

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同介護

重要事項説明書

2024年7月1日からの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サービス内容となります。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	ケアパートナー株式会社
主たる事務所の所在地	〒108-0075 東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー21階
代表者（職名・氏名）	代表取締役社長 ●● ●●
設立年月日	1999年2月
電話番号	電話 03（6404）8111

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ケアパートナー磯子杉田 ・グループホーム	管理者	●●●●
サービス種類・単位/定員	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		
事業所の所在地	〒235-0036 神奈川県横浜市磯子区中原2-24-15		
電話番号・FAX	電話 045(771)7701 FAX 045(772)3110		
建物構造	鉄筋コンクリート造 地上4階建		
土地建物の所有形態	土地・建物とも事業主体非所有		
指定年月日	(介護) 2019年4月1日 (予防) 2019年4月1日		
居室の種類	全室介護居室		
主要な居室付帯設備	介護用電動ベッド、ナースコール、テレビ配線、専用収納		
事業所番号	1490700315	2ユニット 18室 18名	
通常の事業の実施地域	横浜市(全般)		

居住の権利形態	利用権方式 居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。
---------	--

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	認知症によりお一人での生活が困難になった高齢者の方々に対し、お客様が自立した暮らしを営めるよう、「第二の自宅」と思っただけのサービスを提供します。
-------	---

運営の方針	ケアパートナーは、お客様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、お客様の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
-------	--

4. 提供するサービスの内容

日常生活支援	居室および共用部分の清掃・整理・ごみの処理、日常衣類の洗濯、リネン類の交換などの日常生活の支援
食事の提供	1日3食および3時食の提供、栄養管理
介護	お客様個別の認知症対応型共同生活介護計画書の内容に沿った、送迎・身体介護・食事の提供・入浴、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認や必要な生活上の世話及び機能訓練を実施致します。
健康管理	日常の健康管理、定期健康診断の実施

5. その他のサービス

立替金サービス	「グループホーム お客様立て替えの取り扱いについて」ご参照下さい。 ＊個人的な支出のお支払いにおいて、ホーム側が一定額までの範囲で立替払いをさせていただきます。 現金等を当ホームに持ち込まれても、お預かり致しかねます。ご了承下さい。
アクティビティ (予定)	・各種のイベント／季節行事を企画、実施いたします。実施に関する費用は月額費用に含まれます。（内容によって別途費用のご負担を頂く場合もあります） ・個人で選択出来る各種の趣味活動、サークル活動等ご提案致します。 （内容によって別途費用のご負担を頂く場合もあります）

6. 事業所の職員体制

従業員の職種	勤務の形態・人数	従業員の職種	勤務の形態・人数
計画作成 担当者	常勤2人、非常勤0人	介護職員	常勤8人、非常勤5人
看護職員	常勤0人、非常勤0人	機能訓練 指導員	常勤0人、非常勤0人

7. お客様の条件

お客様の条件	1. 利用契約時に原則満65歳以上の方 2. 介護保険の要介護認定で要介護、もしくは要支援2以上の介護認定を得て、かつ主治医の診断において認知症である旨の認定がされている方 3. 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にはご相談下さい。
--------	--

	4. 住民票住所が横浜市内にある方
利用をお断りする場合	1. 医療機関への恒常的な入院加療を要するなど、当ホームにおいて適切な介護サービスの提供が困難な方 2. 暴力等により他の利用者に危害を及ぼすおそれのある方 3. 感染症等を有し、他の利用者に感染させるおそれのある方 4. その他、当ホームの判断により共同生活になじまないと判断される方

8. 身元引受人

身元引受人を1名定めていただきます。身元引受人は個人とします。

利用契約に定める身元引受人の義務	1. 利用契約終了時のお客様の身柄引き取りと物品の引き取り 2. お客様の治療、入院に関する手配の協力 3. 介護計画書の作成への参加とその内容への同意 *ただし、お客様に身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合は、この限りではありません。
------------------	---

9. 敷金

別途利用料金表（重要事項説明書別紙）をご参照下さい。

契約締結時に敷金をお支払い頂きます。敷金は消費税非課税で、利息は付きません。

契約終了時、居室に係る原状回復の費用として充当し、その残金を返金致します。

*但し、敷金を超える原状回復の費用が生じた場合は、別途協議の上ご請求させていただきます。

契約終了時に利用料の不払い等が生じていた場合、敷金から充当する場合があります。

10. 利用料

サービスを利用した場合の利用料及び支払方法等は利用料金表（重要事項説明書別紙）のとおりであり、お支払いいただく「お客様負担金」は、原則として利用料に介護保険負担割合証に記載されたお客様ごとの負担割合に応じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

11. 利用料の改定

1. 有料サービスの単価については、消費者物価指数および人件費、または諸種の経済状況を勘案し、事業の安定性の観点から、運営推進会議の意見を踏まえ、改定する場合があります。
2. 敷金、家賃、食材料費は消費税非課税です。
3. 上記2以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合には、改定の内容および法令等の定めにしたがって、利用料も変更になります。

12. 支払い方法

敷金の支払い方法	1. 契約締結後、請求書を発行致します。お支払い方法は、請求書記載の指定銀行口座への振り込みのみとさせていただきます。また、期日は請求書到着日の翌日から起算して1週間後までとします。 2. 振込手数料はお客様の負担となります。 3. 銀行振り込みの振込依頼書等の控えを、ケアパートナー株式会社が確認後、敷金預かり証を発行交換させていただきます。
（月額）利用料の支払い方法	1. 別途ご指定いただくお客様とご家族の金融機関口座からの自動振替を原則としています。 2. 利用契約締結時に口座振替の手続きをお願い致します。 3. 金融機関での手続きが完了するまでの間は、当社指定銀行口座へのお振り込みとなります。（手数料はお客様負担となります）

	【指定口座】三井住友銀行 ひなぎく支店 普通 8801701 お振り込みは、お客様とその身元引受人の名義とし、振込手数料は利用者の負担となります。 4. 領収書は入金月の翌月に発行いたします。また、領収書の再発行は致しかねますので、大切に保管いただきますよう、お願い致します。
--	---

13. 契約の終了

- お客様はケアパートナー株式会社に対し、1ヶ月前までに書面で通知することによりいつでも本契約を解約することが出来ます。また、お客様は利用開始日の前日までに書面にてケアパートナー株式会社に解約の申し入れを行った場合は、いつでも本契約を解約することができます。
- 次の事由による場合は、ケアパートナー株式会社から少なくとも3ヶ月前にお客様へ申し入れることにより、本契約を解除することができます。
 - ①お客様が、利用料その他の支払いを1ヶ月以上滞納したとき
 - ②お客様が禁止または制限される行為の規程に違反したとき
 - ③身元引受人が規程を遵守しなかったとき
 - ④お客様とその家族、身元引受人の言動が、ホームの事業運営に著しく支障を及ぼしたとき
 - ⑤お客様が重篤な感染症、ないし医療施設への恒常的な入院入所を要する状態になるなど、ホームから適切なサービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき
 - ⑥利用者とその家族、身元引受人の言動が、本契約を継続し難いほどの背信行為であると判断されるとき
- 次の事由による場合は、本契約は自動的に終了となります。
 - ①お客様がご逝去されたとき
 - ②お客様の介護認定が「自立」「要支援1」と認定されたとき
 - ③お客様が医師により認知症の状態にないと診断されたとき

14. 契約終了後の居室の明け渡し

- 契約終了日までに居室の明け渡しをお願いします。契約終了日以降も居室が明け渡されない場合は、規程の料金をケアパートナーより請求することができます。
- ご逝去による退去は、ご逝去の日より14日後までの居室の明け渡しをお願い致します。
- 利用終了月の費用は、「日割り」により算定しご請求させていただきます。

15. 医療関連

- 協力医療機関については、別紙をご参照下さい。また、医師は常駐しておりません。
- 医療サービスについては、お客様とその家族が直接医療機関とご契約いただくものです。かかりつけ医については、お選びいただけます。
- 医療費はお客様の負担になります。
- 入院による不在が3ヶ月を超える場合は、契約維持について、ご相談させていただきます。

16. 虐待の防止

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。

- 虐待防止に関する責任者を設置しています。 虐待防止に関する責任者 管理者 ●●●●
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、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- 虐待防止のための指針の整備をしています。
- 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。
- サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者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。
- 従業者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、従業者がお客様等の権利擁護に取り組める環境、お客様の安全確保に必要な設備の整備に努めます。

- 6 外部医療機関、地域住民によるお客様への定期訪問、ヒアリングを通じて、透明性が高く、お客様が相談しやすい環境を求め、地域との連携を進めてまいります。

7. 身体拘束防止

サービスの提供にあたっては、当該お客様又は他のお客様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、身体拘束その他のお客様の行動を制限する行為を行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合、①緊急性②非代替性③一時性の要件を満たしていることを、月に1回以上開催する身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会にて確認の後、お客様及び家族等（後见人含む）に説明し、同意を得た上で、その実施状況や時間等について、身体的拘束等の態様等（経過観察記録）を作成し保管いたします。また、身体的拘束等の適正化のための指針の整備を行います。

①	緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、お客様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に限ります。
②	非代替性	身体拘束以外に、お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
③	一時性	お客様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った場合は、直ちに身体拘束を解きます。

18. 個人情報の保護及び秘密の保持

事業所は、お客様及び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」及び厚生労働省が作成した「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」を遵守し適切な取扱いに努めます。

事業所が得たお客様及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、お客様の個人情報を用いる場合はお客様の同意を、お客様の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

19. 緊急時対応

サービス提供中に、お客様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、お客様が予め指定する連絡先にも連絡します。

20. 事故発生時対応

お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、お客様の家族、お客様に係るサービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対するサービス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。

・加入保険会社名 損害保険ジャパン株式会社 ・保険の内容 賠償責任保険

21. サービス提供の記録

1. 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ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、契約終了後5年間保存します。
2. お客様は、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。

22. 非常災害対策

事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

1. 非常災害に関する具体的計画を立て、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。

23. 衛生管理等

1. サービス提供を行う施設、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。
2. 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回程度開催します。
- 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等を定期的の実施します。

24. 業務継続計画の策定について

1. 感染症や非常災害の発生時において、お客様に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため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の実施します。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。

25. サービス利用に当たっての留意事項

1. サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

2. 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
3. 他のお客様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
4. ご持参された金品はお預かりしかねますので、お持ち込みはご遠慮ください。
5. 施設内での他のお客様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

26. 第三者評価に関する事項

第三者評価の実施の有無

未実施

27. 苦情相談窓口

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 ●●●●● 計画作成担当者 ●●●●● 連絡先 045 (771) 7701
本 社 窓 口 (お客様相談室)	担当者 総務課長 ご連絡先 0120 (528) 610 受付時間 9:00～17:00 (土日祝除く)
事業所外苦情相談窓口	横浜市健康福祉部介護事業指導課 連絡先 045 (671) 4045
	県国民健康保険団体連合会 介護保険相談課 連絡先 045 (329) 3447 受付時間 9:00～17:00 (土日祝除く)

ケアパートナーは、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の提供開始に当たり、重要事項説明書に基づいてサービス内容の説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、ケアパートナー、お客様（またはその代理人様）は、署名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

年 月 日

事業者	所在地	東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー21階		
	名称	ケアパートナー株式会社		
	事業者名	代表取締役社長	●● ●●	㊞
サービス事業所	所在地	神奈川県横浜市磯子区中原2-24-15		
	名称	ケアパートナー磯子杉田・グループホーム		
	説明者	●●●●	㊞	

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

年 月 日

お客様 住所 _____
氏名 _____ ㊞ 様

☐ 代理人様・☐ 立会人様 または ☐ 署名代行人様（お客様との続柄： _____）
※該当の□に○を入れてください。

住所 _____
氏名 _____ ㊞ 様

- （注1）「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。
- （注2）「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名捺印ができない場合においてご本人に代わって署名捺印をされる場合に記載してください。
- （注3）「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

重要事項説明書別紙 認知症対応型共同生活介護利用料金表

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「お客様負担金」は、原則として、各サービスに応じた基本利用料にお客様ごとに定められた負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

地域区分	2級地
サービス内容	認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

【基本利用料（1ヶ月あたり目安）】

	単位数	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	749単位	240,878 円	24,088 円	48,176 円	72,264 円
要介護1	753単位	242,164 円	24,217 円	48,433 円	72,650 円
要介護2	788単位	253,420 円	25,342 円	50,684 円	76,026 円
要介護3	812単位	261,139 円	26,114 円	52,228 円	78,342 円
要介護4	828単位	266,284 円	26,629 円	53,257 円	79,886 円
要介護5	845単位	271,752 円	27,176 円	54,351 円	81,526 円

【加算】 要件を満たした場合、以下の料金が加算されます。

	単位数	算定単位	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
入院時費用	246単位	／日（1月1日を限度）	2,637 円	264 円	528 円	792 円
夜間支援体制加算（Ⅰ）	50単位	／日	536 円	54 円	108 円	161 円
夜間支援体制加算（Ⅱ）	25単位	／日	268 円	27 円	54 円	81 円
看取り介護加算（Ⅰ）	72単位	（死亡日前31日以前～45日）	771 円	78 円	155 円	232 円
看取り介護加算（Ⅱ）	144単位	（死亡日前46日以前～30日）	1,543 円	155 円	309 円	463 円
看取り介護加算（Ⅲ）	680単位	（死亡日前31日以前～3日以前）	7,289 円	729 円	1,458 円	2,187 円
看取り介護加算（Ⅳ）	1280単位	（死亡日）	13,721 円	1,373 円	2,745 円	4,117 円
初期加算	30単位	／日	321 円	33 円	65 円	97 円
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	100単位	／月	1,072 円	108 円	215 円	322 円
口腔・栄養スクリーニング加算	20単位	／回	214 円	22 円	43 円	65 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	／日	235 円	24 円	47 円	71 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	／日	192 円	20 円	39 円	58 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位	／日	64 円	7 円	13 円	20 円
栄養管理体制加算	30単位	／月	321 円	33 円	65 円	97 円
口腔衛生管理体制加算	30単位	／月	321 円	33 円	65 円	97 円
医療連携加算Ⅰ（Ⅷ）	37単位	／日	396 円	40 円	80 円	119 円
退去時情報提供加算	250単位	／回	2,680 円	268 円	536 円	804 円

《処遇改善加算》

2024年4～5月分

介護職員の処遇改善に資する費用として、所定単位数に右記の料率を乗じた単位数を加算します。	処遇改善加算Ⅰ	特定処遇改善加算Ⅱ	ベースアップ等支援加算
	11.1%	2.3%	2.3%

2024年6月以降

介護職員の処遇改善に資する費用として、所定単位数に右記の料率を乗じた単位数を加算します。	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）
	17.8%

※上記に関してはあくまで目安となります。実際の請求では端数処理の関係で多少の誤差が発生します。

【その他の費用】

家賃（月額）	7,8000円（生活保護受給者の場合 68,000円） 入居月、退居月のみ日割り計算を実施（1日/2,600円）
食事の提供に要する費用（1日あたり）	1,300円 （朝食350円 昼食500円（おやつ込み） 夕食450円）
水光熱費（月額）	21,000円 1ヶ月あたり30日分の日割（1日/700円）を実施。不在日数分は減額
運営管理費（月額）	35,000円 入居月、退居月のみ日割り計算を実施（1日/840円）

敷金	156,000円
----	----------

*退居時に発生経費を精算し返還

協力医療機関を受診する際の送迎費用	費用負担はありません。
レクリエーション、クラブ活動	内容によっては、材料費等の実費をいただく場合があります。

【支払方法】

利用料、その他の費用の請求
利用料、その他の費用のお支払い

利用月ごとの計算で請求し、請求書を翌月15日までにお送り致します。
下記のいずれかの方法によりお支払いください。
ア) SMBCファイナンスサービス株式会社の銀行口座引き落とし（ゆうちょ銀行含む）
毎月26日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座引落しとなります。
イ) 事業者指定口座への振り込み（手数料はお客様負担となります）
【指定口座】
三井住友銀行 ひなぎく支店 普通預金 口座番号8801701
口座名義 ケアパートナー（カ）
毎月25日までにお支払ください。（手数料はお客様負担となります。）

ケアパートナーは、サービス提供開始にあたり、本書面に基づいて利用料金の説明を行いました。
本書2通を作成し、ケアパートナー及びお客様（またはその代理人様）は、署名捺印の上、各1通を保管するものとします。

事業者	所在地	東京都港区港南3-16-1 品川イーストワンタワー21階	名称	ケアパートナー株式会社
			事業者名	代表取締役 ●●●● 印
サービス事業所	所在地	神奈川県横浜市磯子区中原2-24-15	名称	ケアパートナー磯子杉田・グループホーム
			管理者	●●●● 印

私は重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

20 年 月 日

お客様ご住所	お客様お名前
□代理人・□立会人 または □署名代行人 （お客様との続柄： ）	
ご住所	お名前

（注1）
「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。

（注2）
「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名捺印ができない場合において、ご本人に代わって署名捺印をされる場合に記載してください。

（注3）
「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。