

指定通所介護

(デイサービスセンター・6時間以上7時間未満)

重要事項説明書

目次

1.	事業者	1
2.	事業所の概要	1
3.	事業目的及び運営方針	1
4.	従業員の配置状況	2
5.	通常の実業の実施地域	2
6.	営業日及び営業時間	2
7.	お持ち頂く物	2
8.	事業所の提供するサービス内容	3
9.	利用料金	3
10.	ご利用時の留意点	4
11.	非常災害対策	5
12.	苦情・相談受付について	5
13.	事故発生時及び緊急時の対応	6
14.	個人情報の保護	6
	別表1	8
	別表2	9
	別表3	10
	別表4	11
	別表5	11
	別表6	12
	別紙1	13

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社 ハーデイズ |
| (2) 法人所在地 | 宮城県仙台市青葉区本町一丁目1番8号
第1日本オフィスビル5F |
| (3) 電話番号 | 022-726-7502 |
| FAX | 022-726-7289 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 小笠原 一雄 |
| (5) 設立年月日 | 平成16年 9月 7日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 介護保険事業者・平成18年10月 1日
岩手 第0370102709号 |
| (2) 事業所の名称 | 愛真館 夢ぷらざ |
| (3) 事業所の所在地 | 岩手県盛岡市繫字塗沢40番4号 愛真館 西館 |
| (4) 電話番号 | 019-689-2200 |
| FAX | 019-691-7110 |
| (5) 管理者氏名 | 倉橋 達也 |
| (6) 開設年月日 | 平成18年10月 1日 |
| (7) 利用定員 | 47名 |
| (8) 事業指定日 | 平成18年10月 1日 |

3. 事業目的及び運営方針

【目的】

有限会社ハーデイズが運営する愛真館 夢ぷらざ（以下「事業所」という。）が行う指定通所介護事業（以下「事業」という。）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、事業所の生活相談員その他の従業者（以下「従業者」という。）が、要介護状態にある方（以下「利用者」という。）に対し、適切な指定通所介護を提供することを目的とします。

【運営方針】

事業所の従業者は、在宅の要介護者などに対し通所の方法により、利用者の心身の状況を的確に把握しつつ必要なサービスを利用者の希望に添って提供する。

要介護者の自立的生活の助長、社会的孤立の解消、心身機能の維持などを図ると共に、利用者、及びその家族の心身的、精神的な負担の軽減を図る等生活全般にわたるよう必要な援助を行う。

事業の実施に当たっては、盛岡市、地域保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 従業員の配置状況

当事業所では、利用者様に対して指定通所介護サービスを提供する従業員として、以下の職種の従業員を配置しています。

職種	配置人数	区分		常勤換算	指定基準	職務の内容
		常勤	非常勤			
管理者	1	1		1	1	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	1	2		1	1	利用者様の自立生活を支援する為、関係機関などとも連携し、利用者様及びご家族様等に対して相談援助を行います。
看護職員	1		3	0.7	1	利用者様の健康チェック等の健康管理に関する業務を行うとともに、日常生活上の世話をを行います。
介護職員	6	6	2	7	6	入浴、食事、排泄等の介護及び日常生活上の世話をを行います。
機能訓練指導員	1		3	0.3	1	日常生活の営みに必要な機能の減退を防止する為の訓練を行います。

* 看護職員は機能訓練指導員と兼務

5. 通常の事業の実施地域

盛岡市（玉山区を除く）・滝沢市・雫石町の内、事業所から概ね半径10km圏内とする。（別途地図にて設定）

※通常の事業の実施地域以外にお住まいの方のご利用は、ご相談ください。

6. 営業日及び営業時間

営業日

月～土曜日

ただし、祝祭日と以下の場合には休業となります。

・年末年始（12月31日から1月3日まで）

・夏期休業（8月13日から8月16日まで）

※場合により、祝祭日に営業することがあります。

受付時間

月～土曜日 8：30～17：30

サービス提供時間

月～土曜日 9：45～15：45

7. お持ち頂く物

・入浴道具

（バスタオル、フェイスタオル、必要な方は着替え、汚れた衣服を入れる袋）

・飲み薬（服用の方）

・連絡帳ファイル

・歯ブラシ（食後に歯磨きをされる方）

・上靴（お預かりする事もできます）

・リハビリパンツ、尿とりパット等（ご使用の方）

・介護保険証（初回・更新時）

・薬の情報、お薬手帳など（初回・変更時）

8. 当事業所が提供するサービス内容

・迎 　　え（出発）	8：30	送迎車でご自宅までお迎えに伺います。
・健康チェック	到着後	顔色・体温・血圧など、体調の確認をいたします。
・入 　　浴	10：00	身体状況にあわせ、愛真館の温泉でくつろぎながら入浴していただきます。
・食 　　事	12：00	愛真館の板前が作ったお食事をご提供いたします。
・休 　　憩		休憩室でゆっくりお休みいただきます。
・機能訓練 ・レクリエーション	14：00 ～ 15：00	利用者の状況に配慮し体操等を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 レクリエーション（ゲーム・体操・カラオケ・年間行事など）や趣味活動（折り紙・作業・囲碁・将棋など）を通して、楽しみながら機能回復を図ります。
・送 　　り（出発）	15：45	送迎車でご自宅までお送りいたします。
・排 　　泄	随 　　時	利用者様の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに排泄自立についても適切な援助を行います。
・相談援助	随 　　時	利用者様とそのご家族様からのサービス上の相談に応じます。

9. 利用料金

利用者様がサービスを利用した場合の「基本利用料」は厚生労働大臣が定める金額です。利用者様から支払いいただく「自己負担額」は、原則として基本利用料の介護保険負担割合証に記載された利用者負担割合に応じた額となります。ただし、介護保険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）＜指定通所介護サービス利用料＞

① 【基本料金】（通常規模型・サービス提供時間6時間以上7時間未満）

厚生労働大臣が告示で定める金額 別表1 参照

（注1）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、これらの基本利用料も自動的に改定されます。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。

② 【加算利用料】（区分支給限度額の算定対象サービス）

加算の要件を満たす場合、①の基本利用料に別表2の料金が加算されます。

③ 【サービス体制強化加算】

当該加算の体制・人員要件を満たす場合、①基本利用料に別表3の料金が加算されます。

④ 【介護職員処遇改善加算】

当該加算の算定要件を満たす場合、①基本料金、②・③加算を算定した額に別表4の料金が加算されます。

⑤ 【中山間地区等提供加算】

当該加算の算定要件を満たす場合、①基本料金、②・③加算を算定した額に別表5の料金が加算されます。

（注2）③、④、⑤は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) <介護保険の給付対象とならないサービス>

利用料金の金額が利用者様の負担となります。 別表6参照

(3) 休みの連絡とキャンセル料

- ①体調不良や用事等により休まれる場合は、ご利用日前日の17時30分までにご連絡ください。
- ②当日、体調不良などやむを得ない事情がある場合には、8時30分までにご連絡ください。
- ③営業時間外の連絡は事業所の留守番電話をご利用ください。
- ④当日8時30分までに連絡いただけなかった場合はキャンセル料をいただきます。(別表6参照)

(4) その他

- ①天候や道路状況により事業所への到着時間が遅れる場合や、悪天候や非常時等の事情によりお帰りの時間が早まる場合があります。サービス内容が、予定通り行われた場合は、料金に変更はありません。
- ②5の通常の事業の実施地域以外で、送迎を希望された方は別途料金がかかります。(別表6参照)

(5) 利用料金のお支払方法

上記(1)から(3)までの利用料(自己負担分の金額)は、1ヶ月ごとに集計し、翌月20日(指定日が金融機関の休日に当たる場合は直後の営業日)にご指定の口座より自動引落とし、又は現金でご持参いただきます。

10. ご利用時の留意点

- (1) 衣類やタオル類等持ち物には、できる限り名前をご記入ください。
尚、こちらで記名させていただく場合もございますのでご了承ください。
- (2) デイサービス施設内は、禁煙です。
- (3) 館内の階移動はエレベーターを使用します。危険回避のため移動の際には必ずスタッフと同乗して頂きますようお願いいたします。
- (4) 飲食物の持込みは、ご遠慮くださるようお願いいたします。
糖尿病やその他疾病により、補助食品として必要な方はご相談ください。
- (5) 飲食物や物品のやり取りはトラブルの原因となりますのでご遠慮ください。
当事業所では責任を負いかねます。
- (6) 金銭の持参については、原則、お持ち頂かないようお願いいたします。
万が一紛失された場合は、当事業所では責任を負いかねます。
行事等で必要な場合は、ご案内いたします。
- (7) デイサービスご利用中は、携帯電話の使用をご遠慮下さい。
携帯電話はマナーモードに設定をお願いいたします。
使用する際は、スタッフに声をかけてください。
- (8) 利用者様の病状の急変等、緊急事態が生じ緊急搬送する場合はスタッフが同行させていただきます。
搬送により発生する費用を実費ご負担いただく場合がありますのでご了承ください。

(9) その他

- ① 風邪等の病気の際はご利用をお休みいただく場合があります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスを中止する事があります。その場合ご家族様等に連絡のうえ適切に対応いたします。利用中に体調が悪くなった場合にも同様です。これらの場合の利用料金につきましては、その利用時間や内容に応じてご負担いただきます。
- ③ ご利用者様に感染症（インフルエンザ・感染性胃腸炎等）の発症が生じた場合は、他のご利用者様への感染を防止するため、医師の許可がでるまでご利用を控えていただく事があります。

11. 非常災害対策

非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その必要な訓練を行います。

12. 苦情・相談受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談の受付

○相談受付窓口

苦情解決責任者	管理者	倉橋 達也
苦情受付担当者	主任生活相談員	遠藤 孝嗣
	主任	高橋 麻美
	主任	左近 春香

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：30～16：30

○問い合わせ先 019-689-2200

又、ご意見箱をホールに設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

盛岡市役所 介護保険課	所在地 盛岡市内丸 12-2 電話番号 019-626-7562 受付時間 8：30～17：15（土日、祝祭日を除く）
雫石町役場 総合福祉課	所在地 雫石町干刈田 5-11 電話番号 019-692-2111 受付時間 8：30～17：15（土日、祝祭日を除く）
滝沢市役所本庁舎 健康福祉部高齢者支援課	所在地 滝沢市鶯飼字中鶯飼 55 電話番号 019-656-6521 受付時間 8：30～17：15（土日、祝祭日を除く）
岩手県 国民健康保険団体連合会 保険介護課	所在地 盛岡市大沢川原三丁目 7-30 電話番号 019-604-6700 受付時間 9：00～12：00、13：00～17：00 （土日、祝祭日、12/29～1/3は除く）

岩手県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 盛岡市三本柳 8-1-3 電話番号 019-637-8871・9718 受付時間 8:30~17:00 (月~金、祝日・年末年始を除く)
-----------------------	---

13. 事故発生時及び緊急時の対応

ご利用時に、万一事故が発生した場合及び病状の急変等、緊急事態が生じた場合には、必要な措置を講じ、速やかにご家族、主治医、介護支援事業所、その他関係機関等にご連絡いたします。

また、利用者様に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。

連絡の際に必要なとなりますので、下記の内容を控えさせていただきます。
尚、連絡先等変更がある場合はご連絡ください。

主治医	病院名		医師名 ()	
	連絡先			
ご家族様	氏名 (続柄)			
	住所 〒			
	電話番号		携帯電話	
緊急連絡先 ① ご家族様 と同じ場合 は記入不要 *可能な限り 2名ご記入 ください	①	<input type="checkbox"/> 同上		
		氏名 (関係)		
		住所 〒		
	電話番号		携帯電話	
	②	氏名 (関係)		
		住所 〒		
電話番号		携帯電話		

14. 個人情報の保護

利用者様及びそのご家族様の個人情報について「個人情報の使用等に係る説明」(別紙1)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ダンス」を順守し適切な取扱いに努めます。

附則

平成18年10月 1日作成
平成21年10月 1日改訂
平成22年11月 1日改訂
平成23年 9月 1日改訂
平成24年 4月 1日改訂
平成25年 9月 1日改訂
平成26年 4月 1日改訂
平成27年 4月 1日改訂
平成27年 8月 1日改訂
平成29年 4月 1日改訂
平成30年 7月 1日改訂
令和 元年 8月 1日改訂
令和 元年10月 1日改訂
令和 2年 6月16日改訂
令和 3年 4月 1日改訂

初回説明事項からの変更

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

別表 1

① 【基本料金】

(利用1回につき)

介護度	基本利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要介護 1	5,810円	581円	1,162円	1,743円
要介護 2	6,860円	686円	1,372円	2,058円
要介護 3	7,920円	792円	1,584円	2,376円
要介護 4	8,970円	897円	1,794円	2,691円
要介護 5	10,030円	1,003円	2,006円	3,009円

※利用者様が体調不良等何らかの理由により途中で帰られた場合、5～6時間利用・4～5時間利用・3～4時間・2～3時間利用の区分での利用料金又はキャンセル料金が発生する場合があります。

※事業所が何らかの理由で利用者様に対し送迎を行わなかった場合、送迎減算となります。この減算は片道を1回と算定し、送迎を行わなかった毎発生します。(1回 47円)

別表 2

② 【加算利用料】

(利用1回につき)

サービス内容	基本利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
入浴介助加算 (Ⅰ)	400円	40円	80円	120円
入浴介助加算 (Ⅱ)	550円	55円	110円	165円

算定要件

(Ⅰ): 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行った場合

(Ⅱ): (Ⅰ)の要件加えて、医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価している事。この際、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。

別表 3

③ 【サービス提供体制強化加算】

(利用1回につき)

加算の種類	基本利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	220円	22円	44円	66円
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	180円	18円	36円	54円
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)	60円	6円	12円	18円

算定要件

(Ⅰ)：以下のいずれかに該当すること。

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。
- ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であること。

(Ⅱ)：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。

(Ⅲ)：以下のいずれかに該当すること。

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上であること。
- ②利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の職員の占める割合が30%以上であること。

別表 4

④ 【介護職員処遇改善加算】

(利用 1 ヶ月につき)

加算の種類	自己負担額
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	① 基本料と②・③加算料金の合計の 5.9%
介護職員 処遇改善加算Ⅱ	① 基本料と②・③加算料金の合計の 4.3%
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	① 基本料と②・③加算料金の合計の 2.3%

別表 5

⑤ 【中山間地区等提供加算】

(利用 1 ヶ月につき)

加算の種類	自己負担額
中山間地区等提供加算	① 基本料と②・③加算料金の合計の 5%

算定要件

「5. 通常の事業の実施区域」を越えて中山間地区等に居住する利用者様にサービスを提供した場合

※岩手県は全域が中山間地域等に該当します。

別表 6

項 目	自己負担額 (税込)	説 明
食事代、おやつ代	670 円	利用者様に提供する食事とおやつにかかる費用
連絡帳ファイル	310 円	契約の際、お渡しいたします。尚、破損・紛失による再発行は実費負担となります。
リハビリパンツ代	110 円	ご使用になられた場合
尿とりパット代	55 円	
衛生品	実費	防水フィルム・絆創膏・マスクなど
レクリエーション 創作活動 趣味活動	実費	利用者様の希望により、レクリエーションや創作活動・趣味活動に参加していただくことができますが、かかる原材料費はご負担いただきます。
複写物 写真	実費	利用者様の希望により、複写物・写真等を必要とする場合は、実費をご負担いただきます。
キャンセル料	700 円	当日 8:30 以降、連絡無くお休みされた場合
その他	実費	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、利用者様負担が適当と認められるもの (利用者様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)

個人情報の使用等に係る説明

以下に定める条件の通り、有限会社 ハーデイズ(事業所 愛真館夢ぶらざ)は、ご利用者様及びご家族様の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲で使用、提供、又は収集することをお約束致します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 利用者様にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (2) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体との連絡調整のため。
- (3) 事業所内のケース会議のため。
- (4) 行政からの求めに応じるとき。
- (5) その他サービス提供で必要な場合。
- (6) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外は決して利用しない。また、利用者様とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

4. その他

- (1) 事業所において、他利用者様のご家族様、見学者、施設管理に関する業者等の出入りがあります。
- (2) 事業所では、広報誌、ホームページ、事業所内掲示にて、利用者様の日常の様子を関係方面にお知らせしております。その場合、利用者様の写真等を掲載させていただく場合があります。

第 1 号通所事業
(通所型サービス・3 時間以上 4 時間未満)
重要事項説明書

目 次

1.	事業者	1
2.	事業所の概要	1
3.	事業目的及び運営方針	1
4.	従業者の配置状況	2
5.	通常の事業の実施地域	2
6.	営業日及び営業時間	2
7.	お持ち頂く物	2
8.	事業所の提供するサービス内容	3
9.	利用料金	3
10.	ご利用時の留意点	4
11.	非常災害対策	5
12.	苦情・相談受付について	5
13.	事故発生時及び緊急時の対応	6
14.	個人情報の保護	6
	別表 1	8
	別表 2	9
	別表 3	10
	別表 4	10
	別表 5	11
	別紙 1	12

1. 事業者

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| (1) 法人名 | 有限会社 ハーデイズ |
| (2) 法人所在地 | 宮城県仙台市青葉区本町一丁目1番8号
第1日本オフィスビル5F |
| (3) 電話番号 | 022-726-7502 |
| FAX | 022-726-7289 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 小笠原 一雄 |
| (5) 設立年月日 | 平成16年 9月 7日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類 | 介護保険事業者・平成18年10月 1日
岩手 第0370102709号 |
| (2) 事業所の名称 | 愛真館 夢ぶらざ |
| (3) 事業所の所在地 | 岩手県盛岡市繁字塗沢40番4号 愛真館 西館 |
| (4) 電話番号 | 019-689-2200 |
| FAX | 019-691-7110 |
| (5) 管理者氏名 | 倉橋 達也 |
| (6) 開設年月日 | 平成18年10月 1日 |
| (7) 利用定員 | 47名 |
| (8) 事業指定日 | 平成18年10月 1日 |

3. 事業目的及び運営方針

目的

有限会社ハーデイズが運営する愛真館 夢ぶらざ（以下「事業所」という。）が行う第1号通所事業（以下「事業」という。）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、事業所の生活相談員その他の従業者（以下「従業者」という。）が、要支援状態及びそれに準ずる状態にある方（以下「利用者」という。）に対し、適切な通所型サービスを提供することを目的とします。

運営方針

事業所の従業者は、在宅の要支援者などに対し通所の方法により、利用者の心身の状況を的確に把握しつつ必要なサービスを利用者の希望に添って提供する。利用者が要支援状態になることを防ぐため、早期から利用者の状態に適した介護予防プランをたて、生活機能の状態を維持するか、あるいは改善するに必要な援助・サービスを行う。

事業の実施に当たっては、各保険者、地域保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする

4. 従業員の配置状況

当事業所では、利用者様に対して第1号通所事業（通所型サービス）を提供する従業員として、以下の職種の従業員を配置しています。

職種	配置人数	区分		常勤換算	指定基準	職務の内容
		常勤	非常勤			
管理者	1	1		1	1	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。
生活相談員	1	2		1	1	利用者様の自立生活を支援する為、関係機関などとも連携し、利用者様及びご家族様等に対して相談援助を行います。
看護職員	1		3	0.7	1	利用者様の健康チェック等の健康管理に関する業務を行うとともに、日常生活上の世話をを行います。
介護職員	6	6	2	7	6	入浴、食事、排泄等の介護及び日常生活上の世話をを行います。
機能訓練指導員	1		3	0.3	1	日常生活の営みに必要な機能の減退を防止する為の訓練を行います。

* 看護職員は機能訓練指導員と兼務

5. 通常の事業の実施地域

盛岡市（玉山区を除く）・滝沢市・雫石町の内、事業所から概ね半径10KM圏内とする。（別途地図にて設定）

※通常の事業の実施地域以外にお住まいの方のご利用は、ご相談ください。

6. 営業日及び営業時間

営業日

月～土曜日

ただし、祝祭日と以下の場合は休業となります。

・年末年始（12月31日から1月3日まで）

・夏期休業（8月13日から8月16日まで）

※場合により、祝祭日に営業することがあります。

受付時間

月～土曜日 8:30～17:30

サービス提供時間

月～金曜日 10:45～14:00

7. お持ち頂く物

・入浴道具

（バスタオル、フェイスタオル、必要な方は着替え、汚れた衣服を入れる袋）

・飲み薬（服用の方）

・連絡帳ファイル

・歯ブラシ（食後に歯磨きをされる方）

・上靴（必要な方）

・リハビリパンツ、尿とりパット等（ご使用の方）

・介護保険証（初回・更新時）

・薬の情報、お薬手帳など（初回・変更時）

8. 当事業所が提供するサービス内容

・迎 　　え（出発）	10:00	送迎車でご自宅までお迎えに伺います。
・健康チェック	到着後	顔色・体温・血圧など、体調の確認をいたします。
・入 　　浴 （希望の方）	11:30	身体状況にあわせ、愛真館の温泉でくつろぎながら入浴していただきます。 入浴希望がない方に関しては、別途活動メニューをご用意いたします。
・食 　　事	12:30	愛真館の板前が作ったお食事をご提供いたします。
・機能訓練 ・レクリエーション	13:15 ～ 13:45	利用者の状況に配慮し体操等を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 レクリエーション（ゲーム・体操・カラオケ・年間行事など）や趣味活動（折り紙・作業・囲碁・将棋など）を通して、楽しみながら機能回復を図ります。
・送 　　り（出発）	14:00	送迎車でご自宅までお送りいたします。
・排 　　泄	随 　　時	利用者様の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに排泄自立についても適切な援助を行います。
・相談援助	随 　　時	利用者様とご家族様からのサービス上の相談に応じます。

9. 利用料金

利用者様がサービスを利用した場合の「基本利用料」は各保険者が定める金額です。利用者様から支払いいただく「自己負担額」は、原則として基本利用料の介護保険負担割合証に記載された利用者負担割合に応じた額となります。ただし、各保険者が定める基準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) <第1号通所事業（通所型サービス）利用料>

①【基本利用料】

各保険者が定める基準額 別表1 参照

（注1）基本利用料は、各保険者が定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本利用料も自動的に改定されます。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。

②【サービス体制強化加算】

当該加算の体制・人員要件を満たす場合、①基本利用料に別表2の料金が加算されます。

③【介護職員処遇改善加算】

当該加算の算定要件を満たす場合、①基本料金、②加算を算定した額に別表3の料金が加算されます。

④【中山間地区等提供加算】

当該加算の算定要件を満たす場合、①基本料金、②加算を算定した額に別表4の料金が加算されます。

（注2）②、③、④は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) <事業の対象とならないサービス>

利用料金の金額が利用者様の負担となります。 別表5参照

(3) 休みの連絡とキャンセル料

- ①体調不良や用事等により休まれる場合は、ご利用日前日の17時30分までにご連絡ください。
- ②当日、体調不良などやむを得ない事情がある場合には、9時までにご連絡ください。
- ③営業時間外の連絡は事業所の留守番電話をご利用ください。
- ④当日9時までにご連絡いただけなかった場合はキャンセル料をいただきます。(別表5参照)

(4) その他

- ①天候や道路状況により事業所への到着時間が遅れる場合や、悪天候や非常時等の事情によりお帰りの時間が早まる場合があります。又、体調不良や自己都合等で早退する場合など、利用時間が変わっても料金の変更はありません。
- ②5の通常の事業の実施地域以外で、送迎を希望された方は別途料金がかかります。(別表5参照)

(5) 利用料金のお支払方法

上記(1)から(3)までの利用料(自己負担分の金額)は、1ヶ月ごとに集計し、翌月20日(指定日が金融機関の休日に当たる場合は直後の営業日)にご指定の口座より自動引落とし、又は現金でご持参いただきます。

10. ご利用時の留意点

- (1) 衣類やタオル類等持ち物には、できる限り名前をご記入ください。
尚、こちらで記名させていただく場合もございますのでご了承ください。
- (2) デイサービス施設内は、禁煙です。
- (3) 館内の階移動はエレベーターを使用します。危険回避のため移動の際には必ずスタッフと同乗して頂きますようお願いいたします。
- (4) 飲食物の持込みは、ご遠慮くださるようお願いいたします。
糖尿病やその他疾病により、補助食品として必要な方はご相談ください。
- (5) 飲食物や物品のやり取りはトラブルの原因となりますのでご遠慮ください。
当事業所では責任を負いかねます。
- (6) 金銭の持参については、原則、お持ち頂かないようお願いいたします。
万が一紛失された場合は、当事業所では責任を負いかねます。
行事等で必要な場合は、ご案内いたします。
- (7) デイサービスご利用中は、携帯電話の使用をご遠慮下さい。
携帯電話はマナーモードに設定をお願いいたします。
使用する際は、スタッフに声をかけてください。
- (8) 利用者様の病状の急変等、緊急事態が生じ緊急搬送する場合はスタッフが同行させていただきます。
搬送により発生する費用を実費ご負担いただく場合がありますのでご了承ください。

(9) その他

- ①風邪等の病気の際はご利用をお休みいただく場合があります。
- ②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスを中止する事があります。その場合ご家族様等に連絡のうえ適切に対応いたします。利用中に体調が悪くなった場合にも同様です。これらの場合の利用料金につきましては、その利用時間や内容に応じてご負担いただきます。
- ③ご利用者様に感染症（インフルエンザ・感染性胃腸炎等）の発症が生じた場合は、他のご利用者様への感染を防止するため、医師の許可がでるまでご利用を控えていただく事があります。

11. 非常災害対策

非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その必要な訓練を行います。

12. 苦情・相談受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談の受付

○相談受付窓口

苦情解決責任者	管理者	倉橋 達也
苦情受付担当者	主任生活相談員	遠藤 孝嗣
	主任	高橋 麻美
	主任	左近 春香

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:30～16:30

○問い合わせ先 019-689-2200

又、ご意見箱をホールに設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

盛岡市役所 長寿社会課	所在地 盛岡市内丸 12-2 電話番号 019-613-8144 受付時間 8:30～17:15 (土日、祝祭日を除く)
雫石町役場 総合福祉課	所在地 雫石町千刈田 5-11 電話番号 019-692-6476 受付時間 8:30～17:15 (土日、祝祭日を除く)
滝沢市役所本庁舎 健康福祉部高齢者支援課	所在地 滝沢市鶯飼字中鶯飼 55 電話番号 019-656-6521 受付時間 8:30～17:15 (土日、祝祭日を除く)
岩手県 国民健康保険団体連合会 保険介護課	所在地 盛岡市大沢川原三丁目 7-30 電話番号 019-604-6700 受付時間 9:00～12:00、13:00～17:00 (土日、祝祭日、12/29～1/3は除く)

岩手県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 盛岡市三本柳 8-1-3 電話番号 019-637-8871・9718 受付時間 8:30~17:00 (月~金、祝日・年末年始を除く)
-----------------------	---

13. 事故発生時及び緊急時の対応

ご利用時に、万一事故が発生した場合及び病状の急変等、緊急事態が生じた場合には、必要な措置を講じ、速やかにご家族、主治医、介護支援事業所、その他関係機関等にご連絡いたします。

また、利用者様に賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。

連絡の際に必要となりますので、下記の内容を控えさせていただきます。
尚、連絡先等変更がある場合はご連絡ください。

主治医	病院名		医師名 ()
	連絡先		
ご家族様	氏名 (続柄)		
	住所 〒		
	電話番号	携帯電話	
緊急連絡先 ① ご家族様 と同じ場合 は記入不要 *可能な限り 2名ご記入 ください	①	<input type="checkbox"/> 同上	
		氏名 (関係)	
		住所 〒	
	電話番号	携帯電話	
	②	氏名 (関係)	
		住所 〒	
電話番号		携帯電話	

14. 個人情報の保護

利用者様及びそのご家族様の個人情報について「個人情報の使用等に係る説明」(別紙1)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ダンス」を順守し適切な取扱いに努めます。

附則

平成30年 7月 1日作成
令和元年 8月 1日改訂
令和元年10月 1日改訂
令和2年 6月16日改訂
令和3年 4月 1日改訂

初回説明事項からの変更

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____ 印 _____

変更事項 _____ (年 月 日説明)

説明者 _____ 確認者 _____

別表 1

① 【基本料】

要介護度	サービスの 内容	基本利用料 (注1)	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
事業対象者 要支援1	1ヶ月の提供 回数4回 (週1回程度)	1回につき 3,840円	1回につき 384円	1回につき 768円	1回につき 1,152円
	5回以上	1ヶ月につき 16,720円	1ヶ月につき 1,672円	1ヶ月につき 3,344円	1ヶ月につき 5,016円
事業対象者 要支援2	1ヶ月の提供 回数8回 (週2回程度)	1回につき 3,950円	1回につき 395円	1回につき 790円	1回につき 1,185円
	9回以上	1ヶ月につき 34,280円	1ヶ月につき 3,428円	1ヶ月につき 6,856円	1ヶ月につき 10,284円

別表 2

② 【サービス提供体制強化加算】

(利用1ヶ月につき)

加算の種類	対象者	基本利用料	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)	事業対象者・要支援1	880円	88円	176円	264円
	事業対象者・要支援2	1,760円	176円	352円	528円
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	720円	72円	144円	216円
	事業対象者・要支援2	1,440円	144円	288円	432円
サービス提供体制 強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1	240円	24円	48円	72円
	事業対象者・要支援2	480円	48円	96円	144円

算定要件

(Ⅰ)：以下のいずれかに該当すること。

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上であること。
- ②介護職員の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であること。

(Ⅱ)：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。

(Ⅲ)：以下のいずれかに該当すること。

- ①介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上であること。
- ②利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の占める割合が30%以上であること。

別表 3

③ 【介護職員処遇改善加算】

(利用1ヶ月につき)

加算の種類	自己負担額
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	①基本料と②サービス提供体制強化加算の合計の5.9%
介護職員 処遇改善加算Ⅱ	①基本料と②サービス提供体制強化加算の合計の4.3%
介護職員 処遇改善加算Ⅲ	①基本料と②サービス提供体制強化加算の合計の2.3%

別表 4

④ 【中山間地区等提供加算】

(利用1ヶ月につき)

加算の種類	自己負担額
中山間地区等提供加算	①基本料と②サービス提供体制強化加算の合計の5%

算定要件

「5. 通常の事業の実施区域」を越えて中山間地区等に居住する利用者様にサービスを提供した場合

※岩手県は全域が中山間地域等に該当します。

別表 5

項 目	自己負担額 (税込)	説 明
食事代、おやつ代	670 円	利用者様に提供する食事とおやつにかかる費用
連絡帳ファイル	310 円	契約の際、お渡しいたします。尚、破損・紛失による再発行は実費負担となります。
リハビリパンツ代	110 円	ご使用になられた場合
尿とりパット代	55 円	
衛生品	実費	防水フィルム・絆創膏・マスクなど
レクリエーション 創作活動 趣味活動	実費	利用者様の希望により、レクリエーションや創作活動・趣味活動に参加していただくことができますが、かかる原材料費はご負担いただきます。
複写物 写真	実費	利用者様の希望により、複写物・写真等を必要とする場合は、実費をご負担いただきます。
キャンセル料	700 円	当日 9:00 以降、又は連絡無くお休みされた場合
その他	実費	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、利用者様負担が適当と認められるもの（利用者様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）

個人情報の使用等に係る説明

以下に定める条件の通り、有限会社 ハーデイズ(事業所 愛真館夢ぶらざ)は、ご利用者様及びご家族様の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲で使用、提供、又は収集することをお約束致します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 利用者様にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (2) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体との連絡調整のため。
- (3) 事業所内のケース会議のため。
- (4) 行政からの求めに応じるとき。
- (5) その他サービス提供で必要な場合。
- (6) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外は決して利用しない。また、利用者様とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

4. その他

- (1) 事業所において、他利用者様のご家族様、見学者、施設管理に関する業者等の出入りがあります。
- (2) 事業所では、広報誌、ホームページ、事業所内掲示にて、利用者様の日常の様子を関係方面にお知らせしております。その場合、利用者様の写真等を掲載させていただく場合があります。