

# 地域密着型通所介護サービス重要事項説明書

様



イズモ株式会社

パルモコミュニティ リハビリプラザ 助信

令和6年10月1日現在

## 地域密着型通所介護サービス重要事項説明書

この「重要事項説明書」は「指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」の規定に基づき、地域密着型通所介護サービス提供の契約締結に際して、事業所が予め説明しなければならない内容を記したものです。

### 1. 地域密着型通所介護サービスを提供する事業者について

|       |                                                      |
|-------|------------------------------------------------------|
| 事業者名称 | イズモ株式会社                                              |
| 代表者名  | 代表取締役 鈴木 悦也                                          |
| 所在地   | 〒432-8017 静岡県浜松市中央区三組町 185 番地の 1<br>TEL 053-456-1575 |

### 2. 利用者へのサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名              | パルモコミュニケーション リハビリイド 助信                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 介護保険<br>指定事業所番号   | 指定年月日 令和 5 年 9 月 1 日<br>2297201341                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 事業所所在地            | 〒430-0911 静岡県浜松市中央区新津町 67-5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 連絡先               | TEL 053-401-8871<br>FAX 053-401-8872<br>メールアドレス sukenobu@rehaprider.co.jp                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 管理者               | 大石 真依                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 事業所の通常の<br>事業実施地域 | <b>【浜松市中央区】</b><br>利町、紺屋町、松城町、元城町、神明町、連尺町、肴町、田町、池町、尾張町、元目町、北田町、旭町、鍛冶町、千歳町、伝馬町、大工町、栄町、南伊場町、鵜江 1～4 丁目、鵜江町、中山町、三組町、鹿谷町、広沢 1 丁目、広沢 2 丁目、広沢 3 丁目、高町、蜷塚 1～4 丁目、山手町、山下町、元浜町、八幡町、船越町、常盤町、早馬町、東田町、板屋町、砂山町、寺島町、龍禅寺町、北寺島町、元魚町、旅籠町、平田町、塩町、成子町、菅原町、東伊場 1～2 丁目、佐鳴台 1 丁目、佐鳴台 4～5 丁目、木戸町、相生町、佐藤 1～3 丁目、天神町、富吉町、向宿 1～3 丁目、領家 1～3 丁目、中島町、中島 1～4 丁目、海老塚町、海老塚 1～2 丁目、西浅田 1～2 丁目、上浅田 1～2 丁目、南浅田 1～2 丁目、浅田町、森田町、春日町、神田町、瓜内町、法枝町、中央 1～3 丁目、城北 1～3 丁目、布橋 1～3 丁目、文丘町、和地山 1～3 丁目、中沢町、下池川町、野口町、住吉 1～5 丁目、幸 1～5 丁目、菰丘 1～5 丁目、小豆餅 1～4 丁目、葵東 1～2 丁目、泉 1～4 丁目、和合北 1～4 丁目、 |

|  |                                                                                                                                                                                                                         |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>新津町、茄子町、助信町、高林 1～5 丁目、曳馬町、曳馬 1～6 丁目、細島町、十軒町、早出町、上島 1～7 丁目、名塚町</p> <p>瓜内町、楊子町、渡瀬町、三和町、石原町、安松町、芳川町、本郷町、頭陀寺町、参野町、西伝寺町</p> <p>有玉南町、有玉西町、有玉台 1～3 丁目、小池町、中田町、原島町、篠ヶ瀬町、北島町、薬師町、神立町、将監町、植松町、子安町、大蒲町、宮竹町、西塚町、丸塚町、上新屋町、上西町</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## (2) 事業所の目的及び運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | <p>イズモ株式会社が開設するパルモコミュニティ リハブライド 助信（以下、「事業所」）が行う指定地域密着型通所介護の事業（以下、「事業」）の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の介護職員その他の従業者（以下、「従業者」）が、介護保険法に従い、高齢者がその有する能力に応じ可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。</p>                                                                        |
| 運営方針  | <p>1 地域密着型通所介護サービスの提供にあたっては、事業所の従業者は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、居宅介護支援事業者、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。</p> |

## (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |                                                                                                    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 営業日  | <p>月・火・水・木・金曜日（祝日は営業）<br/>但し 12 月 31 日から 1 月 3 日を除きます。</p>                                         |
| 営業時間 | <p>8 時 45 分から 17 時 00 分まで<br/>サービス提供時間は、1 単位目：9 時 00 分～12 時 15 分<br/>2 単位目：13 時 30 分～16 時 45 分</p> |

## (4) 事業所の従業者体制

| 職種  | 職務内容                                                                     | 人員数 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 管理者 | <p>事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に係る法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</p> | 1 名 |

|         |                                                                                            |      |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 機能訓練指導員 | 日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能訓練を行います。                                                     | 1名以上 |
| 生活相談員   | 利用者及び家族に対し生活指導並びに介護に関する相談及び助言を行います。利用者の心身の状況等を踏まえて地域密着型通所介護計画の作成等を行います。関係機関と連携し必要な調整を行います。 | 1名以上 |
| 介護職員    | 利用者の心身の状況等を的確に把握し、適切な介助を行います。                                                              | 1名以上 |
| 看護職員    | 利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行います。                                                            | 1名以上 |

\*従業者は、身分証明書を携帯し、提示を求められた場合は速やかに提示します。

### 3. 提供するサービス内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サービス内容                                             |
|-----------|----------------------------------------------------|
| 機能訓練      | 体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行います。 |
| 送迎        | 利用者に対し送迎サービスを提供します。                                |
| 相談・助言     | 利用者及びその家族の生活指導並びに日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。       |
| 健康チェック    | 利用者の日々の健康チェック、保健衛生上の指導や看護を行います。                    |

#### (2) 提供するサービスの利用料自己負担額について（介護保険を適用する場合） 地域密着型通所介護費

| 種別                      | 介護度             | 単位数      | 自己負担額   |           |           |
|-------------------------|-----------------|----------|---------|-----------|-----------|
|                         |                 |          | 1割負担の場合 | 2割負担の場合   | 3割負担の場合   |
| 基本料<br>(3時間以上<br>4時間未満) | 要介護1            | 416 単位/回 | 422 円/回 | 844 円/回   | 1,266 円/回 |
|                         | 要介護2            | 478 単位/回 | 485 円/回 | 970 円/回   | 1,454 円/回 |
|                         | 要介護3            | 540 単位/回 | 548 円/回 | 1,095 円/回 | 1,643 円/回 |
|                         | 要介護4            | 600 単位/回 | 609 円/回 | 1,217 円/回 | 1,826 円/回 |
|                         | 要介護5            | 663 単位/回 | 673 円/回 | 1,345 円/回 | 2,017 円/回 |
| 加算料                     | 個別機能訓練加算Ⅰ<br>イ  | 56 単位/日  | 57 円/日  | 114 円/日   | 171 円/日   |
|                         | 個別機能訓練加算Ⅱ       | 20 単位/月  | 21 円/月  | 41 円/月    | 61 円/月    |
|                         | 科学的介護推進体制<br>加算 | 40 単位/月  | 41 円/月  | 81 円/月    | 122 円/月   |

|  |                                  |                                                                                                                                                                                |
|--|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>介護職員<br/>処遇改善加算Ⅳ<br/>(月額)</p> | <p>【計算式】</p> <p>① 月の総利用単位×6.4％＝A(四捨五入)</p> <p>② A×地域単価＝B(切り捨て)</p> <p>③ <math>B \times 90\% = C</math>(切り捨て)</p> <p>※2 割負担の場合は 80%、3 割負担の場合は 70%</p> <p>④ B－C＝ひと月の処遇改善加算料金</p> |
|--|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- \* 1 地域区分単価は「1 単位＝10.14 円」となっています。
- \* 2 介護保険負担割合証の記載に依りて、利用料の自己負担割合が決まります。介護保険負担割合証に更新があつた場合、負担割合が変更になる場合がございます。
- \* 3 生活保護等の公費受給者証をお持ちの場合、自己負担額が軽減できる場合がございます。
- \* 4 上記の料金はおよその金額です。  
(ご利用回数によっては、多少異なる場合がございます。)
- \* 5 職員の待遇改善のために、処遇改善加算を算定させていただきます。
- \* 6 ADL 維持等加算の評価をいただいた場合は、30 単位／月 若しくは 60 単位／月を算定させていただきます。
- \* 7 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

4. 利用料その他の費用の請求及び支払い方法について
- 地域密着型通所介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定地域密着型通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証の負担割合の額とします。
- 利用料の支払いを受けた場合は、利用者に対して領収証を交付します。事業所は当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月 15 日までに利用者に請求し、利用者指定の口座より集金代行業者の所定引落日に引き落とすものとします。
- \* 引き落としが確認できましたら、領収証を発行致しますので必ず保管をお願い致します。(再発行は基本的には致しません)
- \* 利用料、その他の費用の支払いについて支払期日から 2 ヶ月以上経過し、文書による支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合は契約を解約したうえで、未払い分をお支払いしていただきます。
- \* 送迎の費用 通常の事業の実施地域を越えて送迎した場合の費用は徴収致しません。

5. サービス提供に関する相談・苦情について

|                                                                         |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供に関する相談・苦情に関しましては、事業所にご連絡いただくか、奈良県国民健康保険団体連合会・区市町村相談窓口にお問い合わせください。 | 相談担当者名：大石 真依<br>住所：静岡県浜松市中央区新津町 67-5<br>連絡先電話番号：053-401-8871<br>F A X 番号：053-401-8872<br>浜松市役所健康福祉部介護保険課：053-457-2787<br>静岡県国民健康保険団体連合会：054-253-5590 |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 6. 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及びその家族等に関する秘密の保持について | 事業者及び従業者はサービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。                                                                                                                    |
| 個人情報の保護について             | 事業者は利用者及びご家族等から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族等の個人情報についても予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の家族等の個人情報を用いませぬ。事業者は利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 |

事業所における個人情報保護についての取り扱いについては、プライバシーポリシー、個人情報取り扱い業務概要説明書は別紙にて説明し交付致します。

## 7. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合はダイサービスにおける“緊急時対応のマニュアル”に沿って対応させていただきます。その際に必要な緊急連絡先を別紙にてご指定ください。夜間、営業時間外の緊急事態におきましては対応しかねますのでご了承ください。

## 8. 家族等への連絡について

利用者より希望があった場合には家族等へ連絡を行います。

## 9. 記録の保管について

事業者はサービス提供に関する記録を整備し、サービスの完結の日から最低 5 年間紙面もしくは電磁的方式にて保管致します。記録物の閲覧及び実費を支払っての写しの交付については本人及び家族に限り可能です。必要時はこちらにご相談ください。

## 10. 損害賠償

サービス提供に伴って事業者の明らかな過失により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対し、その損害を賠償致します。この契約においてや

むを得ず訴訟となる場合は利用者の所在地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることをあらかじめ同意します。(合意裁判管轄)

#### 11. 虐待防止

虐待等については、“高齢者虐待防止マニュアル”に沿って対応させていただきます。

#### 12. 利用者代理人

利用者は代理人を選任してこの契約を締結することができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

利用者の代理人選任に際して必要がある場合は、事業者は成年後見制度や日常生活自立支援事業の内容を説明するものとします。

#### 13. 運営推進会議について

①事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。

②当事業所を行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。

③「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員又は市職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上会議を開催します。

④「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内及び出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願い致します。

#### 14. 第三者による評価の実施状況等について

第三者による評価の実施状況等は、下記のとおりです。

| 第三者による評価の実施状況 | 直近の実施年月日 |           |           |
|---------------|----------|-----------|-----------|
|               | 1 あり     | 評価機関の名称   |           |
|               |          | 評価結果の開示状況 |           |
|               | ② なし     |           | 1 あり 2 なし |

#### 15. 重要事項内容の変更

##### ① 利用料等の変更

ア 事業者はこの契約に定める内容のうち利用料の変更(増額又は減額)を行おうとする場合には重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料等の変更予定日から期間において利用者にもその内容を通知するものとします。

イ 利用者は利用料等の変更を承諾しない場合にはその旨を事業者にも文書で通知することとで、この契約を解除することができます。

## ② サービス内容の変更

ア 利用者はいつでもサービス内容を変更するよう申し出ることができます。事業者は利用者からの申し出があった場合変更を拒む正当な理由がない限り、関係機関と連携し速やかにサービス内容を変更します。

イ サービス内容を変更した場合、利用者と事業者とは変更後のサービス内容について記載した利用サービス変更合意書を交わします。

## 16. 留意事項

① サービスのキャンセルにつきまして利用者は、家族、ケアマネジャーによりサービス提供日の当日午前 8 時 30 分までにご連絡ください。お申し出のない場合はキャンセル料の支払いを求める場合がございます。(不連絡によりご自宅までのお迎えが続いた場合等)ただし、利用者の急変などやむを得ない事情によるキャンセルにつきましてはこの限りではありません。

② 事業所では基本的に禁煙とさせていただいており、事業所内には喫煙所を設けておりません。禁煙にご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。

③ 事業所内においては携帯電話のご使用をご遠慮願います。もし連絡等が必要な場合は事業所の電話をご使用ください。

④ 事業所では随時、在宅ケア従事者の育成のために他施設からの研修生の受け入れにも協力させていただいております。何卒、ご協力のほど宜しくお願い致します。

⑤ 1ヶ月以上休みが続いたときの終了等の手続きについて  
1ヶ月以上休みが続いたときは、ご連絡させていただき契約を継続するかどうかご確認させていただきます。継続が不可能な場合は契約終了とさせていただきますのでご了承ください。

⑥ 災害時の対応 (地震・台風・大雪・警報時など)

地震・台風・大雪・警報時などサービスを継続出来ない気象状況になった場合はやむを得ず、サービスを打ち切りとさせていただく場合がございます。その際はご連絡させていただきますのでご了承ください。

⑦ 安全で円滑な送迎の為、お迎えの時間を書面又は電話にてご連絡します。

お知らせしたお時間よりも 10 分未満の早まりや遅れにつきましてはご了承ください。交通事情等で 10 分以上到着時間が前後する場合は、電話連絡を致します。

重要事項説明年月日

令和      年      月      日

事業所は重要事項説明書に基づき、重要事項を説明しました。

事業者：イズモ株式会社  
代表取締役    鈴木    悦也

事業所名：パルモコミュニティ リハブライド 助信  
所在地：〒430-0911    静岡県浜松市中央区新津町 67-5  
TEL：053-401-8871      FAX：053-401-8872

説明者氏名：

私は重要事項説明書に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

|       |    |      |
|-------|----|------|
| 利用者   | 住所 |      |
|       | 氏名 |      |
| 利用者家族 | 住所 |      |
|       | 氏名 | (続柄) |

|       |    |  |
|-------|----|--|
| 法定代理人 | 住所 |  |
|       | 氏名 |  |
|       | 職名 |  |

イズモ株式会社 【パルモコミュニティ リハブライド 助信】  
管理者殿

