

地域密着型通所介護

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

地域密着型通所介護 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	地域密着型通所介護	
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	要介護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、利用者の要介護状態等の軽減や悪化の防止のため、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

地域密着型通所介護サービスは、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、ご契約者に対して地域密着型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、職員は通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）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 知己

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）地域密着型通所介護の利用料

【基本部分】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費（1回あたり）	
		基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 (自己負担1割の場合) ※（注2）参照
2時間以上 3時間未満	要介護1	3,050円	305円
	要介護2	3,510円	351円
	要介護3	3,960円	396円
	要介護4	4,400円	440円
	要介護5	4,870円	487円
3時間以上 4時間未満	要介護1	4,160円	416円
	要介護2	4,780円	478円
	要介護3	5,400円	540円
	要介護4	6,000円	600円
	要介護5	6,630円	663円

（注1）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。

（注2）上記本文にも記載のとおり、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	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
入浴介護加算(Ⅰ)	入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合(1日につき)	400円	40円
入浴介助加算(Ⅱ)	居宅において入浴ができるようになることを目的に、居宅を訪問し、把握した浴室環境等を踏まえた入浴介助計画の作成と、計画に沿った支援を行った場合(1日につき)	550円	55円
中重度者ケア体制加算	中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合(1日につき)	450円	45円
生活機能向上連携加算Ⅰ	指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等の助言に基づき当事業所の機能訓練指導員、介護職員等が共同で身体状況の評価及び個別機能訓練計画の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合(1月につき)	1,000円/月 (3月に一回を限度)	100円
生活機能向上連携加算Ⅱ	指定訪問リハビリテーション等の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員、介護職員等と共同で身体状況の評価及び個別機能訓練の作成と、計画に沿った機能訓練を提供した場合(1月につき)	2,000円/月 ※ただし個別機能訓練加算を算定している場合は、1月につき 1,000円/月	200円 ※100円
個別機能訓練加算Ⅰイ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合(1日につき)	560円	56円
個別機能訓練加算Ⅰロ	※それぞれの要件を満たした上で、機能訓練を行った場合、加算Ⅰイと加算ロをいずれかを算定できる。	760円	76円
個別機能訓練加算Ⅱ	個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合(1月につき)	200円	20円

ADL維持加算Ⅰ	一定期間に当事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合（1月につき） ※加算Ⅰ～Ⅱのいずれか1つを算定する。	300円	30円
ADL維持加算Ⅱ		600円	60円
認知症加算	認知症の利用者に認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施する体制を整えている場合（1日につき）	600円	60円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に指定地域密着型通所介護を行った場合（1日につき） ※ただし、認知症加算を算定している場合は、算定しない。	600円	60円
栄養アセスメント加算	当事業所の従業者又は外部の介護事業所等との連携により管理栄養士を配置し、利用者ごとに多職種共同で栄養アセスメントを行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合（1月につき）	500円	50円
栄養改善加算	低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して個別的に栄養食事相談等の栄養管理を実施し、利用者の心身の状態を維持又は向上させる栄養改善サービスを行った場合（3ヶ月以内の期間に限り1月に2回を限度）	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月ごとに利用者の口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定（1回につき） ※ただし、栄養アセスメント加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しない。	200円	20円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）		50円	5円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施等の口腔機能向上サービスを実施した場合（3ヶ月以内の期間に限り1月に2回を限度）	1,500円	150円

口腔機能向上加算Ⅱ	(Ⅰ)の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。 (3ヶ月以内の期間に限り1月に2回を限度) ※加算Ⅰ～Ⅱのいずれか1つを算定する。	1,600円	160円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合 (1月につき)	400円	40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
サービス提供体制強化加算Ⅰ		220円	22円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 ※(注)(1回につき) ※加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲのいずれか1つを算定する。	180円	18円
サービス提供体制強化加算Ⅲ		60円	6円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		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)	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 9.0%	
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 8.0%	

介護職員等 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 %	左記額の 1 割
----------------------	--	---	----------

(注 3) 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 日より

【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)	9 4 0 円	9 4 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)	4 7 0 円	4 7 円
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者 虐待防止のための対策を検討する委員会を 定期的に開催していない、高齢者虐待防止の ための指針を整備していない、高齢者虐待防 止のための年 1 回以上の研修を実施してい ない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施 するための担当者を置いていない事実が生 じた場合	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	業務継続に向けての取り組みとして、感染症 若しくは災害のいずれか又は両方の業務継 続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続 計画に従い必要な措置が講じられていない 場合	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 1 0 0 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。 三条信用金庫 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、速やかに下記的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。

1 2. 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	0 2 5 6 - 6 4 - 7 1 7 1
	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 3 0 分 ~ 1 7 時 3 0 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 0 2 5 6 - 3 4 - 5 4 7 5
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 0 2 5 - 2 8 5 - 3 0 2 2

1 3. 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		

1 4. 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、私は地域密着型通所介護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・押印の上、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