通所介護、介護予防通所介護　重要事項説明書

2026 年 6 月 1 日

１ 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	合同会社Komano Primo・営利法人
代　表　者　名	駒野　隆之助
所在地・連絡先	（所在地）　京都府木津川市木津宮ノ裏200-7 （電話）　　080-4496-3322

２ 事業所の概要

（１）事業所名称及び事業所番号

事業所名	アトラス木津川
所在地・連絡先	（所在地）　京都府木津川市城山台10丁目35-5 TKレオンビル203号 （電話）　0774-79-0508 （FAX）　0774-79-0508
事業所番号	2673500548
管理者の氏名	澤井　麻里子
利用定員（単位）	19　名（１単位　19名）

（２）事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区　分			
		常勤(人)		非常勤(人)	
		専従	非専従	専従	非専従
管理者	1		1		
生活相談員	3	1			2
介護職員	8		1	1	6
看護職員	2				2
機能訓練指導員	4				4

職	職　務　内　容	人員数
管理者	1　従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2　従業者に、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。 3　利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4　利用者へ通所介護計画を交付します。 5　指定通所介護の実施状況の把握及び通所介護計画の変更を行います。	常　勤　1名 介護職員と兼務
生活相談員	1　利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び運動機能等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2　それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	1名以上（常勤1名） 内、1名 介護職員と兼務
看護師	1　サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2　利用者の静養のための必要な措置を行います。 3　利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	1 名以上（常勤1名） 内、2 名 機能訓練指導員、介護職員と兼務
介護職員	1　通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。	1名以上 内、4名 機能訓練指導員､看護師､生活相談員と兼務
機能訓練指導員	1　通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、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、機能訓練を行います。	1名以上 内、4名 看護師、介護職員と兼務

（３）通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	木津川市、精華町、奈良市（朱雀、右京地域）

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

（４）営業日・営業時間等

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	8：30～17：30

※ 営業しない日： 土曜日・日曜日・年末年始 12 月 30 日～1 月 3 日を休業とします。
※ 祝日については代表の判断で営業する場合があります。

サービス提供日	月曜日～金曜日
サービス提供時間 ＜２部制＞	１部：9：10～12：25
	２部：13:45～17：00

３ サービスの内容

種 類	内 容
口腔機能訓練	利用者の状況に応じて看護師等が計画書を作成し、適切な歯磨きやうがい、義歯の手入れ等に関する指導・助言および咀嚼・嚥下（飲み込み）機能の維持・向上のためのトレーニングを実施します。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	自宅から事業所までの間の送迎を行います。

■ 通所介護計画（介護予防通所介護計画）の作成及び評価等

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に基づき、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて、通所介護計画（介護予防通所介護計画）を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

４ 費　用

介護保険の適用がある場合は、利用者様の負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額となります。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は１か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【料　金　表】

■通所介護（事業所規模：通常規模、地域区分　6 級地　１単位：10.27 円）

サービス内容	3時間以上4時間以内				
	サービス単位	サービス利用料金	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単位	3,799円／日	380円／日	760円／日	1,140円／日
要介護２	423単位	4,344円／日	435円／日	869円／日	1,304円／日
要介護３	479単位	4,919円／日	492円／日	984円／日	1,476円／日
要介護４	533単位	5,473円／日	548円／日	1,095円／日	1,642円／日
要介護５	588単位	5,946円／日	604円／日	1,208円／日	1,812円／日

※上記単位に必要な加算の負担額が追加になります。

■通所介護加算項目

加算項目	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	備考
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56単位	575円／回	58円／回	115円／回	173円／回	１回につき
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76単位	780円／回	78円／回	156円／回	234円／回	１回につき
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20単位	205円／月	21円／月	41円／月	62円／月	1ヵ月につき
科学的介護推進体制加算	40単位	410円/月	41円/月	82円/月	123円/月	1ヵ月につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150単位	1,540円/回	154円/回	308円/回	462円/回	月2回まで
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位	1,643円／回	165円／回	329円／回	493円／回	月2回まで

※実際の請求額は、1 カ月の合計単位数に地域単価（10.27 円）を乗じた額に対し、負担割（1～3 割）を掛けた金額となります。

※1 円未満の端数処理の関係上、1 回あたりの合算と、月間の総請求額が数円程度異なる場合があります。

※基本報酬に各加算（該当するもの）を加えた総単位数に処遇改善加算 9.9%を乗じた単位数が加算されます。

■介護予防通所介護 （木津川市総合事業：月額定額の場合）

地域区分　6 級地　 1 単位：10.27 円

サービス内容	3時間以上4時間以内				
	サービス合成単位	サービス利用料金	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（週1回程度）	1,798単位	18,465円／月	1,846円／月	3,693/月	5,539/月
要支援２（週２回程度）	3,621単位	37,187円／月	3,718円／月	7,437/月	11,156/月

■介護予防通所介護加算項目

加算項目	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
生活機能向上グループ活動加算	100単位	1,027円／月	102円／月	205円／月	308円／月	1ヵ月につき
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150単位	1,540円／回	154円／回	308円／回	462円／回	月1回まで
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位	1,643円／回	164円／回	328円／回	492円／回	月1回まで
科学的介護推進体制加算	40単位	410円／月	41円／月	82円／月	123円／月	1ヵ月につき

※　上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画等に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

※　介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

※　基本報酬に各加算（該当するもの）を加えた総単位数に処遇改善加算 9.9%を乗じた単位数が加算されます。

■その他利用料

（１）嗜好飲料代　200 円　（コーヒー、紅茶、お茶等）

※　ご利用の際には、事前にチケットをご購入して頂きます。

（２）日常生活費　創作活動や行事等（パチンコ、麻雀を含む）の実費については、その都度実費相当額がかかります。

・パチンコ（20 分）チケット１枚

・麻雀（１回）チケット１枚

※　ご利用の際には、事前にチケットをご購入頂きます。

＜チケット代＞

1 枚　200 円

5 枚　1,000 円

10 枚+1 枚プレゼント　2,000 円

※ご購入頂いたチケットは飲料、創作活動や麻雀、パチンコ等にご利用いただけます。

※ご購入頂いたチケットはご自身での管理をお願い致します。紛失・契約終了時の際の払い戻しは致しませんのでご了承ください。

（３）遊戯クラブ　事業所が定めるクラブ活動に参加された場合はクラブ費として実費相当額がかかります。

※クラブ費につきましては、ご利用前に書面にて金額及び参加の旨を確認させていただきます。

■送迎費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、送迎費の実費が必要となります。

通常の事業の実施地域を越えてから、片道1ｷﾛﾒｰﾄﾙあたり	50円

■その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となる費用で利用者負担が適当なものについては、利用者様に負担いただきます。

■キャンセル料（介護予防を除く。）

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者様の入院及び親族の不幸、または感染症法の分類されている感染症により感染された場合は、サービス利用が困難であると事業者が認めた場合のキャンセル料は不要です。

※その他事業所が認めた内容の場合はこの限りではありません。

無断欠席	介護保険分含む10割
サービス提供時間から24時間前までに欠席の連絡がない場合 例：　9：10開始の方　→　前日の9：10まで 13：45開始の方　→　前日の13：45まで	1,500円
当日、発熱した場合（後日欠席した日の病院の領収書およびお薬の明細書のご提出が必要です。）	無料

※キャンセル料は、翌月のサービス利用料と合算してご請求させていただきます。

■利用料等のお支払方法

毎月、ご指定頂きました口座からの自動振替となります。振替確認後、領収証を発行します。

※ その他の支払い方法については、ご相談ください。
現金は原則としてお取扱いはありません。

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 3 月以上遅延し、さらに 14 日以上の支払い期間を定めてからも支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます。

５ 事業所の特色等

（１） 事業の目的

事業は、要支援・要介護状態にある高齢者に対して、半日型の通所介護としてリハビリテーションに特化したサービスを提供し、専門職による個別リハビリおよび生活動作の訓練等を通じて、心身機能および日常生活動作の維持・向上を図るとともに、在宅での自立した生活の継続を支援することを目的とします。

（２） 運営方針

1　利用者一人ひとりの尊厳を大切にし、その意思および人格を尊重したサービス提供に努めます。

2　要支援・要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じてできる限り自立した日常生活を営むことができるよう、個別機能訓練を中心とした半日型の通所介護サービスを提供し、心身機能および生活機能の維持・向上を図ります。

3　摂食嚥下機能や口腔衛生の状態に配慮し、専門職との連携のもとで口腔機能向上プログラムや日常的な口腔ケアに取り組むことで、誤嚥性肺炎等の予防と生活の質の向上をめざします。

4　利用者の心身の状況および生活環境を踏まえ、個別機能訓練計画等に基づいて目標設定と評価を行い、継続的にサービス内容の見直しと改善に努めます。

5　利用者および家族、介護支援専門員、医療機関、歯科医療機関等と連携を図り、在宅生活の継続と家族の介護負担軽減に資するサービス提供に努めます。

6　関係法令および各種ガイドラインを遵守し、職員研修等を通じて個別機能訓練および口腔ケアに関する専門性とサービスの質の向上を図ります。

（３） その他

従業員研修は年間スケジュール等を作成し研修を行っています。

＜研修内容＞

・法定研修（年間スケジュール）
・機能訓練・リハビリ技術研修
・ホスピタリティ・接遇研修
・口腔ケア改善研修

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

（１）苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所　相談窓口	窓口責任者　澤井　麻里子 受付時間　９：００～１７：００ 連 絡 先　電話　0774-79-0508 FAX　0774-79-0508 面接（当事業所にて）
木津川市高齢介護課	受付時間：月曜日～金曜日 ９:００～１６：３０（窓口） ８:３０～１７:１５（電話） 電話番号：0774－75－1213
精華町高齢介護課	受付時間：月曜日～金曜日 ８:３０～１７：１５ 電話番号：0774－95－1906
奈良市福祉部介護福祉課	受付時間：月曜日～金曜日 ８:３０～１７：１５ 電話番号：0742-34-5422
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 ９：００～１７：００ 電話番号：075-354-9090
奈良県国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 ８：３０～１７：１５ 電話番号：0744-29-8311

（２）苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

① 苦情の受付・・・苦情受付票を作成し管理者に提出
② 事実確認・・・管理者は当事者及び関係職員から聞き取りを行う
③ 解決策の検討と実施・・・結果に基づき具体的な解決策を検討する
④ 利用者への回答・・・受付から早急に本人または家族へ書面または面談にて報告する
⑤ 再発防止と記録の保存・・・事例を共有し、再発防止策を徹底する

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

８ 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び京都府に連絡を行います。

９ 非常災害時の対策

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td colspan="4">別途定める非常災害計画書に基づき対応を行います。</td></tr>
<tr><td>避難訓練</td><td colspan="4">別途定める非常災害計画書にのっとり年1回以上の避難訓練を行います。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">防災設備</td><td>設備名称</td><td>有無(数)</td><td>設備名称</td><td>有無(数)</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>避難はしご</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>消火器（室内玄関出口）</td><td>あり</td><td>自動火災報知機</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>誘導灯</td><td>1か所</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>消防法の確認</td><td colspan="4">済　　防火相楽中部消防組消防本部</td></tr>
<tr><td>風水害・地震等の対応</td><td colspan="4">風水害（台風・大雨・洪水等）が予想される場合には、気象庁や市町村が発表する警報・避難情報等を確認し、利用者の安全確保を最優先として、次のような対応を行います。
1 利用者や職員の安全な通所・送迎が困難と判断した場合には、通所介護の提供を中止または時間を短縮することがあり、その際は事前に利用者またはご家族に連絡し説明します。
2 サービス提供中に警戒レベルの引き上げや避難情報の発令等があった場合には、事業所内の安全な場所への移動等の避難行動を行い、必要に応じてご家族や関係機関へ連絡します。</td></tr>
</table>

10 個人情報の保護及び秘密の保持について

※　事業所は、利用者様及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

※　事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、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同意をあらかじめ文書により得るものとします。

11 サービス利用に当たっての留意事項

※　サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
　また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

※　施設内の設備や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等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

※　決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

※　他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

※　所持金品は、自己の責任で管理してください。

※　施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

※　職員及び他の利用者に対するハラスメント行為が確認された場合はご利用を中止させていただく場合があります。

※　持ち物については別紙「利用案内」の通りにお持ちください。

12 サービスの第三者評価の実施状況

提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

実施の有無	未実施
実施した直近の年月日	ー
第三者評価機関名	ー
評価結果の開示状況	未実施のため評価結果なし

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 （家族等）	氏名（続柄）	（　　）
	住　所	
	電話番号 （携帯電話）	

主治医	病院（診療所）名	
	所在地	
	氏　名	
	電話番号	

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、通所介護（介護予防通所介護）のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日：　　年　　月　　日

事 業 者　　所 在 地　京都府木津川市城山台 10 丁目 35-5　TK レオンビル 203
事業者（法人）名　　合同会社　Komano　Primo
事業所名　　アトラス木津川
事業所番号　2673500548
代表者名　　駒野　隆之助　　㊞

説 明 者　　職　　名　生活相談員
氏　　名　室屋　智江美　　㊞

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日：　　年　　月　　日

利用者本人　　住　　所
氏　　名　　㊞

（署名・法定）代理人　住　　所
氏　　名　　㊞

ご利用案内

この度は、アトラス木津川をご利用いただきありがとうございます。
皆様に安全・快適にフィットネスやレクリエーションを楽しんでいただくため、以下の通り準備とご確認をお願いいたします。

1. 毎回の持ち物チェックリスト

当施設は「フィットネス・リハビリ・遊び」を中心としたサービスのため、動きやすさを重視した準備をお願いします。

□連絡帳（初回にお渡しします。）

□上履き（リハビリシューズなど、かかとがあり滑りにくいもの）

□飲み物（水筒やペットボトル。水分補給のため、水やお茶など必ずご持参ください。）
※事業所内で購入頂く事も可能です（1 杯に対してチケット 1 枚必要です。）

□タオル（汗拭き用、感染症予防のためにもご持参ください。）

□動きやすい服装（ストレッチの効くもの。着替えが必要な方は予備も）

□お薬（ご利用時間中に服用が必要な方のみ。スタッフにお預けください。）

□健康保険証・介護保険証の写し（緊急時用。初回および更新時に確認します。）

□チケット（購入された方は忘れずにお持ちください。）

2. 持ち物についてのお願い（重要）

・お名前の記入

紛失や他の方の荷物との混同を防ぐため、すべての持ち物（靴、水筒、衣類など）にハッキリとお名前の記入をお願いいたします。

・貴重品の持ち込み禁止

多額の現金、貴金属、通帳、印鑑などの貴重品は、紛失・盗難防止のため持ち込まないよう固くお願いいたします。

※万が一紛失された場合、当施設では責任を負いかねますのでご了承ください。

・食事・入浴について

当施設は「リハビリ・フィットネス特化型」のため、お食事（昼食）および入浴のサービスはございません。

ご協力よろしくお願いいたします。