

通所介護・第1号通所事業 重要事項説明書

2024年4月1日からの通所介護・第1号通所事業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 東京都港区港南二丁目16番1号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ●● ●●
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	ケアパートナーみなと	管理者	● ●
サービス種類・単位/定員	通所介護・第1号通所事業 1単位 定員50人(月～土曜日) 2単位 定員25人(日曜日)		
事業所の所在地	〒455-0832 愛知県名古屋市区宝神二丁目2008番地		
電話番号・FAX	電話 052-382-6650 FAX 052-382-6708		
指定年月日	(介護) 2006年9月1日 (第1号通所事業) 2018年4月1日		
事業所番号	(介護) 2371101011	(第1号通所事業) 2371101011	
通常の事業の実施地域	名古屋市港区、名古屋市中川区		

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	住み慣れた環境や地域において、お客様が自立した暮らしを営めるよう援助致します。
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

お客様の通所介護計画等に沿った、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。

5. 営業日時

営業日	月曜日～日曜日（祝日含む） ただし、12月30日～1月3日は除く
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時30分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	2名以上	介護職員	10名以上
看護職員	2名以上	機能訓練指導員	2名以上

7. 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重要事項説明書別紙（利用料金表）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。

8. 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。

- ① 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 ● ●
- ② 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員に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業員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。

9. 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、カンファレンスにて確認の後、お客様及び家族等（後見人含む）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、経過観察記録を作成し保管いたします。

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。

10. 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。

11. 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。

12. 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（地域包括支援センターより第1号通所事業の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）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 三井住友海上火災保険株式会社 ・保険の内容 賠償責任保険

13. サービス提供の記録

- ① 指定通所介護の実施ごとに、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。

- ケアパートナーは、通所介護・第1号通所事業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 東京都港区港南二丁目 1 6 番 1 号 | | |
| | 名称 ケアパートナー株式会社 | | |
| | 事業者名 代表取締役 ●● ●● | | |
| サービス事業所 | 所在地 愛知県名古屋市中港区宝神二丁目 2 0 0 8 番地 | | |
| | 名称 ケアパートナーみなと | | |
| | 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、署名ができない場合においてご本人に代わって署名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。

- | | |
|--------|-----|
| (事業所控) | 確認者 |
| | |

(事業所控)

- | |
|-----|
| 確認者 |
| |

ケアパートナー株式会社 通所-50⑥ (24.04)

	第三者評価の実施の有無	未実施
19. 苦情相談窓口		
事業所苦情相談窓口	担当者 ●● ●● ●● ●● ●●	生活相談員 ●●●● ●●●● ●● 連絡先 052（382）6650
本社窓口 （お客様相談室）	担当者 総務課長 受付時間 9：00～17：00（土日祝除く）	ご連絡先 0120（528）610
事業所外苦情相談窓口	名古屋市役所 保健福祉部 高齢介護部 介護保険課 連絡先 052（959）3087	
	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課 連絡先 052（971）4165	

重要事項説明書別紙 通所介護利用料金表

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	3級地
事業所規模	大規模（Ⅰ）
サービス提供時間	7時間以上8時間未満

【基本利用料（1回あたり）】

	単位数	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	629単位	6,717 円	672 円	1,344 円	2,016 円
要介護2	744単位	7,945 円	795 円	1,589 円	2,384 円
要介護3	861単位	9,195 円	920 円	1,839 円	2,759 円
要介護4	980単位	10,466 円	1,047 円	2,094 円	3,140 円
要介護5	1097単位	11,715 円	1,172 円	2,343 円	3,515 円

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 上記に3%加えた額となります。

【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
入浴介助加算Ⅰ	40単位	／日	427 円	43 円	86 円	129 円
入浴介助加算Ⅱ	55単位	／日	587 円	59 円	118 円	177 円
中重度者ケア体制加算	45単位	／日	480 円	48 円	96 円	144 円
科学的介護推進体制加算	40単位	／月	427 円	43 円	86 円	129 円
送迎減算	-47単位	片道	-501 円	-51 円	-101 円	-151 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位	／回	64 円	7 円	13 円	20 円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円

《処遇改善加算》

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。	処遇改善加算Ⅱ
	9.0%

※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】

食事の提供に要する費用
おむつ代等

1食（昼食及び3時食） 500円
尿取りパッド50円、おむつ100円
リハビリパンツ150円

通常の事業実施地域を越える送迎費用
レクリエーション、クラブ活動
お楽しみ夕食

費用負担はありません。
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。
1食 540円（内、消費税40円）

【利用の変更・中止】

キャンセル料

550円（内、消費税50円） ※利用予定日の前日までに申し出がなかった場合

【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) **三井住友カード株式会社**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）に口座引落としとなります。
イ) コンビニ収納でのお支払い（※別途請求書と一緒にお渡します）
ウ) 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 8801032
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	東京都港区港南二丁目16番1号	名称	ケアパートナー株式会社
			事業者名	代表取締役 ●●●●
サービス事業所	所在地	愛知県名古屋市港区宝神二丁目2008番地	名称	ケアパートナーみなと
			管理者	●●

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。

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、署名ができない場合において、ご本人に代わって署名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。

確認者