

介護予防通所リハビリテーション事業所「ウィングラスデイケア」 重要事項説明書

＜令和 7 年 4 月 1 日現在＞

1. 介護予防通所リハビリテーション事業所「ウィングラスデイケア」の概要

(1) 施設の名称・所在地等

施設名称	ウィングラスデイケア
開設年月日	平成18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 町田 貴志)
介護保険指定番号	2050780028

(2) 介護予防通所リハビリテーション事業所「ウィングラスデイケア」の目的

- ① ウィングラスデイケアは、要支援者に対し、医師等の従業者が共同して作成した個別サービス計画に基づいて、ご利用者の心身の機能の維持回復を図り在宅ケアの支援を目的としています。

(3) 介護予防通所リハビリテーション事業所「ウィングラスデイケア」の運営方針

- ① ウィングラスデイケアは、個別サービス計画に基づく介護予防サービスを提供することで自立的生活支援をはかり、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。

(4) 同施設の定員等

通所定員	30名（要支援者、要介護者の合計）		
営業日	月曜日～金曜日 (1月1日から1月3日 までを除く)	営業時間	8:30～17:15
		サービス提供 時間	9:45～16:00

(5) 施設の職員体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	業務内容等
管理者	医師	1		所属職員の指揮監督
副管理者				管理者の補佐
理学療法士又は作業療法士	理学療法士又は作業療法士	1		医師の指示に基づくリハビリ業務の運営管理（老健と兼務）
介護職員		2		日常生活上の介護
支援相談員				ご利用者に対する各種支援及び相談。兼務

2. 介護予防サービス内容

- (1) 通所リハビリテーション計画に基づく適切な日常生活上のお世話や機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）等、ご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いたします。

＜具体的な目的＞

- ① 日常生活機能低下の防止と向上
- ② 生活の質の維持・向上
- ③ 寝たきりの防止
- ④ 社会性の維持・向上
- ⑤ 精神状態の維持・向上
- ⑥ その他、利用者の状態の改善

＜具体的な方法＞

- ① 個別リハビリテーション、生活リハビリテーション、集団リハビリテーション等の提供。
- ② 日常生活動作に関する練習。
- ③ 作業。
- ④ 自助具適用と使用練習。
- ⑤ 運動療法。
- ⑥ 物理療法（痛みの治療）。
- ⑦ レクリエーション

＊ 尚、病院や専門施設でのリハビリテーション「治療」とは異なりますので、あらかじめご了承ください。

(2) 食事の提供

昼食時間 12時00分 ～12時45分

(3) 入浴の提供

(4) 相談援助サービス

- (5) ご利用者が選定する特別な食事の提供
- (6) 理美容サービス（原則月1回実施します。）
- (7) 行政手続代行
- (8) その他

3. 利用料

- ・法定代理受領を前提とします。また、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。

①サービス利用料

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）	22,680	42,280
1割自己負担額 （月額）	2,268	4,228
2割自己負担額 （月額）	4,536	8,456
3割自己負担額 （月額）	6,804	12,684
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。	

②その他の加算

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
生活行為向上 リハビリテーション 実施加算	562円／月	生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、リハビリテーションを計画的に行い、有する能力の向上を支援した場合に算定します。利用を開始した日の属する月から起算して6か月以内の期間限定に限り算定します。
	1,124円／月	
	1,686円／月	
若年性認知症利用者 受入加算	240円／月	受け入れた利用者ごとの個別の担当者を定めてケアを行った場合に算定します。
	480円／月	
	720円／月	

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
退院時共同指導加算	600円／回	医療機関に入院中の利用者が退院するに当たり、介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の介護予防リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回を限度に算定します。
	1,200円／回	
	1,800円／回	
栄養アセスメント加算	50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。
	100円／月	
	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・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か月ごとに、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、6か月に1回を限度に算定します。算定します。
	40円／回	
	60円／回	
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、6か月に1回を限度に算定します。
	10円／回	
	15円／回	
一体的サービス提供加算	480円／月	・栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。 ・利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供日に栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのいずれかのサービスを行う日を1か月に2回以上設けている。 ・栄養改善加算・口腔機能向上加算を算定していない場合。 以上の要件を満たしている場合に算定します。
	960円／月	
	1,440円／月	

加算項目		1 割自己負担額		内 容	
		2 割自己負担額			
		3 割自己負担額			
口腔機能向上 加算（Ⅰ）	い ず れ か を 算 定	1 5 0 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て、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。	
		3 0 0 円／回			
		4 5 0 円／回			
口腔機能向上 加算（Ⅱ）		1 6 0 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）	
		3 2 0 円／回			
		4 8 0 円／回			
科学的介護推進 体制加算		4 0 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。 以上の要件を満たしている場合に算定します。	
		8 0 円／月			
		1 2 0 円／月			
予防通所リハビリ テーション （12月超）減算		要支援1	要支援2	利用を開始した日の属する月から12か月を超えて介護予防通所リハビリテーションを行い、下記の要件を満たさない場合に減算となります。 ・3か月に1回以上、リハビリテーション会議を開催する。 ・リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画の見直しを行う。 ・リハビリテーション計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たり必要な情報を活用している。	
		－120円／月	－240円／月		
		－240円／月	－480円／月		
		－360円／月	－720円／月		
サービス提供 体制強化加算 Ⅰ	い ず れ か を 算 定	要支援1	要支援2	①介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70％以上 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		
		176円／月	352円／月		
		264円／月	528円／月		
サービス提供 体制強化加算 Ⅱ		要支援1	要支援2	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。	
		72円／月	144円／月		
		144円／月	288円／月		
		216円／月	432円／月		
サービス提供 体制強化加算 Ⅲ		要支援1	要支援2	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。	
		24円／月	48円／月		
		48円／月	96円／月		
		72円／月	144円／月		

加算項目	1 割自己負担額		内 容
	2 割自己負担額		
	3 割自己負担額		
同一建物減算	要支援 1	要支援 2	事業所と同一建物に居住する利用者に、サービスを行った場合に適用されます。
	－ 3 7 6 円 ／月	－ 7 5 2 円 ／月	
	－ 7 5 2 円 ／月	－ 1, 5 0 4 円 ／月	
	－ 1, 1 2 8 円 ／月	－ 2, 2 5 6 円 ／月	

加算項目		負担額	内 容
中山間地に居住する者へのサービス提供加算		合計単位に 5%を加算	事業の実施地域を超えて厚生労働省の定める地域に居住する利用者へサービスを提供する場合に算定します。
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）	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） × 8. 6 %	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） × 8. 3 %	

③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	おしぼり、歯ブラシ等	実 費
行事・クラブ活動費	行事・クラブ活動費は参加状況に応じ、そこにかかる材料費等を実費にて負担していただくこととなります。	
リハビリ材料費	実 費	
理容代	業者にお支払いただくことになります。	2,200円
口座振替手数料	口座振替を依頼された場合に、手数料を実費でいただきます。	
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1kmごとに110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（560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

施設の医師で対応できる医療・看護につきましては、介護予防サービスに含まれております。しかし、当施設で対応できない処置や手術、病状の著しい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

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です。（それ以外の場合はご相談下さい。協議の上対応いたします。）

5. 施設利用に当たっての留意事項

面会	概ね10:00～16:00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	ご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3か所、消火器5か所配備しています。
- ・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

ご利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者のご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。

ご利用者に対する介護予防サービスの提供に当たって万が一事故が発生し、ご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかにご利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者が故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

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。
- ・介護予防サービスの中止の場合は、ご家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師に連絡を取る等の必要な措置を講じます。

8. 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	

9. 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、支援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） 受付時間 9:00～17:30 毎日
------------	--

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

介護予防通所リハビリテーション事業所「ウィングラスデイケア」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 介護予防通所リハビリテーション事業所
 「ウィングラスデイケア」
管 理 者

説明者 職名
 氏名

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーション事業所「ウィ
ングラスデイケア」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

ご利用者 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