

デイサービスセンターおさんぽ 重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

当事業所は、要介護１～５の方を対象に地域密着型通所介護サービスを提供しております。
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
連絡先	(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	指定地域密着型通所介護事業
事業所番号	２３７５００１０５０
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を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及びご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 おさんぽ
事業所所在地	愛知県愛知郡東郷町大字和合字牛廻間１９番地３３
事業所連絡先	(TEL) 0561-42-8887 (FAX) 0561-37-5425
管理者氏名	内野 佳代
指定年月日	平成２８年４月１日
事業実施地域	愛知郡東郷町（ただし、平成２８年３月以前より利用されている方についてはこの限りではありません）
営業日	月曜日～金曜日（祝日・お盆休み・GW・年末年始を除く）
営業時間	８時３０分～１７時３０分
サービス提供時間	① ９時２０分～１２時３０分 ② ９時２０分～１４時３０分 ③ １３時２０分～１６時３０分
利用定員	１８名

3. 職員体制

	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	1 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、交通費実費（1km37 円）をご負担いただきます。
- ②食事・・・介護保険給付対象外、別途料金（全額実費）をいただきます。
食事の提供・必要に応じて食事の介助を行います。
- ③おやつ・・・③13:20～16:30 のサービスをご利用の方のみ、おやつ代を頂きます。
- ④排泄・・・利用者の排泄介助・トイレへの誘導等を行います。
- ⑤入浴・・・バイタルチェック後、入浴もしくは清拭（体拭き）を行います。
- ⑥機能訓練・・・個別機能訓練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

● 通所介護（1 日あたり料金）

*地域区分（6 級地）として、1 単位：1 0．2 7 円となります。

① 9 時 2 0 分～1 2 時 3 0 分

② 1 3 時 2 0 分～1 6 時 3 0 分の場合 基本サービス料

介護保険適用	単位
要介護 1	4 1 6 単位
要介護 2	4 7 8 単位
要介護 3	5 4 0 単位
要介護 4	6 0 0 単位
要介護 5	6 6 3 単位

③ 9 時 2 0 分～1 4 時 3 0 分の場合 基本サービス料

介護保険適用	単位
要介護 1	6 5 7 単位
要介護 2	7 7 6 単位
要介護 3	8 9 6 単位
要介護 4	1, 0 1 3 単位
要介護 5	1, 1 3 4 単位

● 加算されるもの

介護保険適用	単位
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	毎月算定単位×8.0%
個別機能訓練加算Ⅰイ	56単位
個別機能訓練加算Ⅰロ	76単位
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位
通所介護入浴介助加算Ⅰ	40単位
若年性認知症受入加算	60単位

④ 減算されるもの

介護保険適用	単位
送迎減算（片道につき）	47単位

● 自費をいただくもの（介護保険適用外）

食事代	1日あたり	700円
おやつ代	1日あたり	150円
おむつ代	1枚	110円
リハビリパンツ代	1枚	120円
パット代	1枚	35円
レクリエーション活動	材料代	実費分

● 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には、下表のとおりキャンセル料を頂きます。但し、体調不良等の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

料金の支払いは原則、契約時に登録された口座より引落としによるものとします。

但し、やむを得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. 利用日前に、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。この場合にはサービスの実施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するものとします。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の变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. 苦情の受付窓口について

デイサービスセンター おさんぽ	電話番号	0 5 6 1 - 4 2 - 8 8 8 7
	F A X	0 5 6 1 - 3 7 - 5 4 2 5
	担当者	内野 佳代（管理者）
愛知県国民健康保険団体 連合会 介護福祉室（苦情調査 係）	電話番号 F A X	0 5 2 - 9 7 1 - 4 1 6 5 0 5 2 - 9 6 2 - 8 8 7 0
東郷町役場 高齢者支援課	電話番号 F A X	0 5 6 1 - 5 6 - 0 7 3 5 0 5 6 1 - 3 8 - 7 9 3 2

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おさんぽ運営規程内に 記載あり

11. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

指定地域密着型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。

所在地 愛知郡東郷町大字和合字牛廻間 1 9 番地 3 3
事業所名 デイサービスセンター おさんぽ

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、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意します。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(家 族)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(続柄：)