

通所型サービス
（介護予防通所介護相当サービス）

重 要 事 項 説 明 書
個人情報に関する同意書

あさひデイリハセンター
《株式会社 あさひコモンズ》

令和7年4月版

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(第 1570401982 号)

当事業所は、ご契約者に対して通所型サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 あさひコモンズ
主たる事務所の所在地	〒955-0803 新潟県三条市月岡1丁目5番27号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 名古屋孝徳
設立年月日	平成12年3月15日
電話番号	0256-34-3636

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	あさひデイリハセンター	
サービスの種類	通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒955-0862 新潟県三条市南新保10-24	
電話番号	0256-64-8838	
指定年月日・事業所番号	令和5年8月1日指定	1 5 7 0 4 0 1 9 8 2
実施単位・利用定員	1 単位	定員 3 0 人
通常の事業の実施地域	旧三条市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	利用者一人ひとりの個性と要望を大切にし、利用者及びその家族とのコミュニケーションに努め、利用者の生き生きとした生活づくりを援助します。また、地域住民との交流に努めるとともに、地域の保健・福祉・医療サービスとの綿密な連携を図り、総合的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

介護予防通所介護相当サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	土日、12/31～1/3以外は営業
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時00分～午後3時00分

6. 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。なお、職員は通所介護の職務を兼務します。

職種	人員	職務内容
1. 管理者	1名	職員の管理及び業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに、職員に厚生労働省令で定められている運営基準を遵守させるために必要な指揮命令を行う。
2. 生活相談員	1名	利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう事業所内のサービスの調整、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者等との連携を行う。
3. 看護職員	1名	利用者の身体の状態を的確に把握して健康管理を行うとともに

		に、事業所の衛生管理等の業務を行う。
4. 介護職員	2 名	利用者の介護、自立的な日常生活を営むために支援等の業務を行う。
5. 機能訓練指導員	1 名	利用者が心身の状況等に応じて日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。
6. 栄養士	1 名	利用者の栄養や心身の状況及び嗜好を考慮した献立及び栄養指導を行うとともに、栄養管理関係書類の整備及び食品衛生法の定めるところによる衛生管理等を行う。
7. 調理職員	3 名	栄養士の指導のもとに食事の調理を行う。
8. 事務職員	1 名	運営に関する庶務的な業務及び経理業務に従事する。

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 山田 雅人
管理責任者の氏名	管 理 者 山田 雅人

8. 利用料

あなたが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、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割の額）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。

（1）介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービスの内容		基本利用料 ※(注2)参照	利用者負担金 ※(注2)参照 自己負担1割
通所型 サービス 2 2 1	通所型サービスを1週間に1回程度利用した場合（1回につき） ※1月の中で全部で4回まで 【要支援1・事業対象者】	4,360円	436円
通所型 サービス 2 2 2	通所型サービスを1週間に2回程度利用した場合（1回につき） ※1月の中で全部で5回から8回まで 【要支援2・事業対象者】	4,470円	447円
通所型 サービス211	通所型サービスを1週間に1回程度利用した場合（1月につき）	17,980円	1,798円

※(注1)	【要支援1】		
通所型 サービス212 ※(注1)	通所型サービスを1週間に2回程度利用した場合（1月につき） 【要支援2・事業対象者】	36,210 円	3,621円

(注1) 通所型サービスの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、17,980円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、36,210円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ17,980円、36,210円となります。

(注2) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等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。

(注3) 前ページ本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

※表内、利用者負担金は1割負担で表記

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 自己負担1割
生活機能向上 グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合（1月につき） ※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	1,000円	100円
生活機能向上 連携加算Ⅰ	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、ICTの活用等により、通所介護事業所を訪問せずに当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員等と共同で、アセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画を作成すること。（3月につき1回を限度）	1,000円	100円

生活機能向上 連携加算Ⅱ	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、機能訓練指導員等と共同で、アセスメント、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画を作成すること。（１月につき）	2,000円／月 ※個別機能訓練加算を算定している場合は、 1,000円／月	200円 ※100円
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合（１月につき）	2,000円	200円
栄養アセスメント 加算	当該加算の体制・人材要件を満たし、栄養状態の内容を厚生労働省に提出し、LIFE(科学的介護情報シテム)を用いてフィードバックを受けている場合（１月につき）	500円	50円
口腔機能向上加算 Ⅰ	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合（１月につき）	1,500円	150円
口腔機能向上加算 Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの取組に加え、口腔機能改善管理指導計画書等の内容を厚生労働省に提出し、LIFE(科学的介護情報シテム)を用いてフィードバックを受けている場合	1,600円	160円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	利用開始時及び利用中６か月ごとに口腔の健康状態について確認を行い、口腔の健康状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合（１回につき。６月に１回を限度）	200円	20円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	利用開始時及び利用中６か月ごとに栄養状態について確認を行い、栄養状態に係る情報を介護支援専門員に文書で共有した場合（１回につき。６月に１回を限度）	50円	5円

一体的サービス提供加算	以下の要件を全て満たす場合 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。 利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月に2回以上設けていること。 栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していないこと。（1月につき）	4,800円	480円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合（1月につき）	2,400円	240円
科学的介護推進体制加算	すべての利用者の心身の基本的な情報をLIFE（科学的介護情報シテム）へ送り、フィードバックを受けている場合	400円	40円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合	要支援1・事業対象者 880円	88円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	※（注）（1月につき）	要支援2・事業対象者 1,760円	176円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	※加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲのいずれか1つを算定する。	要支援1・事業対象者 720円	72円
		要支援2・事業対象者 1,440円	144円
		要支援1・事業対象者 240円	24円
		要支援2・事業対象者 480円	48円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等（＝新潟県の場合は全域）において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合 ※（注）	1月の利用料金 （基本部分＋延長加算）の5％	左記額の1割
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※（注） ※加算Ⅰ～Ⅱいずれか1つを算定する。 （令和6年6月1日から算定）	1月の利用料金 （基本部分＋各種加算減算） の9.2％	左記額の1割
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金 （基本部分＋各種加算減算） の9％	左記額の1割
介護職員等処遇改善加算Ⅲ		1月の利用料金 （基本部分＋各種加算減算） の8％	左記額の1割
介護職員等処遇改善Ⅳ		1月の利用料金 （基本部分＋各種加算減算）	左記額の1割

		の6.4%	
--	--	-------	--

(注) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

※表内、利用者負担金は1割負担で表記

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額	
		基本利用料	利用者負担金 自己負担1割
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合 (1日につき)	940円	94円
送迎を行わない場合 の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業 所との間の送迎を行わない場合 (片道につき)	470円	47円
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措 置が講じられていない場合に、基本報酬を減算 する	1月の基本報酬 の0.1%	左記額の1割
業務継続計画未策定 減算	感染症若しくは災害のいずれかまたは両方の 業務継続計画が未策定の場合に、基本報酬を減 算する	1月の基本報酬 の0.1%	左記額の1割

(2) その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、昼食1食につき700円の食費をいただきます。 また、特別食(ミキサー食、貧血食、腎不全食、腎臓病食)提供は、50円の 追加料金をいただきます。
おむつ代	おむつ等の提供を受けた場合、実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当 と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り 品など)について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。なお、利用料が月単位の定額の場合は、キャン

セル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	700円（昼食の額）
ご自宅まで迎えに行った時	300円＋700円（昼食の額）

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の２０日（祝休日の場合は直後の平日）にあなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の２０日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 三条信用金庫 月岡支店 普通口座 0091213（株）あさひコモンズ
現金払い	サービスを利用した月の翌月の２０日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

１０．非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

１１．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0256-64-8838 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	三条市福祉保健部高齢介護課	電話番号 0256-34-5475
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

13. サービスの利用にあたっての留意事項

項目	留意内容
1. 送迎時間	道路事情、天候等により、予定時間を前後する場合があります。
2. 体調確認	利用時に健康チェックを行いますが、居宅においての体調の変化、通院等がありましたら、必ずお知らせください。
3. 体調不良等による利用の変更・中止	健康チェックで異常がある場合や健康状態がすぐれない場合には、サービスの中止または内容を変更することがあります。
4. 設備・器具の利用	施設内の設備・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が生じた場合、賠償していただく場合がございます。

14. 虐待の防止について

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) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

担当者の氏名	管理者 山田 雅人
--------	-----------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、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（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

15. 身体的拘束等の禁止

事業者は、当該利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わないものとします。

2 事業者は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

3 事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じます。

(1) 事業所におけ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を3月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(2) 事業所における身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。

(3) 事業所において、職員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

16. ハラスメントに関する事項

適切なサービスの提供を確保する観点から、職場内及び訪問先において従業者に対する以下のハラスメントの防止のために必要な措置を講じます。

ここでいうハラスメントとは、行為者を限定せず優越的な地位または関係を用いたり、拒否・回避が困難な状況下で下記(1)～(3)のいずれかの行為に該当するものとします。

(1) 身体的な力を使って危害を及ぼす行為(回避して危害を免れた場合も含む)(パワー・ハラスメント、カスタマー・ハラスメント他)

(2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり貶めたりする行為(パワー・ハラスメント、カスタマー・ハラスメント他)

(3) 意に沿わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ(セクシュアル・ハラスメント)

個人情報の使用に関する同意書

私の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

(利 用 者) _____
(署名代行) _____
(家族代表) _____

1 使用する目的

- ① 利用者に関わる居宅サービス計画または介護予防サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員との連絡調整において必要となった場合

2 個人情報を使用する事業者及びその誓約

サービスの種類	所在地	事業者名及び事業所名	代表者印
通 所 型 サ ー ビ ス (介護予防通所介護相当サービス)	三 条 市 南新保 10-24	株式会社 あさひコモンズ あさひデイリハセンター	

あなたとのサービス利用に関わる契約の締結前にあっても、提供された個人情報について決して第三者に漏らしません。

また、サービス提供に関わる目的以外には、決して使用しません。

3 使用する期間

令和 年 月 日 ～ 当事業所との契約終了までの期間

4 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当っては関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録しておくこと。
- ③ あさひコモンズの広報紙やホームページにおける個人写真の掲載への同意について
(同意 ・ 同意しない)