

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 重要事項説明書
＜令和7年4月1日現在＞

この「重要事項説明書」は、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 （介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人研医会 田辺中央病院
代表者氏名	理事長 前田 章
所在地 (連絡先及び電話番号等)	和歌山県田辺市南新町147番地 TEL：0739-24-5333
法人設立年月日	昭和44年2月17日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	田辺すみれホーム
介護保険指定 事業所番号	3092200207
事業所所在地	和歌山県田辺市新庄町田鶴1739番22

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	田辺すみれホームにおいて実施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〕事業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、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〕従業者が、認知症の症状を伴う要介護状態〔要支援状態〕の利用者に対して、適切な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〕を提供することを目的とする。
運営の方針	認知症の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、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、心身の特性を踏まえ、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等必要な援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

(3) 事業所の施設概要

建築	木造 2 階	271.32 m ²
敷地面積	4849.00 m ²	
開設年月日	平成 29 年 4 月 1 日	
ユニット数	2	

<主な設備等>

面 積	499.74 m ²
居 室 数	1 ユニット 9 室 1 部屋につき 9.93 m ²
台 所	1 ユニットにつき 1 箇所
多目的ホール (共同生活室)	148.22 m ²
ト イ レ	1 ユニットにつき 4 箇所
浴 室	16.4 m ² (脱衣所含む)
事 務 室	19.88 m ²

(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
日中時間帯	6 時～21 時
利用定員内訳	18 名 1 ユニット 9 名 2 ユニット 9 名

(5) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 南 恵未
-----	-----------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	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。	常勤 1 名 (介護職員と兼務)
計画作成 担当者	1 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 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。	常勤 2 名 (介護職員と兼務)
介護従業者	1 利用者に対し必要な介護および世話、支援を行います。	常勤 16 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成		1 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、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。 2 利用者に応じて作成した介護計画の内容について、利用者及びその家族に対して、説明し同意を得ます。 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利用者に交付します。 4 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。
食 事		1 利用者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。 2 摂食・嚥下機能、その他入所者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。 3 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。 4 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、共同生活室で食事をとることを支援します。
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	1 食事の提供及び介助が必要な利用者に対し、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。
	入浴の提供及び介助	1 1週間に2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。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、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。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、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。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
健康管理		1 看護師による週1回の訪問日を設け、利用者の健康管理に努めます。

その他	1 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 2 良好な人間関係と家庭的な生活環境の中で、日常生活が過ごせるよう、利用者と介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、買い物、レクリエーション、外食、行事等を共同で行うよう努めます。 3 常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者、家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な支援を行います。
-----	--

(2) 介護保険給付サービス利用料金

《認知症対応型共同生活介護費・短期利用共同生活介護費》

・共同生活住居数が2以上

事業所区分・要介護度		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
Ⅱ	要介護1	753	7,530円	753円	1,506円	2,259円
	要介護2	788	7,880円	788円	1,576円	2,364円
	要介護3	812	8,120円	812円	1,624円	2,436円
	要介護4	828	8,280円	828円	1,656円	2,484円
	要介護5	845	8,450円	845円	1,690円	2,535円

《介護予防認知症対応型共同生活介護費・介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費》

・共同生活住居数が2以上

事業所区分・要介護度		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
Ⅱ		749	7,490円	749円	1,498円	2,247円

(3) 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。

《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》

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	
	初期加算	30	300円	30円	60円	90円	入所後30日間、および30日を超える入院後に利用を再開した場合に算定する1日当たりの加算料金です。
	医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	37	370円	37円	74円	111円	事業所の職員として、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を1名以上確保し、日常的な健康管理や、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備している場合に算定する1日当たりの加算料金です。

退去時情報提供加算	250	2,500 円	240 円	480 円	720 円	医療機関へ退所する入居者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入居者等の同意を得て心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に1人につき1回限り算定できます。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	220 円	220 円	440 円	660 円	介護福祉士 70%以上
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定 単 位 数 の 186/ 1000	左記単 位数× 地域区 分	左記 の 1 割	左記 の 2 割	左記 の 3 割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。 ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定します。 ※当該加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。
口腔衛生管理体制加算	30	300 円	30 円	60 円	90 円	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に算定する1月当たりの加算料金です。
生活機能向上連携加算	200	2,000 円	200 円	400 円	600 円	リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同で行い、計画作成担当者は生活機能向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成した場合に算定する1月当たりの加算料金です。
利用者の入院期間中の体制	246	2,460 円	246 円	492 円	738 円	入院後3か月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受入れ体制を整えている場合に、一定単位の基本報酬として算定できる1日当たりの加算料金です。 (1月あたり6日の限度あり)

※令和3年4月より：科学的介護推進加算（入居者の基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画などを見直す） 40 単位/月

※令和6年4月より：協力医療機関連携加算 100 単位/月

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5 単位/月

※令和6年5月より：認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120 単位/月

※地域区分別の単価（その他 10.00 円）を含んでいます。

※上記費用は、介護保険の介護給付費の算定に準ずる。

(4) その他の費用について

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。

①家賃	月額 32,000 円（1 日当たり約 1,067 円）
②敷金	入居時 64,000 円 利用者の故意・過失・善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による消耗・毀損があった場合には、復旧する際の原状回復費用を差し引いて、退去時に残額を返還します。また、未払い家賃がある場合は、敷金から差し引いて、退去時に残額を返還します。
③食費	朝食 350 円/回 昼食 400 円/回 夕食 550 円/回 おやつ 50 円/日
④光熱水費	月額 14,750 円（4～10 月）・月額 15,750 円（11～3 月） 共用部分の光熱水費は除きます。
⑤共益費	月額 18,220 円（4～10 月）・月額 19,800 円（11～3 月） 共用部分の光熱水費用・ごみ処理費用・定期清掃費用 エレベーター保守点検費用・浄化槽保守点検費用 他
⑥その他	日常生活において通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められるもの。 ・利用者の希望により、身の回り品として日常生活に必要なもの。

※月途中における入退居について、1 ヶ月を 30 日として日割り計算としています。

※利用料等の支払いを受けたときは、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します。

※法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の内容、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その家族に対して交付します。

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額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。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用者あてにお届けします。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）口座振込 （イ）口座振替 （ウ）現金支払い イ 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払いが遅延し、さらに支払いの督促後も支払いが無い場合には、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いただくことがあります。

5 入退居に当たっての留意事項

- (1) 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（要支援者）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。
 - ①認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
 - ②認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
 - 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います。
- (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られた場合は、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ます。
- (4) 利用者の退居に際しては、利用者及びその家族の希望、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等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

6 衛生管理等

① 衛生管理について

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ます。

② 感染症対策マニュアル

感染症マニュアル（BCP）を整備し、従業者に周知徹底しています。

③ 他関係機関との連携について

事業所において食中毒及び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。また、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、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

7 緊急時の対応方法について

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治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します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

【協力医療機関】 (協力医療機関一覧)	医療機関名 田辺中央病院 所在地 和歌山県田辺市湊 147 電話番 0739-24-5333 FAX 番号 0739-23-1114 受付時間 午前 8:30～11:00 午後 1:00～2:00 診療科 内科・外科・肛門外科・整形外科・リハビリテーション科
【委託医療機関】 (看護師の所属医療機関)	医療機関名 田辺中央病院 所在地 和歌山県田辺市湊 147 電話番号 0739-24-5333 FAX 番号 0739-23-1114 受付時間 午前 8:30～11:00 午後 1:00～2:00 診療科 内科・外科・肛門外科・整形外科・リハビリテーション科
【主治医連絡先】	医療機関名 所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間 診療科
【家族等緊急連絡先】	氏 名 続柄 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話 勤 務 先

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損保
	保 険 名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
	補償の概要	賠償責任

9 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（米澤美智代）

- ② 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画（BCP）を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年２回 ４月・ １０月）

10 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情申立の窓口

田辺すみれホーム苦情受付窓口	担当者 南 恵未 電話番号 ０７３９－８１－３３２２
田辺市やすらぎ対策課 介護保険係	電話番号 ０７３９－２６－４９３１
上富田町 住民生活課	電話番号 ０７３９－３４－２３７２
白浜町 民生課 介護保険係	電話番号 ０７３９－４３－５５５５
すさみ町 環境保健課	電話番号 ０７３９－５５－２００４
和歌山県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０７３－４２７－４６７８

11 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、事業所玄関前に文書により掲示において公開しています。

12 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業員に、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、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。
--------------------------	---

② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予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、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）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。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）
---------------	---

13 虐待の防止について

事業者は、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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	南 恵未
-------------	------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。それらの研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。

(5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

(6) 従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員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。

14 身体拘束等の適正化について

事業者は、身体拘束等の適正化を図る為に以下の措置を講じていきます。

(1) 身体拘束等を行う場合には、その容態及び時間、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、完結した日から5年間保存します。

(2) 身体拘束等の適正化の為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職員その他従業員に周知徹底を図ります。

(3) 身体的拘束等の適正化の為の指針を整備します。

(4) 介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化の為の研修を定期的実施します。

15 地域との連携について

- ① 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
- ② 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、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、概ね2月に1回以上運営推進会議を開催します。
- ③ 運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

16 サービス提供の記録

- ① 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供が完結した日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- ③ 入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

17 重要事項説明の年月日

説明年月日	年 月 日
-------	-------

上記内容について、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サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名	田辺すみれホーム
説明者氏名	南 恵未 印

上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印