

《介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）重要事項説明書》

1 事業所の目的

ハミングバード株式会社（以下「事業者」といいます。）の営むレコードブック立川南（以下「事業所」といいます。）が行う介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）の事業（以下「事業」といいます）の適正な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」といいます）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを提供することを目的としています。

2 運営方針

事業所の通所介護従事者は、要介護状態などの心身の状態を踏まえて、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消、および心身機能の維持、ならびに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために必要な、日常生活上の世話、および機能訓練などの介護、その他必要な援助を行います。

事業の実施にあたっては、区市町村および地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的な介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供に努めます。

3 当事業所が提供するサービスについての苦情相談などの窓口

レコードブック立川南 電話： 042-512-7628

担当 _____ / 重要事項説明者 _____

4 レコードブック立川南の概要

事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	レコードブック立川南
所在地	東京都立川市錦町4丁目5-3丸木ビル102号室
介護保険指定番号	介護予防・日常生活支援総合事業（指定番号 13A3000216）
サービス提供地域	立川市、国立市
第三者評価の実施状況	なし

営業時間

月～金・祝	8:30～17:30
定休日	土曜日・日曜日・年末年始（12月30日～1月3日）

介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービス提供時間・定員

午前の部 月～金・祝	9:00～12:15までの間の3時間以上	定員18名
午後の部 月～金・祝	13:45～17:00までの間の3時間以上	定員18名

職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名	0名	1名
生活相談員		1名	0名	1名
看護職員	看護師・准看護師	1名	1名	2名
機能訓練指導員	看護師・准看護師	0名	1名	1名
介護職員		2名	0名	2名

事業計画および財務内容について

事業計画および財務内容については、利用者およびその家族にとどまらず、求めがあれば、すべての方が閲覧できます。

5 サービス内容

介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）計画（以下「介護予防通所介護計画」という。）に沿って、送迎・機能訓練・アクティビティー、その他必要な介護などを行います。

ペースメーカーを使用されている方は、トレーニングマシンは利用できません。予めご了承ください。

6 利用料金

- (1) 介護保険利用料 ※料金表参照
- (2) お茶・お菓子代費用として希望に応じご利用1回ごとに200円（税込）
- (3) キャンセル料金

利用者の都合で介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを中止する場合は、至急事業所へご連絡ください。キャンセル料は一切かかりません。

- (4) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月18日頃までに当該月分の料金を請求しますので、20日までにお支払いください。お支払い方法は、原則、ゆうちょを含む金融機関での自動引落としとさせていただきます。

なお、口座振替（料金自動引落とし）の場合、申込から手続き完了まで1~2ヶ月程度かかります。手続き完了までの利用料金については、引落とし手続き完了後に繰り越された利用料金を合算して、引落とし処理をさせていただきますこととなりますので、予めご了承ください。

7 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの利用方法

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。事業所職員がお伺いいたします。事業所は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえ、介護支援専門員によって作成された「居宅サービス計画」に沿って、予め「介護予防通所介護計画」を作成します。「介護予防通所介護計画」作成と同時に契約を結び、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と相談してください。

- (2) 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの注意点

- ・風邪・病気などの際は、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの利用をお断りする場合があります。
- ・当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービス内容の変更や、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを中止する場合があります。
- ・利用中に体調が悪くなった場合、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまで、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの利用はお断りさせていただきます。

- (3) 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの終了

- ① 利用者の都合で介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを終了する場合
介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書で通知ください。
- ② 事業所の都合で介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを終了する場合人員不足

など、やむを得ない事情により介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供を終了する場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスが終了します）

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要介護と認定された場合（この場合、条件を変更して再度契約することができます。）
- ・利用者が亡くなられた場合

④ その他

- ・事業所が、正当な理由なく介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを提供しない場合、守秘義務（以下（4）守秘義務について）に記載）に反した場合、利用者やその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業者が破産した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
- ・利用者が、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、事業所が利用料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、または利用者やその家族などが、事業所や介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービス従業者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、事業所は文書で通知することにより直ちに介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを終了する場合があります。

（4）守秘義務について

1. 事業所および介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）通所介護従事者は、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを提供する上で知り得た、利用者およびその家族に関する秘密を、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。
2. 事業所は、利用者およびその家族が有する問題や、解決すべき課題などを話し合うサービス担当者会議において、利用者およびその家族の個人情報をサービス担当者会議で用いることがあります。
3. 第1項にかかわらず、事業所が介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供に必要な範囲において、事業所の運営支援業務委託先である株式会社レコードブック（以下、「運営支援本部」といいます。）に対し、利用者および利用者家族の個人情報を提供し、運営支援本部において、当該個人情報を運動プログラム開発及び健康情報管理、請求書事務作業のために用いることがあります。

8 持ち込みの禁止

金品・貴重品は事業所への持ち込みを禁止とさせていただきます。万が一持ち込んで紛失、破損等した場合でも事業所・事業者は責任を負いかねますのでご了承をお願いいたします。また飲食物や嗜好品についても同様に禁止とさせていただきます。

9 事故発生時の対応方法

介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市区町村、利用者のご家族、利用者に係わる地域包括支援センターに連絡するとともに、必要な措置を講じます。

10 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとし、定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。）
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとします。

1.1 苦情処理の体制

苦情処理の体制及び手順

- ①利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下記に記すとおり）
- ②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といたします。

※苦情の把握について

電話・FAX・Eメール・手紙・直接のお声かけ・ボランティア等により幅広く行います。

※苦情内容の協議について

苦情内容に関し、苦情解決責任者、担当施設長、苦情該当者を交え原因の分析と改善策を協議いたします。

※改善の実施と再発の防止

申立人に対し、苦情解決責任者、担当施設長から改善策等について文書で回答し、同意を得た後、苦情内容を法人内の研修会にて共有し再発の防止に努めます。

※解決困難な場合

保険者及び東京都国民健康保険団体連合会に相談いたします。

1.2 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービス内容に関する苦情

●弊社苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	池島 大助
受付日	月～金・祝（土曜日・日曜日・12月30日～1月3日はお休みです。）
受付時間	8:30～17:30

●その他相談窓口

運営支援本部苦情相談窓口	電話： 050-3196-4610
立川市 介護保険課	電話： 042-528-4370
立川市社会福祉協議会 地域あんしんセンターたちかわ	電話： 042-529-8319
国立市役所 高齢者支援課 介護保険係	電話： 042-576-2111（内線：166）
東京都国民健康保険団体連合会（苦情相談窓口）	電話： 03-6238-0177

1.3 料金表

(1) 立川市 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）の利用料

区分	単位	10割	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定単位
事業対象者・要支援1	1,618	17,053 円	1,706 円	3,411 円	5,116 円	1月につき
要支援2	3,259	34,349 円	3,435 円	6,870 円	10,305 円	
事業対象者・要支援1	53	558 円	56 円	112 円	168 円	1日につき
要支援2	107	1,127 円	113 円	226 円	339 円	

算定項目	単位	10割	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定単位
口腔機能向上加算Ⅰ	150	1,581 円	159 円	317 円	475 円	1月につき
口腔機能向上加算Ⅱ	160	1,686 円	169 円	338 円	506 円	
科学的介護推進体制加算	40	421 円	43 円	85 円	127 円	
送迎減算	-47	-495 円	-50 円	-99 円	-149 円	片道につき
同一建物減算(事業対象者・要支援1)	-376	-3,963 円	-397 円	-793 円	-1,189 円	1月につき
同一建物減算(要支援2)	-752	-7,926 円	-793 円	-1,586 円	-2,378 円	
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	毎月算定単位の9.0%					1月につき

利用者負担金	法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。
--------	---

介護保険給付対象外サービスの利用料

お菓子・飲み物代	希望に応じてご利用1回ごとに200円(税込)※お水のみのご利用は無料です。
通常の実施地域を超える交通費	事業所から通常の実施地域を越えて1kmにつき/10円

(2) 国立市 介護予防・日常生活支援総合事業(第一号通所事業)の利用料

区分	単位	10割	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定単位
事業対象者・要支援1※1	1,798	19,202 円	1,921 円	3,841 円	5,761 円	1月につき
事業対象者・要支援2※2	3,621	38,672 円	3,868 円	7,735 円	11,602 円	
事業対象者・要支援1※1	59	630 円	63 円	126 円	189 円	1日につき
事業対象者・要支援2※2	119	1,270 円	127 円	254 円	381 円	
事業対象者・要支援1※3 ※1月の中で全部で4回まで	436	4,656 円	466 円	932 円	1,397 円	1回につき
事業対象者・要支援2※3 ※1月の中で全部で5回から8回まで	447	4,773 円	478 円	955 円	1,432 円	
算定項目	単位	10割	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定単位
口腔機能向上加算Ⅰ	150	1,602 円	161 円	321 円	481 円	1月につき
口腔機能向上加算Ⅱ	160	1,708 円	171 円	342 円	513 円	
送迎減算	-47	-501 円	-51 円	-101 円	-151 円	片道につき
同一建物減算(※1の場合)	-376	-4,015 円	-402 円	-803 円	-1,205 円	1月につき
同一建物減算(※2の場合)	-752	-8,031 円	-804 円	-1,607 円	-2,410 円	
同一建物減算(※3の場合)	-94	-1,003 円	-101 円	-201 円	-301 円	1回につき
科学的介護推進体制加算	40	427 円	43 円	86 円	129 円	1月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	毎月算定単位の9.0%					

利用者負担金	法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。
--------	---

介護保険給付対象外サービスの利用料

お菓子・飲み物代	希望に応じてご利用1回ごとに200円(税込)※お水のみのご利用は無料です。
通常の実施地域を超える交通費	事業所から通常の実施地域を越えて1kmにつき/10円

【 会 社 概 要 】

会 社 名 ハミングバード株式会社
資 本 金 金 4 0 0 万 円
設 立 平成 2 9 年 3 月 3 0 日
所 在 地 東京都立川市羽衣町 2-46-1
代 表 者 代表取締役 池島 大助

【 事 業 内 容 】 地域密着型通所介護／介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所介護）

本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。
サービス提供開始に際し、重要事項について説明しました。

年 月 日

【 事 業 者 】 ハミングバード株式会社
代表取締役 池島 大助 (印)

【 事 業 所 】 レコードブック立川南

【 説 明 者 】 氏名 _____ (印)

事業者から重要事項について説明を受け、同意しました。

年 月 日

【 利 用 申 込 者 】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【 利 用 者 家 族 】

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄) (印)

【 代 理 人 】

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄) (印)

介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）契約書

_____（以下「利用者」といいます。）と、ハミングバード株式会社（以下「事業者」といいます。）の営むレコードブック立川南（以下「事業所」といいます。）は、事業所が利用者に対して行う介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスについて次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業所は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、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介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを提供し、利用者は、事業所に対し、その介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間）

1. この契約の契約期間は _____ 年 _____ 月 _____ 日 から、利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
2. 契約満了の2日前までに、利用者から事業所に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条（介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供場所・内容）

1. 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供場所はレコードブック立川南および概要は《介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）重要事項説明書》のとおりです。
2. 事業所は、介護予防通所介護計画に沿って、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを提供します。
3. 利用者は、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの内容について変更を希望する場合には、事業所に申し入れることができます。事業所は、その内容を検討し、変更できる場合は変更します。

第4条（サービス提供の記録）

1. 事業所は「サービス提供記録」を作成し、この契約の終了後、5年間保管します。
2. 利用者は、事業所の営業時間内に、その事業所にて、当該利用者に関する第1項のサービス提供記録を閲覧することができます。
3. 利用者は、第1項のサービス提供記録の複写物の交付を無償で受けることができます。

第5条（料金の変更）

1. 事業所は、利用者に対して、対象の都道府県、もしくは市区町村から料金の変更が示されたのちに文書で通知することにより、対象となる月日から料金の変更をすることができます。
2. 利用者が料金の変更を承諾する場合は、新たな料金に基づきお互いに取り交わします。

第6条 (契約の終了)

1. 利用者は、事業所に対して、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変・急な入院など、やむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でも、この契約を解約することができます。
2. 事業所は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
3. 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 事業所が正当な理由なく介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを提供しない場合
 - ② 事業所が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業所が利用者やその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者が破産した場合
4. 次の事由に該当した場合は、事業所は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 利用者が介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの利用料金の支払いを3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、10日以内に支払われない場合
 - ② 利用者またはその家族などが、事業所や事業所の使用する者（以下「介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービス従業者」といいます）、または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの迷惑行為・背信行為を行った場合
5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要介護と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡した場合

第7条 (守秘義務)

1. 事業所および介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）通所介護従事者は、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスを提供する上で知り得た、利用者およびその家族に関する秘密を、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。
2. 事業所は、利用者およびその家族が有する問題や、解決すべき課題などを話し合うサービス担当者会議において、利用者およびその家族の個人情報をサービス担当者会議で用いることがあります。
3. 第1項にかかわらず、事業所が介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供に必要な範囲において、事業所の運営支援業務委託先である株式会社レコードブック（以下、「運営支援本部」といいます。）に対し、利用者および利用者家族の個人情報を提供し、運営支援本部において、当該個人情報を運動プログラム開発及び健康情報管理、請求書事務作業のために用いることがあります。

第8条 (賠償責任)

事業者は、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供にともなって、事業所の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。

第9条 (連携)

事業所は、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第10条 (相談・苦情対応)

事業所は、利用者からの相談・苦情などに対応する窓口を設置し、介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスに関する利用者の要望・苦情などに対し、迅速に対応します。

第11条 (本契約に定めのない事項)

1. 利用者および事業所は、信義誠実をもって、この契約を履行するものとします。
2. 本契約に定めのない事項については、介護保険法令、およびその他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第12条 (裁判管轄)

この契約に関して、やむを得ず訴訟となる場合は、利用者と事業所は、事業者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることに予め合意します。

第13条 (緊急時の対応方法)

介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）サービスの提供中に容体の変化などがあった場合、事前に打ち合わせにより、主治医・救急隊・ご家族・居宅介護支援事業所などへ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

上記の契約を証するため本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

【契約締結日】 年 月 日

【利用者申込者】

住所 _____

氏名 _____ (印)

【利用者家族】

住所 _____

氏名 _____ (続柄) (印)

【代理人】

住所 _____

氏名 _____ (続柄) (印)

【事業者】 ハミングバード株式会社

代表取締役 池島 大助 (印)

【事業所】 レコードブック立川南

介護予防・日常生活支援総合事業 (指定番号 13A3000216)