

老人デイサービスセンター 「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. 老人デイサービスセンター「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13年10月16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 町田 貴志)
介護保険指定番号	2070700196

(2) 老人デイサービスセンター「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) 老人デイサービスセンター「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、通所介護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、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通所介護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

通所定員	30名（要介護者、要支援者、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) サービスの提供日および時間

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
介護職員			日常生活上の介護
生活相談員			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. 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
- ⑤ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑥ 理美容サービス (サービス提供時間外に提供)
- ⑦ 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。

所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

単位：円

介護度	要 介 護 1	要 介 護 2	要 介 護 3	要 介 護 4	要 介 護 5
1 割自己負担額 (日額)	3 7 0	4 2 3	4 7 9	5 3 3	5 8 8
2 割自己負担額 (日額)	7 4 0	8 4 6	9 5 8	1, 0 6 6	1, 1 7 6
3 割自己負担額 (日額)	1, 1 1 0	1, 2 6 9	1, 4 3 7	1, 5 9 9	1, 7 6 4

所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

単位：円

介護度	要 介 護 1	要 介 護 2	要 介 護 3	要 介 護 4	要 介 護 5
1 割自己負担額 (日額)	3 8 8	4 4 4	5 0 2	5 6 0	6 1 7
2 割自己負担額 (日額)	7 7 6	8 8 8	1, 0 0 4	1, 1 2 0	1, 2 3 4
3 割自己負担額 (日額)	1, 1 6 4	1, 3 3 2	1, 5 0 6	1, 6 8 0	1, 8 5 1

所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

単位：円

介護度	要 介 護 1	要 介 護 2	要 介 護 3	要 介 護 4	要 介 護 5
1 割自己負担額 (日額)	5 7 0	6 7 3	7 7 7	8 8 0	9 8 4
2 割自己負担額 (日額)	1, 1 4 0	1, 3 4 6	1, 5 5 4	1, 7 6 0	1, 9 6 8
3 割自己負担額 (日額)	1, 7 1 0	2, 0 1 9	2, 3 3 1	2, 6 4 0	2, 9 5 2

所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

単位：円

介護度	要 介 護 1	要 介 護 2	要 介 護 3	要 介 護 4	要 介 護 5
1 割自己負担額 (日額)	5 8 4	6 8 9	7 9 6	9 0 1	1, 0 0 8
2 割自己負担額 (日額)	1, 1 6 8	1, 3 7 8	1, 5 9 2	1, 8 0 2	2, 0 1 6
3 割自己負担額 (日額)	1, 7 5 2	2, 0 6 7	2, 3 8 8	2, 7 0 3	3, 0 2 4

所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

単位：円

介護度	要 介 護 1	要 介 護 2	要 介 護 3	要 介 護 4	要 介 護 5
1 割自己負担額 (日額)	6 5 8	7 7 7	9 0 0	1, 0 2 3	1, 1 4 8

2割自己負担額 (日額)	1, 3 1 6	1, 5 5 4	1, 8 0 0	2, 0 4 6	2, 2 9 6
割自己負担額 (日額)	1, 9 7 4	2, 3 3 1	2, 7 0 0	3, 0 6 9	3, 4 4 4

※送迎料金はサービス利用料に含まれています。

※当法人に居住している方は、94円が減算されます。

※送迎を行わない場合は片道につき47円が減算されます。

ただし、傷病等の事情により送迎を行った場合はこの限りではありません。

加算項目 (該当者のみ)	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
入浴介助加算 (I)	40円/日	入浴介助に適した設備と人員を有して入浴介助を行い、職員に入浴介助に関する研修を実施している時に算定します。
	80円/日	
	120円/日	
入浴介助加算 (II)	55円/日	入浴介助 (I) に加え、次の要件を満たした場合に算定します。 ・医師等の専門職 (以下医師等) が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価し、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う場合。 ・機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携し、利用者の身体の状態や訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画書を作成した場合。(医師等の訪問は、介護職員が通信機器を用いて行うことも差し支えない) ・上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて (手すりの位置や浴槽の深さ等を合わせて)、入浴介助を行う場合。
	110円/日	
	165円/日	
個別機能訓練 (I) イ	56円/日	以下の要件を満たした場合に算定します。 ・機能訓練指導員が直接 5 人程度以下の小集団または個別に指導すること。 ・訓練項目は複数種類準備し、その選択に当たっては利用者の生活意欲が増進されるよう、利用者の心身の状態に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定した場合。 ・進捗状況の評価として、3 月に 1 回以上実施し、利用者の居宅を訪問したうえで、居宅での生活状況を確認するとともに、利用者又はその家族に対し、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行い算定します。
	112円/日	
	168円/日	

個別機能訓練 (Ⅰ) ロ	76円/日	個別機能訓練(Ⅰ)イに加え、専従の機能訓練指導員1名を配置している場合に算定します。
	152円/日	
	228円/日	
個別機能訓練 (Ⅱ)	20円/日	個別機能訓練(Ⅰ)に加え、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックをした場合に算定します。
	40円/日	
	60円/日	
生活機能向上 連携(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又はリハビリテーションを実施している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(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又はリハビリテーションを実施している医療機関の理学療法士等の助言に基づき、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、計画的に機能訓練を実施した場合に算定します。
	400円/月	
	600円/月	
	(個別機能訓練加算を算定している場合)	
	100円/月	
	200円/月	
ADL維持等 (Ⅰ)	30円/月	利用から6か月後のADL評価を厚生労働省に提出していて、ADL利得の平均値が1以上の場合に算定します。
	60円/月	
	90円/月	
ADL維持等 (Ⅱ)	60円/月	利用から6か月後のADL評価を厚生労働省に提出していて、ADL利得の平均値が3以上の場合に算定します。
	120円/月	
	180円/月	
若年性認知症 利用者受入	60円/日	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す。
	120円/日	
	180円/日	
認知症加算	60円	認知症の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が15%以上で、所定の研修を修了した職員を配置し、認知症ケアに関する職員の会議を定期的に行う場合に算定します。
	120円	
	180円	
栄養 アセスメント	50円/月	以下の要件を満たした場合に算定します。 ・外部との連携により管理栄養士を1名以上配置し、利用者ごとに多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した場合。
	100円/月	

	150円/月	・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
栄養改善 (原則3ヶ月)	200円/回 ※月2回まで	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、低栄養の改善を目的として、管理栄養士と共同し、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・計画の見直し等栄養改善サービスを提供した場合に算定します。
	400円/回 ※月2回まで	
	600円/回 ※月2回まで	
口腔・栄養 スクリーニング (Ⅰ)	20円/回 6月に1回まで	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を確認し、介護支援専門員に情報提供した場合に算定します。(栄養アセスメント、栄養改善、口腔機能向上との併算定不可)
	40円/回 6月に1回まで	
	60円/回 6月に1回まで	
口腔・栄養 スクリーニング (Ⅱ)	5円/回 6月に1回まで	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、当該情報について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 6月に1回まで	
	15円/回 6月に1回まで	
口腔機能向上(Ⅰ)	150円/回	口腔機能が低下している利用者、又はそのおそれがある利用者に対し、口腔機能の向上を目的として、歯科衛生士等と共同し、口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づく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月以内の期間に限り、1月に2回を限度として算定します。ただし、口腔機能評価の結果、口腔機能が向上せず、引き続き行うことが必要と認められる場合は引き続き算定します。
	300円/回	
	450円/回	
口腔機能向上(Ⅱ)	160円/回 ※月2回まで	口腔機能向上(Ⅰ)の算定要件内容に加え、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あ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。
	320円/回 ※月2回まで	
	480円/回 ※月2回まで	
科学的介護 推進体制	40円/月	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等を厚生労働省に提出し、厚生労働省に提出していて、サービス計画の見直しなど情報を活用している場合に算定します。
	80円/月	
	120円/月	

		20円/月	
		30円/月	
感染症等による利用者数 減少 加算	(基本サービス料自己負担額) × 3.0 %		感染症や災害により、当該月の延べ利用者数が、前年度の月平均の延べ利用者数と比べ、5 %以上減少している場合に算定します。
サービス提供 体制強化 (Ⅰ)	22円/回 44円/回 66円/回		①介護職員の総数のうち介護福祉士70 %以上 ②勤続10年以上介護福祉士25 %以上 ①、②のいずれかに該当の場合算定します。
サービス提供 体制強化 (Ⅱ)	18円/回 36円/回 52円/回		介護職員のうち介護福祉士が50 %以上である場合に算定します。
サービス提供 体制強化 (Ⅲ)	6円/回 12円/回 18円/回		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年以上介護福祉士30 %以上 ①、②のいずれかに該当の場合算定します。
同一建物減算	1日につき 96円の減算		事業所と同一建物に居住する利用者に対してサービスを行った場合に減算します
送迎未実施減算	片道につき 47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
身体拘束廃止 未実施減算	所定単位数の100分の1の単位数を減算		身体拘束等の適正化を図るため、必要な措置が講じられていない場合に適用されます。
業務継続計画 未実施減算	所定単位数の100分の1の単位数を減算		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	所定単位数の100分の1の単位数を減算		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。
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰロ)	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) × 12.0 %	介護職員等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。
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱロ)		(基本サービス料自己負担額＋加算分自己負担額) × 11.8 %	

食費	金額 (日額)
	560円(～R8.7) 660円(R8.8～)

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(～R8.5) 6 6 0 円(R8.6～))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、小布施町、高山村、長野市若穂地区
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、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、原則持ち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頂きます。

利用者に対する介護サービスの提供にあ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、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、サービス内容の変更や、中止をすることがあります。
- ・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	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	
小布施町 健康福祉課	(026) 214-9108	
高山村 健康福祉課	(026) 242-1201	
長野市 介護保険課	(026) 224-7991	
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

老人デイサービスセンター「グリーンデイサービスセンター」の利用にあたり、
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 10

名 称 老人デイサービスセンター
「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、事業者から老人デイサービスセンター
「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