

指定訪問介護等重要事項説明書

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 高山 尚弥
設立年月日	1994年7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	ソエルガーデン豊橋訪問介護	管理者	
サービスの種類	訪問介護		
事業所の所在地	〒440-0853 愛知県豊橋市佐藤2丁目25-5		
電話番号・FAX	電話 0532-87-4071 FAX 0532-87-4072		
指定年月日	(介護) 2025年9月1日		
事業所番号	(介護)	2372005492	
通常の事業の実施地域	豊橋市		

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。
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、関係する区市町村や事業者、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

身体介護		生活援助（家事援助）※
①サービス準備・記録 ②排泄介助 ③食事介助 ④特段の専門的配慮を持って行う調理 ⑤清拭・入浴・身体整容 ⑥体位変換・移動、移乗介助 ⑦外出介助 ⑧起床介助・就寝介助	⑨服薬介助 ⑩自立支援のための見守りの援助※ ※自立支援、身体機能向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等を指します。	①サービス準備等 ②環境整備 ③掃除 ④洗濯 ⑤一般的な調理 配膳、下膳 ⑥買い物、菓の受け取り ※同居のご家族がいらっしゃる場合は原則として生活援助は適用になりません。

(厚生労働省老人福祉局 老計第10号別紙 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」に基づく)

5. 営業日時

営業日	365日
営業時間	24時間

6. 事業所の職員体制

職種	計	業務内容	計
管理者	1名	一元的業務管理	1名
サービス提供責任者	1名以上	サービス提供責任者業務	1名以上
サービス従事者	2.5名以上(常勤換算数)	訪問介護サービス	2.5名以上(常勤換算数)

7. 利用料・キャンセル料

利用料金・キャンセル料金については別紙の利用料金表を参照ください。

8. 虐待の防止

お客様の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 定期的な研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- ② 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
- ③ 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。
- ④ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ⑤ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑥ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（お客様の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ⑦ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労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の整備に努めます。

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します。
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します。
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. 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防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に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。

11. 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訪問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。
- 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。

12. 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ドライン」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。

13. 緊急時対応方法

緊急時対応受付時間	平日 9:00～18:00
緊急時担当対応者	管理者 電話 0532-87-4071

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族等緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

14. 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、区市町村、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号訪問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

15. サービス提供の記録

- ① 指定訪問介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、本契約終了後から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。

16. サービス利用に際して

ホームヘルパー変更の可否	可	ご希望の場合はお申し付けください。
従業員への研修の実施	実施	毎月1回以上全ヘルパーに対する研修を実施しております。
サービスマニュアルの作成	あり	感染予防マニュアル、事故対応マニュアル等

17. 苦情相談窓口

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 連絡先 0532-87-4071
本社窓口 (お客様相談室)	担当者 お客様相談室 ご連絡先 0120(528)610 受付時間 9:00～17:00 (土日祝年末年始除く)
事業所外苦情相談窓口	愛知県国民健康保険団体連合 受付時間 9:00～17:00 ご連絡先 052-971-4165 東三河広域連合 介護保険課 受付時間 8:30～17:15 ご連絡先 0532-26-8470

18. 福祉サービス第三者評価 第三者評価実施の有無 無し

19. 留意事項

訪問介護サービス提供にあたり、下記に該当する行為は行いません。

- ① 金品・物品等の教授
- ② ご家族等に対するサービスの提供
- ③ 営利活動・政治活動・宗教活動
- ④ その他、お客様もしくはご家族に対する迷惑行為

- ⑤ 適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化等の必要な措置を講じる
- ⑥ 居宅サービス計画の作成または変更に関し、居宅支援事業所の介護支援専門員等又は居宅要介護被保険
- ⑦ 指定訪問介護に関する諸記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存

ケアパートナーは、訪問介護サービスの提供開始に当たり、重要事項説明書に基づいて訪問介護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 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
	代表者名	代表取締役 高山 尚弥
サービス事業所	所在地	愛知県豊橋市佐藤2丁目25-5
	名称	ソエルガーデン豊橋訪問介護
	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	

☐ 代理人様・☐ 立会人様 または ☐ 署名代行人様（お客様との続柄： ）

※該当する項目に☑を入れてください。

住所	
氏名	

(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。

確認者

(事業所控)

重要事項説明書別紙 訪問介護利用料金表

(2024年4月時点)

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	7級地
適用される特定事業所加算	非該当

時間帯	
通常	午前8時～午後6時
早朝夜間	午前6時～午前8時 午後6時～午後10時
深夜	午後10時～午前6時

■ 訪問介護利用料金

【基本利用料】

身体 介護 中心型	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
	20分未満	1,664円	2,080円	2,496円	167円	208円	250円	333円	416円	500円	500円	624円	749円
	20分以上30分未満	2,491円	3,114円	3,736円	250円	312円	374円	499円	623円	748円	748円	935円	1,121円
	30分以上1時間未満	3,951円	4,939円	5,926円	396円	494円	593円	791円	988円	1,186円	1,186円	1,482円	1,778円
	1時間以上1時間30分未満	5,789円	7,236円	8,683円	579円	724円	869円	1,158円	1,448円	1,737円	1,737円	2,171円	2,605円
	1時間30分以上30分ごと加算	837円	1,046円	1,255円	84円	105円	126円	168円	210円	251円	252円	314円	377円

生活 援助 中心型	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
	20分以上45分未満	1,827円	2,284円	2,741円	183円	229円	275円	366円	457円	549円	549円	686円	823円
	45分以上	2,246円	2,807円	3,369円	225円	281円	337円	450円	562円	674円	674円	842円	1,011円

身体介護中心型の訪問介護に引き続いて所要時間20分以上の生活援助中心型の訪問介護を提供する場合は、下記の金額が加算されます。

身体 ＋ 生活	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
	20分以上45分未満	663円	829円	995円	67円	83円	100円	133円	166円	199円	199円	249円	299円
	45分以上70分未満	1,327円	1,659円	1,990円	133円	166円	199円	266円	332円	398円	399円	498円	597円
	70分以上	1,990円	2,488円	2,986円	199円	249円	299円	398円	498円	598円	597円	747円	896円

お客様の身体的理由等により、1人の従事者による介護が困難と認められる場合には、お客様又はそのご家族の同意を得た上で、同時に2人の従事者により訪問介護を提供します。この場合、2倍の料金がかかります。

【加算項目】

	単位数	算定単位	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	200単位	1回につき	2,042 円	205 円	409 円	613 円
緊急時訪問介護加算	100単位	1回につき	1,021 円	103 円	205 円	307 円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位	1月につき	1,021 円	103 円	205 円	307 円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位	1月につき	2,042 円	205 円	409 円	613 円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	1日につき	30 円	3 円	6 円	9 円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位	1日につき	40 円	4 円	8 円	12 円

《処遇改善加算》

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
	22.40%

※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。

■主な利用料金・加算／減算項目に関するご説明

初回加算	新規の訪問介護計画書を作成したお客様に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行った場合又は他の訪問介護員が訪問介護を行った際に同行訪問した場合に加算することができます。
緊急時訪問介護加算	お客様又はそのご家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携し、介護支援専門員が必要と認めた場合に、当事業所の訪問介護員が居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない訪問介護（身体介護）を緊急に行った場合に加算することができます。
口腔連携強化加算	訪問系サービス及び短期入所系サービスにおいて、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事務所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算をすることが出来ます。
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の2分の1以上 2. 認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20名未満の場合は1名以上20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置 3. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合 4. 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的開催 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を算定することができます。
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	1. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の2.4要件を満たすこと 2. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上 3. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して専門的な認知症ケアを実施した場合 4. 認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し事業所全体の認知症ケアの指導等を実施 5. 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施または実施を予定 介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を算定することができます。
特定事業所加算	当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合し、都道府県知事等に届出をした場合には、その基準で規程されている区分に従い、上記の割合で利用料金に加算することができます。

算定要件

算定要件		特定事業所加算				
		I	II	III	IV	V
体制要件	①訪問介護員・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修を実施 ②利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議を定期的開催 ③利用者情報を文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 ④健康診断等の定期的な実施 ⑤緊急時等における対応方法を明示	○	○	○	○	○
	⑥病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等	○ (※)		○		
	⑦通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること					○
	⑧利用者の心身の状況又はその家族等を取りまます環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職員等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること					○
人材要件	⑨訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上	○	いずれか ○			
	⑩全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者	○				
	⑪サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること				いずれか ○	いずれか ○
	⑫訪問介護員の総数の内、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること					
重度者対応要件	⑬利用者の内、要介護4、5である者、日常生活自立度（Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が20%以上	いずれか ○		いずれか ○		
	⑭看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること（併せて体制要件⑥の要件を満たすこと）					

(※)：加算（Ⅰ）・（Ⅲ）については、重度者等対応条件を選択式とし、（13）または（14）を満たす場合に算定できることとする。また、（14）を選択する場合には（6）を併せて満たす必要がある

■実費について

実費項目	通常の事業の実施地域を越えて行う交通費	無料
	買い物や薬受けのサービスを行った場合の交通費	無料
	実施記録の複写物交付	無料

●その他の留意事項

訪問介護を提供する際に使用する水道・電気・ガス、日常に使われている物を使用させていただきます。

法定代理受領の場合は、前述の金額の1割～3割（ただし、経過措置、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担金額による）が自己負担金となります。

介護保険適用分の自己負担額の計算方法は以下のとおりです。

1ヶ月に利用したサービスの合計単位数（介護職員処遇改善加算分を含む）・・・①

① × 10.21円（介護給付費1単位に対する地域別単価）＝ ②（1円未満切捨）・・・介護報酬

② × （0.90円または負担割合により異なる）＝ ③（1円未満切捨）・・・保険給付

② － ③ ＝ 自己負担金

訪問介護の利用について、介護保険給付対象の場合には、非課税となります。

（介護保険給付対象外のサービスをご希望される場合は、別途消費税をいただきます）

お客様が保険料の滞納等の理由により給付制限を受け、ケアパートナー株式会社が法定代理受領をすることができない場合又はお客様が要介護認定を受けていない場合、居宅サービス計画が作成されていない場合には、利用料金金額をお支払いいただきます。この場合には、お客様は後日サービス提供証明書及び領収証をお客様の住所のある市区町村の窓口に提示すると、訪問介護の利用料金全額又は自己負担額を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

【サービスのキャンセル】

ご利用予定のサービスをキャンセルする際には、サービス予定日の前日18時までに当事業所にご連絡をください（その場合、キャンセル料は無料です）。なお、以下の条件全てを満たした場合、予定されていたサービスの介護報酬額の1割～2割（消費税別）をキャンセル料として申し受けます。

①居宅サービス計画において計画されているサービスであること

②前日18時までにサービスのキャンセルを当事業所へ伝達していない場合(1割)又訪問先へ訪問した際に不在だった場合(2割)

契約の有効期間中、介護保険法その他の関係法令の改定により、訪問介護の利用料金又は利用者負担額の改定が必要となった場合には、法令改定後速やかにお客様に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。

【支払方法】

利用料その他の費用の請求 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。

利用料その他の費用のお支払い 下記のいずれかの方法によりお支払いください。

ア) 株式会社SMBC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) 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 8801201

口座名義 ケアパートナー（カ

毎月25日までににお支払ください。（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2-16-1 名称 ケアパートナー株式会社
品川イーストワンタワー21階
事業者名 代表取締役 高山 尚弥

サービス事業所 所在地 愛知県豊橋市佐藤2丁目25-5 名称 ソエルガーデン豊橋訪問介護
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。

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： ）
※該当する項目に ☒ を入れてください。

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

(事業所控)