

介護予防通所型サービス事業所「グリーンデイサービスセンター」 重要事項説明書

＜令和 年 月 日 現在＞

1. 介護予防通所型サービス事業所「グリーンデイサービスセンター」の概要

(1) 施設の名称等

施設名称	グリーンデイサービスセンター
開設年月日	平成28年4月1日
所在地	長野県須坂市大字仁礼7番地10
電話番号	026-215-2662
FAX番号	026-215-2030
開設者名	社会福祉法人 グリーンアルム福祉会 (理事長 更級 尚)
介護保険指定番号	2070700196

(2) 介護予防通所型サービス事業所「グリーンデイサービスセンター」の目的

- ① グリーンデイサービスセンターは、日常生活上のお世話や機能訓練など、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することを目的としています。
- ② グリーンデイサービスセンターは、利用者の生活の質の向上及びその家族の身体的・精神的負担の軽減を図り在宅ケアの支援を目的としています。

(3) 介護予防通所型サービス事業所「グリーンデイサービスセンター」の運営方針

- ① グリーンデイサービスセンターは、個別サービス計画に基づく介護予防通所型サービスを提供することで自立的生活支援を図るとともに、地域や家庭との結び付きを強固に保ちながら、市町村等行政機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス提供事業者及び保健・医療・福祉サービス提供機関との連携に努めます。
- ② グリーンデイサービスセンターは、利用申し込みを受けた介護予防通所型サービス提供の可否を判定するための会議を開催します。

なお、この際利用申込者から、審査に必要な主治医からの情報提供書類等を求めることがあります。

(4) 施設の定員及び設備の概要

入所定員	30名（要支援者、事業対象者、事業対象者の合計）
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。

(5) 介護予防通所型サービスの提供日及び時間

営業日	月曜日～土曜日 (1月1日から1月3日 までを除く)	営業時間	8 : 15 ~ 17 : 00
		サービス提供 時間	9 : 20 ~ 16 : 30

(6) 施設の職員体制

職 種	常勤	非常勤	業務内容等
管理者			所属職員の指揮監督、業務の管理
デイサービス長			管理者を補佐
看護職員			医師の指示に基づく看護
介護職員			日常生活上の介護
生活相談員			ご利用者に対する各種支援及び相談
機能訓練指導員			機能回復訓練の実施
事務職員			サービス事業の事務

職 種	常勤	非常勤	業務内容等
看護職員			医師の指示に基づく看護

※但し看護職員は、グリーン訪問看護ステーションと連携しサービス提供を行います。

2. 介護予防通所型サービス内容

- ① 日常生活上のお世話や機能訓練など、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援します。
- ② 食事
昼食 12時00分 ～ 12時45分
- ③ 入浴
- ④ 相談援助サービス
- ④ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑤ 理美容サービス (サービス提供時間外に提供)
- ⑥ その他

3. 利用料

- ・法定代理受領を前提とします。なお、制度上の改定等で変更となる場合があります。
- ・介護保険の自己負担額は介護保険負担割合証に記載の割合額となります。
- ・介護保険の自己負担額の把握のため、「介護保険負担割合証」を提出していただきます。
- ・支払った自己負担額が一定額(上限額)を超えたときは、高額介護サービス費によりその超えた分が払い戻されます。高額介護サービス費については市町村にお問い合わせください。

□通所介護サービス

単位：円

介護度	要支援 1	要支援 2
介護予防サービス 利用料（月額）	17,980	36,210
1割自己負担額 （月額）	1,798	3,621
2割自己負担額 （月額）	3,788	7,242
3割自己負担額 （月額）	5,394	10,863
一月あたりの 利用回数	個別サービス計画書により、個別に決められます。	

※介護予防通所型サービス利用料には送迎料金、入浴料金も含まれています。

各種加算 (該当者のみ)	1割自己負担額 (月額)	内 容
	2割自己負担額 (月額)	
	3割自己負担額 (月額)	
運動器機能向上 加算	225円/月	利用者の運動器機能向上に係る個別の計画を作成し、これに基づく適切な介護予防サービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定します。
	450円/月	
	675円/月	
生活機能向上連携加 算Ⅰ	100円/月	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所は、医療機関の理学療法士等の助言に基づき施設職員が個別の訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練指導員その他職種が協働し、計画的に機能訓練を実施した場合、3か月に1回に算定します。ただし、個別機能訓練加算を算定している場合には算定しません。
	200円/月	
	300円/月	
生活機能向上連携加 算Ⅱ	200円/月	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所は、施設を訪問し、施設職員と共同でアセスメントを行い個別の訓練計画を作成し、その計画に基づき、施設機能訓練指導員その他職種の者が協働し、計画的に機能訓練（運動器機能向上）を実施した場合に算定します。
	400円/月	
	600円/月	
	(運動機能向上加算を 算定している場合)	
	100円/月	
	200円/月	
栄養アセスメント 加算	300円/月	当該事業所の職員として又は他事業所との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合に算定します。 利用者ごとに管理栄養士、看護職員、介護職員、生活
	50円/月	

	100円／月	相談員その他の職種の職員が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応いたします。 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たり、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。
	150円／月	
栄養改善加算	200円／回	低栄養状態にある利用者、又はそのおそれがある利用者に対し、栄養ケア計画を作成しこれに基づく適切なサービスや、定期的な評価と計画の見直し等を実施した場合、3か月以内の期間に限り1か月に2回を限度として算定します。 ただし、3か月ごとの栄養状態評価の結果、低栄養状態が改善されず引き続き行う事が必要と認められる場合は引き続き算定します。 当該事業所の職員として、又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置します。 栄養改善サービスの提供にあたり、必要に応じ居宅を訪問いたします。
	400円／回	
	600円／回	
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150円／回	口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切な介護予防通所型サービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に算定します。
	300円／回	
	450円／回	
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160円／回	口腔機能向上加算(Ⅰ)の内容要件を満たし、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。(原則3月以内、月2回を限度)
	320円／回	
	480円／回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20円／回	事業所の従事者が利用開始時及び利用中6月ごとに、利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を担当ケアマネージャーに提供した場合に算定します。
	40円／回	
	60円／回	
	960円／月	
	1,540円／月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円／回	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当するケアマネージャーに提供している場合に算定します。
	10円／回	
	15円／回	
生活機能向上 グループ活動加算	100円／月	計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者の心身の状況に応じた生活機
	200円／月	

	300円/月	能向上グループ活動サービスが適切に提供された場合に算定します。
若年性認知症 利用者受入加算	240円/月	若年性認知症の利用者に対して個別に担当職員を配置し、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を中心にサービス提供を行った場合に算定しま
	480円/月	
	720円/月	
選択的サービス複数 実施加算(Ⅰ)	480円/月	運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち、2種類実施した場合に算定します。
	960円/月	
	1,440円/月	
選択的サービス複数 実施加算(Ⅱ)	700円/月	運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスの3種類実施した場合に算定します。
	1,400円/月	
	2,100円/月	
事業所評価加算	120円/月	$((\text{要支援度の維持者数} + 1 \text{ ランク改善者数} \times 5 + 2 \text{ ランク改善者数} \times 10) / (\text{更新・認定を受けた者})) > 2$ であった場合に算定します。
	240円/月	
	360円/月	
科学的介護推進体制 加算	40円/月	①入所者・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出いたします。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に算定します。
	80円/月	
	120円/月	
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	要支援1	①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上の ②勤続10年以上介護福祉士が25%以上 ①、②のいずれかに該当の場合算定します。
	88円/月	
	176円/月	
	264円/月	
	要支援2	
	176円/月	
	352円/月	
サービス提供 体制強化加算Ⅱ	528円/月	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上の場合に算定します。
	要支援1	
	72円/月	
	144円/月	
	216円/月	
	要支援2	
	144円/月	
サービス提供 体制強化Ⅲ	288円/月	①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上 ②勤続7年以上の者が30%以上 ①、②のいずれかに該当の場合算定します。
	432円/月	
	要支援1	
	24円/月	
	48円/月	
	72円/月	
	要支援2	
	48円/月	
	96円/月	

			1 4 4 円／月	
	事業対象同一建物減算 要支援 1		- 3 7 6 円／月 - 7 5 2 円／月 - 1, 1 0 4 円／月	事業所と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から利用する者に通所型サービスを行う場合減算します。
	同一建物減算 要支援 2		- 7 5 2 円／月 - 1, 5 0 4 円／月 - 2, 2 5 6 円／月	事業所と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から利用する者に通所型サービスを行う場合減算します。
	送迎未実施減算		片道につき 4 7 円の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合
	業務継続計画 未策定減算		要支援 1 - 1 8 円／月 - 3 6 円／月 - 5 4 円／月 要支援 2 - 3 6 円／月 - 7 2 円／月 - 1 0 8 円／月	感染症や自然災害の発生時にサービス提供を継続的に実施するための業務継続計画の策定、それに従った必要な措置を講じていない場合適用されます。
	高齢者虐待防止 措置未実施減算		要支援 1 - 1 8 円／月 - 3 6 円／月 - 5 4 円／月 要支援 2 - 3 6 円／月 - 7 2 円／月 - 1 0 8 円／月	虐待の発生またはその再発防止の措置（指針の整備・研修の実施・担当者の設置）が講じられていない場合に適用されます。
R 6 ・ 5 ま で 算 定	介護職員処遇改善（Ⅰ）		（基本サービス料自己負担額＋加算分自己負担額） × 5.9 %	介護職員の賃金を改善する計画を策定し、適切な処置を講じた場合に算定します。
	介護職員等ベースアップ等支援加算		（基本サービス料自己負担額＋加算分自己負担額） × 1.1 %	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得している場合に算定します。
	介護職員等特定処遇改善（Ⅰ）	い ず れ か	（基本サービス料自己負担額＋加算分自己負担額） × 1.2 %	介護職員等特定処遇改善（Ⅱ）の条件に加え、サービス提供体制強化加算、特定事業所加算、日常生活継続支援加算、入居継続支援加算のいずれかを取得している場合に算定します。

	介護職員等 特定処遇改 善（Ⅱ）	を 算 定	(基本サービス料 自己負担額+加算 分自己負担額) × 1.0 %	現行の介護職員処遇改善加算を取得し、その職場環境等の要件に取り組み、さらにその取り組みを、ホームページ等を通じて「見える化」を行っている場合に算定します。
R 6 ・ 6 から 算 定	介護職員等 処遇改善加 算（Ⅰ）	い ず れ か を 算 定	(基本サービス料自 己負担額+加算分 自己負担額) × 9. 2 %	介護職員の賃金を改善する計画を策定し、適切な処置を講じた場合に算定します。 ※従来の介護職員等の処遇改善に関する加算が一本化されました。
	介護職員等 処遇改善加 算（Ⅱ）		(基本サービス料自 己負担額+加算分 自己負担額) × 9. 0%	

その他の費用	
食費	金額（日額）
	5 6 0 円
特別な食事	要した費用の額
おむつ代	実 費
日常生活品費	個人で使用する物品を当施設で用意した場合に、実費で負担していただきます。
行事・クラブ 活動費	参加状況に応じ、そこにかかる材料費等を実費で負担していただきます。
理容代 美容代	2, 2 0 0 円
口座振替手数料	利用料の支払いについて、口座引落を希望された場合に手数料（実費）をご負担いただきます。
交通費	①通常の業務範囲以外に要した交通費は、その実費をいただきます。 ②自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を超えて1 k mごとに1 1 0 円いただきます。
キャンセル料	急激な体調の変化、災害等、やむを得ない場合は無料です。 上記以外で、利用日前日の午後5：00までにご連絡がない場合は、当日、食事代分の実費（5 6 0 円）を請求させていただきます。

上記以外に掛かる費用については説明の上、同意を得て徴収する場合があります。

※医療について

当施設で対応できない病状変化に対する医療につきましては、他の医療機関への入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。

4. 業務・送迎の範囲等

通常の業務範囲	須坂市
---------	-----

送迎の範囲	居宅の玄関からグリーンアルム複合施設間を原則としますが、ご利用者の居住実態に合わせた送迎も可能です。 (ご希望がありましたらご相談ください)
-------	---

※気象状況の悪化などにより、やむを得ず計画上の時間より短くなることがあります。大幅に提供時間を短縮した時は、計画を変更し他時間で算定します。

※当法人の他事業所（通所リハビリテーションや特別養護老人ホーム）の職員が、当該事業所のご利用者と同乗で送迎をさせていただくことがあります。

5. 施設利用に当たっての留意事項

面会	おおむね9：20～16：30の間とします。 なお、ご面会の際は、面会簿に記帳をお願いします。
飲酒・喫煙	利用時間内での飲酒・喫煙はできません。
火気の取扱い	職員の指示に従ってください。
所持品の持ち込み	職員の指示に従ってください。
金銭・貴重品の管理	金銭は最小限にしてください。 貴重品は、原則持込みしないでください。
営利行為	できません。
宗教活動	できません。
特定の政治活動	できません。
ペットの持ち込み	できません。
ハラスメント	利用者及びその家族は、施設職員、他の利用者等に対して、以下の行為を行なわないでください。 ①暴言、脅迫、威嚇、侮辱、その他人格を否定するような言動 ②不当な要求、強要、その他業務を妨害する行為 ③プライバシーの侵害、セクシュアルハラスメント（必要もなく手や腕をさわるなどの行為を含む） ④その他法令または公序良俗に反する行為

6. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、屋内消火栓、消火器を配備しています。
- ・防災訓練 年2回実施しますので、ご協力ください。
- ・防火管理者 宮下 和義

7. 事故発生時の対応

利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置をとらせていただきます。

利用者に対する介護予防通所型サービスの提供に当たって万が一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、

事業者には故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

8. 健康上の理由による中止及び緊急時の対応について

- ・ 発熱、風邪、病気の際は、介護予防通所型サービスの提供をお断りすることがあります。
- ・ 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、介護予防通所型サービス内容の変更や、中止することがあります。
- ・ 介護予防通所型サービスの中止の場合は、家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

9. 第三者による評価の実施状況

福祉サービス第三者評価の受審状況は次のとおりです。

実施の有無	
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

10. 要望及び苦情の相談

施設利用に関する要望・苦情又は介護・療養に関する相談等は、生活相談員にお申し出ください。

グリーンアルム福祉会	TEL 026-215-2662 (代表) 生活相談員
	受付時間 8:45～17:15 月曜日～土曜日

なお、玄関ホールに「ご意見箱」も設置していますので、ご活用ください。

また、下記の窓口でも苦情相談等を受け付けています。

苦 情 相 談 窓 口	電 話 番 号	受 付 時 間
須坂市 高齢者福祉課	(026) 248-9020	
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	(026) 238-1580	9:00～17:00 (土・日・祝日は除く)

以上

介護予防通所型サービス事業所「グリーンデイサービスセンター」の利用に当たり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人グリーンアルム福祉会

所在地 長野県須坂市大字仁礼 7 番地 1 0

名 称 介護予防通所型サービス事業所
 「グリーンデイサービスセンター」

管 理 者

説明者 職名 生活相談員

氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防通所型サービス事業所「グリーンデイサービスセンター」についての重要事項の説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

署名代行者 （続柄： ）

氏名

代理人 住所

氏名

身元引受人 住所

氏名