

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

リハビリスタジオ animo 三条

《株式会社あさひコモンズ》

令和7年4月版

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

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 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	リハビリスタジオ animo 三条	
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	〒955-0047 三条市東三条1丁目9番20号	
電話番号	0256-64-7171	
指定年月日・事業所番号	平成28年4月1日指定	1570401552
実施単位・利用定員	2単位	定員18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	事業者は、利用者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、市町村の要綱等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、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、若しくは、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

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、移動、排せつ等の介護、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	月曜日から金曜日まで（祝日も営業） ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	8時30分から17時30分まで
サービス 提供時間	①9時00分から12時15分まで ②13時45分から17時00分まで

6. 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者に対して通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）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、職員は地域密着型通所介護の職務と兼務します。

職 種	人員	職務内容
1. 管理者（所長）	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名以上	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名以上	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、事業所の衛生管理等の業務を行う。
4. 介護職員	1名以上	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名以上	利用者が心身の状態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。

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（所長）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 歌代 千恵子
管理責任者の氏名	所 長 野口 知巳

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、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（自己 負担1割の場合） （＝基本利用料の1 割） ※（注２）参照
通所型 サービス 1 回数	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 回数	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 1 ※(注１)	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） 【要支援1・事業対象者】	17,980円	1,798円
通所型 サービス 2 ※(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及び事業対象者の方は、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、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】 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 の場合）
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
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
栄養アセスメント 加算	利用者へ管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合（1月につき） ※栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受ける間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は算定しない。	500円	50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
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

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
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
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（1月につき）		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 ※（注） （1月につき） ※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	880円	88円
		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Ⅱ		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
サービス提供体制 強化加算Ⅲ		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
中山間地域等における小規模事業所加算	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 処遇改善加算(Ⅰ)	当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注2) ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	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 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9.0%	
介護職員 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8.0%	
介護職員 処遇改善加算(Ⅳ)		1月の利用料金 (基本部分＋ 各種加算減算) 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。

(注2) 令和6年6月1日から

【減算】

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割の場合)
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

飲料代	一月につき１００円をいただきます。
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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料（発生しません）
利用予定日の当日	２００円

（注）利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（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。 三條信用金庫 月岡支店 普通口座 ００７６５２６ （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、速やかに下記の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	０２５６－６４－７１７１
	面接場所	当事業所の相談室
	受付担当者	生活相談員 歌代千恵子
	解決責任者	所 長 野口 知巳
	受付時間	営業日 ８時３０分～１７時３０分

（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. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価 の実施状況	① あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	
	② なし		

14. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

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。

15. 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	所 長 野口 知己
--------	-----------

(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者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) 従業者に対して、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、当該事業所従業者又は養護者（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。

16. 身体拘束等について

- 1 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。）は行わないものとする
- 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する。
- 3 事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならない。
 - (1) 身体拘束等の適正化のための指針の整備
 - (2) 職員に対する身体拘束等の適正化のための研修の実施
 - (3) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置などを活用して行うことが出来るものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図る

17. 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）

以上のとおり、私は通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）に関する契約を締結し、重要事項の説明を受け、それに同意します。

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名の上、それぞれ1部ずつ保有します。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____

本人との続柄 _____

事 業 者 住 所 _____ 新潟県三条市月岡1丁目5番27号

事業者（法人名） 株式会社あさひコモンズ _____

代表者職・氏名 代表取締役 名古屋孝徳 _____

説 明 者 住 所 _____ 新潟県三条市東三条1丁目9番20号

事業者 リハビリスタジオ animo 三条 _____

職名・氏名 生活相談員 歌代 千恵子 _____

個人情報利用同意書

<個人情報保護の趣旨>

当社が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

<個人情報利用範囲>

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの報告のため
- 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため
- 当社の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

<肖像権について>

当社の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同 意 す る

同 意 し な い

(利 用 者) 上記内容及び契約書第 1 2 条第 3 項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利 用 者 住 所

氏 名

(家族代表) 上記内容及び契約書第 1 2 条第 3 項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家 族 代 表 住 所

氏 名