

重要事項説明書

アドニスケアセンター
指定通所介護及び指定通所型サービス

株式会社アドニス

重要事項説明書
アドニスケアセンター
指定通所介護及び指定通所型サービス
＜令和 年 月 日 現在＞

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 029-828-8351 (8:30~17:30)

担当 岩田 浩子

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名	アドニスケアセンター
所在地	茨城県つくば市上郷 8105-71
介護保険指定番号	第 0872003074 号
通常の事業の実施地域	つくば市・土浦市・牛久市・阿見町・下妻市・筑西市・常総市・石岡市・つくばみらい市・かすみがうら市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護支援専門員	1名	0名	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定通所介護及び通所型サービスの提供にあたる。	1名
生活相談員	社会福祉主事	0名	0名	利用者及び家族等からの相談に応じ、従業員に対する技術指導、関係機関との調整を行う。	1名
	介護福祉士	1名	0名		
機能訓練指導員	看護師	0名	1名	機能の減退を防止するための訓練を行う。	6名
	准看護師	1名	0名		
	理学療法士	0名	2名		
	柔道整復師	0名	2名		
看護職員	看護師	0名	1名	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	2名
	准看護師	1名	0名		

	資 格	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容	計
介 護 職 員	介護福祉士	1名	1名	利用者の入浴、給食等の介助及び援助を行う。	5名
	ヘルパー1級	0名	1名		
	ヘルパー2級	0名	0名		
	介護職員初任者研修修了者	0名	0名		
	その他	0名	2名		

(3) 事業所の設備の概要

定 員	20名	静養室	2室 3床
食堂兼機能訓練室	1室 61㎡	相談室	1室
浴 室	一般浴槽	送迎車	5台

(4) 営業時間

月 ～ 金 曜 日	8:30～17:30 (12月31日～1月3日は除く)
-----------	-----------------------------

(5) サービス提供時間

月 ～ 金 曜 日	9:00～16:00
-----------	------------

(6) 通所介護事業所規模区分及び定員数

通 常 規 模 型	20名
-----------	-----

3 サービス内容

- (1)日常生活動作：日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。
排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介助
- (2)入 浴：家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。
衣類着脱の介助、身体の清拭、整髪、洗身、その他必要な入浴
- (3)食 事：給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供します。
食事の準備、配膳下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助
- (4)送 迎：送迎を必要とする利用者に対して、送迎サービスを提供します。送迎車両には介護職員が添乗し必要な介護を行います。
送迎、移乗、移乗動作の介助
- (5)運動器機能訓練：体力や運動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（運動機能向上サービス）。
- (6)口腔機能訓練：口腔内の清潔を保つために必要な口腔ケアの計画作成、それに（通所型サービス）基づいたサービスの提供を行います（口腔機能向上サービス）。

- (7)生活機能向上グループ活動：生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者か（通所型サービス）らなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行います。
- (8)生活相談：利用者のご家族の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。
- (9)機能訓練：身体機能の維持、向上を目的に機能訓練を行います。簡単に身体を動かすことから始め、歩行訓練、ADL 訓練など、広範囲で行います。

4 利用料その他の費用の額

(1) 指定通所介護利用料【5級地 地域単価 10.45 円】

①基本報酬 <通常規模型通所介護費>

< 8 時間以上 9 時間未満 >					
要介護状態区分	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護 1	669	6,991 円/日	699 円/日	1,398 円/日	2,097 円/日
要介護 2	791	8,265 円/日	826 円/日	1,653 円/日	2,479 円/日
要介護 3	915	9,561 円/日	956 円/日	1,912 円/日	2,868 円/日
要介護 4	1,041	10,878 円/日	1,087 円/日	2,175 円/日	3,263 円/日
要介護 5	1,168	12,205 円/日	1,220 円/日	2,441 円/日	3,661 円/日

< 7 時間以上 8 時間未満 >					
要介護状態区分	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護 1	658	6,876 円/日	687 円/日	1,375 円/日	2,062 円/日
要介護 2	777	8,119 円/日	811 円/日	1,623 円/日	2,435 円/日
要介護 3	900	9,405 円/日	940 円/日	1,881 円/日	2,821 円/日
要介護 4	1,023	10,690 円/日	1,069 円/日	2,138 円/日	3,207 円/日
要介護 5	1,148	11,996 円/日	1,199 円/日	2,399 円/日	3,598 円/日

< 6 時間以上 7 時間未満 >					
要介護状態区分	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護 1	584	6,102 円/日	610 円/日	1,220 円/日	1,830 円/日
要介護 2	689	7,200 円/日	720 円/日	1,440 円/日	2,160 円/日
要介護 3	796	8,318 円/日	831 円/日	1,663 円/日	2,495 円/日
要介護 4	901	9,415 円/日	941 円/日	1,883 円/日	2,824 円/日
要介護 5	1,008	10,533 円/日	1,053 円/日	2,106 円/日	3,160 円/日

＜ 5 時間以上 6 時間未満＞					
要介護状態区分	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護 1	570	5,956 円/日	595 円/日	1,191 円/日	1,786/日
要介護 2	673	7,032 円/日	703 円/日	1,406 円/日	2,109/日
要介護 3	777	8,119 円/日	811 円/日	1,623 円/日	2,436/日
要介護 4	880	9,196 円/日	919 円/日	1,839 円/日	2,758/日
要介護 5	984	10,282 円/日	1,028 円/日	2,056 円/日	3,084/日

＜ 4 時間以上 5 時間未満＞					
要介護状態区分	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護 1	388	4,054 円/日	405 円/日	810 円/日	1,216/日
要介護 2	444	4,639 円/日	463 円/日	927 円/日	1,391/日
要介護 3	502	5,245 円/日	524 円/日	1,049 円/日	1,573/日
要介護 4	560	5,852 円/日	585 円/日	1,170 円/日	1,755/日
要介護 5	617	6,447 円/日	644 円/日	1,289 円/日	1,934/日

＜ 3 時間以上 4 時間未満＞					
要介護状態区分	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護 1	370	3,866 円/日	386 円/日	773 円/日	1,159/日
要介護 2	423	4,420 円/日	442 円/日	884 円/日	1,326/日
要介護 3	479	5,005 円/日	500 円/日	1,001 円/日	1,501/日
要介護 4	533	5,569 円/日	556 円/日	1,113 円/日	1,670/日
要介護 5	588	6,144 円/日	614 円/日	1,228 円/日	1,843/日

※ 2 時間以上 3 時間未満のサービス提供を行う場合、上記の単位数の 70/100 の単位数が算定されます。

②加算

加算	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
入浴介助加算 (I)	40	418 円/日	41 円/日	83 円/日	125 円/日
個別機能訓練加算 (Iイ)	56	585 円/日	58 円/日	117 円/日	175 円/日
介護職員処遇改善 加算 (II)	利用料＝ 一月の総利用単位数 の 9.0%×地域単価		左記計算式 により算出 された利用 料の 1割/月	左記計算式 により算出 された利用 料の 2割/月	左記計算式 により算出 された利用 料の 3割/月

加算	算定要件
入浴介助加算 (I)	入浴介助（入浴中の利用者の観察を含む。）を行った場合に加算されます。
個別機能訓練加算 (Iイ)	個別機能訓練加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師が利用者の居宅を訪問したうえで、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問したうえで、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っている場合に算定します。
介護職員処遇改善加算 (II)	事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員の賃金の改善等を実施している場合に加算されます。

③減算

減算	単位	利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
事業所が送迎を行わない場合	-47	-491 円 /片道	-49 円/片道	-98 円/片道	-147 円/ 片道

減算	算定要件
事業所が送迎を行わない場合	利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合に減算されます。

(2) 指定通所型サービス【5級地 地域単価 10.45円】

①基本報酬

要支援状態区分	単位	利用料	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
要支援1	1,798	18,789円/月	1,878円/月	3,757円/月	5,636円/月
要支援2	3,621	37,839円/月	3,783円/月	7,567円/月	11,3517円/月

②加算

加算	単位	利用料	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
運動器機能向上加算		円/月	円/月	円/月	円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	利用料＝ 一月の総利用単位数の 9.0%×地域単価		左記計算式により算出された利用料の1割/月	左記計算式により算出された利用料の2割/月	左記計算式により算出された利用料の3割/月

加算	算定要件
運動器機能向上加算	利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合に加算します。
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合する介護職員の賃金の改善等を実施している場合に加算されます。

(3) その他の費用

①食費： 昼食650円、おやつ150円

②おむつ代： 実費(150円/1枚 パット/100円等)

③その他日常生活費

利用者の希望により購入する身の回りの品：実費

(歯ブラシ、シャンプー、化粧品、タオル、衣類、等個人の日用品等)

利用者の希望による理美容費： 実費(訪問理美容による費用等)

利用者の希望による教養娯楽費用：実費(行事やクラブ活動による材料費等)

④キャンセル料（通所型サービスを除く。）

利用者の都合により利用前にサービスを中止する場合、キャンセルの連絡を頂いた時間に応じて下記のキャンセル料をお支払い頂きます。

利用予定日の前日午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
利用予定日の前日午後 5 時までにご連絡がなかった場合	1 日の利用料全額

※利用日が休業日の翌日の場合はご注意下さい。

⑤保険外宿泊サービスを行っております、詳しくは管理者・相談員までご相談ください。

サービス提供曜日 月～金曜日

サービス提供時間 16：01～翌8：59

宿泊費 5,000円（1日）

（朝・夕の食費含む）

（4）支払方法

原則として、毎月15日までに前月分の請求書をお渡しいたします。お支払い方法に関しては、原則として、口座振替とさせていただきます。お支払いは、月末とさせていただきますが、口座振替は原則として26日引き落としとなります。但し、利用者のご都合により、現金集金、銀行振込みでのお支払いもご相談に応じます。お支払い頂きましたら領収証を発行いたします。

5 サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。利用契約締結後、通所介護計画又は通所型サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。居宅サービス計画又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントの作成を依頼している場合には、事前に居宅介護支援事業者等にご相談ください。

（2）サービス利用契約の終了

①利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書でお申し出ください。

②当社の都合でサービスを終了する場合

閉鎖及び休止がある場合は、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 利用者の事業対象者又は要支援若しくは要介護状態区分が、非該当（自立）と認定され、事業対象者に非該当となった場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合
- ・ 利用者が遠隔地（通常の事業の実施地域以外）に転居された場合

④その他

当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、2週間以内に支払われない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院又は病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合又は利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことができます。

6 当社の通所介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものといたします

事業所の従業員は、利用者が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、個別機能訓練及び必要な日常生活の世話をを行うことにより、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、精神的負担の軽減を図ります。

事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市区町村及び他の居宅サービス事業者、並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものといたします。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

指定通所介護及び指定通所型サービス（以下「通所介護」という。）の提供に当たっては、通所介護計画又は通所型サービス計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行う。

従業員は、通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行う。

通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態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速やかに連絡いたします。

8 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虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	岩田 浩子
-------------	-------

②研修を通じて従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

③個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

④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、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9 身体拘束について

従業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者又はご家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていく為の取り組みを積極的に行います。

①切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者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ます。

②非代替性……身体拘束以外に、利用者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出来ない場合に限られます。

③一時性……利用者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 秘密保持と個人情報保護について

(1) 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いの為のガイドランス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

(2) 従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。

(3) 従業者であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(4) 事業所は、利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等（地域ケア会議を含む）において利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の代表者の同意を、あらかじめ文書により得たうえで、必要な範囲で行う。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する通所介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族及び下記の市町村、利用者の係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

市町村担当窓口 つくば市役所 電話 029-883-1111

担当の介護支援専門員又は担当の地域包括支援センター

事業所名： 担当者： 電話

また、利用者に対する通所介護の提供により損害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。なお、損害賠償は、サービス提供における事業者側の過失

を原因として事故が発生した場合に実施するものです。
 事業者は、下記の損害賠償責任保険に加入しております。

保険会社名	三井住友海上保険株式会社
保 険 名	福祉事業者総合賠償責任保険

12 ご家族代表の条件と義務等

ご家族代表をお一人定め、利用者の事業者に対する債務を連帯して履行責任を負い、また、緊急連絡先として契約解除の際に必要な物の引受けや、通所介護計画又は通所型サービス計画に対するご意見等を聞きます。

13 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

14 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当社利用者相談・苦情担当

担当 岩田 栄一 電話 029-828-8351

(2) 当社以外に、市区町村等の相談・苦情窓口でも受け付けています。

茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話	029-301-1565
市町村担当課名 : つくば市高齢福祉課	電話	029-883-1111
市町村担当課名 : 土浦市役所高齢福祉課	電話	029-826-1111
市町村担当課名 : 牛久市役所高齢福祉課	電話	029-873-2111
市町村担当課名 : 阿見町役場保健福祉部高齢福祉課	電話	029-888-1111
市町村担当課名 : 下妻市高齢福祉課	電話	029-643-2111
市町村担当課名 : 常総市高齢福祉課	電話	029-723-2111
市町村担当課名 : 石岡市高齢福祉課	電話	0299-23-1111
市町村担当課名 : つくばみらい市介護福祉課	電話	0297-58-2111
市町村担当課名 : 筑西市高齢福祉課	電話	0296-24-2111
市町村担当課名 : かすみがうら市介護長寿課	電話	0299-59-2111

15 第三者評価の実施有無 有 ・ 無

16 当社の概要

名称・法人種別 株式会社アドニス
代表者役職・氏名 代表取締役 岩田 和也
本社所在地 茨城県つくば市筑穂 3-5-3

定款の目的に定めた事業

- 1 介護保険法に基づく居宅サービス事業
- 2 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
- 3 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
- 4 介護保険法に基づく地域支援事業
- 5 介護保険法に基づく第1号事業
- 6 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
- 7 介護保険法に基づく介護予防支援事業
- 8 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
- 9 介護保険法に基づく要支援並びに要介護認定の面接調査及び申請代行業務
- 10 介護保険法に基づく特定福祉用具販売事業
- 11 介護保険法に基づく福祉用具貸与事業
- 12 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の運営及び管理に関する事業
- 13 在宅高齢者への配食業務
- 14 旅館業・ホテル業
- 15 飲食店業
- 16 住宅リフォームの企画、請負及び斡旋業務
- 17 保育所の経営
- 18 薬局の経営
- 19 理容・美容事業
- 20 一般乗用旅客自動車運送事業
- 21 不動産の売買、交換、貸借及びその仲介並びに所有、管理及び利用
- 22 損害保険代理業
- 23 太陽光発電事業
- 24 建築物メンテナンス事業
- 25 前各号に附帯又は関連する一切の事業

指定通所介護及び指定通所型サービスの提供開始にあたり、利用申込者に対して本書面に
基づいて重要事項を説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日

〈事業者名〉 株式会社アドニス
〈事業所名〉 アドニスケアセンター
〈事業所所在地〉 茨城県つくば上郷 8105-71
〈説明者〉 印

私は、本書面により、事業者から指定通所介護及び指定通所型サービスについての重要事
項の説明を受け、サービス内容等に同意し、交付を受けました。

確認年月日 令和 年 月 日

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続柄 _____