

とくしま健生デイサービスセンター（指定地域密着型通所介護）

重 要 事 項 説 明 書

1 事業者の概要

事業者の名称	徳島健康生活協同組合
主たる事業主の所在地	徳島市下助任町4丁目9番地
法人種別	生協法人
代表者の氏名	理事長 児嶋 誠一
電話番号	088-654-8363

2 利用事業所

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	とくしま健生デイサービスセンター
事業所の所在地	徳島市吉野本町6丁目30-4
事業所番号	3690168178
管理者の氏名	秋野 芳美
電話番号	088-622-8102
FAX番号	088-653-8477
利用定員	18名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	この事業は、要介護状態にある利用者が在宅において可能な限り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サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	この事業にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとし、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に役立つよう、その目標を設定し計画的に行うものとする。

(3) 従業者の配置体制等

	資格	人数	業務内容
管理者	介護福祉士	1名（常勤）	従業者及び業務の管理等
介護・看護職員	看護師	1名以上	日常生活の介助等
	介護福祉士 及び介護職員	3名以上	
生活相談員	介護福祉士 看護師	1名以上（常勤）	相談・援助 介護計画作成等
機能訓練指導員	看護師	1名以上	機能訓練 居宅訪問等

(4) 事業の実施地域及び営業時間等

実 施 地 域	徳島市内
営 業 日	月・火・水・木・金・土曜日
営 業 時 間	8:20～17:20
サービス提供時間	9:30～16:00
休 業 日	日曜日、1月1日～2日
送 迎 時 間	迎え 8:20～ 9:30 頃、送り 16:00～17:00 頃

3 サービスの内容

利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、日常生活上の介助、および機能訓練等を提供いたします。

- ☆ 健康チェック（血圧・体温測定）
- ☆ 入浴介助
- ☆ 機能訓練（運動療法、作業療法、各種体操）
- ☆ 食事介助
- ☆ 生活指導（相談、援助等）、レクリエーション
- ☆ 送迎

4 利用料

指定地域密着型通所介護を利用された場合の利用料は、介護保険告示上の額となり、利用者の負担割合に応じた金額となります。但し、介護保険給付基準を超えた費用は全額自己負担となります。

(1) 基本料金 6時間以上7時間未満の場合

区 分	利用者負担		
	1 割	2 割	3 割
要介護 1	678 単位	1,356 単位	2,034 単位
要介護 2	801 単位	1,602 単位	2,403 単位
要介護 3	925 単位	1,850 単位	2,775 単位
要介護 4	1,049 単位	2,098 単位	3,147 単位
要介護 5	1,172 単位	2,344 単位	3,516 単位

※1 徳島市は、地域区分7級地となり、1単位10.14円の計算となります。

- ・介護度が変わった場合は利用料が変わります。
- ・介護職員等処遇改善加算として利用料の9.2%が加算されます。

(2) 各種加算

加 算	利用者負担		
	1 割	2 割	3 割
入浴介助加算	40 単位/回	80 単位/回	120 単位/回
個別機能訓練加算 (I) イ	56 単位/回	112 単位/回	168 単位/回
中重度者ケア体制加算	45 単位/回	90 単位/回	135 単位/回
認知症加算	60 単位/回	120 単位/回	180 単位/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20 単位/回 6 ヶ月に 1 回	40 単位/回 6 ヶ月に 1 回	60 単位/回 6 ヶ月に 1 回
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5 単位/回 6 ヶ月に 1 回	10 単位/回 6 ヶ月に 1 回	15 単位/回 6 ヶ月に 1 回
口腔機能向上加算 (II)	160 単位 月 2 回まで	320 単位 月 2 回まで	480 単位 月 2 回まで
サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位/回	44 単位/回	66 単位/回
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	80 単位/月	120 単位/月
A D L 維持等加算 (I)	30 単位/月	60 単位/月	90 単位/月

(3) その他の費用

- ・食事代は、1 食 ( 650 ) 円です。
- ・おむつ代は、全額自己負担となります。尚、個別の日用品費、教養娯楽費、雑費などが生じた場合も利用者負担となります。

5 料金の支払方法

毎月、10 日前後に前月分の請求書をお渡ししますので、20 日以内にお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。支払方法は、原則としてゆうちょ銀行自動払い込み、もしくは現金とさせていただきます。

6 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、速やかに主治医に連絡するなど必要な措置を講ずるとともに、ご家族にも連絡いたします。

緊急連絡先		
主治医	氏 名	
	連絡先	
ご家族	氏 名	
	連絡先	
居宅介護 支援事業所	名 称	
	連絡先	
緊急避難場所		

## 7 事故発生時の対応について

指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 8 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業所での感染症発生の予防及びまん延を防止するため、次に掲げる措置を講じます。
  - 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を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - 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しています。
  - ③ 従業者に対し、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の実施しています。

## 9 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。  
(担当者：秋野 芳美)
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) 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します。

## 10 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 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います。

## 11 非常災害対策

災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、消防計画に基づいて、防火防災訓練を年2回実施しています。

## 12 天候不順時の対応

台風・降雪等の天候不順や災害等によりサービスの実施が困難な場合は、サービスの中止または変更を依頼する場合があります。

## 13 地域との連携について

- (1) 運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めています。
- (2) 指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、徳島市地域包括支援センター或いは市職員等により構成される協議会（以下「運営推進会議」といいます）を設置し、概ね6月に1回以上運営推進会議を開催しています。
- (3) 運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聞く機会を設けています。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し閲覧できるようにしています。

## 14 相談・苦情対応

提供した指定地域密着型通所介護に係る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ています。

### (1) 事業所の窓口

・担 当 管理者 秋野 芳美

電 話 088-622-8102

(月～土：午前9時より午後5時まで)

### (2) 上記以外

・徳島市健康福祉部高齢介護課 電 話 088-621-5585

・徳島県国民健康保険団体連合会

苦情専用ダイヤル 電 話 088-665-7205

指定地域密着型通所介護のサービス提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明を行いました。

事業所	名称	とくしま健生デイサービスセンター
	所在地	徳島市吉野本町6丁目30-4
	代表者	徳島健康生活協同組合
		理事長 児嶋 誠一 印

説明者 \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業所から指定域密着型通所介護について重要事項の説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_

署名代行の理由

\_\_\_\_\_

上記の内容にて双方で確認をし、本書2通作成し、利用者・事業所が1通ずつ保有するものとします。