

指定地域密着型通所介護 / 指定介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業所概要

事業所の種類	指定地域密着型通所介護	指定介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス	
指定番号		相当サービス	緩和した基準によるサービス
	2173101094		21A3100172
事業所名	グリーンテラスデイサービス		
所在地	岐阜県可児市下恵土 4061		
連絡先	TEL 0574-48-8858 FAX 0574-66-6011		
管理者名	後藤大輔		
事業の目的	要介護状態、又は要支援状態にある高齢者等に対して、適正な指定地域密着型通所介護及び指定介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス（以下「通所介護等」というを提供することを目的とする		
運営方針	通所介護等の事業は、要介護者の心身の特徴を踏まえて、要介護状態となった場合においても、その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、さらには利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練などの介護、その他必要な援助を行う		

2. 事業実施地域及び営業時間

実施地域	可児市
営業日と営業時間	年中無休 午前 8 時 30 分 ～ 午後 4 時 30 分

3. 事業所の設備の概要

定員	地域密着型通所介護 16 名
	緩和した基準によるサービス 2 名
フロア	75.17 m ²

4. 事業所の職員体制

職 名	常 勤	非常勤
管理者	1 名	
生活相談員	2 名	
看護職員	1 名	2 名
介護職員	5 名	2 名

5. サービスの内容

- ① 送迎 ② 食事 ③ 入浴 ④ 排泄 ⑤ 個別機能訓練

6. 利用料金

可児市は地域区分の 7 級地の適用地域であり、1 単位 10.14 円となります

総単位数に 10.14 円を乗じた保険請求額の 1 割分（又は 2 割/3 割分）が利用者負担額となります

※感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合、3 か月間、基本報酬の 3%加算し算定します
（利用者減の月の実績が、前年度の平均延べ利用者数等から 5%以上減少している場合）

① 地域密着型通所介護費

要介護度	1 日あたりの基本単位 (サービス提供時間 7~8 時間)
要介護 1	753
要介護 2	890
要介護 3	1032
要介護 4	1172
要介護 5	1312

加算（当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に算定）

項目	基本単位	算定要件
入浴介助加算 (I)	40/日	入浴を適切に行うことが出来る人員及び設備を有して入浴介助を行った場合
入浴介助加算 (II)	55/日	上記に加え、医師等（介護福祉士含む）が居宅を訪問し、利用者の動作及び浴室の環境を評価し、入浴計画に基づき入浴介助を行った場合
個別機能訓練加算 (I) イ	56/日	機能訓練指導員を配置し、多職種協働でアセスメントを行い、個別機能訓練計画書を作成し訓練を実施している場合
個別機能訓練加算 (I) ロ	76/日	上記に加え、専従の機能訓練指導員が提供時間帯を通じて 1 以上配置されている場合
個別機能訓練加算 (II)	20/月	(I) に加え、個別機能訓練計画等の内容を厚労省に提出し、フィードバックを受けている場合
生活機能向上連携加算 (I)	100/月	ICT・ビデオ等の動画活用により、リハビリ職が訪問せずに助言を受け、個別機能訓練計画を作成している場合
生活機能向上連携加算 (II)	200/月	リハビリ職が直接、事業所に出向き計画を共同作成している場合 ※個別機能訓練加算算定時は 100 単位

ADL 維持等加算 (Ⅰ)	30/月	利用開始月と 6 カ月目に測定した ADL 値を厚労省に提出しており、評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が 1 以上であること
ADL 維持等加算 (Ⅱ)	60/月	(Ⅰ) を満たし、調整済 ADL 利得を平均して得た値が 2 以上であること
口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅰ) ※ 4	20/回	利用開始及び 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態と栄養状態について確認を行い、担当の介護支援専門員に提供している場合
口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅱ)	5/回 6 ヶ月に 1 回	※ 2、※ 1 又は※ 3 を算定している場合に口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供している場合
口腔機能向上加算 (Ⅰ) ※ 1	150/回	看護職が個別的に口腔機能を把握し、多職種で計画を作成し、口腔機能向上サービスを提供した場合
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160/回 3 ヶ月に 1 回 月に 2 回まで	上記に加え、計画等の情報を厚労省に提出し、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ている場合
栄養アセスメント加算 ※ 2	50/月	管理栄養士と職員が共同して栄養アセスメントを実施し、情報を厚労省に提出した場合 ※ 3 ※ 4 との併算定不可
栄養改善加算 ※ 3	200/回 3 ヶ月に 1 回 月に 2 回まで	管理栄養士が栄養状態の改善のため個別に栄養管理し、多職種共同で栄養計画を作成し、必要あれば居宅へ訪問する
科学的介護推進 体制加算	40/月	ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他基本的な情報を厚労省に提出していること
認知症加算	60/日	常時認知症介護指導研修等を修了した者を 1 名以上確保し、日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が 20%以上ある場合
中重度ケア 体制加算	45/日	常時看護職員を 1 名以上確保し、要介護度 3 以上の利用者の占める割合が 30%以上ある場合
若年性認知症利用者 受入加算	60/日	人員要件を満たして若年性認知症の要介護者に対して通所介護を実施した場合
同一建物減算	-94/日	同一建物に居住または同一建物から通うものに対して通所介護を行った場合
送迎減算	-47/回	事業所が送迎を行わない場合 片道につき
サービス提供体制加算 (Ⅰ)	22/回	介護従事者の総数のうち介護福祉士が 70%以上配置されている場合
サービス提供体制加算 (Ⅱ)	18/回	介護従事者の総数のうち介護福祉士が 50%以上配置されている場合
サービス提供体制加算 (Ⅲ)	6/回	介護従事者の総数のうち介護福祉士が 40%以上配置されている場合

② 介護予防・日常生活支援総合事業費（1月につき）

	要介護度	基本単位	
		相当サービス	緩和した基準によるサービス
①	事業対象者 要支援 1	1798	1618
②	事業対象者 要支援 2	3621	3259

加算（当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に算定）

項目	基本単位	算定要件
生活機能向上 グループ活動加算	100/月	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合
若年性認知症利用者 受入加算	240/月	受け入れた若年性認知症ごとに個別の担当者を定めているものとして若年性認知症利用者に対してサービスを行った場合
栄養アセスメント加算 ※ 2	50/月	管理栄養士と職員が共同して栄養アセスメントを実施し、情報を厚労省に提出した場合 ※1※3 との併用算定不可
栄養改善加算 ※ 3	200/月	管理栄養士が栄養状態の改善のため個別に栄養管理し、多職種共同で栄養計画を作成し、必要あれば居宅へ訪問する
口腔機能向上加算 (Ⅰ) ※ 1	150/月	看護職が個別的に口腔機能を把握し、多職種で計画を作成し、口腔機能向上サービスを提供した場合
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160/月	上記に加え、計画等の情報を厚労省に提出し、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ている場合
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	100/月	ICT・ビデオ等の動画活用により、リハビリ職が訪問せずに助言を受け、個別機能訓練計画を作成している場合
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200/月	リハビリ職が直接、事業所に出向き計画を共同作成している場合 ※運動器機能向上加算算定時は 100 単位
一体的サービス提供加算	480	利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施した場合
口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅰ) ※ 4	20/回	利用開始及び6月ごとに利用者の口腔の健康状態と栄養状態について確認を行い、担当の介護支援専門員に提供している場合
口腔・栄養 スクリーニング加算 (Ⅱ)	5/回 6ヶ月に1回	※2、※1又は※3を算定している場合に口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当の介護支援専門員に提供している場合
科学的介護推進 体制加算	40/月	ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他基本的な情報を厚労省に提出していること

送迎減算	-47/片道	事業所が送迎を行わない場合
同一建物減算	-376/月 (①の場合) -752/月 (②の場合)	同一建物に居住または同一建物から通うものに対して通所介護を行った場合
サービス提供体制強化 加算 (Ⅰ)	88/月 (①の場合) 176/月 (②の場合)	介護従事者の総数のうち介護福祉士が70%以上配置している場合
サービス提供体制強化 加算 (Ⅱ)	72/月 (①の場合) 144/月 (②の場合)	介護従事者の総数のうち介護福祉士が50%以上配置している場合
サービス提供体制加算 (Ⅲ)	24/月 (①の場合) 48/月 (②の場合)	介護従事者の総数のうち介護福祉士が40%以上配置している場合

※地域密着型通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業 共通

介護職員等 処遇改善加算	12.7%	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している場合（1か月あたりの総単位数に左記を乗じた額を加算）
高齢者虐待防止措置 未実施減算	0.01	虐待の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合（所定の単位数に左記を乗じた額を減算）
業務継続計画 未策定減算	0.01	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画が策定されていない場合 業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合 （所定の単位数に左記を乗じた額を減算）

③ その他実費の費用

食事代	720 円/日
日用雑貨日	51 円/日
紙パンツ	M：125 円 L:145 円
パット	M:50 円 L:70 円

③ 利用金の支払い方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金明細を翌月 15 日までに請求し、26 日（当日が金融機関休業日の場合は翌営業日）に指定口座から引き落としされます。または、あんどうクリニック外来受付に

直接お支払ください。

7. サービス利用方法

① サービス利用開始

介護支援専門員とご相談のうえ、お申込みください。

② サービス利用終了

1. 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください

2. 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1か月前までに、文書で通知いたします。

3. 自動終了（以下に該当する場合は、通知がない場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

③サービスの提供の記録

- ・事業所は通所介護等サービス提供に関する記録を付けることとし、これを契約終了後5年間保管します
- ・利用者は、事業所の営業時間内にその事業所にて、利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます
- ・利用者は、利用者に関するサービス実施記録複写物の交付を受けることができます（有料：10円/枚）

8. 契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、利用者は即座に契約を解約することができます
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヵ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず期限までに支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります

9. 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に利用者に容体の変化等があった場合には、応急処置を行い事前の打ち合わせによる主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等に連絡をいたします

10. 事故発生時の対応

- ① 事業者は、通所介護等の提供にあたっては、利用者が安全に利用していただけるよう、利用者の身体、生命の確保に万全を尽くしますが、万一事故が発生した場合には事故原因の追究及び解決にあたります
- ② 事業者は万が一の事故発生に備えて損害賠償責任保険に加入していますが、利用者も適切な対応を講ずるものとします
- ③ 事業者は、通所介護等の提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的義務が発生した場合には利用者に対してその損害を賠償します

11. 非常災害対策

防災時の対応	非常災害時の関係機関への通報について定期的に従業員に周知
防災設備	火災報知機 火災通報装置 スプリンクラー 誘導灯 消火器
防災訓練	年2回実施
防火責任者	後藤大輔

12. 苦情等の対応

当事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記までお気軽にご相談ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます

相談担当者：後藤大輔 / 連絡先： 0574-48-8858 / 受付時間：午前9時～午後5時

また、公的機関においても苦情申し出が可能です

可児市役所介護保険課 (介護事業者係)	(所在地) 可児市広見 1-1 (電話番号) 0574-62-1111 (FAX) 0574-60-4616 (受付時間) 8:30～17:15 (土日祝を除く)
国民健康保険団体連合会 (介護・障害課苦情相談係)	(所在地) 岐阜県下奈良 2-2-1 岐阜県福祉農業会館内 (電話番号) 058-275-9826 (FAX) 058-275-7635 (受付時間) 9:00～17:00 (土日祝を除く)
岐阜県社会福祉協議会	(所在地) 岐阜県下奈良 2-2-1 岐阜県福祉農業会館内

(運営適正化委員会)	(電話番号) 058-278-5136 (直通) (受付時間) 9:00～16:00 (土日祝を除く)
------------	--

13. 秘密保持について

- ① 当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密をもらしません
- ② 当事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密をもらしません
- ③ 事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上、必要な範囲内で利用者またはその家族等の個人情報を用います

年 月 日

地域密着型通所介護または介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

(事業者) 所在地 可児市下恵土 4061

名 称 グリーンテラスデイサービス

説明者 氏名 _____

私は、本書面により、事業者から地域密着型通所介護または介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄 _____