モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 （（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

（メモ）重要事項の掲示について書面掲示に加え、令和７年４月１日以降ウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載が必要となります。

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定（介護予防）認知症対応型共同生活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。

|  |
| --- |
| この「重要事項説明書」は、「各市町の条例（下記メモ参照）」の規定に基づき、指定地域密着型通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。 |

（メモ）

泉佐野市：「泉佐野市介護保険条例」（平成12年3月29日泉佐野市条例第8号））

泉南市：「泉南市指定地域密着型サービス事業者の指定並びに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を定める条例」（平成25年3月29日条例第5号）

阪南市：「阪南市指定地域密着型サービス事業者の指定並びに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を定める条例」（平成29年3月30日条例第2号）

熊取町：「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を定める条例」（平成29年3月31日条例第5号）

田尻町：「田尻町指定地域密着型サービス事業者の指定に関する基準並びに事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成29年3月24日条例第1号）

岬町：「岬町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を定める条例」（平成29年3月23日条例第1号）

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 | （法人種別及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地  （連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）  （連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

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 | ○○○ |
| 介護保険指定  事業所番号 | （指定事業所番号） |
| 事業所所在地 | 大阪府 |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約） |

(3)事業所の施設概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 建築 | 例：鉄筋平屋 | ○,○○○,○○㎡ |
| 敷地面積 | ○,○○○,○○㎡ | |
| 開設年月日 | 平成○年○月○日 | |
| ユニット数 |  | |

＜主な設備等＞

|  |  |
| --- | --- |
| 面　　　積 | ○○○○○○㎡ |
| 居　室　数 | １ユニット　　○室  １部屋につき○○㎡ |
| 食　　　堂 | ○○㎡ |
| 台　　　所 | １ユニットにつき○箇所 |
| 居　　　間  （共同生活室） | ㎡ |
| ト　イ　レ | １ユニットにつき○箇所 |
| 浴　　　室 | ○○㎡（脱衣所含む） |
| 特　浴　室 | ○○㎡（脱衣所含む） |
| 事　務　室 | ○○㎡ |

(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 | ○時～○時 |
| 利用定員内訳 | ○名　　　１ユニット○名  　　　　　２ユニット○名 |

(5)事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  ○○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。 | 〇名以上  内、〇名  ○○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。 | 〇名以上  内、〇名  ○○と兼務 |

（メモ）兼務の場合は「〇〇と兼務」と記載してください。

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。  2　寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴を提供します。 |
| 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。  4　シーツ交換は、定期的に週○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　医師による週○回の診察日を設け、利用者の健康管理につとめます。 |
| 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）の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心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。 |
| 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　利用者・家族が必要な行政手続き等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行います。  4　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。  5　常に家族と連携を図り、利用者・家族との交流等の機会を確保します。 |

（メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないよう、サービス内容は、できるだけ具体的に記述するようにしてください。

（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１

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  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 |
| Ⅰ | 要介護１ | 765 | 7,856円 | 786円 | 1,572円 | 2,357円 |
| 要介護２ | 801 | 8,226円 | 823円 | 1,646円 | 2,468円 |
| 要介護３ | 824 | 8,462円 | 847円 | 1,693円 | 2,539円 |
| 要介護４ | 841 | 8,637円 | 864円 | 1,728円 | 2,592円 |
| 要介護５ | 859 | 8,821円 | 883円 | 1,765円 | 2,647円 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  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 |
| 短期利用Ⅰ | 要介護１ | 793 | 8,144円 | 815円 | 1,629円 | 2,444円 |
| 要介護２ | 829 | 8,513円 | 852円 | 1,703円 | 2,554円 |
| 要介護３ | 854 | 8,770円 | 877円 | 1,754円 | 2,631円 |
| 要介護４ | 870 | 8,934円 | 894円 | 1,787円 | 2,681円 |
| 要介護５ | 887 | 9,109円 | 911円 | 1,822円 | 2,733円 |

・共同生活住居数が２以上

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  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 | 7,733円 | 774円 | 1,547円 | 2,320円 |
| 要介護２ | 788 | 8,092円 | 810円 | 1,619円 | 2,428円 |
| 要介護３ | 812 | 8,339円 | 834円 | 1,668円 | 2,502円 |
| 要介護４ | 828 | 8,503円 | 851円 | 1,701円 | 2,551円 |
| 要介護５ | 845 | 8,678円 | 868円 | 1,736円 | 2,604円 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  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 |
| 短期利用Ⅱ | 要介護１ | 781 | 8,020円 | 802円 | 1,604円 | 2,406円 |
| 要介護２ | 817 | 8,390円 | 839円 | 1,678円 | 2,517円 |
| 要介護３ | 841 | 8,637円 | 864円 | 1,728円 | 2,592円 |
| 要介護４ | 858 | 8,811円 | 882円 | 1,763円 | 2,644円 |
| 要介護５ | 874 | 8,975円 | 898円 | 1,795円 | 2,693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１

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  事業所区分 | 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 |
| Ⅰ | 761 | 7,815円 | 782円 | 1,563円 | 2,345円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  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 |
| Ⅰ(短期利用) | 789 | 8,103円 | 811円 | 1,621円 | 2,431円 |

・共同生活住居数が２以上

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  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 | 7,692円 | 770円 | 1,539円 | 2,308円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間  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(短期利用) | 777 | 7,979円 | 798円 | 1,596円 | 2,394円 |

※　身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の90/100となります。

※　夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、上記の97/100となります。

※　利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後３月以内に退院することが明らかに見込まれる場合であって、退院後再び当該指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保している場合に、１月に６日を限度として246単位（利用料2,526円、１割負担：253円、２割負担：506円、３割負担：758円）を算定します。

* 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢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ていない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年１回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の99/100となります。
* 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記金額の97/100となります。

(メモ) 令和７年３月 31 日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。

(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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 夜間支援体制加算（Ⅰ） | 50 | 513円 | 52円 | 103円 | 154円 | １日につき |
| 夜間支援体制加算（Ⅱ） | 25 | 256円 | 26円 | 52円 | 77円 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 | 2,054円 | 206円 | 411円 | 617円 | １日につき（７日を限度）  （短期利用の場合のみ） |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 120 | 1,232円 | 124円 | 247円 | 370円 | １日につき |
| 看取り介護加算★ | 72 | 739円 | 74円 | 148円 | 222円 | 死亡日以前31日以上45日以下 |
| 144 | 1,478円 | 148円 | 296円 | 444円 | 死亡日以前４日以上30日以下 |
| 680 | 6,983円 | 699円 | 1,397円 | 2,095円 | 死亡日の前日及び前々日 |
| 1,280 | 13,145円 | 1,315円 | 2,629円 | 3,944円 | 死亡日 |
| 初期加算 | 30 | 308円 | 31円 | 62円 | 93円 | １日につき |
| 協力医療機関連携加算★ | 100 | 1,027円 | 103円 | 206円 | 309円 | １月につき |
| 協力医療機関連携加算★ | 40 | 410円 | 41円 | 82円 | 123円 | １月につき |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)イ★ | 57 | 585円 | 59円 | 117円 | 176円 | １日につき |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ロ★ | 47 | 482円 | 49円 | 97円 | 145円 | １日につき |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)ハ★ | 37 | 379円 | 38円 | 76円 | 114円 | １日につき |
| 医療連携体制加算(Ⅱ)★ | 5 | 51円 | 6円 | 11円 | 16円 | １日につき |
| 退居時情報提供加算 | 250 | 2,567円 | 257円 | 514円 | 771円 |  |
| 退居時相談援助加算 | 400 | 4,108円 | 411円 | 822円 | 1,233円 | １回につき |
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 3 | 30円 | 3円 | 6円 | 9円 | １日につき |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 4 | 41円 | 5円 | 9円 | 13円 |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅰ） | 150 | 1,540円 | 154円 | 308円 | 462円 | １月につき |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） | 120 | 1,232円 | 124円 | 247円 | 370円 | １月につき |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100 | 1,027円 | 103円 | 206円 | 309円 | ３月に１回を限度として１月につき |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200 | 2,054円 | 206円 | 411円 | 617円 |
| 栄養管理体制加算 | 30 | 308円 | 31円 | 62円 | 93円 | 1月につき |
| 口腔衛生管理体制加算 | 30 | 308円 | 31円 | 62円 | 93円 | 1月につき |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20 | 205円 | 21円 | 41円 | 62円 | 1回につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 410円 | 41円 | 82円 | 123円 | １月につき |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 10 | 102円 | 11円 | 21円 | 31円 | １月につき |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 5 | 51円 | 6円 | 11円 | 16円 | １月につき |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 | 2,464円 | 247円 | 493円 | 740円 | １月に１回、連続する５日を限度 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 100 | 1,027円 | 103円 | 206円 | 309円 | １月につき |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 10 | 102円 | 11円 | 21円 | 31円 | １月につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22 | 225円 | 23円 | 45円 | 68円 | １日につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 18 | 184円 | 19円 | 37円 | 56円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 6 | 61円 | 7円 | 13円 | 19円 |
| 介護職員等処遇改善加算  （Ⅰ）～（Ⅴ１～14）  【※各事業所で該当区分を記載してください】 | 所定単位数〔※〕の 　○/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 | ・１月につき  ・〔※所定単位数〕  基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数 |

（メモ）介護職員等処遇改善加算については、各事業所でⅠ～Ⅴ（１～14）の加算区分を記入してください。

また、所定単位数の○に該当の数字を埋めてください。

なお、Ⅴ（１～14）は、令和６年度末までの加算となります。

※　★については、介護予防認知症対応型共同生活介護での算定はできません。

* + 夜間支援体制加算は、夜間及び深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。
  + 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に当事業所を利用することが適当であると判断した利用者に対して、サービスを提供した場合に、入居を開始した日から７日間を限度として算定します。
  + 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
  + 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、利用者又は家族の同意のもと、医師、看護師等多職種共同にて介護に係る計画を作成し、計画に基づき利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。

※　初期加算は、当事業所に入居した日から30日以内の期間について算定します。

* + 協力医療機関連携加算は、協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合は場合に算定します。
  + 医療連携体制加算は、当事業所の従業者若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携により看護師を配置し、24時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。
  + 退居時情報提供加算は、利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に算定します。
  + 退居時相談援助加算は、利用期間が１月を超える利用者が退居し、居宅にて居宅サービス等を利用する場合に、退居後の各サービスについての相談援助を行い、利用者の同意を得て退居後２週間以内に市町村等に利用者の介護状況を示した文書を添えて各サービスに必要な情報を提供した場合に算定します。
  + 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
  + 認知症チームケア推進加算は、認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資するチームケア（複数人の介護者がチームを組み、利用者の情報を共有したうえで介護に係る課題を抽出し、多角的な視点で課題解決に向けた介護を提供することをいう。）を提供した場合に算定します。
  + 生活機能向上連携加算(Ⅰ)は、当事業所の計画作成担当者が、訪問リハビリテーション事業所等の医師等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。

生活機能向上連携加算(Ⅱ)は、訪問リハビリテーション事業所等が当事業所を訪問した際に、当事業所の計画作成担当者と共同で利用者の状態評価を行い、生活機能の向上を目的とした(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。

* + 栄養管理体制加算は、管理栄養士等が従業者に対して栄養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、算定します。
  + 口腔衛生管理体制加算は、当事業所の介護職員が歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上受けている場合に算定します。
  + 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。
  + 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共同生活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。
  + 高齢者施設等感染対策向上加算は、高齢者施設等における平時からの感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を確保している場合に算定します。
  + 新興感染症等施設療養費は、利用者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った場合に算定します。
  + 生産性向上推進体制加算は、介護職員の処遇改善を進めることに加え、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの導入等により、介護サービスの質を確保するとともに、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組をしている場合に算定します。
  + サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
  + 介護職員等処遇改善加算は、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組みを行う事業所に認められる加算です。
  + 利用者が病院又は診療所に入院後、３月以内に退院することが明らかに見込まれる場合に退院後再び当事業所に円滑に入居できるような体制等を整えている場合、１月に６日を限度として2,526円(利用者負担1割253円、2割506円、3割758円)を算定します。

※　地域区分別の単価（6級地10.27円）を含んでいます。

* + 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、｢領収書｣を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（メモ）上記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

(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　○○○円　（１日当たり○○○円） |
| ②敷金 | 入居時　○○○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、退居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、退居時に残額を返還します。 |
| ③食費 | 朝食○○○円/回　昼食○○○円/回　夕食○○○円/回 |
| ④光熱水費 | 月額○○○円　（１日当たり○○○円） |
| 共用部分の光熱水費は除きます。  また、外泊などにより、当該事業所に終日いない日に限っては、光熱水費を頂戴しません。 |
| ⑤理美容費 | 理容代○○○円　　美容代○○○円 |
| 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。  ・利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なもの。  ・利用者の希望によって、教養娯楽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日割り計算としています。

（メモ）その他の費用の額は、実費相当としてください。また日常生活費の取扱いについては、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて　H12.3.30付け老企第54号」を参照した上で、運営規程にてその定めを行ってください。

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 | 1. 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。 2. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。 |
| 1. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | 1. 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、請求月の△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。   (ア)事業者指定口座への振り込み  (イ)利用者指定口座からの自動振替  (ウ)現金支払い   1. 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、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に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。

（メモ）②のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

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

1. 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。
2. 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。
3. 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)利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引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)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。

(3) 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、次に掲げる措置を講じます。

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、従業者に周知徹底しています。

　②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

　③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

７　業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、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の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

８　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  所　在　地  電話番号  FAX番号  受付時間  診　療　科 |
| 【委託医療機関】  （看護師の所属医療機関） | 医療機関名  所　在　地  電話番号  FAX番号  受付時間  診　療　科 |
| 【主治医】 | 医療機関名  氏 名  電 話 番 号 |
| 【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 |

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

委託医療機関については、指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として配置しない場合に、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職員を配置している場合に記載してください。

９　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 【市町村（保険者）の窓口】  （市町村の介護保険担当課の名称） | 所 在 地  電話番号  ﾌｧｯｸｽ番号  受付時間 |

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 損害賠償  責任保険 | 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |
| 自動車保険 | 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

10　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：（　　　　　　　　　　　　）

1. 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。
2. 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　　　月・　　　月）

11　サービス提供に関する相談、苦情について

1. 苦情処理の体制及び手順
   1. 提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
   2. 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。



1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】  （事業者の担当部署・窓口の名称） | 所 在 地  電話番号  ﾌｧｯｸｽ番号  受付時間 |
| 【市町村（保険者）の窓口】  （市町村の介護保険担当課の名称） | 所 在 地  電話番号  ﾌｧｯｸｽ番号  受付時間 |
| 【指定・指導担当課の窓口】  泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町　広域福祉課 | 所 在 地　泉佐野市市場東１丁目１番１号  電話番号　072-493-2222  ﾌｧｯｸｽ番号 072-462-7780  受付時間　8：45～17：15 |
| 【公的団体の窓口】  大阪府国民健康保険団体連合会 | 所 在 地　大阪市中央区常盤町1丁目３－８  電話番号　06-6949-5418  受付時間　9:00～17:00（土日祝は休み） |

12　サービスの第三者評価の実施状況について

　当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

|  |  |
| --- | --- |
| 【実施の有無】 |  |
| 【実施した直近の年月日】 |  |
| 【第三者評価機関名】 |  |
| 【評価結果の開示状況】 |  |

13　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、○○○において公開しています。

（メモ）○○○には具体的な公開方法を記載してください。

　　　　例）・事業所玄関前に文書により掲示

・インターネット上に開設する事業所のホームページなど

14　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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。    1. 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」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。    2. 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。    3. 事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| 1. 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。) |

15　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する担当者 | (職・氏名を記載する) |

1. 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に周知徹底を図っています。
2. 虐待防止のための指針の整備をしています。
3. 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。
4. サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・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します。

16　身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、５年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

1. 切迫性･･････直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
2. 非代替性････身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
3. 一時性･･････利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

17　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。

18　利用者の安全並びに介護サービスの質の確保等

　業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図る

ため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討

するための委員会を定期的に開催します。

（メモ）利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する

ための委員会の開催については、令和９年３月31日までの間は努力義務となっています。

19　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の日から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。

20　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の見積もりについて

* このサービス内容の見積もりは、あなたの（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画書に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

（１）利用料、利用者負担額の目安

（介護保険を適用する場合）

≪認知症対応型共同生活介護・短期利用共同生活介護≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基　本　利　用　料 | 介護保険運用の有無 | サービス内容 | | | | | | | | 利用料 | 利用者  負担額 |
| 初期加算 | 医療連携  体制加算 | 退居時相談援助加算 | 認知症専門ケア加算 | 認知症行動・  心理症状緊急  対応加算 | 若年性認知症利用者受入  加算 | サービス提供体制強化加算 | 介護職員処遇改善加算 |  |  |
| 要介護  ○ | ○ | ○ |  |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
| １月当たりの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額 | | | | | | | | | | 円 | 円 |

≪介護予防認知症対応型共同生活介護・介護予防短期利用共同生活介護≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基　本　利　用　料 | 介護保険運用の有無 | サービス内容 | | | | | | | 利用料 | 利用者  負担額 |
| 初期加算 | 退居時相談援助加算 | 認知症専門ケア加算（） | 認知症行動・  心理症状緊急  対応加算 | 若年性認知症利用者  受入加算 | サービス提供体制強化加算（） | 介護職員処遇改善加算（） |  |  |
|  | ○ | ○ |  |  |  |  |  |  | 円 | 円 |
| １月当たりの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額 | | | | | | | | | 円 | 円 |

その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ① 家賃 | 重要事項説明書３(4)－①記載のとおりです。 |
| 1. 敷金 | 重要事項説明書３(4)－②記載のとおりです。 |
| ③ 食費 | 重要事項説明書３(4)－③記載のとおりです。 |
| ④ 光熱水費 | 重要事項説明書３(4)－④記載のとおりです。 |
| ⑤ 理美容費 | 重要事項説明書３(4)－⑤記載のとおりです。 |
| ⑥ その他 | 重要事項説明書３(4)－⑥記載のとおりです。 |

（２）１月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|  |  |
| --- | --- |
| お支払い額の目安 | （目安金額の記載）円 |

* + ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

* + この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

21　重要事項説明の年月日

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

上記内容について、「各市町の条例（下記メモ参照）」に基づき、利用者に説明を行いました。

（メモ）

泉佐野市：「泉佐野市介護保険条例」（平成12年3月29日泉佐野市条例第8号））

泉南市：「泉南市指定地域密着型サービス事業者の指定並びに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を定める条例」（平成25年3月29日条例第5号）

阪南市：「阪南市指定地域密着型サービス事業者の指定並びに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を定める条例」（平成29年3月30日条例第2号）

熊取町：「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を定める条例」（平成29年3月31日条例第5号）

田尻町：「田尻町指定地域密着型サービス事業者の指定に関する基準並びに事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成29年3月24日条例第1号）

岬町：「岬町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を定める条例」（平成29年3月23日条例第1号）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

　事業者から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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

（メモ）

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が署名又は記名（必要に応じて押印）を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 大阪府○○市△△町１丁目１番１号 |
| 氏　名 | ●●　　●● |

　　　　　　　　　　　　上記署名は、●●　▲▲（子）が代行しました。