

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

株式会社 ニッケ・ケアサービス
グループホーム ニッケてとて加古川弐番館

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

入居者・身元引受人に対して(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 ニッケととて加古川式番館(以下「事業所」という)が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

< 2025年4月 日 現在 >

1 事業所(法人)の概要

法人名	株式会社 ニッケ・ケアサービス
代表者氏名	代表取締役 山崎 佳代
本社所在地	愛知県一宮市今伊勢町本神戸字前畑1
連絡先	電話: 0586-48-5367 FAX: 0586-28-5015
設立年月日	2002年6月25日

2 サービス提供を実施する事業所

(1) 事業所の概要

事業所名	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 ニッケととて加古川式番館
介護保険指定事業所番号	2892200706
所在地	兵庫県加古川市加古川町本町239-1
連絡先	電話 079-497-5268 FAX 079-497-5278
管理者氏名	中村 元輝
事業区域	加古川市全域
入居者定員	18名
建物構造	木造1階建 (敷地面積: 1092.52㎡)
延床面積	564.57㎡
開設年月日	2021年3月31日

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	認知症のある要介護・要支援状態の入居者が、その共同生活を行う住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排泄、食事その他の日常生活における援助及び指導を行い、共同生活を送ることにより認知症の進行を穏やかにし、周辺症状等にかかる負担を減少させ、認知症の状態にある入居者が精神的に安定して健康で明るい生活を送れるように支援していくことを目的とします。
運営の方針	① 入居者の要介護状態、認知症の軽減もしくは悪化の防止及び、認知症の状況等入居者の心身の状況を踏まえ、適切に援助を行います。 ② 入居者一人一人の人格を尊重し、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ます。 ③ 職員はサービスの提供にあたり、懇切丁寧を旨とし、入居者または身元保証人等に対し、生活上の必要な事項について、理解しやすいように説明を行います。 ④ 職員はサービスの提供にあたり、入居者又は他の入居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、身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

(3) 設備概要

居室	個室 18室
浴室	個浴2
食堂	2室
トイレ	車いす対応型共同トイレ6
その他	事務室1 洗濯室1 相談室2 (事務室内)

※ 施設設備・備品は、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兼用

3 職員の職種・職務内容・人員数及び勤務体制

(1) 職員の職種・職務内容・人員数

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者	管理者は、事業所の従業者の管理及び業務に関する管理を一元的に行う。また、自らも事業の運営方針に基づいたサービス提供に当たります。	1名以上
計画作成担当者	計画作成担当者は、適切なアセスメントを行い、それぞれの入居者の状況に応じたケアプランを作成・随時見直しをします。	介護支援専門員 1名以上
介 護 従 業 者	介護従業者は、事業の運営方針に基づいたサービス提供に当たります。	6名以上 (常勤換算)
看 護 職 員	看護職員は、入居者の健康管理にあたり、自らも適切なサービス提供に当たります。	1名以上 (訪問看護ステーションとの連携含む)

(2) 勤務体制 (1ユニットあたり)

職 種	時 間 帯		勤 務 体 制
	介護従業者	日 中	
夜 間		22時～5時	1名

4 利用基準

入居者並びに身元保証人は以下を満たしていることとします。

- (1) 要支援2以上の介護保険被保険者であり、かつ医学上の認知症状態にあること。
- (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) 自傷他害の恐れのないこと。
- (4) 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- (5) 重要事項説明書に記載する事業者の方針に賛同できること。

5 サービスの内容

項 目	サ ー ビ ス 内 容
介護サービス 計画の立案	適切なアセスメントを行い、それぞれの入居者の状況に応じたケアプランを作成・随時見直しを行います。
食 事	入居者の希望に、体調に合わせた食事形態での食事の提供及び、介助が必要な入居者に対して、介助を行う。また、入居者と職員ができる限り食事の準備・後片付けを行い、役割や生きがい、充実感を持って生活していけるよう支援していきます。

項目	サービス内容
入浴	入浴の提供及び介助が必要な入居者に対し、入浴（個浴・機械浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
排泄	介助が必要な入居者に対して、排泄介助、おむつ交換などを行います。
機能訓練 (レクリエーション)	入居者の能力に応じて、食事・入浴・排泄・更衣などの日常生活動作を通じた訓練や、集団で行うレクリエーションや体操などを通じた訓練を支援していきます。
生活相談	入居者やその家族からの相談に応じ必要時は支援していきます。
健康管理	職員（訪問ステーション職員含む）による、日常の健康管理を行います。
理美容サービス	必要に応じて、入居者やその家族が希望した際は、理美容サービス利用時の支援を行います。
行政手続き代行	行政機関への手続きが必要な場合は、入居者やその家族の状況によっては代行支援します。
所持品保管	原則、金銭・貴重品等のお持込は原則お断りします。万一、お持込になられた現金貴重品等の紛失・盗難等のトラブルが発生した場合、当事業所は責任を負いません。また、持参した所持品は基本、本人管理となりますが、入居者やその家族の状況に応じては、必要な支援を行います。
サービス提供の記録・保存	事業者は、サービス提供記録を作成し、この契約の終了後5年間保管します。

6 個人情報保護及び秘密保持義務

事業者及び事業者が使用する者は、サービスを提供する上で、知り得た入居者及びその身元保証人等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。なお、個人情報の使用にあたり予め、別紙文書にて説明し同意を得ます。また、入居者その家族より情報開示の要求をされた場合はその求めに応じます。

7 利用料金

(1) 介護保険給付対象費用（別紙料金表参照）

介護保険法（要介護者等について、介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定めることに関する法律）に基づき、要支援・要介護の認定を受けた入居者が利用する介護保険サービスの費用は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、「介護保険負担割合証」の表示による割合の額とする。

(2) 介護保険給付対象外費用（敷金・家賃・管理費・水光熱費）

敷金	初回のみ	300,000円	※月途中での入退居の場合や外泊した際の対象期間がある場合は日割計算となります。
家賃	1ヶ月	63,000円	
管理費	1ヶ月	26,400円(税抜き)	
水光熱費	1ヶ月	25,300円(税抜き)	

※ 1ヶ月を30日として計算した費用負担となります。

(3) 介護保険給付対象外費用（食費）

食 費	朝 食	昼 食	夕 食	おやつ
	300円	650円	650円	100円

(4) その他の費用

上記の他、オムツ代、レクリエーション等に係る費用等は自己負担となります。

- ① 医療費、調剤費
- ② 入居者が選定する特別な食事の提供を行なったことに伴い必要となる費用（実費）
- ③ 理美容代（理美容業者が規定する額）
- ④ その他、上記を除く日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入居者が負担することが適当と認められる費用については実費徴収します。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦1日当たりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日加古川市の窓口提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

8 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法等について

項 目	内 容
サービス利用料	入居者は、サービスの対価として料金表に定める利用単位毎の料金をもとに計算された合計額を支払います。
請求方法	事業者は、翌月の家賃等と前月の利用料金の合計額を請求書に明細を付して通知します。
支払い方法	入居者は、前項請求書に記載の合計額を翌月20日頃までに現金納付または、口座引き落としの方法で支払います。
日割り計算	入退去時等1か月に満たない期間費用は、1か月を30日として日割計算した額とします。

9 入居者及び身元保証人の義務

入居者及び身元引受人は、サービスに関して以下の義務を負います。

- (1) 入居者の能力や健康状態については正しく事業者提供すること。
- (2) 他の入居者やその訪問者及び事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと。
- (3) 特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者または、その協力医師の指示に従うこと。
ただし、入居者や身元引受人が、介護や医療に関する事業者またはその協力医師の指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業者に提示し、それによって起こる全てについて入居者及び身元引受人が責任を負うことを明らかにした場合、その限りではありません。
- (4) 事業者が提供する各種のサービスに異議がある場合に、速やかに事業者知らせること。
- (5) 市町村並びに介護保険法その他省令に基づく事業所への立ち入り調査については、入居者及び身元保証人は協力すること。

10 契約の終了について

- (1) 入居者は、事業者に対して申し出ることにより、この契約を解約することができます。
- (2) 事業者は、やむを得ない事情がある場合、入居者に対して1ヵ月間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- (3) 次の事由に該当した場合、入居者は直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合。
 - ③ 事業者が入居者やその身元引受人等に対して社会通念を逸脱する行為をした場合。
 - ④ 事業者が破産した場合。
- (4) 次の事由に該当した場合、事業者は入居者に対して、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 入居者のサービス利用料金の支払いが3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7日以内に支払われない場合。
 - ② 入居者が、継続して入居することが困難な健康状態・精神状態となった場合。
 - ③ 入居者またはその身元引受人等が、事業者やサービス提供職員または他の入居者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合。
 - ④ 入居者やその身元引受人等が、他の入居者及び事業者の職員に迷惑行為等を行ない、かつその改善の見込みがないと事業者が判断した場合、当法人の「ハラスメント防止規定」に基づき、解約する場合がある。状況によっては、法的な措置を講ずると共に、事業所より損害賠償請求を求める場合がある。
- (5) 当法人における、ハラスメント防止規定における、ハラスメントの一部例

暴力又は乱暴な言動	殴る・蹴る・物を投げつける・刃物を向ける・怒鳴る・奇声や大声を発する行為。
ハラスメント行為	不必要に身体を触る・手を握る・腕を引っ張り抱きつく・卑劣な言動を発する行為。
その他	① 過大、理不尽な要求・職員や他者の個人情報求める・ストーカー行為。 ② 無断で、職員の写真や動画撮影及び録音をする盗撮、盗聴行為。

- (6) 次の事由に該当した場合、この契約は自動的に終了します。
 - ① 入居者が病院及び診療所に入院し、60日が経過した場合。ただし、入院した場合には入院日から起算して60日間は契約を継続し居室を確保することが可能です。なお、契約を継続し居室を確保される期間においては、家賃・管理費が発生します。
 - ② 入居者が他の介護保険施設に入所した場合。
 - ③ 入居の要介護認定区分が、要支援1及び非該当（自立）と認定された場合。
 - ④ 入居者が死亡した場合。

1.1 相談・苦情窓口

ご相談・苦情などがございましたら、下記の窓口までご遠慮なくお申し付け下さい。

<p>当事業所に相談する場合</p>	<p>(事業所名) ニッケととて加古川式番館 (電話) 079-497-5268 (FAX) 079-497-5278 (受付時間) 午前9時00分～午後17時30分 (担当者) 苦情解決責任者 管理者 中村 元輝 苦情相談担当者 介護支援専門員 岩前 衛理</p>
<p>事業所以外に相談する場合</p>	<p><兵庫県国保連合会介護サービス苦情相談窓口> (電話) 078-332-5617 (受付時間) 平日 午前8時45分～午後17時15分 <加古川市福祉部介護保険課> (電話) 079-427-9123 (受付時間) 平日 午前8時30分～午後17時15分</p>

1.2 緊急時の対応

入居者のサービス提供中に、体調の異常やその他の緊急事態が生じた時にはあらかじめ決められた手順により、身元引受人の方に可能な限り速やかに連絡します。また、主治医または事業所との連携・支援体制にある医療機関に連絡する等の必要な措置を講じます。

1.3 協力医療機関等

医療機関	病院名及び所在地	大西メディカルクリニック 兵庫県加古郡稲美町国岡 2丁目9-1
	電話番号	079-441-7741
	診療科	内科等
	医師の氏名	吉田 幸司
	病院名及び所在地	あたらし歯科 加古川市加古川町備後 63-3
	電話番号	079-454-6666
	診療科	歯科等
	医師の氏名	新 和教

1 4 損害倍書

事業所は下記の損害賠償保険に加入し、入居者に対して、事業所の責任において賠償すべき事態になった場合は、事業所は入居者に賠償します。

保 険 会 社 名	東京海上日動火災保険株式会社
-----------	----------------

1 5 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービス提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業所における業務継続計画の策定、定期的な計画の見直しをするとともに、従業員に対し、業務継続計画の周知徹底を図ること。
- (2) 事業所において、従業員に対し、業務継続計画に基づくサービス提供を継続的に実施するため、非常時の体制で早期の業務再開を図るために必要な研修・訓練（シミュレーション）を年2回以上実施すること。

1 6 非常災害対策

事業所は、非常災害に備え、別途定める消防計画に基づき年2回の避難訓練を実施します。

1 7 高齢者虐待防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待防止の対策を検討するため「高齢者虐待防止委員会」を設置し、定期的
に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ること。
- (2) 虐待防止のための指針を整備すること。
- (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施すること。
- (4) 前三号に掲げる研修を適切に実施するための担当者を置くこと。
- (5) サービス提供中に、当該事業所の従業員または養護者（入居者の家族等）による虐待を受け
たとと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村等に通報すること。

1 8 緊急やむを得ない場合の身体拘束等の適正化に向けての取り組み

次の各号に掲げる措置を講ずるものとします。

- (1) 事業所は、身体拘束等の適正化の指針を整備すること。

- (2) 事業所はサービスの提供にあたり、入居者又は他の入居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、身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、その事由を入居者及び身元引受人に、文書にて説明し同意を得ること。
- (4) 緊急やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を開催するなど、身体拘束等の適正化の取り組み、従業員に対する研修を定期的実施すること。

19 感染症の予防及びまん延の防止

次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業所は、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ための委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ること。
- (2) 事業所は、感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備すること。
- (3) 事業所は、従業員の対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修・訓練（シミュレーション）を年2回以上実施すること。

20 提供するサービスの第三者評価の実施状況（第三者評価においては年1回の評価あり）

実施状況の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あ り	<input type="checkbox"/> な し
実施した直近の年月日	2025年 2月 17日	
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター	
評価結果の開示状況	あり	

21 その他サービスの利用に関する留意事項

- (1) ご利用にあたり、職員の指示を守らず、他の入居者に迷惑をかけた場合は即時ご利用を中止させていただきます。
- (2) 当事業所での喫煙は原則お断りします。
- (3) 所持品・備品等の持参品には必ず名前のご記入をお願いします。万一、持参品の紛失・盗難等のトラブルが発生した場合、当事業所は責任を負いません。
- (4) 金銭・貴重品について、現金・貴重品等のお持込は原則お断りします。万一、お持込になられた現金、貴重品等の紛失・盗難等のトラブルが発生した場合、当事業所は責任を負いません。

- (5) お持込になられた飲食物について、職員にて管理させていただきます。万一、職員が管理していない飲食物に起因する食中毒、事故等が発生した場合、当事業所は責任を負いません。
- (6) 当事業所へのペットの持ち込みは固くお断りします。
- (7) 当事業所に対し金銭・金品・その他（お中元等）の贈物等は固くお断りさせていただきます。
- (8) 当事業所の職員や他の入居者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動等は禁止します。

以上

重要事項説明を受けたことを証するため、本書2通を作成し、入居者、入居者の身元引受人、事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

説 明 日	年 月 日
本 社 所 在 地	愛知県一宮市今伊勢町本神戸字前畑1
法 人 名	株式会社 ニッケ・ケアサービス
代 表 者 氏 名	代 表 取 締 役 山 崎 佳 代 印
入居者及び身元保証人に対し本書面に基づいて重要な事項を説明しました。	
所 在 地	兵 庫 県 加 古 川 市 加 古 川 町 本 町 2 3 9 - 1
事 業 所 名	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 ニッケてとて加古川式番館
説 明 者 氏 名	印

私は本書面により事業所から（介護予防）認知症対応型共同生活介護についての説明を受け同意しました。

説 明 同 意 日	年 月 日
入 居 者	住 所
	氏 名 印
代 筆 者	住 所
	氏 名 _____(続柄)_____ 印
身 元 保 証 人	住 所
	氏 名 _____(続柄)_____ 印