

# デイサービスセンターたんぽぽプラザ

## 重要事項説明書

### 1 事業者

- (1) 事業者の名称 有限会社たんぽぽプラザ
- (2) 事業者の所在地 秋田県由利本荘市岩城赤平字長ヶ沢17-4
- (3) 代表者氏名 代表取締役 渡部 務
- (4) 電話番号 0184-62-5121 FAX番号 0184-62-5122

### 2 ご利用施設

- (1) 施設の名称 デイサービスセンターたんぽぽプラザ
- (2) 施設の所在地 秋田県由利本荘市岩城赤平字長ヶ沢18-1
- (3) 管理者氏名 長谷部 達也
- (4) 介護保険事業所の指定 通所介護、総合事業通所介護  
番号：0570524017 号
- (5) 電話番号 0184-74-6351 FAX番号 0184-74-6352

### 3 事業の目的と運営の方針

#### (1) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護・総合事業通所介護サービスを提供することを目的とします。

#### (2) 施設運営の方針

要介護状態等の心身の特性を踏まえて、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及び心身機能の維持並びに家族の身体的・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等の介護、その他必要な援助を行います。「丁寧な仕事、心のこもったサービスの提供」を基本に「人格の尊厳」を大切に、地域づくりに貢献できるように推進していきます。

### 4 施設の概要

- (1) 構造 木造1階建（準耐火建築）、延べ床面積879.51㎡  
利用定員 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 24人  
通所介護・総合事業通所介護 20人

(2)

居室の種類	室数
食堂兼機能訓練室	1
静養室	1

5 職員体制（主たる職員）

	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務
管理者		1		
生活相談員	1	1		
介護職員	3		1	
看護職員				3
機能訓練指導員				3

6 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

【食事】・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 昼食 12：00～

（※原則、食堂とするが身体状況に応じて食事開始時間も含め相談し対応可）

【排泄】・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

【入浴】・入浴又は清拭を行います。

・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

【機能訓練】・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

【健康管理】・看護職員が健康管理・服薬管理を行います。

【口腔ケア】・口腔機能の向上のために、口腔清掃の指導、摂食、嚥下機能に関する訓練を行います。

【アクティビティ】・集団でのレクリエーションを行います。（創作活動による機能訓練を行います）

【送迎サービス】・ご利用者のご希望により、ご自宅と事業者間の送迎を行います。サービス提供区域は由利本荘市、または由利本荘市近隣地域となります。

※入浴・排泄等の介助について

同性介助をご希望の方はお申し出ください。尚、職員の配置状況によっては、ご希望に添う事が出来ない場合がございます。ご了承ください。

(2) 営業日及び営業時間

- ・ 営業日 月曜日 ～ 土曜日
- ・ 営業時間 8 : 15 ～ 17 : 15
- ・ サービス提供時間 9 : 15 ～ 16 : 15
- ・ 休業日 日曜日、夏季休業(8/13)、年末年始休業(12/31～1/3)

7 利用料金

(1) 介護保険対象サービス利用料金

【通所介護サービス】

基本料金

要介護度	単位	利用料(1割)	利用料(2割)	利用料(3割)
要介護1	1日	658円	1,316円	1,974円
要介護2	1日	777円	1,554円	2,331円
要介護3	1日	900円	1,800円	2,700円
要介護4	1日	1,023円	2,046円	3,069円
要介護5	1日	1,148円	2,296円	3,444円

加算料金

	単位	(1割)	(2割)	(3割)
入浴介助加算Ⅰ	1日	40円	80円	120円
科学的介護推進体制加算	1ヶ月	40円	80円	120円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	1回※①	20円	40円	60円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月	1ヶ月の総単位数に9.0パーセントを乗じた額		

※①…「口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ」は6カ月に1回の算定。

【総合事業通所介護サービス】

基本料金

要介護度	利用回数	単位	利用料(1割)	利用料(2割)	利用料(3割)
要支援1	5回以上	1ヶ月	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者(週1程度)	4回まで	1日	436円	872円	1,308円
要支援2	9回以上	1ヶ月	3,621円	7,242円	1,0863円
事業対象者(週2程度)	8回まで	1日	447円	894円	1,341円

## 加算料金

	単位		(1割)	(2割)	(3割)
科学的介護推進体制加算	1ヶ月		40円	80円	120円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	1回※①		20円	40円	60円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月	1ヶ月の総単位数に9.0パーセントを乗じた額			

※①…「口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ」は6カ月に1回の算定。

※1割、2割、3割負担の区分は、保険者より交付されている介護保険負担割合証の提示により決定されます。

### (2) 食費及びおむつ代

・食費（1回）：昼食580円（おやつ代含む）、おむつ代：実費

### (3) 利用料金の支払方法

利用料金は、1か月ごとに計算しご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

・指定口座への振り込み、指定口座からの引き落とし、直接現金支払い

## 8 苦情等申立先

### (1) 事業者の苦情受付担当者 管理者 長谷部達也

ご利用時間 月曜～金曜日 8:15～17:15、苦情受付ボックス（玄関に設置）

### (2) 事業者以外の苦情受付機関

本荘由利広域市町村圏組合

所在地 秋田県由利本荘市尾崎17番地

電話番号 0184-24-3347

由利本荘市市民福祉課

所在地 秋田県由利本荘市岩城内道川字新鶴潟50番地

電話番号 0184-73-2012

秋田県国民健康保険団体連合会

所在地 秋田県秋田市山王4-2-3

電話番号 018-862-6864

## 9 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応：別途定める「非常災害時対応マニュアル」にのっとり対応を行います。

設備名称	個数等	設備名称	個所等	設備名称	個所等
スプリンクラー	あり	屋内消火栓	あり	誘導灯	あり
自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり		

※カーテン布団等は防炎性能のあるものを使用しております。

(2) 防火管理者：渡部 務

## 10 虐待防止に関する事項

事業者は、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する。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果を従業員に周知徹底を図るものとする。

(2) 虐待の防止のための指針を整備するものとする。

(3) 虐待の防止のための従業員に対する研修を定期的に行うものとする。

(4) 前3項に定める措置を実施適切に定める措置を適切に実施するための担当を置くものとする。

## 11 事業継続計画の策定等に関する事項

事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対して継続的にサービス提供を実施するための、及び非常時の体制で早期の事業再開を図るための計画（以下「事業継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとする。

(1) 事業者は従業員に対し、事業計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。

(2) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

## 12 衛生管理等に関する事項

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等を活用しておこなうことができるものとする。）をおおむね6月又は3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。

(3) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓

練を定期的実施する。

### 1.3 その他の留意事項

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

### 1.4 当施設ご利用の際に留意いただく事項

#### 【体調不良時の対応方法】

- ・ 血圧や体温がいつもの利用時と明らかに違う時、風邪症状や嘔吐・嘔気・下痢等の症状があった時、既往歴のない意識消失等、受診の必要性があると思われる症状があった時は、御自宅へ帰って頂き、御家族様より様子をみて頂く場合があります。

#### 【居室・設備・器具の利用】

- ・ 施設内はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

#### 【喫煙・飲酒】

- ・ 施設内は禁煙です。
- ・ 飲酒はできません。

## 15 施設サービス利用中に起こりうる危険について

当施設ではご利用者が快適な生活を送っていただけるよう、安全、安楽な環境づくりに配慮します。しかし、ご利用者の身体的な状況や病気、その他の様々な理由によって、事故や体調不良による急変が伴うことを十分にご理解ください。なお、施設サービス利用中に起こりうる危険については、自宅での生活においても十分に起こりうるものであると考えます。

I. 骨折、外傷、頭蓋内損傷、内出血、皮膚剥離などの受傷（外傷につながる例） ・歩行時の転倒による受傷。 ・ベッド、車いす、椅子などからの転落による受傷。高齢者は、骨や血管、皮膚が弱く少しの衝撃であっても重症となってしまうことがあります。また、施設介護において身体拘束は原則的に禁止事項となっており、基本的には身体拘束や行動の制限は行いません。

II. 病気の急な悪化や、新たな病気の発症（病気の急な悪化や、新たな病気の発症の例） ・持病や新たな疾患を原因とした急変により、脳や心臓、全身などに症状が現れ、重大な症状を引き起こす事や、死に至る可能性。（脳血管系疾患、心疾患、糖尿病など） ・加齢や障害による嚥下能力の低下によって引き起こされる、食事や急な嘔吐による 誤嚥、誤飲、窒息。高齢者は、体力の低下もあり急な病変に対して体が対応しきれず重症化したり、最悪の場合には死に至ることがあります。全身状態が悪化した場合、当施設の判断で救急搬送を行うことがあります。

III. 物品の損壊、紛失など ご利用者が日常生活を営まれるために欠かすことのできない、補聴器、眼鏡、または少額の金銭については、認知力の低下により損壊や紛失される可能性があります。ご利用者本人が管理される物につきましては、自己責任でお願いします。また、装飾品や時計などにおいても同様の取り扱いといたします。

IV. 施設からの離脱 認知症などにより危険予測等の判断能力が低下したことが原因で、施設から出てしまわれる（以下、離脱とします。）可能性があります。離脱防止のため、細心の注意を払っていきますが捜索中に重大な事故につながる可能性があります。また、施設から離脱されたと判断された場合、警察への通報を行う事があります。

# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、下記記載の内容で、事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

## 記

### 1 使用目的

- ・介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合
- ・介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。
  - ・サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合。
- ・利用者の心身の状況などを家族に説明する場合
- ・介護保険事務に関する情報提供の場合。
- ・入院、通院時の医療機関への情報提供や、行政関係において必要な場合。

### 2 使用する機関

契約開始時から、契約終了時まで。

### 3 条件

- ・個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に係る目的以外決して利用しない。  
また、利用者とのサービス利用に係る契約の締結前から終了後においても、第三者に漏らさない。
- ・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 肖像権について

- ・当施設の、ホームページ、パンフレット、社内研修、掲示物において、ご利用者様の映像、写真を使用させていただく場合がございます。
- ※写真を掲載させていただく際には利用者様・ご家族様の氏名が特定されないように配慮いたします。

ホームページ、パンフレット、社内研修、掲示物での写真使用について

(            同意します            ・            同意しません            )

私は、通所介護サービス・総合事業通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(事業者)

住 所 由利本荘市岩城赤平字長ヶ沢 17-4

事業者名 有限会社 たんぼぼプラザ 印

代表者名 代表取締役 渡部 務

説明者 生活相談員 印

私は、本書面に基ついて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービス・総合事業通所介護の提供開始に同意し、これを受領しました。

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(利用者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者の家族)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印