

第1号通所事業サービス重要事項説明書

介護予防フィットネスあゆみ上尾店

令和7年 4月 1日現在

1. 事業主体

事業主体（法人名）	有限会社磯部クオリティーサービス
代表者（役職名及び氏名）	代表取締役 磯部 知彦
本社所在地	〒365-0077 埼玉県鴻巣市雷電2丁目1番3号
電話番号及びFAX番号	TEL 048-580-7866 FAX 048-580-7960
ホームページ	http://y-iqs.com/ayumi/
設立年月日	平成12年 2月15日
経営理念	己の無限の能力向上に努め、仲間とともに 「高齢者の元気・活気・笑顔」を引き出します
事業内容	地域密着型通所介護 第1号通所事業 食料品酒類清涼飲料水の販売

2. 事業所の概要

① 事業所の名称等

事業所の名称	介護予防フィットネスあゆみ上尾店
責任者（管理者）	畑 修
開設年月日	平成23年 7月 1日

介護保険指定事業者番号	埼玉県指定 1171601550
所在地	〒362-0017 埼玉県上尾市二ツ宮971-1 フォーレストコーポ1F
電話番号及びFAX番号	TEL 048(871)5488 FAX 048(871)5487
損害賠償責任保険の加入先	損害保険ジャパン株式会社
施設の形態	テナント

② 主な設備

機能訓練室	機能訓練室81㎡ 合計81㎡ (1人当たり5.40㎡)
静養室	2㎡ ベッド数1床
相談室、事務室	相談室4.02㎡ 事務室18.45㎡
トイレ	車椅子対応トイレ1箇所 トイレ1箇所
浴室	0室
台所	0室
送迎車 (うち車椅子対応)	5台 (1台)

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	住み慣れた環境や地域において、お客様が自立した暮らしを営めるよう援助することを目的とします。
-------	--

運営方針	<p>1) お客様の心身の特性を踏まえて、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援助します。</p> <p>2) 必要な日常生活上のお世話および機能訓練の援助を行うことにより、お客様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持・向上を図ります。</p> <p>3) お客様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>4) 関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p>
------	---

4. 事業実施地域、営業時間、定員等

営業日	月曜日～金曜日（祝日含む）ただし12月31日～1月3日は除く
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	月曜日～金曜日 9時10分～12時20分 （祝日含む） 13時30分～16時40分
通常の事業実施地域	上尾市、桶川市、伊奈町、さいたま市北区
定員	午前 18名・午後 18名

5. 従業者勤務の体制

①従業者配置状況

※従業者の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	従業員	職務内容
管理者	1名	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所に従事する従業者の管理を行います。 ・業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に実施します。 ・当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた第1号通所事業の

		人員基準および運営に関する基準を遵守させるための必要な指揮命令を行います。
生活相談員	1名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様およびそのご家族からの心身、生活、当該第1号通所事業に関する内容等の相談に対応します。 ・相談者の精神的負担の軽減を促すと共に、お客様により快適な第1号通所事業が提供できるよう、当該の相談内容を必要に応じてサービスに反映し、質の改善・向上を目指します。
介護職員	2名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の心身の状況を的確に把握し、日常生活を営むのに必要な健康チェック、機能訓練、その他必要な援助を行います。
看護職員	1名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の心身の状況を的確に把握し、日常生活を営むのに必要な健康チェック、機能訓練、その他必要な援助を行います。
機能訓練指導員	1名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活動作訓練、歩行訓練等の機能訓練を実施・指導し、お客様が日常生活を営むのに必要な身体機能の維持・向上、改善を図ります。

6. サービスの概要

※印のついているサービスは、介護報酬の加算対象となっています。

送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様のご希望により、ご自宅と当事業所間の送迎を行います。 ・お客様の状況に応じて移動・移乗時の適切な介助等を行います。
健康チェック	<ul style="list-style-type: none"> ・体温、血圧、脈拍、体調などを確認し、お客様の心身の健康状態の把握を行います。

	<ul style="list-style-type: none"> ・水分摂取量などにも注意し、お客様が安全にサービスをご利用いただけるように努めます。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の状況に応じ、排泄の介護予防について適切な支援を行います。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様およびそのご家族からの心身、生活、介護予防、当該サービスに関する内容等の相談に対応します。
運動器機能向上	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員等、全職種の従業者が協働して、お客様の自立支援及び日常生活の充実に資するために必要な運動器の機能向上計画（個人プログラム）を作成し、それに基づき、計画的に機能訓練を行います。 ・マシントレーニングを中心とした運動をはじめ、各サービスにおける日常生活動作訓練も個別機能訓練として第1号通所事業に盛り込みます。 ・定期的に体力測定等を行い、事前事後の運動機能を評価しながら計画書の見直しを行い、お客様の目標達成のために心身の状況に応じた適切なサービスを提供します。 ・お客様に対して第1号通所介護計画と併せて運動器機能向上計画（個人プログラム）について説明をし、第1号通所介護計画書の書面において同意を頂くものとします。

7. サービス利用料金

(1) 保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	<p>①要支援度別等に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額がお客様負担額になります。</p> <p>②介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、お客様の負担額も変更となります。</p> <p>③事業所評価加算される場合、加算された額に合わせてお客様の負担額も変更となります。</p>
----------	--

※お客様に該当する事項の□にレ点を記入致します。

①第1号通所事業費（1ヶ月につき）

地域区分別1単位の単価（6級地）10,27円

	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 事業対象者（週1回）	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者（週2回）
単位数	1,798 単位	3,621 単位
料金（A）	18,465 円	37,187 円
介護保険給付金額（B）	16,618 円	33,468 円
お客様負担（A）－ （B）	1,847 円	3,719 円

※該当する場合、上記単位数に加算されます。

②加算対象サービス（1ヶ月につき）

	<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算
単位数	40 単位	240 単位
料金（A）	410 円	2,464 円
介護保険給付金額（B）	369 円	2,217 円

お客様負担（A）－ （B）	41 円	247 円
------------------	------	-------

	□ サービス提供強化体制加算 II	
	□ 要支援 1・事業対象者	□ 要支援 2・事業対象者
単位数	72 単位	144 単位
料金（A）	739 円	1478 円
介護保険給付金額（B）	665 円	1330 円
お客様負担（A）－ （B）	74 円	148 円

□介護職員処遇改善加算（I）

・介護職員の賃金の改善等を実施し、キャリアパス要件と定量的要件を満たす場合。

月の利用単位数の 9. 2 %

（2） その他のサービス利用料金

以下のサービスは利用料金の全額がお客様の負担になります。

おむつ代	尿取りパッド 50 円、おむつ 100 円、リハビリパンツ 150 円 ※ご希望の場合のみ
通常の事業実施地域を 越える送迎費用	1 キロメートルあたり 100 円を徴収します。
レクリエーション、クラブ活動	お客様の希望により、教養娯楽としてレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 内容によっては、材料費等の実費をいただく場合があります。

(3) 利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用の請求	<p>利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までにお客様あてにお届けします。</p>
利用料、その他の費用の支払い	<p>1) 請求月の 27 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>ア) 事業者指定口座への振り込み</p> <p>イ) 郵貯銀行の自動口座引き落とし (毎月 27 日に引き落とし)</p> <p>ウ) 銀行による自動口座引き落とし (毎月 27 日に引き落とし)</p> <p>※ア) に掛かる手数料はお客様負担となります。</p> <p>【事業者指定口座振り込みの場合】</p> <p>埼玉県信用金庫 北本支店 普通預金</p> <p>口座番号 0810223</p> <p>口座名義 有限会社 磯部クオリティーサービス</p> <p>フリガナ コ) イソバクオリティーサービス</p> <p>※ご入金を確認しましたら、領収書を発行致しますので、必ず保管をお願いします。</p>

	<p>2) 第1号通所介護計画書を作成しない場合等、「償還払い」となる場合、一旦お客様が基本料金をお支払いください。</p> <p>サービス提供証明書を発行しますので、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求してください。</p>
--	---

(4) 利用の変更、追加、中止

利用の変更、追加について	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様のやむを得ない事情により、第1号通所事業のご利用日、時間帯を変更、追加が可能な場合があります。 (定員等の理由によりお断わりする場合がございますのでご了承ください。) ・この場合にはサービス実施日の前日までにご担当の介護支援専門員、当事業所に申し出てください。
利用の中止について	<ul style="list-style-type: none"> ・利用予定日の中止に関しては、必ず連絡をしてください。

8. 秘密の保持

<p>お客様及びそのご家族に関する 秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
<p>従業者に対する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
<p>個人情報の保護について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者又は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。

9. 第1号通所介護計画

<p>第1号通所介護計画について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号通所事業サービスは、お客様一人一人の人格を尊重し、 住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、お客様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、日常生活を送ることができるよう支援するものです。 ・当事業所の管理者は、お客様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、お客様と協議のうえで、第1号通所介護計画を定め、内容に沿ってその実施状況を評価します。 ・計画の内容及び評価結果等は書面にてお客様へ説明のうえ交付し
----------------------	---

	ます。
サービス提供に関する記録について	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供に関する記録は、その完結の日から2年間保管します。 ・お客様又はお客様のご家族はその記録の閲覧が可能です。 ・複写の交付については、実費をご負担いただきます。 <p>(1枚につき 10円と致します)</p>

10. 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	<p>担当者 管理者 畑 修</p> <p>連絡先 上尾市ニツ宮 971-1 フォーレストコーポ1F</p> <p>048(871)5488</p>
本社窓口 (お客様相談室)	<p>有限会社磯部クオリティサービス</p> <p>連絡先 鴻巣市雷電2丁目1番3号 048(580)7866</p>
事業所外苦情相談窓口	<p>上尾市役所 健康福祉部 高齢介護課</p> <p>連絡先 上尾市本町3-1-1 048(775)6473</p>
	<p>桶川市役所 高齢介護課</p> <p>連絡先 桶川市泉1-3-28 048(786)3211(代表)</p>

	<p>伊奈町役場 福祉課 総合福祉係</p> <p>連絡先 北足立郡伊奈町大字小室 9 4 9 3</p> <p>0 4 8 (7 2 1) 2 1 1 1 (代表)</p>
	<p>埼玉県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口</p> <p>連絡先 さいたま市中央区下落合 1 7 0 4</p> <p>0 4 8 (8 2 4) 2 5 6 8 (苦情相談専用)</p>

1 1. 損害賠償について

<p>損害賠償</p>	<p>1) 当事業所は、第 1 号通所事業サービスの実施にあたって、当事業所の責めに帰すべき事由により、お客様またはそのご家族の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。</p> <p>但し、当事業所自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。</p> <p>2) 当事業所は万が一の損害賠償発生に備えて、損害保険会社の賠償責任保険に加入しており、その保険契約の内容については当事業所の営業時間内に当事業所にて付保証明書の写しを閲覧することができます。</p> <p>3) お客様またはそのご家族などが当事業所のサービス従業者に 対し、生命・身体・財産などの損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求することがあります。</p>
-------------	---

	<p>4) 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。</p> <p>5) 修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については、賠償を致しかねることがあります。</p> <p>6) 取扱いに特別の注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。</p>
--	---

1 2. 介護保険法及び厚生労働省令の改正について

<p>介護保険法及び厚生労働省令の改正</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・有限会社磯部クオリティサービスの料金体系は、保険者が定める第1号通所事業（介護報酬）に準拠するものとします。 ・保険者が定める第1号通所事業（介護報酬）に改定があった場合、有限会社磯部クオリティサービスの料金体系は、保険者が定める第1号通所事業費（介護報酬）に準拠するものとします。
-------------------------	---

有限会社磯部クオリティサービスは、第1号通所事業サービスの提供開始に当たり、重要事項説明書に基づいて

内容の説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、有限会社磯部クオリティサービス、お客様（またはその代理人）は、署名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 埼玉県鴻巣市雷電二丁目1番3号

有限会社磯部クオリティサービス

事業者名 代表取締役 磯部 知彦



サービス事業所 名称 介護予防フィットネス あゆみ 上尾店

所在地 上尾市二ツ宮971-1 フォレストコーポ1F

説明者



私は、重要事項説明書に基づいて、第1号通所事業サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

令和 年 月 日

お客様 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（お客様との続柄： _____ ）

住所 _____

氏名 _____ 印

立会人 または 署名代行人（お客様との続柄： _____ ）

住所 _____

氏名 _____ 印

- （注 1）「立会人」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。
- （注 2）「署名代行人」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名捺印ができない場合においてご本人に代わって署名捺印をされる場合に記載してください。
- （注 3）「立会人」および「署名代行人」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

地域密着型通所介護サービス重要事項説明書

介護予防フィットネスあゆみ上尾店

令和7年 4月 1日現在

1. 事業主体

事業主体（法人名）	有限会社磯部クオリティーサービス
代表者（役職名及び氏名）	代表取締役 磯部 知彦
本社所在地	〒365-0077 鴻巣市雷電二丁目1番3号
電話番号及びFAX番号	TEL 048-580-7866 FAX 048-580-7960
ホームページ	http://y-iqs.com/ayumi/
設立年月日	平成12年 2月15日
経営理念	己の無限の能力向上に努め、仲間とともに 「高齢者の元気・活気・笑顔」を引き出します
事業内容	地域密着型通所介護 第1号通所事業 食料品酒類清涼飲料水の販売

2. 事業所の概要

① 事業所の名称等

事業所の名称	介護予防フィットネス あゆみ 上尾店
責任者（管理者）	畑 修
開設年月日	平成23年 7月 1日

介護保険指定事業者番号	埼玉県指定 11716011550
所在地	〒362-0017 埼玉県上尾市二ツ宮971-1 フォーレストコーポ1F
電話番号及びFAX番号	TEL 048(871)5488 FAX 048(871)5487
損害賠償責任保険の加入先	損害保険ジャパン株式会社
施設の形態	テナント

② 主な設備

機能訓練室	機能訓練室81㎡ 合計81㎡ (1人当たり5.4㎡)
静養室	2㎡ ベッド数1床
相談室、事務室	相談室4.02㎡ 事務室18.45㎡
トイレ	車椅子対応トイレ1箇所 トイレ1箇所
浴室	0室
台所	0室
送迎車 (うち車椅子対応)	5台 (1台)

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	住み慣れた環境や地域において、お客様が自立した暮らしを営めるよう援助することを目的とします。
-------	--

運営方針	<p>1) お客様の心身の特性を踏まえて、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援助します。</p> <p>2) 必要な日常生活上のお世話および機能訓練の援助を行うことによってお客様の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持・向上を図ります。</p> <p>3) お客様のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。</p> <p>4) 関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p>
------	---

4. 事業実施地域、営業時間、定員等

営業日	月曜日～金曜日（祝日含む）ただし12月31日～1月3日は除く
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	月曜日～金曜日 9時10分～12時20分 （祝日含む） 13時30分～16時40分
通常の事業実施地域	上尾市 ※他市協議の場合は除く
定員	午前 18名・午後 18名

5. 従業者勤務の体制

①従業者配置状況

※従業者の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	従業者	職務内容
管理者	1名	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所に従事する従業者の管理を行います。 ・業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に実施します。 ・当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた指定通所介護

		の人員基準および運営に関する基準を遵守させるための必要な指揮命令を行います。
生活相談員	1名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様およびそのご家族からの心身、生活、当該通所介護に関する内容等の相談に対応します。 ・相談者の精神的負担の軽減を促すと共に、お客様により快適な通所介護が提供できるよう、当該の相談内容を必要に応じてサービスに反映し、質の改善・向上を目指します。
介護職員	2名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の心身の状況を的確に把握し、日常生活を営むのに必要な健康チェック、機能訓練、その他必要な援助を行います。
看護職員	1名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の心身の状況を的確に把握し、日常生活を営むのに必要な健康チェック、機能訓練、その他必要な援助を行います。
機能訓練指導員	1名以上	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活動作訓練、歩行訓練等の機能訓練を実施・指導し、お客様が日常生活を営むのに必要な身体機能の維持・向上、改善を図ります。

6. サービスの概要

送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様のご希望により、ご自宅と当事業所間の送迎を行います。 ・お客様の状況に応じて移動・移乗時の適切な介助等を行います。
健康チェック	<ul style="list-style-type: none"> ・体温、血圧、脈拍、体調などを確認し、お客様の心身の健康状態の把握を行います。 ・水分摂取量などにも注意し、お客様が安全にサービスをご利用いただける

	<p>ように努めます。</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様およびそのご家族からの心身、生活、介護、当該サービスに関する内容等の相談に対応します。
※個別機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員等、全職種の従業者が協働して、お客様の自立支援及び日常生活の充実に資するために必要な個別機能訓練計画（個人プログラム）を作成し、それに基づき、計画的に機能訓練を行います。 ・マシントレーニングを中心とした運動をはじめ、各サービスにおける日常生活動作訓練も個別機能訓練として地域密着型通所介護計画に盛り込みます。 ・定期的に体力測定等を行い、事前事後の身体機能を評価しながら計画書の見直しを行い、お客様の目標達成のために心身の状況に応じた適切なサービスを提供します。 ・お客様に対して地域密着型通所介護計画と併せて個別機能訓練計画について説明をし、地域密着型通所介護計画書の書面において同意を頂くものとします。

7. サービス利用料金

保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	<p>①要介護度別、提供時間別等に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額がお客様負担額になります。</p> <p>②介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、</p>
----------	---

	<p>お客様の負担額も変更となります。</p> <p>③事業所規模が変更となる場合、変更された額に合わせてお客様の負担額も変更となります。</p>
--	---

※お客様に該当する事項の□にレ点を記入致します。

①地域密着型通所介護費

(3時間以上4時間未満の場合。1回につき) 地域区分別1単位の単価(6級地) 10,27円

介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5
単位数	416 単位	478 単位	540 単位	600 単位	663 単位
料金 (A)	4,272 円	4,909 円	5,545 円	6,162 円	6,809 円
介護保険 給付金額 (B)	3,844 円	4,418 円	4,990 円	5,545 円	6,128 円
お客様負担 (A) - (B)	428 円	491 円	555 円	617 円	681 円

②加算対象サービス(1日につき)

	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅰ (イ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算
単位数	56 単位	18 単位	60 単位
料金 (A)	575 円	184 円	616 円
介護保険 給付金額 (B)	517 円	56 円	554 円
お客様負担 (A) - (B)	58 円	19 円	62 円

②加算対象サービス(1月につき)

	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 II	<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> A D L 維持等加算 I
単位数	20 単位	40 単位	60 単位
料金 (A)	205 円	410 円	616 円
介護保険 給付金額 (B)	184 円	369 円	554 円
お客様負担 (A) - (B)	21 円	41 円	62 円

介護職員処遇改善加算 (I)

・介護職員の賃金の改善等を実施し、キャリアパス要件と定量的要件を満たす場合。

月の利用単位数の 9. 2 %

(2) その他のサービス利用料金

以下のサービスは利用料金の全額がお客様の負担になります。

(食事の提供に要する費用)	食事の提供はありません。
おむつ代	尿取りパッド 5 0 円、おむつ 1 0 0 円、リハビリパンツ 1 5 0 円 ※ご希望の場合のみ
通常の事業実施地域を 越える送迎費用	1 キロメートルあたり 1 0 0 円を徴収します。
レクリエーション、クラブ活動	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様の希望により、教養娯楽としてレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 ・内容によっては、材料費等の実費をいただく場合があります。

(3) 利用料金の支払い方法

<p>利用料、その他の費用の請求</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ・請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までにお客様あてにお届けします。
<p>利用料、その他の費用の支払い</p>	<p>1) 請求月の 27 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア) 事業者指定口座への振り込み <ul style="list-style-type: none"> イ) 郵貯銀行の自動口座引き落とし（毎月 27 日に引き落とし） ウ) 銀行による自動口座引き落とし（毎月 27 日に引き落とし） <p>※ア) に掛かる手数料はお客様負担となります。</p> <p>【事業者指定口座振り込みの場合】</p> <p>埼玉縣信用金庫 北本支店 普通預金</p> <p>口座番号 0810223</p> <p>口座名義 (有) 磯部クオリティーサービス</p> <p>フリガナ ヨ) イソバクオリティーサービス</p> <p>※ご入金を確認しましたら、領収書発行致しますので、必ず保管をお願いします。</p> <p>2) 居宅サービス計画を作成しない場合等、「償還払い」となる場合、一旦お客様が基本料金をお支払いください。サービス提供証明</p>

	<p>書を発行しますので、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求してください。</p>
--	--

（4） 利用の変更、追加、中止

利用の変更、追加について	<ul style="list-style-type: none"> ・お客様のやむを得ない事情により、地域密着型通所介護のご利用日、時間帯を変更、追加が可能な場合があります。（定員等の理由によりお断わりする場合がございますのでご了承下さい。） ・この場合にはサービス実施日の前日までに当事業所に申し出てください。
利用の中止について	<ul style="list-style-type: none"> ・利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただきます。
利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
当日キャンセル	一律 500円

8. 秘密の保持

<p>お客様及びそのご家族に関する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
<p>従業者に対する秘密の保持について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため従業者である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
<p>個人情報の保護について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者又は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。

9. 地域密着型通所介護計画書

<p>地域密着型通所介護計画書について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型通所介護サービスは、お客様一人一人の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、お客様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、日常生活を送ることができるよう支援するものです。 ・当事業所の管理者は、お客様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、お客様と協議のうえで、居宅サービス計画の内
-------------------------	--

	<p>容に沿って、地域密着型通所介護計画を定め、またその実施状況を評価します。</p> <p>・計画の内容及び評価結果等は書面にてお客様へ説明のうえ交付します。</p>
サービス提供に関する記録について	<p>・サービス提供に関する記録は、その完結の日から2年間保管します。</p> <p>・お客様又はお客様のご家族はその記録の閲覧が可能です。</p> <p>・複写の交付については、実費をご負担いただきます。</p> <p>(1枚につき 10円と致します)</p>

10. 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	<p>担当者 管理者 畑 修</p> <p>連絡先 上尾市ニツ宮971-1 フォーレストコーポ1F</p> <p>048(871)5488</p>
本社窓口 (お客様相談室)	<p>有限会社磯部クオリティサービス</p> <p>連絡先 鴻巣市雷電2丁目1番3号 048(580)7866</p>
事業所外苦情相談窓口	<p>上尾市役所 健康福祉部 高齢介護課</p> <p>連絡先 上尾市本町3-1-1 048(775)6473</p>
	<p>桶川市役所 高齢介護課</p> <p>連絡先 桶川市泉1-3-28 048(786)3211 (代)</p>

	表)
	鴻巣市役所 介護保険課 連絡先 鴻巣市中央1-1 048(541)1321(代表) 表)
	埼玉県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 連絡先 さいたま市中央区下落合1704 048(824)2568(苦情相談専用)

1 1. 損害賠償について

損害賠償	<p>1) 当事業所は、地域密着型通所介護サービスの実施にあたって、当事業所の責めに帰すべき事由により、お客様またはそのご家族の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。</p> <p>但し、当事業所自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。</p> <p>2) 当事業所は万が一の損害賠償発生に備えて、損害保険会社の賠償責任保険に加入しており、その保険契約の内容については当事業所の営業時間内に当事業所にて付保証明書の写しを閲覧することができます。</p> <p>3) お客様またはそのご家族などが当事業所のサービス従業者に對し、生命・身体・財産などの損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求することがあります。</p>
------	--

	<p>4) 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。</p> <p>5) 修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については、賠償を致しかねることがあります。</p> <p>6) 取扱いに特別の注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。</p>
--	---

1 2. 運営推進会議について

<p>運営推進会議の開催について</p>	<p>1) 運営推進会議とは、事業者が自ら設置し、利用者の家族や「地域住民の代表者等に提供しているサービスの内容を明らかにし、地域に開かれたサービスをすることで、サービスの質の確保をし、地域の連携を図ることを目的とする。</p> <p>2) 概ね6月に1回以上開催する</p> <p>3) 構成員は以下のとおりとする</p> <p>①利用者及び利用者の家族</p> <p>②地域住民の代表者</p> <p>③市の職員又は上尾市地域包括支援センターの職員</p>
----------------------	--

	<p>④地域密着型通所介護について知見を有する者</p> <p>4) 議事内容として</p> <p>①事業所の利用状況や活動状況</p> <p>②事故や苦情報告</p> <p>③利用者又は利用者家族と地域の要望など</p>
--	---

1 3. 介護保険法及び厚生労働省令の改正について

<p>介護保険法及び厚生 労働省令の改正</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・有限会社磯部クオリティサービスの料金体系は、国が定める 介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。 ・国が定める介護給付費（介護報酬）に改定があった場合、有限会社 磯部クオリティサービスの料金体系は、国が定める介護給付費（介護 報酬）に準拠するものとします。
------------------------------	---

有限会社磯部クオリティサービスは、地域密着型通所介護サービスの提供開始に当たり、重要事項説明書に基づいて通所介護サービス内容の説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、有限会社磯部クオリティサービス、お客様（またはその代理人）は、署名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 埼玉県鴻巣市雷電二丁目1番3号

有限会社磯部クオリティサービス

事業者名 代表取締役 磯部 知彦 印

サービス事業所 名称 介護予防フィットネスあゆみ上尾店

所在地 上尾市ニツ宮 9 7 1 - 1 フォーレストコーポ 1 F

説明者 印

私は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

令和 年 月 日

お客様 住所

氏名 印

代理人（お客様との続柄： ）

住所

氏名 印

立会人 または 署名代行人（お客様との続柄： _____ ）

住所 _____

氏名 _____

㊦ _____

- (注 1) 「立会人」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。
- (注 2) 「署名代行人」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名捺印ができない場合においてご本人に代わって署名捺印をされる場合に記載してください。
- (注 3) 「立会人」および「署名代行人」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。