

デイサービスセンターあしすと 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業

第１号通所事業

当事業所は、要支援１・２の方を対象に第１号通所事業を提供します。

この重要事項説明書はその内容についてご説明します。

１．事業者

法人名	有限会社 アシスト
法人所在地	愛知県愛知郡東郷町大字和合字牛廻間１０５番地
法人電話番号 ＦＡＸ番号	ＴＥＬ ０５６１－３７－５４２４ ＦＡＸ ０５６１－３７－５４２５
代表者氏名	有限会社 アシスト 代表取締役 下田 光俊

２．事業所の概要

事業所の種類	第１号通所事業
指定事業者番号	２３７５００１１７５
事業所の目的	介護保険法に従い、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、必要な日常生活上の世話を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
事業所の名称	デイサービスセンター あしすと
事業所の所在地	愛知県愛知郡東郷町大字和合字牛廻間１０５番地
電話・ＦＡＸ番号	ＴＥＬ ０５６１－３７－５４２４ ＦＡＸ ０５６１－３７－５４２５
管理者氏名	林 伸一
指定年月日	平成３０年４月１日
事業実施地域	愛知郡東郷町、日進市、みよし市、豊明市
営業日	月曜日～土曜日 (ＧＷ・お盆休み・年末年始を除く)
営業時間	９時００分～１７時００分
サービス提供時間	①９時２０分～１６時３０分 ②９時２０分～１４時３０分
利用定員	２３人

3. 職員体制（令和6年6月1日現在）

職 種	人数	業務内容
管理者	1 名	サービス管理全般
生活相談員	1 名以上	生活上の相談等
機能訓練指導員	1 名以上	機能維持訓練等
看護職員	1 名以上	医療、健康管理業務等
介護職員	3 名以上	日常介護業務等

4. サービス内容

- ①送迎・・・自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域以外からのご利用の場合は、交通費（全額実費）をご負担頂きます。
- ②食事・・・食事の提供・必要に応じて食事の介助を行います。
- ③排泄・・・利用者の排泄介助・トイレへの誘導等を行います。
- ④入浴・・・バイタルチェック後、入浴または清拭（体拭き）を行います。
- ⑤機能訓練・・・運動機能向上加算に関する機能訓練サービス
日常生活動作の向上を目標に個別に計画を立てて行います。

5. 利用料金（令和6年6月1日～）

＜東郷町・日進市の場合＞

要支援1	①9：20～14：30 ②9：20～16：30	4 3 6 単位/回
要支援2	①9：20～14：30 ②9：20～16：30	4 4 7 単位/回

※基本サービス料＊1単位：10,27円（6級地とする）となります。

＜みよし市・豊明市の場合＞

要支援1	①9：20～14：30 ②9：20～16：30	4 3 6 単位/回（月4回まで） 1, 7 9 8 単位＋4 3 6 単位（月5回算定）
要支援2	①9：20～14：30 ②9：20～16：30	4 4 7 単位/回（月8回まで） 3, 6 2 1 単位＋4 4 7 単位（月9回算定）

※基本サービス料＊1単位：10,45円（5級地とする）となります。

● 加算されるもの

介護保険適用	単位数
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	毎月算定単位の8.0%
長時間提供加算（5時間超）	33単位
若年性認知症受入加算	240単位
科学的介護推進体制加算	40単位

※ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

● 減算されるもの

介護保険適用	単位
送迎減算（片道につき）	4 7 単位

● 自費でいただくもの（介護保険適用外）

食事代	1 日あたり	7 0 0 円
おやつ代	1 日あたり	1 5 0 円
おむつ代	1 枚	1 1 0 円
リハビリパンツ代	1 枚	1 2 0 円
パット代	1 枚	3 5 円
シート代	1 枚	3 0 円
レクリエーション活動	材料代	実費分
通常の実施地域を越えて 行う送迎の費用	1 キロメートル	5 0 円

● キャンセル料金

利用者の都合により、サービスを中止する場合、下記のキャンセル料を頂きます。
但し、利用者の体調不良等、正当な事由がある場合はこの限りではありません。

利用日の前日までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日までに連絡がない場合	当日の食費

6. 利用料金のお支払方法

利用料金の支払いは、契約時に御登録頂いた口座より引落としとなります。
但し、やむをえない理由がある場合は、現金支払いも可とします。

7. 利用の中止・変更・追加

- ①利用予定日の前に、ご利用者様の都合によりサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。
- ②サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡いたします。

家 族	氏名	
	連絡先	
主治医	主治医氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

9. 苦情の受付について

デイサービスセンター あしすと	電話番号	0561-37-5424
	FAX	0561-37-5425
	担当者	林 伸一（管理者）
愛知県国保連 介護福祉室（苦情調査係）	電話番号	052-971-4165
	FAX	052-962-8870
東郷町役場 高齢者支援課	電話番号	0561-56-0735
	FAX	0561-38-7932
みよし市役所 福祉部長寿介護課	電話番号	0561-32-8009
	FAX	0561-34-3388
豊明市役所 健康長寿課	電話番号	0562-92-1261
	FAX	0562-92-1141
日進市役所 介護福祉課（介護保険係）	電話番号	0561-73-1495
	FAX	0561-72-4554

10. サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応

損害賠償責任保険の加入状況	あいおいニッセイ同和損保（介護事業所総合保険）
事故対応及び予防のための指針	デイサービスセンターあしすと運営規定内に 記載あり

令和 年 月 日

事業者は、第1号通所事業提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項について説明を行いました。

所在地 愛知郡東郷町大字和合字牛廻間105番地
事業者名 有限会社 アシスト

所在地 愛知郡東郷町大字和合字牛廻間105番地
事業所名 デイサービスセンター あしすと

重要事項説明者 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、第1号通所事業のサービス提供開始に同意します。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

(家 族)

住 所 _____

氏 名 _____

(続柄: _____)