

指定通所介護・指定第一号通所事業
デイサービスセンター 大地 West
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(栃木県指定 0970202081) 号

当事業所は利用者に対して指定通所介護サービス及び第一号通所事業サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明し
ます。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」
「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受け
ていない方でもサービスの利用は可能です。

☆☆目 次☆☆

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 ページ
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 ページ
3. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 ページ
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・ 2～5 ページ
5. 虐待の防止について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 ページ
6. 事故発生時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 ページ
7. 緊急時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 ページ
8. 非常災害時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 ページ
9. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 ページ

1. 事業者

- (1) 法人名 特定非営利活動法人 両毛ケアサービス
- (2) 法人所在地 栃木県足利市駒場町 568 番地 1
- (3) 電話番号 0284-90-2299
- (4) 代表者名 田鶴 志郎
- (5) 設立年月日 1999 年 11 月 17 日
- (6) 事業者が行っている他の介護保険事業
- 【訪問介護事業・第一号訪問事業】
- 特定非営利活動法人 両毛ケアサービス 1999 年 12 月 27 日指定 栃木県第 0970200135 号
- 【通所介護事業・第一号通所事業】
- デイサービスセンター大地 2006 年 4 月 1 日指定 栃木県第 0970201430 号
- 【特定施設入居者生活介護事業・介護予防特定施設入居者生活介護事業】
- 大地 2006 年 4 月 1 日指定 栃木県第 0970201463 号
- 【認知症対応型共同生活介護事業・介護予防認知症対応型共同生活介護事業】
- グループホーム大地 2007 年 5 月 1 日指定 足利市第 0990200099 号

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の名称 デイサービスセンター 大地 W e s t
- (2) 事業所の種類 指定通所介護事業所 2010 年 8 月 1 日指定
指定第一号通所事業事業所 2018 年 4 月 1 日指定
栃木県 0970202081 号
- (3) 事業所の目的 通所介護及び第一号通所事業は、介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、利用者に通所介護及び第一号通所事業サービスを提供します。
- (4) 事業所所在地 栃木県足利市山下町 1395 番地 1
- (5) 電話番号 0284-65-0506
- (6) 事業所管理者名 米川 昌美
- (7) 当事業所の運営方針 要介護者等の体調や健康状態に気を配り、健康保持・増進のために必要な支援や安心した日常生活が営まれるような自立支援、そして、家族の身体的・精神的負担の軽減を図り、地域交流事業により高齢者の生きがいとふれあいの場を設け運営を行っていきます。
- (8) 開設年月日 2010 年 8 月 1 日
- (9) 通常の実施地域 足利市、太田市、桐生市
(但し、サービス提供するうえで可能だと判断した場合には上記に限らず行う。)
- (10) 営業日及び営業時間 営業日 月・火・水・木・金・土
休日 日曜日・年末年始 (12/31～1/3)
営業時間 午前 8 時～午後 5 時
(但し、利用者の需要により営業日、営業時間を変更する場合がある。)
- (11) 利用定員 40 名
- (12) 第三者評価の実施状況 実施なし

3. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定通所介護サービス及び第一号通所事業サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しております。

職 種	配置状況
管理者	1名
生活相談員	1名以上（管理者兼務含む）
看護職員 兼 機能訓練指導員	1名以上
介護職員	6名以上

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

4. 当事業所が提供するサービスと料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の7割から9割（介護保険負担割合証の負担割合による）が介護保険から給付されます。

①送迎

利用者のお宅からデイサービスセンターの間を送迎します。

②入浴

入浴の介助を行います。体の不自由な方には特別浴槽により入浴することができます。

（シャンプー、ボディソープは事業者が用意いたします。）

③排泄

ご利用者の排泄の介助を行います。

④個別機能訓練（運動器機能向上訓練）・・・実施日：月曜日から金曜日

機能訓練指導員により、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。

《サービス利用料金（1回あたり）》

下記の料金表によって、ご利用者の要介護状態区分に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。自己負担割合は介護保険負担割合証にて確認いたします。

◆通常規模型 通所介護サービス

◎ 7時間以上8時間未満のご利用（1日あたり）※送迎を含みます。

	サービス利用料金	1割負担		2割負担		3割負担	
		自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額
要介護1	6,580円	658円	5,922円	1,316円	5,264円	1,974円	4,606円
要介護2	7,770円	777円	6,993円	1,554円	6,216円	2,331円	5,439円
要介護3	9,000円	900円	8,100円	1,800円	7,200円	2,700円	6,300円
要介護4	10,230円	1,023円	9,207円	2,046円	8,184円	3,069円	7,161円
要介護5	11,480円	1,148円	10,332円	2,296円	9,184円	3,444円	8,036円

◎ サービス利用料金に加算される料金（1回）

	サービス利用料金	1割負担		2割負担		3割負担	
		自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額
入浴介助加算	400円	40円	360円	80円	320円	120円	280円
サービス提供体制強化加算	60円	6円	54円	12円	48円	18円	42円

◆通所型サービス（1ヶ月あたり）※送迎・入浴を含みます。

	サービス利用料金	1割負担		2割負担		3割負担	
		自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額
要支援1・事業対象者	17,980円	1,798円	16,182円	3,596円	14,384円	5,394円	12,586円
要支援2	36,210円	3,621円	32,589円	7,242円	28,968円	10,863円	25,347円

◎ サービス利用料金に加算される料金（1ヶ月）

	サービス利用料金	1割負担		2割負担		3割負担	
		自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額	自己負担額	保険給付額
サービス提供体制強化加算							
要支援1・事業対象者	240円	24円	216円	48円	192円	72円	168円
要支援2・事業対象者	480円	48円	432円	96円	384円	144円	336円

【その他の加算】

上記のご利用単位数の合計に1月あたり下記加算率を乗じた金額をご負担いただきます。

	～2024年5月	2024年6月～
介護職員処遇改善加算	5.9%	9.0%
介護職員等特定処遇改善加算	1.0%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1%	
介護職員等処遇改善加算		

その他料金

- ☆ 利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護又は要支援等の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ☆ 利用者に提供する食事の材料に係る費用は別途いただきます。（下記（２）②参照）
- ☆ 介護保険からの給付に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

（２）介護保険給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

《サービスの概要と利用料金》

- ① 介護保険給付の支給限度額を超える通所介護サービス
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合はサービス利用料金の全額が利用者の負担となります。
- ② 飲食代
利用者の飲食に係る費用です。
料金：1回 740円
特別な食事を提供した場合は実費相当分をご負担いただきます。
- ③ 通常の実施区域外への送迎
通常の実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。
料金：1キロメートルあたり20円
- ④ オムツ等
原則、ご使用になるオムツは各自ご用意ください。お持ちでない場合はセンターで販売いたします。
料金：紙オムツ150円/枚・リハビリパンツ120円/枚・尿とりパット110円/枚
- ⑤ 複写物の交付
利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。
料金：1面 20円

⑥ 足岩盤浴・アクアタイザー（ウォーターマッサージ機）利用料

利用者の希望により足岩盤浴又はアクアタイザーを利用した場合には、実費をご負担いただきます。

料金：1回（10分） 100円

⑦ 衛生材料

原則、処置等に使用する物品は各自ご用意ください。お持ちでない場合は実費相当分をご負担いただきます。

⑧ 医療的管理料

特別な医療的管理（経管栄養等）が必要な場合に係る費用です。

料金：1回 300円

⑨ レクリエーション等

利用者の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。

料金：材料代等の実費をいただきます。

☆ 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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月にご請求となります。なお、利用者のご都合によりサービスご利用日にお支払いいただくことも可能です。

(4) 利用の中止、変更、追加

○ 利用予定日の前に、利用者の都合により、通所介護サービス及び第一号通所事業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者へ申し出てください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	740円

○ サービス利用の変更・追加の申出に対して、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。

5. 虐待の防止について

利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者 : 管理者 米川 昌美
- (2) 従業者に対する虐待防止のための研修を実施しています。

6. 事故発生時の対応について

損害賠償責任保険に加入し、サービス提供上で事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重大な過失がある場合は損害額を減ずることができます。

7. 緊急時の対応について

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、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

8. 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
災害対策に関する担当者（防火管理者）：米川 昌美
- (2) 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、それらを定期的に職員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：年2回

9. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）	管理者：米川 昌美
受付時間	月曜日から土曜日 8：00～17：00 電話番号：0284-65-0506 ※管理者不在の場合、折返しお電話いたします。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

足利市役所 介護保険担当課	電話番号：0284-20-2139
太田市役所 介護保険担当課	電話番号：0276-47-1856
桐生市役所 介護保険担当課	電話番号：0277-46-1111
栃木県国民健康保険団体連合会	電話番号：028-643-5400
群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号：027-290-1323

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各1通保有するものとします。

20 年 月 日

指定通所介護サービス及び第一号通所事業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。

事業者	住 所	〒326-0846 栃木県足利市山下町 1395-1
	事業所名	デイサービスセンター 大地 West
	代表者	理事長 田 鶴 志 郎 (印)
	説明者名	_____ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス及び第一号通所事業サービスの提供開始に同意しました。

利用者	住 所	〒 _____

	氏 名	_____ (印)

代理人	住 所	〒 _____

	氏 名	_____ (印)

(利用者との関係 _____)