

## 通所介護・第1号通所事業 重要事項説明書

2025年5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2-16-1 |
| 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    | ケアパートナー佐賀                        | 管理者                 | ●● ●●● |
| サービス種類・単位/定員 | 通所介護・第1号通所事業 2単位 定員55人（日曜日のみ35人） |                     |        |
| 事業所の所在地      | 〒849-0919 佐賀県佐賀市兵庫北三丁目10番地29号    |                     |        |
| 電話番号・FAX     | 電話 0952-36-7362 FAX 0952-32-0382 |                     |        |
| 指定年月日        | （介護）2008年4月1日 （第1号通所事業）2018年4月1日 |                     |        |
| 事業所番号        | （介護）4170101424                   | （第1号通所事業）4170101424 |        |
| 通常の事業の実施地域   | 佐賀市、小城市、神埼市、大川市                  |                     |        |

### 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00分から午後4時30分まで               |

### 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   |
| 生活相談員  | 常勤4人、非常勤0人 | 介護職員    | 常勤6人、非常勤9人 |
| 看護職員   | 常勤1人、非常勤3人 | 機能訓練指導員 | 常勤1人、非常勤3人 |

### 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見つけた場合は、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。

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。

14. 非常災害対策

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ③の訓練にあたって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

15. 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 to 実施します。

16. 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 to 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。

17. サービス利用に当たっての留意事項

- ※ 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。
- ※ 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。
- ※ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ※ 他のお客様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ※ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ※ 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。

18. 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

19. 苦情相談窓口

|                     |                                                                |
|---------------------|----------------------------------------------------------------|
| 事業所苦情相談窓口           | 担当者 管理者 ●●●●●● 生活相談員 ●●●●●● ●●●● ●●●● ●●●●<br>連絡先 0952（36）7362 |
| 本 社 窓 口<br>（お客様相談室） | 担当者 総務課長 ご連絡先 0120（528）610<br>受付時間 9：00～17：00（土日祝除く）           |
| 事業所外苦情相談窓口          | 佐賀中部広域連合 給付課<br>連絡先 0952（40）1131                               |
|                     | 佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険課<br>連絡先 0952（26）1477                       |

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2-16-1

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 佐賀県佐賀市兵庫北三丁目10番地29号

名称 ケアパートナー佐賀

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）

## 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     | その他        |
| 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  | 6,290 円  | 629 円   | 1,258 円 | 1,887 円 |
| 要介護 2 | 744単位  | 7,440 円  | 744 円   | 1,488 円 | 2,232 円 |
| 要介護 3 | 861単位  | 8,610 円  | 861 円   | 1,722 円 | 2,583 円 |
| 要介護 4 | 980単位  | 9,800 円  | 980 円   | 1,960 円 | 2,940 円 |
| 要介護 5 | 1097単位 | 10,970 円 | 1,097 円 | 2,194 円 | 3,291 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   | 400 円  | 40 円  | 80 円  | 120 円  |
| 入浴介助加算Ⅱ       | 55単位  | ／日   | 550 円  | 55 円  | 110 円 | 165 円  |
| 科学的介護推進体制加算   | 40単位  | ／月   | 400 円  | 40 円  | 80 円  | 120 円  |
| 送迎減算          | -47単位 | 片道   | -470 円 | -47 円 | -94 円 | -141 円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 22単位  | ／回   | 220 円  | 22 円  | 44 円  | 66 円   |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 60単位  | ／日   | 600 円  | 60 円  | 120 円 | 180 円  |
| ADL維持等加算Ⅰ     | 30単位  | ／月   | 300 円  | 30 円  | 60 円  | 90 円   |
| ADL維持等加算Ⅱ     | 60単位  | ／月   | 600 円  | 60 円  | 120 円 | 180 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Ⅰ |
|----------------------------------------------|---------|
|                                              | 9.2%    |

※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                      1食（昼食及び3時食）    500円  
 おむつ代等                                      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                      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。  
 お楽しみ夕食                                      1食    486円(内、消費税36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8801058

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2-16-1

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 佐賀県佐賀市兵庫北三丁目10番29号

名称 ケアパートナー佐賀

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。

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。