

# 第 1 号通所事業（通所型サービス A）

廣美亭 ゆ組

## 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	4
12. 事故発生時及び緊急時の対応	4
13. 衛生管理	5
14. 苦情・相談受付について	5
15. 個人情報の保護	5
16. 虐待の防止について	6
別表 1. 基本料金	7
別表 2. 事業の対象とならないサービス	8
別紙 1. 個人情報の使用等に係る説明	9
別紙 2. 連絡先	10
○重要事項説明書及び各事項同意書	11

## 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<br>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  | 通所型デイサービス A<br>03A0500145 |
| (2) 事業所の名称  | 廣美亭 ゆ組                    |
| (3) 事業所の所在地 | 岩手県花巻市湯本第1地割88-1          |
| (4) 電話番号    | 0198-29-5280              |
| FAX         | 0198-29-5281              |
| (5) 管理者氏名   | 八重樫 愛                     |
| (6) 開設年月日   | 令和5年 3月 1日                |
| (7) 利用定員    | 15名                       |
| (8) 事業指定日   | 令和5年 3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廣美亭 ゆ組（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、事業所の管理者その他の従業者（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。利用者が要介護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、あるいは改善するのに必要な援助・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A）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。又、個別サービス計画の作成等を行いません。自らもサービスの提供に当たります。
介護職員	2		2	1	1	利用者の日常生活の支援及び送迎を行う。

#### 5. 通常の事業の実施地域

通常事業の実施地域は、花巻市とする。

原則的には事業所から概ね半径7km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

##### （1）営業日

原則 月曜日から金曜日までとする。

※祝祭日は休業とする。営業する場合は、事前に書面で周知することとする。

以下の場合には休業とする。

- ・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）

※事業所の事情によっては休業する場合があります。

##### （2）営業時間

月～金曜日 8：30～17：30

##### （3）サービス提供時間

月～金曜日 10：45～14：00

#### 7. お持ち頂く物

- ・連絡帳ファイル
- ・入浴道具（バスタオル、フェイスタオル）  
※持参ない場合は貸出（バスタオル300円・タオル無料）もあります。
- ・飲み薬（服用の方）
- ・歯ブラシ（食後に歯磨きをされる方）
- ・内履き（必要な方）※スリッパはご用意してあります。
- ・着替え、着替えた服を入れる袋、リハビリパンツ、尿とりパット等（必要な方）
- ・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. 事業所が提供するサービス内容

・迎 え（出発）	9：30	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。

・ 温泉入浴	1 1 : 0 0	身体状況にあわせ、廣美亭の温泉でくつろぎながら入浴していただきます。
・ 食 事	1 2 : 0 0	廣美亭の板前が作ったお食事をご提供いたします。
・ 元気でまっせ体操 ・ アクティビティ	1 3 : 0 0 ～ 1 3 : 4 5	利用者様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）	1 4 : 0 0	送迎車でご自宅までお送りいたします。
・ 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。

### （１） ＜第１号通所事業（通所型サービスＡ）利用料＞

基本利用料 保険者が定める基準額 （別表１参照）

（注１）基本利用料は、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） ＜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２参照）

### （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１６時００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００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９時００分以降の連絡、又は連絡なくお休みされた場合はキャンセル料をいただきます。（別表２参照）

### （４） その他

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。

### （５） 利用料金のお支払方法

上記（１）と（２）の料金・費用は、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。
- (2) サービス時間は、施設内禁煙です。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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します。  
使用する際は、スタッフに声をかけてください。
- (7) 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。
- (8) 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。利用料金につきましては、これらの場合でも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

非常災害に際して消防法施行規則第3条に既定する消防計画及び風水害、地震等の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者に周知します。

非常時・災害時の対策としては建物を所有する法人と協力し、定期的に避難、救出その必要な訓練を行います。

## 12. 事故発生時及び緊急時の対応

- (1) ご利用時に、万一事故が発生した場合及び健康状態が急変した場合は、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。
- (2) 非常災害に備え定期的に避難訓練を行い、天災その他災害が派生した場合、従業者はご利用者様の避難誘導や協力機関等との連携等、適切な措置をいたします。
- (3) 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、別紙 2 連絡先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。

### 1 3 . 衛星管理

- (1) 事業者は、従事者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 従業者は、事業所内において感染症の発生又はまん延を防止するために、必要な措置を行います。

### 1 4 . 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    八重樫    愛

苦情受付担当者                      全スタッフ

○受付時間    毎週月曜日～金曜日    9 : 0 0 ～ 1 6 : 0 0

○問い合わせ先    0 1 9 8 - 2 9 - 5 2 8 0

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

※（土日、祝祭日、12/29～1/3 は除く）

花巻市役所 健康福祉部長寿福祉課	所在地      花巻市花城町 9 番 30 号 電話番号    0198-24-2111 受付時間    8 : 30～17 : 15
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
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

### 1 5 . 個人情報の保護

- (1) 事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。又は、秘密を漏らすことがないように必要な措置を行います。
- (2) 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。
- (3) 事業所の従業者であったものが、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく漏らしてはならない。又、事業者は、秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じる。

## 16. 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者様及びそのご家族様からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置
- (4) サービス提供中に、従業者又は養護者（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様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

附則

令和 5 年 3 月 1 日施行

令和 6 年 4 月 1 日改定

## 別表 1

### 【基本利用料】

要介護度	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 回につき 3, 1 0 0 円	1 回につき 3 1 0 円	1 回につき 6 2 0 円	1 回につき 9 3 0 円
事業対象者 要支援 2	1 回につき 3, 1 0 0 円	1 回につき 3 1 0 円	1 回につき 6 2 0 円	1 回につき 9 3 0 円

(注 1) 基本利用料は、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。



## 別表 2

### 【事業対象とならないサービス】

項 目	自己負担額 (税込)	説 明
食事代	880 円	利用者様に提供する食事にかかる費用
茶菓代	100 円	喫茶コーナー使用料金（お菓子・お茶等）
入浴代	500 円	利用者様が温泉入浴した際の入浴費用
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。
送迎代 (概ね半径 7 km 圏内)	1 日 200 円	送迎をご希望の場合、ガソリン代の一部としてご負担いただきます。 片道の場合でも、減額はありませぬ。
送迎代追加 (半径 7 km 以上)	1 日 100 円	利用者様の居宅が、通常の事業の実施地域外で送迎をご希望の場合は、ガソリン代の一部として送迎代に追加でご負担いただきます。 片道の場合でも、減額はありませぬ。
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。
衛生品	実費	防水フィルム・絆創膏・マスク・リハビリパンツ・尿取りパットなど
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	900 円	当日 9：00 以降の連絡、又は連絡な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）

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。

※花巻市条例により、別途 入湯税 70 円徴収いたします。

## 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 廣美亭ゆ組）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

通所型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。

別紙 2

連絡先

ご利用者様	氏名： <span style="float: right;">性別： 男 ・ 女</span>	
	生年月日： M ・ T ・ S      年      月      日    生まれ	
	住所： 〒 _____	
	電話番号：	
	携帯電話：	
緊急連絡先       * 可能な限り2名ご記入ください	①	氏名   <div style="text-align: right;">(関係                      )</div>
		住所 <input type="checkbox"/> 同上 〒 _____
		電話番号
		携帯電話
	②	氏名   <div style="text-align: right;">(関係                      )</div>
		住所 <input type="checkbox"/> 同上 〒 _____
		電話番号
		携帯電話
主となる かかりつけ医	病院名  (診療科： <span style="float: right;">)</span>	
	電話番号	

## 重要事項説明書及び各事項同意書

令和 年 月 日

第1号通所事業（通所型サービスA）の提供開始に際し、別紙書面に基づき重要事項・個人情報の使用等に係る説明・写真等の使用に係る事項につきまして、以下のとおり同意致します。

1. 重要事項につきまして、事業所 廣美亭 ゆ組（職名）  
（氏名）より説明を受け、サービス提供の開始に  
同意致します。
2. 個人情報に関わる利用目的等の説明を受け、その内容に同意致します。
3. 写真等の使用につきましては、以下の内容で同意いたします。  
（①または②を選択し○で囲んでください。）
- ① 掲載を承諾致します。
- ② 掲載をお断り致します。

【ご利用者様】

印

利用者様との関係 ( )