

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

あなたに対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者	株式会社アイ・ディ・エス
所在地	川崎市中原区新丸子町 734-2
代表者名	代表取締役 矢野 達郎
電話番号	044-455-6117

2. 事業所・施設概要

名 称	
事業所番号	
所 在 地	
電 話 番 号	
建 物 概 要	

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	少人数のユニットケアによる、個別処遇と自立に向けた援助を行ないます。
運 営 方 針	少人数のユニットケアにより、利用者各々の身体状況に応じた個別処遇計画の作成、生活全般の介護、自立に向けた支援を行ないます。尚、他の入居者等の生命または身体を保護するため等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しません。

4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の勤務体制	員数	勤務の時間
日勤	名	7:30 ~ 15:30、9:00 ~ 17:00、 10:30 ~ 18:30
夜勤	名	17:00 ~ 翌日 9:00

(年 月 日現在)

5. 休業日

なし

6. 利用者の条件

利用者の条件	1、契約締結時に原則満 65 歳以上※ ※満 65 歳未満の方はご相談ください。 2、介護保険の要介護認定で要介護または要支援 2、かつ医師の診断書等で「認知症である」と認定されている方 3、常時または随时、身の回りのお世話や見守りが必要な方
--------	--

	<p>4、規定の利用料の支払いが可能な方</p> <p>5、公的な介護・医療保険に加入されている方</p> <p>6、身元引受人を定められる方※ ※身元引受人を定められない場合はご相談ください。</p> <p>7、川崎市内に住所（住民票）を有する方</p> <p>8、当事業所の利用契約書、運営規定等を利用者・身元引受人がご承諾いただき円滑に共同生活が営める方</p>
利用をお断りする場合	<p>1、医療機関への恒常的な入院加療を要する等、当事業所において適切な介護サービスの提供が困難な方</p> <p>2、暴力をふるう等他の人に害を及ぼす恐れがある方</p> <p>3、感染症等を有し、他の人に感染させる恐れがある方</p> <p>4、その他当事業所での共同生活になじまないとみなされる方</p> <p>5、当事業所の利用契約書・運営規定等を利用者・身元引受人ともにご承諾いただけない方</p>

7. 身元引受人の条件・義務

利用契約に定める身元引受人の義務	<p>1、当事業所の利用契約から生ずる、利用者全ての債務</p> <p>2、利用契約終了時の利用者の身柄引取り、残置物の引取り処分</p> <p>3、介護サービス提供計画書（ケアプラン）への同意</p> <p>4、利用者の治療・入院、入金に関する手配の協力</p>
------------------	--

8. 入居に当たっての留意事項

面会・外泊	来訪者は、面接記録に氏名を記入し、利用者を伴っての外出の際には職員に必ずお声がけください。外泊の場合は、外泊届に帰園予定の日時を記入し、ご提出ください。
居室・共同施設の利用	設備・備品は、本来の用法に沿ってご使用ください。これに反した用法により破損した場合には、賠償いただくことがあります。
所持品・現金・貴重品	すべての所持品に、記名をお願いいたします。現金・貴重品はご遠慮ください。紛失についての責任は負いかねます。

9. 協力医療機関

医療機関の名称 所 在 地 電 話 番 号	
医療機関について	<p>当事業所では、医療機関と提携し、日常の健康管理等を行っています。尚、受診の際の利用料は、当事業所の利用料に含まれておりません。別途利用者の負担となります。</p> <p>医師が当事業所を定期的に訪問し、受診希望の利用者への診察（内科）を行います。また利用者に体調変化が生じた際には可能な範囲にて医師が必要な診察・助言・指示を行います。</p>

10. サービス内容

<介護保険給付サービス>	
食事援助	利用者の身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮して、お食事を提供致します。またお食事は、離床して原則リビングダイニングにて、とっていただくよう配慮します。 食事時間は原則次の通りです。朝 07:00～ 昼 12:00～ 夜 17:30～
排泄介助	利用者の身体状況に応じ、適切な排泄介助と排泄の自立援助を行ないます。又おむつ交換は、1日4回を原則としますが、利用者の状況に合わせ対処します。
入浴介助	週2回以上の入浴または清拭を行ないます。
生活援助	・寝たきり防止のため、離床を促します。 ・寝具周りの交換、洗濯、掃除などの援助を行ないます。 ・必要に応じた、役所手続きの代行をおこないます。
機能訓練	離床援助、外出援助、家事全般の共同作業により、生活機能の維持・改善に努めます。
健康管理	日常の健康管理および近隣の医療機関受診手配、協力医療機関への往診の手配を援助します。尚、協力医療機関以外の受診や入退院は、原則ご家族で対応願います。ご家族でご対応いただけない場合には、必要経費について実費負担していただきます。
その他	利用者およびご家族からの相談には、誠意を持って応じ、必要と認められる場合には、可能な限りの援助を行ないます。 事故を未然に予防するために、当施設では職員教育および設備環境整備等、最大限の努力を行っています。しかし、転倒等を含む事故を完全に防げるものではありませんので、ご了承ください。
<介護保険給付外費用>	
居室・光熱・共益・食材・おむつ代・理美容代・レクリエーション・個人的に使用する日用雑貨などの費用、医療機関受診費用は介護保険給付対象外ですので実費にて請求いたします。	

11. 非常災害時の対策

消防計画	消防法に基づく
避難訓練	年に2回、火災・地震を想定した訓練を行ないます。
防災設備	自動通報装置、スプリンクラー、煙感知器、消火器

12. 運営推進会議

年に一回、自ら提供するサービスについて評価・自己点検を行うとともに、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価を行っています。

概ね2ヶ月に1度、当事業所における取組みや認知症介護等のご理解のため、並びに地域住民、入居者ご家族との交流のため、運営推進会議を開催します。ご家族におかれましては、1年に2回程度は当会議にご出席下さい。

13. 苦情申し立て

当事業所苦情窓口	月～土 9:00～17:00 担当：管理者
国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 9:00～17:00 ご利用方法 電話 045-329-3400
川崎市健康福祉局 長寿社会部高齢者事業推進課	ご利用時間 平日 9:00～17:00 ご利用方法 電話 044-200-2910

14. 利用料

項目	金額	内容の説明
居室費	円	
共益費	円	水道、ガス、光熱費、その他維持管理費等
食材料費	円	朝食、昼食、夕食、おやつ含む
合計	円	
敷金	円	退去時の居室の修繕、廃棄代等 ※1
日用品費	実費負担	利用者様及びご家族様の希望で提供の場合
理美容代	実費負担	利用者様及びご家族様の希望で提供の場合
介護用品代	実費負担	利用者様及びご家族様の希望で提供の場合
レクリエーション費等	実費負担	利用者様及びご家族様の希望で提供の場合

* 「負担軽減対象確認証」の交付を受けた方につきましては、利用料のうち、居室費につきまして月額 30,000 円（入居期間に応じた日割り計算を行う場合には 1 日につき 1,000 円）を減額します。

介護報酬にかかる費用 **※2** 第2バナナ園の例

要介護度 単位数(1ユニット)	要支援2 761単位	要介護1 765単位	要介護2 801単位	要介護3 824単位	要介護4 841単位	要介護5 859単位
要介護度 単位数(2ユニット)	要支援2 749単位	要介護1 753単位	要介護2 788単位	要介護3 812単位	要介護4 828単位	要介護5 845単位
単位数計算 10.72円(川崎市=2級地) × 単位数 = 利用料金						
サービス利用料 (10割)(1ユニット)	8158円	8201円	8587円	8833円	9016円	9208円
サービス利用料 (10割)(2ユニット)	8029円	8072円	8447円	8705円	8876円	9058円
自己負担額(1割) 1日あたり(1ユニット)	816円	820円	859円	883円	902円	921円
自己負担額(1割) 30日あたり(1ユニット)	24474円	24602円	25760円	26500円	27047円	27625円
自己負担額(1割) 1日あたり(2ユニット)	803円	807円	845円	870円	888円	906円
自己負担額(1割) 30日あたり(2ユニット)	24088円	24216円	25342円	26114円	26628円	27175円
自己負担額(2割) 1日あたり(1ユニット)	1632円	1640円	1717円	1767円	1803円	1842円
自己負担額(2割) 30日あたり(1ユニット)	48948円	49205円	51520円	53000円	54093円	55250円
自己負担額(2割) 1日あたり(2ユニット)	1606円	1614円	1689円	1741円	1775円	1812円
自己負担額(2割) 30日あたり(2ユニット)	48176円	48433円	50684円	52228円	53257円	54350円
自己負担額(3割) 1日あたり(1ユニット)	2447円	2460円	2576円	2650円	2705円	2763円
自己負担額(3割) 30日あたり(1ユニット)	73421円	73807円	77280円	79500円	81139円	82876円
自己負担額(3割) 1日あたり(2ユニット)	2409円	2422円	2534円	2611円	2663円	2718円
自己負担額(3割) 30日あたり(2ユニット)	72264円	72649円	76026円	78342円	79885円	81526円

※1 退居時のクリーニング代や通常使用に伴う範囲を超えた破損等によって、原状回復が必要な場合に充当します。敷金を超えるケースについては、利用者に負担して頂きます。また退居時に、未払い利用料等がある場合については、敷金をもって精算いたします。

※2 平成30年8月より一定以上の所得者は、介護保険の自己負担が2割ないし3割となります。
平成30年7月に市役所より認定者全員に配布される「介護保険負担割合証」の確認が必要となります。

※3 ただし、利用料や敷金については、家賃の改定、物価上昇、消費税の改訂等、環境の変化によって価格の改定を行う場合があります。

その他加算については、下記のとおりとなります。

【自己負担額（1割負担の場合）】 第2バナナ園の例

有無	サービス内容	内 容	1ヶ月の目安（30日）
	夜勤支援体制加算Ⅰ	50単位×利用日数	1608円
	夜勤支援体制加算Ⅱ	25単位×利用日数	804円
	初期加算	30単位×上限30日迄	965円
	退居時相談援助加算	400単位（1回限り）	429円
	認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位×利用日数	96円
	認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位×利用日数	129円
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位×利用日数	708円
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位×利用日数	579円
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位×利用日数	193円
	若年性認知症利用者受入加算	120単位×利用日数	3859円
	看取り介護加算1（1日単位）	72単位（死亡31~45日前）	77円
	看取り介護加算2（1日単位）	144単位（死亡4~30日前）	154円
	看取り介護加算3（1日単位）	680単位（死亡前日、前々日）	729円
	看取り介護加算4	1280単位（死亡日当日）	1372円
	医療連携体制加算ⅠⅠ	57単位×利用日数	1833円
	医療連携体制加算ⅠⅡ	47単位×利用日数	1512円
	医療連携体制加算ⅠⅢ	37単位×利用日数	1190円
	医療連携体制加算Ⅱ	5単位×利用日数	161円
	協力医療機関連携加算1	100単位（1ヶ月につき）	107円
	協力医療機関連携加算2	40単位（1ヶ月につき）	43円
	生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位（1ヶ月につき）	107円
	生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位（1ヶ月につき）	214円
	栄養管理体制加算	30単位（1ヶ月につき）	32円
	口腔衛生管理体制加算	30単位（1ヶ月につき）	32円
	口腔・栄養スクリーニング加算	20単位（6ヶ月に1回）	1回21円
	入院時費用	246単位（1月につき6日迄）	1日264円
	科学的介護推進体制加算	40単位（1ヶ月につき）	43円
	退居時情報提供加算	250単位（1回限り）	268円
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10単位（1ヶ月につき）	11円
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5単位（1ヶ月につき）	5円
	新興感染症等施設療養費	240単位（1月につき5日迄）	1日257円
	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150単位（1ヶ月につき）	161円
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120単位（1ヶ月につき）	129円
	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位（1ヶ月につき）	107円
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位（1ヶ月につき）	11円

【自己負担額（2割負担の場合）】 第2バナナ園の例

有無	サービス内容	内 容	1ヶ月の目安（30日）
	夜勤支援体制加算Ⅰ	50 単位×利用日数	3216 円
	夜勤支援体制加算Ⅱ	25 単位×利用日数	1608 円
	初期加算	30 単位×上限 30 日迄	1930 円
	退居時相談援助加算	400 単位（1回限り）	858 円
	認知症専門ケア加算Ⅰ	3 単位×利用日数	192 円
	認知症専門ケア加算Ⅱ	4 単位×利用日数	258 円
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位×利用日数	1416 円
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位×利用日数	1158 円
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位×利用日数	386 円
	若年性認知症利用者受入加算	120 単位×利用日数	7718 円
	看取り介護加算 1（1日単位）	72 単位（死亡 31~45 日前）	154 円
	看取り介護加算 2（1日単位）	144 単位（死亡 4~30 日前）	308 円
	看取り介護加算 3（1日単位）	680 単位（死亡前日、前々日）	1458 円
	看取り介護加算 4	1280 単位（死亡日当日）	2744 円
	医療連携体制加算ⅠⅠ	57 単位×利用日数	3666 円
	医療連携体制加算ⅠⅡ	47 単位×利用日数	3024 円
	医療連携体制加算ⅠⅢ	37 単位×利用日数	2380 円
	医療連携体制加算Ⅱ	5 単位×利用日数	322 円
	協力医療機関連携加算 1	100 単位（1ヶ月につき）	214 円
	協力医療機関連携加算 2	40 単位（1ヶ月につき）	86 円
	生活機能向上連携加算Ⅰ	100 単位（1ヶ月につき）	214 円
	生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位（1ヶ月につき）	428 円
	栄養管理体制加算	30 単位（1ヶ月につき）	64 円
	口腔衛生管理体制加算	30 単位（1ヶ月につき）	64 円
	口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位（6ヶ月に1回）	1回 42 円
	入院時費用	246 単位（1月につき 6日迄）	1日 528 円
	科学的介護推進体制加算	40 単位（1ヶ月につき）	86 円
	退居時情報提供加算	250 単位（1回限り）	536 円
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位（1ヶ月につき）	22 円
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位（1ヶ月につき）	10 円
	新興感染症等施設療養費	240 単位（1月につき 5日迄）	1日 514 円
	認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 単位（1ヶ月につき）	322 円
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 単位（1ヶ月につき）	258 円
	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100 単位（1ヶ月につき）	214 円
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 単位（1ヶ月につき）	22 円

【自己負担額（3割負担の場合）】 第2 バナナ園の例

有無	サービス内容	内 容	1ヶ月の目安（30日）
	夜勤支援体制加算 I	50 単位×利用日数	4824 円
	夜勤支援体制加算 II	25 単位×利用日数	2412 円
	初期加算	30 単位×上限 30 日迄	2895 円
	退居時相談援助加算	400 単位（1回限り）	1287 円
	認知症専門ケア加算 I	3 単位×利用日数	288 円
	認知症専門ケア加算 II	4 単位×利用日数	387 円
	サービス提供体制強化加算 I	22 単位×利用日数	2124 円
	サービス提供体制強化加算 II	18 単位×利用日数	1737 円
	サービス提供体制強化加算 III	6 単位×利用日数	579 円
	若年性認知症利用者受入加算	120 単位×利用日数	11577 円
	看取り介護加算 1（1日単位）	72 単位（死亡 31~45 日前）	231 円
	看取り介護加算 2（1日単位）	144 単位（死亡 4~30 日前）	462 円
	看取り介護加算 3（1日単位）	680 単位（死亡前日、前々日）	2187 円
	看取り介護加算 4	1280 単位（死亡日当日）	4116 円
	医療連携体制加算 I 1	57 単位×利用日数	5499 円
	医療連携体制加算 I 2	47 単位×利用日数	4536 円
	医療連携体制加算 I 3	37 単位×利用日数	3570 円
	医療連携体制加算 II	5 単位×利用日数	483 円
	協力医療機関連携加算 1	100 単位（1ヶ月につき）	321 円
	協力医療機関連携加算 2	40 単位（1ヶ月につき）	129 円
	生活機能向上連携加算 I	100 単位（1ヶ月につき）	321 円
	生活機能向上連携加算 II	200 単位（1ヶ月につき）	642 円
	栄養管理体制加算	30 単位（1ヶ月につき）	96 円
	口腔衛生管理体制加算	30 単位（1ヶ月につき）	96 円
	口腔・栄養スクリーニング加算	20 単位（6ヶ月に1回）	1回 63 円
	入院時費用	246 単位（1月につき 6日迄）	1日 792 円
	科学的介護推進体制加算	40 単位（1ヶ月につき）	129 円
	退居時情報提供加算	250 単位（1回限り）	804 円
	高齢者施設等感染対策向上加算（I）	10 単位（1ヶ月につき）	33 円
	高齢者施設等感染対策向上加算（II）	5 単位（1ヶ月につき）	15 円
	新興感染症等施設療養費	240 単位（1月につき 5日迄）	1日 771 円
	認知症チームケア推進加算（I）	150 単位（1ヶ月につき）	483 円
	認知症チームケア推進加算（II）	120 単位（1ヶ月につき）	387 円
	生産性向上推進体制加算（I）	100 単位（1ヶ月につき）	321 円
	生産性向上推進体制加算（II）	10 単位（1ヶ月につき）	33 円

※介護職員処遇改善加算（I）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 18.6%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（II）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 17.8%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（III）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 15.5%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（IV）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 12.5%（小数点四捨五入）

【令和6年より施行】

※介護職員処遇改善加算（V）（1）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 16.3%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（2）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 15.6%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（3）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 15.5%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（4）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 14.8%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（5）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 13.3%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（6）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 12.5%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（7）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 12.0%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（8）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 13.2%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（9）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 11.2%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（10）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 9.7%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（11）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 10.2%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（12）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 8.9%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（13）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 8.9%（小数点四捨五入）

※介護職員処遇改善加算（V）（14）

認知症対応型共同生活介護サービス単位数の合計× 6.6%（小数点四捨五入）

15. 緊急時の対応方法

事故発生時対応	1、当事業所は利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに身元引受人や利用者のご家族に連絡をとるとともに、主治医に連絡をとる等必要な措置を講じます。 2、当事業所は、状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市区町村へ報告します。またその都度原因を究明し、再発防止の対策を講じます。
ご家族緊急連絡先	氏名・続柄 住所 電話 携帯電話

16. 契約の終了

利用者からの解約	利用者は、当事業所に対して、2週間前までに書面で通知することによりいつでも契約を解約することができます。
当事業所からの解約	次の事由に該当する場合には、当事業所は利用者および身元引受人に対して、理由を示した書面で通知するほか、説明を行った上で契約を解約することができます。 1、利用者が利用料の支払いを2ヶ月以上遅延し、利用料を支払うよう催告をしたにもかかわらず、14日以内に支払われないとき 2、当共同生活住居を損傷する行為を反復したとき 3、入院、治療が必要となる等、乙が自ら介護サービスを提供することが困難となったとき 4、他の利用者の生活または健康に重大な危険を及ぼし、または他の利用者との共同生活の継続を著しく困難にする行為をなしたとき 5、当共同生活住居を不在する期間が連続して1ヶ月を超え、当共同生活への復帰が困難、あるいは利用に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき 6、天災、法令の改変、その他やむをえない事情により、当共同生活住居を閉鎖または縮小するとき 7、利用者またはその家族が当共同生活住居またはその従業員に対して、本契約を継続し難い程の背信行為を行ったとき
契約の自動終了	1、利用者が、介護保険の要介護認定において自立（非該当）もしくは要支援1と認定されたとき 2、利用者が医師により認知症の状態ないと判断されたとき 3、契約が満了したとき

17. 損害賠償

損害賠償	当事業所は、本件サービスの提供に伴って、当社の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的な損害賠償を負う場合は、利用者に対してその損害を賠償します。
------	--

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の契約にあたり、利用者に対して、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得て、交付致しました。

事業所名 :

所在 地 :

説明者 : _____

本契約および本書面により、事業者から(介護予防)認知症対応型共同生活介護についての、重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者氏名 :

印

身元引受人

住所 :

氏名 :

印