）単位数	３単位
料金（Ａ）	３１円
介護保険給付金額（Ｂ）	２７円
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	４円

◎介護職員処遇改善加算Ⅰ（１日あたり）

基準に適合している認知症対応型共同生活介護事業所が、下記のとおり加算分の利用者負担があります。

介護職員処遇改善加算単位数	算定単位数の 136/1000 に相当する単位数
料金（Ａ）	単位数に 10.45 円を掛けた額
介護保険給付金額（Ｂ）	料金の 9 割に相当する額
利用者負担（Ａ）－（Ｂ）	（Ａ）から（Ｂ）を引いた額

②その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。ただし、当ホームでは通年1か月を30日とみなして月単位で徴収しています。短期利用認知症対応型共同生活介護利用時の利用料金は、日割りとなります。

日常生活費	理美容費・おむつ代・ トロミ剤・ゼリー粉・ その他衛生用品	実費
食材料費	普通食・キザミ食 朝食 100 円 昼食 250 円 おやつ 50 円 夕食 400 円 計 800 円 (月 24,000 円) ペースト食・ミキサー食・ゼリー食は、1 日 1,000 円 (月 28,000 円～31,000 円)	
家 賃	1 日 2,000 円 (月 60,000 円) ※ショートステイ (2,000 円/日) (積算方法) 施設整備費+建物補修費/15 年/18 人/12 月 且つ、近隣同サービス施設の平均額との調和を考慮しました。ただし、 当ホームは社会貢献の一環として、 <u>生活保護世帯への減免制度を採用 しており、その際 1 日 1,267 円 (月 38,000 円) と定めています。</u>	
管理運営諸経費	1 日 1,000 円 (実費) (月 30,000 円) ※ショートステイ (1,000 円/日) (内訳) 施設維持費として、エレベーター保守点検費用、厨房機械点 検費用、電気ガス水道及び消防関係保守点検費用、自動ドア保守点検 費用、自動車保守点検及び諸経費、その他安全保持必要経費、運営諸 経費として、衛生及び消耗品費、事務費、共用保険料等。ただし、当 ホームは社会貢献の一環として、 <u>生活保護世帯への減免制度を採用し ており、その際 1 日 600 円 (月 18,000 円) と定めています。</u>	
水道光熱費	1 日 700 円 (実費) (月 21,000 円) ※ショートステイ (700 円/日) (内訳) 施設必要高熱水費見積月額 400,000 円の内、施設負担分 22,000 円を除いた額を 18 人に等分した額。	

③ 利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用の請求 利用料、その他の費用の支払い	<p>敷金は、ご利用契約締結時のお支払いとなります。</p> <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 15 日までに利用者様あてにお届けします。</p> <p>敷金は、入居日までに事業者指定口座への振り込みとさせていただきます。</p> <p>利用料、その他費用は、請求月の 28 日までに、下記の方法によりお支払いください。</p> <p><u>自動口座振替、振込、現金収納</u></p> <p>※ただし、振替の場合は事務手続きの都合上、初回月のみ事業者指定口座への振込みとさせていただく場合があります。</p>
---------------------------------	--

④ 入退居時等の費用徴収について

入退居時等の費用徴収の詳細	<ul style="list-style-type: none"> ● 月途中での、入退居した場合の入退居月の取扱い 家賃・管理運営諸経費・光熱水費・食材料費は、日割りで請求します。 ● 入院・外泊期間の取扱い 入院又は外泊の初日及び最終日を除き、光熱水費は請求しませんが、家賃及び管理運営諸経費は、入院又は外泊期間中であってもお支払い頂きます。食材料費は、食事を提供した分日割りで請求します。ただし、当ホームは社会貢献の一環として、生活保護世帯への減免制度を採用しており、その際、家賃は1日1,267円（1月38,000円）、と定めています。
---------------	---

8 サービスの利用方法

サービスの利用開始	<p>まずは、お電話でお申込みください。当施設の職員がお伺いいたします。</p> <p>※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。</p>
サービスの終了	<p>ア お客様のご都合でサービスを終了する場合 退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。</p> <p>イ 自動終了 以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ お客様が他の介護保険施設に入所した場合 ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）もしくは要支援1と認定された場合 ・ お客様が亡くなられた場合 <p>ウ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所いただく場合があります。 ・ お客様が病院に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込がない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

9 利用にあたっての留意事項

面会	<p>面会時間 午前9時～午後6時 （来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください。）</p>
外出・外泊	<p>外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。</p> <p>外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。</p>

1 0 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）計画

<p>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）について</p>	<p>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、域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境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>
<p>サービス提供に関する記録について</p>	<p>サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。複写の交付については、実費をご負担いただきます。</p>

1 1 非常災害時の対策

<p>非常災害時の対応方法</p>	<p>株式会社シンシア 消防計画、災害対策マニュアルに準じます。</p>
<p>平常時の訓練等</p>	<p>株式会社シンシア 消防計画、災害対策マニュアルに準じます。</p>
<p>消防計画等</p>	<p>消防署への届け出日 平成22年8月11日 防火管理者 島田夏代</p>
<p>防犯防火設備 避難設備等の概要</p>	<p>株式会社シンシア 消防計画、災害対策マニュアルに準じます。</p>

1 2 衛生管理

<p>衛生管理</p>	<p>指定認知症対応型共同生活介護の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。また、空調設備により適温の管理にも努めます。</p>
<p>感染症及び食中毒対策</p>	<p>事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。</p> <p>食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。</p>

1 3 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	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、速やかに利用者の家族・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利用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。
----------------------	---

1 4 緊急時の対応方法

事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法	サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡いたします。	
協力医療機関	1 5 協力医療機関等参照	
主治医	利用者の主治医	夫 恩澤
	所属医療機関名	白心メンタルクリニック
	所在地 電話番号	大阪市阿倍野区阿倍野筋 3-12-2 あべのクオレ 113 電話番号 06-6543-1818
家族等	緊急連絡先のご家族等	
	住所 電話番号	

1 5 協力医療機関等

協力医療機関	名称	白心メンタルクリニック
	所在地	大阪市阿倍野区阿倍野筋 3-12-2 あべのクオレ 113
	電話	06-6760-4333
協力歯科医療機関	名称	ヨシエ総合歯科医院
	所在地	大阪市西区北堀江 2 丁目 2-28 グラントピア西大橋 1 F
		電話 06-6543-1818

1 6 秘密の保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>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利用なく、第三者に漏らしません。</p> <p>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。</p>
従業者に対する秘密の保持について	<p>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。</p> <p>また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。</p>
個人情報の保護について	<p>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。</p> <p>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p>

1 7 身体的拘束等について

身体的拘束等の禁止	<p>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き、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。</p>
緊急やむを得ない場合の検討	<p>緊急やむを得ない場合かは、以下の要件をすべて満たす状態であるか管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員で構成するチームで検討します。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	<p>緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、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。</p>
身体的拘束等の記録	<p>身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。</p>

1 8 運営推進会議の概要

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。
委員の構成	利用者代表 地域代表 イースタンビラ地域包括支援センター職員 あいおいホーム管理者、リーダー、介護職員
開催時期	おおむね2ヶ月に1回開催します。

1 9 高齢者虐待防止

高齢者虐待防止について	<p>認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>(1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。</p> <p>(2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。</p> <p>(3) 従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p> <p>(4) なお、当該事業所従業者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、法の定めるところにより、速やかにこれを市町村に通報するものとします。</p>
-------------	---

2 0 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	<p>担当者 樋口和英</p> <p>連絡先 06-6726-7700</p> <p>受付時間 午前10時から午後17時</p> <p>また、苦情受付箱を事業所受付けに設置しています。</p>
事業所外苦情相談窓口	<p>東大阪市役所福祉部法人・高齢者施設課</p> <p>連絡先 東大阪市荒本北1丁目1番1号</p> <p>TEL 06-4309-3315・06-4309-3340</p> <p>FAX 06-4309-3848</p> <p>Email hojin@city.higashiosaka.lg.jp</p> <p>受付時間 9時～17時30分（土日祝休み）</p>
	<p>大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課</p> <p>連絡先 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号中央大通FNビル</p> <p>TEL 06-6949-5418</p> <p>FAX 06-6949-5417</p> <p>受付時間 9時～17時（土日祝休み）</p>
	<p>大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決委員会」</p> <p>連絡先 大阪市中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館2階</p> <p>TEL 06-6191-3130</p> <p>FAX 06-6191-5660</p> <p>受付時間 10時～16時（土日祝休み）</p>

2 1 第三者評価実施状況について

実施の有無	有
直近の実施年月日	令和 5 年 12 月 8 日
評価機関の名称	地域包括支援センター イースタンビラ 連絡先 〒577-0834 大阪府東大阪市柏田本町 7-8 TEL 0 6 - 6 7 2 8 - 3 0 9 9 FAX 0 6 - 6 7 2 8 - 3 0 9 2
結果開示状況	ホームページにて公開 URL http://aioi-kaigo.xsrv.jp/aioi-kaigo.html

重度化対応・看取り介護指針

1, 重度化対応・看取り介護を行う事業施設

株式会社シンシア あいおいホーム

2, 重度化対応・看取り介護についての基本理念

入居者の重度化に伴い、終末期を終の住処として重度化対応・看取り介護を希望された方に対し、重度化対応・看取り介護を行うために主治医と連携し、適切な介護空間において、身体的および精神的ケアや、痛みや苦痛を緩和する介護技術を獲得した看護・介護職員による看取り介護を、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、これらを持って尊厳ある重度化対応・看取り介護を目指します。

3, あいおいホームにおける重度化対応・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・看護職・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

＊ 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。

④ ご本人とご家族の意向を踏まえ、重度化対応・看取り介護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）

＊ 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。

＊ 看取り介護（ターミナル期）の同意と同意書作成（別紙参照）

⑤ 看取り介護（ターミナル期）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）

⑥ 臨終時と死後の対応（エンゼルケアその他死装束などの準備・死亡診断書の作成・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）

4, 看取り介護（ターミナル期）の開始時期について

看取り介護（ターミナル期）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。

5, 重度化対応・看取り介護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（看護職員との連携体制）それら理解を助ける体制マニュアルを整備する。

6, 全職員が、重度化対応・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。

：重度化対応・看取り介護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
- : 重度化対応・看取り介護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
- : 看取り介護（ターミナル期）における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）、看取り介護（ターミナル期）における死の看取り
- : 看取り介護（ターミナル期）におけるエンゼルケア
- : 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

7, 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を重要事項説明書に記載する。

8, 責任者を明確にする。

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

上記の内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）」第 108 条により準用する第 3 条の 7（「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）」第 85 条により準用する第 11 条）の規定にもとづき、利用者に説明を行いました。

事業者所在地	東大阪市大蓮北 2 丁目 1 番 2 7 号
事業者法人名	株式会社シンシア
法人代表者名	代表取締役 島田夏代 印
事業所名称	あいおいホーム
説明者 氏名	印

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受けました。

利用者 住 所	
利用者 氏 名	
利用者の家族・代理人 住 所	
利用者の家族・代理人 氏 名	(続柄：)

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

(1)介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

(2)上記(1)の外、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。

(3)現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院に行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

(1)居宅サービス計画若しくは介護支援計画に掲載されている介護サービス事業所

(2)病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

(1)個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。

(2)個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

利用施設:あいおいホーム

(利用者)住所: _____

氏名: _____

(家族・代理人)住所: _____

氏名: _____