

共用デイ 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共用型指定認知症対応型通所介護（共用型指定介護予防認知症対応型通所介護）サービスについて、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	サービスの概要	3
6	サービスの利用料金	4～6
7	サービスの利用方法について	7
8	認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）計画	7
9	非常災害対策	8
10	衛生管理	8
11	事故発生時の対応方法	8
12	緊急時の対応方法	8
13	協力医療機関等	9
14	秘密の保持	9
15	身体拘束等について	10
16	高齢者虐待防止	10
17	苦情相談窓口	11
18	第三者評価実施状況について	11
19	運営推進会議の概要	12
	説明及び同意の確認	12
参考	個人情報利用同意書	13

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 06-4308-4850 FAX 06-4308-4870
Eメールアドレス	fgrhs444@yahoo.co.jp
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	共用デイ 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26年3月1日
介護保険事業者指定番号	東大阪市指定 2795000401
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 FAX 06-4308-4870
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	損害保険ジャパン株式会社

② 主な設備

定員	6名
食堂、居間	リビングホール 31.99 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	2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	既存施設である指定認知症対応型共同生活介護事業所あいおいホームが長瀬圏域にお住いの認知症の方やその予防に取り組む方に、地域に開かれた施設として、専門的なケアを提供し、居宅における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8年7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	—	あり	1名	介護従業者及び業務の管理及び介護計画の作成
介護職員	介護福祉士	—	1名	—	1名	介護計画に基づき、入浴・排泄・食事等のサービスの提供
	認知症基礎研修修了	—	4名	—	4名	
合計		1名	5名	—	6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 介護職員	9:00～17:30	介護職員	日勤 9:00～17:30 2名

5 サービスの概要

食事等	昼食：正午～ おやつ：午後3時～ 夕食：午後4時～5時の間
入浴	原則として毎利用時、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	入居者の方と一っしょに草花を育てたり、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。

6 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	要介護度別に定めて定められた金額（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。
------------------------	---

◎提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

(1) 要介護

(地域区分単価：5 級地 10.55 円)

		3 時間以上 4 時間未満				
		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
共用型	要介護 1	267	2,816 円	282 円	563 円	845 円
	要介護 2	277	2,922 円	293 円	584 円	877 円
	要介護 3	286	3,017 円	302 円	603 円	906 円
	要介護 4	295	3,112 円	312 円	622 円	934 円
	要介護 5	305	3,217 円	322 円	643 円	966 円
		4 時間以上 5 時間未満				
	要介護 1	279	2,943 円	295 円	588 円	883 円
	要介護 2	290	3,059 円	306 円	611 円	918 円
	要介護 3	299	3,154 円	316 円	630 円	947 円
	要介護 4	309	3,259 円	326 円	651 円	978 円
	要介護 5	319	3,365 円	337 円	673 円	1,010 円
		5 時間以上 6 時間未満				
	要介護 1	445	4,694 円	470 円	938 円	1,409 円
	要介護 2	460	4,853 円	486 円	970 円	1,456 円
	要介護 3	477	5,032 円	504 円	1,006 円	1,510 円
	要介護 4	493	5,201 円	521 円	1,040 円	1,561 円
	要介護 5	510	5,380 円	538 円	1,076 円	1,614 円
		6 時間以上 7 時間未満				
	要介護 1	457	4,821 円	483 円	964 円	1,447 円
	要介護 2	472	4,979 円	498 円	995 円	1,494 円
	要介護 3	489	5,158 円	516 円	1,031 円	1,548 円
	要介護 4	506	5,338 円	534 円	1,067 円	1,602 円
	要介護 5	522	5,507 円	551 円	1,101 円	1,653 円
		7 時間以上 8 時間未満				
	要介護 1	523	5,517 円	552 円	1,103 円	1,656 円
	要介護 2	542	5,718 円	572 円	1,143 円	1,716 円
	要介護 3	560	5,908 円	591 円	1,181 円	1,773 円
	要介護 4	578	6,097 円	610 円	1,219 円	1,830 円
	要介護 5	598	6,308 円	631 円	1,261 円	1,893 円
		8 時間以上 9 時間未満				
	要介護 1	540	5,697 円	570 円	1,139 円	1,710 円
	要介護 2	559	5,897 円	590 円	1,179 円	1,770 円
	要介護 3	578	6,097 円	610 円	1,219 円	1,830 円
	要介護 4	597	6,298 円	630 円	1,259 円	1,890 円
	要介護 5	618	6,519 円	652 円	1,303 円	1,956 円

(2) 要支援

(地域区分単価：5 級地 10.55 円)

		3 時間以上 4 時間未満				
		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
共用型	要支援 1	248	2,616 円	262 円	523 円	785 円
	要支援 2	262	2,764 円	277 円	552 円	830 円
		4 時間以上 5 時間未満				
	要支援 1	260	2,743 円	275 円	548 円	823 円
	要支援 2	274	2,890 円	289 円	578 円	867 円
		5 時間以上 6 時間未満				
	要支援 1	413	4,357 円	436 円	871 円	1,308 円
	要支援 2	436	4,599 円	460 円	919 円	1,380 円
		6 時間以上 7 時間未満				
	要支援 1	424	4,473 円	448 円	894 円	1,342 円
	要支援 2	447	4,715 円	472 円	943 円	1,415 円
		7 時間以上 8 時間未満				
	要支援 1	484	5,106 円	511 円	1,021 円	1,532 円
	要支援 2	513	5,412 円	542 円	1,082 円	1,624 円
		8 時間以上 9 時間未満				
	要支援 1	500	5,275 円	528 円	1,055 円	1,583 円
	要支援 2	529	5,580 円	558 円	1,116 円	1,674 円

B,加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
入浴介助加算 (I)	40	422 円	43 円	85 円	127 円	1 日につき
若年性認知症 利用者受入加算	60	633 円	64 円	127 円	190 円	1 日につき
科学的介護推進体制加算	40	422 円	43 円	85 円	127 円	1 月につき
介護職員処遇改善加算 (II)	所定単位数の 174/1000	左記の単位数×地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数 (所定単位数) ※介護職員処遇改善加算を除く。

※入浴介助加算 (I) は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。

※若年性認知症 (40 歳から 64 歳まで) の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。

※科学的介護推進体制加算は、利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。

※介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等ベースアップ等支援

算、介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
 ※地域区分の単価（5級地 10.55 円）を含んでいます。

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。

おむつ代	その都度、実費負担
歯ブラシ	その都度、実費負担
食材料費	昼食：一食 430 円 おやつ：一回 50 円 夕食：一食 430 円

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。 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日を目途に、利用者様宛てにお届けします。
利用料、その他の費用の支払い	利用料、その他の費用は、サービス提供月ごとに計算し、利用月ごとの合計金額によりご請求いたします。 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日を目途に、利用者様宛にお届けします。 利用料、その他費用は、請求月の 28 日までに、下記の方法により選択してお支払いください。 ・ <u>自動口座引き落とし</u> ※ただし、事務手続きの都合上、初回月のみ事業者指定口座への振り込みとさせていただきます場合があります。 ・ <u>事業者指定口座への振込み</u> ・ <u>集金（現金持参は不可）</u>

7 サービスの利用方法

サービスの利用開始	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。 ※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。
サービスの終了	ア お客様のご都合でサービスを終了する場合 希望する日の13日前までにお申し出ください。 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。 ・ お客様が介護保険施設に入所した場合又は病院に入院した場合 ・ 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）と認定された場合 ・ お客様が亡くなられた場合 ウ その他 ・ 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日前に文書で通知し、ご利用契約を解除いただく場合があります。

8 認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）計画

認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）について	認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）サービスは、住み慣れた居宅での生活を継続することができるよう、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、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。 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、管理者が介護従事者と調整して、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等を記載した認知症対応型通所介護又は介護予防認知症対応型通所介護計画（サービス計画）を作成いたします。 管理者は、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、利用者と上記のサービス計画を協議して、これを確定し、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。 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。
サービス提供に関する記録について	サービス提供に関する記録は、その最初の提供の日から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。

9 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	株式会社シンシア 消防計画に準じます。
平常時の訓練等	株式会社シンシア 消防計画に準じます。
消防計画等	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
防犯防火設備 避難設備等の概要	株式会社シンシア 消防計画に準じます。

10 衛生管理

衛生管理	指定認知症対応型通所介護（指定介護予防認知症対応型通所介護）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。
感染症及び食中毒対策	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。 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。

11 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	指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防認知症対応型通所介護事業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・東大阪市等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また指定認知症対応型通所介護事業所、指定介護予防認知症対応型通所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。
----------------------	--

12 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	13 協力医療機関等参照	
主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名	
	所在地 電話番号	住所： 電話番号：
家族等	緊急連絡先のご家族等	（続柄： ）

	住所 電話番号	住所： 電話番号：
--	---------	--------------

1 3 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
	名称：白桜メンタルクリニック
	所在地：大阪市平野区加美南四丁目 4 番 48 号 2 階 電話：06-4303-5944
	名称：あい内科クリニック
	所在地：東大阪市花園東町 2-6-35 電話：072-943-1206
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 階 電話：06-6722-8848

1 4 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	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。 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の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、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。

1 5 身体的拘束等について

身体的拘束等の禁止	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。
緊急やむを得ない場合の検討	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。 ・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。
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。

1 6 高齢者虐待防止

高齢者虐待防止について	指定認知症対応型通所介護事業所及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業所は、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。 (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。 (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。 (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。 (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。
-------------	---

1 7 苦情相談窓口

事業所苦情相談窓口	担当者 樋口和英 連絡先 06-6726-7700 受付時間 午前10時から午後5時 また、苦情受付箱を事業所受付けに設置しています。
事業所外苦情相談窓口	東大阪市役所福祉部法人・高齢者施設課 連絡先 東大阪市荒本北1丁目1番1号 TEL 06-4309-3315・06-4309-3340 FAX 06-4309-3848 Email hojin@city.higashiosaka.lg.jp 受付時間 9時～17時30分（土日祝休み）
	大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 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 TEL 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417 受付時間 9時～17時（土日祝休み）
	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」 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 TEL 06-6191-3130 FAX 06-6191-5660 受付時間 10時～16時（土日祝休み）
この重要事項説明書の説明年月日	
令和 年 月 日	

1 8 第三者評価実施状況について

実施の有無	
直近の実施年月日	令和 年 月 日
評価機関の名称	連絡先 TEL FAX
結果開示状況	ホームページにて公開 URL https://sinsir.jp

1 9 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 利用者の家族代表
開催時期	おおむね6ヶ月に1回開催します。

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9条（「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64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27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	共用デイ あいおいホーム
説明者 氏名	管理者 樋口 和英 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

株式会社シンシア 御中

住所:

氏名: _____

(家族)住所:

氏名: _____