

介護予防デイサービスライムライト重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(香川県指定 第 3770601098 号)

1. 事業者

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 瑞祥会 |
| (2) 法人所在地 | 香川県東かがわ市湊 1183 番地 5 |
| (3) 電話番号 | 0879-25-0674 |
| (4) 代表者名 | 理事長 榎村 恵子 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-------------------|---|
| (1) 事業所の種類 | 指定介護予防通所介護事業所
平成 29 年 4 月 1 日指定 香川県 3770601098 号
※当事業所はライムライトに併設されています。 |
| (2) 事業所の目的 | 事業所の通所介護従業者は、要支援状態の心身の特性を踏まえて、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その家族の身体的、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生活機能グループ活動等の介護その他必要な援助を行います。 |
| (3) 事業所の名称 | デイサービスライムライト |
| (4) 事業所の所在地 | 香川県さぬき市志度 2325-1 |
| (5) 施設の概要 | 建物構造 鉄骨 5 階建
敷地面積 3,274.63 m ²
延床面積 (デイサービス) 341.06 m ² |
| (6) 電話番号 | 087-894-8341 |
| F A X 番号 | 087-894-8351 |
| (7) 事業所長 (管理者) 氏名 | 小川智生 |
| (8) 当事業所の運営方針 | 居宅要支援者等について、デイサービスライムライトにおいて入浴及び食事の提供その他日常生活上の世話並びに機能訓練等、要支援者等の心身の特性を踏まえて、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援助を行います。

(9) 開設年月 平成 29 年 4 月

(10) 利用定員 25 名

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 さぬき市（松尾、多和地区を除く）、高松市（牟礼町、新田町、高松町）、三木町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日	(12/30～1/3を除く)
受付時間	月～金曜日	AM 8:30～PM 5:30
サービス提供時間	月～金曜日	AM 9:30～PM 3:00

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防通所介護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います。

<主な職員の配置状況> ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人数	備考
1. 事業所長（管理者）	1人	
2. 介護職員	2人以上	サービス提供時間内
3. 生活相談員	1人以上	サービス提供時間内
4. 看護職員	1人以上	サービス提供時間内
5. 機能訓練指導員	1人以上	サービス提供時間内

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割若しくは8割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 入浴

- ・入浴介助又は清拭を行います。

② 排泄

- ・排泄の介助を行います。

9:30	12:00	13:00	15:00
送迎	ハイタル・入浴	食事	レクリエーション 体操等
			送迎

<サービス利用料金>

下記の料金表によって、ご契約者の要支援状態に応じた利用料金をお支払い下さい。

(上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援状態に応じて上限額が異なります。)

負担割合が1割の場合

	1月あたりの利用料金上限額
要支援1	¥ 1,798
要支援2	¥ 3,621

一回当たりの利用額

要支援1	436円 (月1~4回)	月1回：436円
		月2回：872円
		月3回：1,308円
		月4回：1,744円
要支援2	447円 (月1~8回)	月1回：447円
		月2回：892円
		月3回：1,341円
		月4回：1,788円
		月5回：2,235円
		月6回：2,682円
		月7回：3,129円
		月8回：3,576円

家族送迎や自転車での通所は、送迎減算を算定します。自己負担総額から片道47円を減算します。

- ・口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ **20円/月※6ヶ月に1回を限度**
- ・科学的介護推進体制加算 **40円/月**
- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) **所定単位数の1000分の90**
- ・サービス提供体制強化加算 **要支援1 24円/月**
 要支援2 48円/月

負担割合が2割の場合

一回当たりの利用額

要支援1	872円 (月1~4回)	月1回：872円
		月2回：1,744円
		月3回：2,616円
		月4回：3,488円
要支援2	894円 (月1~8回)	月1回：894円
		月2回：1,788円
		月3回：2,682円
		月4回：3,576円
		月5回：4,470円
		月6回：5,364円
		月7回：6,258円
		月8回：7,152円

家族送迎や自転車での通所は、送迎減算を算定します。自己負担総額から片道94円を減算します。

- ・口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ 40円/月※6ヶ月に1回を限度
- ・科学的介護推進体制加算 80円/月
- ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1000分の90*2
- ・サービス提供体制強化加算
要支援1 48円/月
要支援2 96円/月

負担割合が3割の場合

一回当たりの利用額

要支援1	1,308円 (月1~4回)	月1回：1,308円
		月2回：2,616円
		月3回：3,942円
		月4回：5,232円
要支援2	1,341円 (月1~8回)	月1回：1,341円
		月2回：2,682円
		月3回：4,023円
		月4回：5,364円
		月5回：6,705円
		月6回：8,046円
		月7回：9,387円
		月8回：10,728円

家族送迎や自車での通所は、送迎減算を算定します。自己負担総額から片道 141 円を減算します。

- ・ 口腔栄養スクリーニング加算 I **60 円/月※6 ヶ月に 1 回を限度**
- ・ 科学的介護推進体制加算 **120 円/月**
- ・ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) **所定単位数の 1000 分の 90**
- ・ サービス提供体制強化加算 **要支援 1 72 円/月**
 要支援 2 144 円/月

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供（食材料費含む）

ご契約者に提供する食事の調理費用及び材料にかかる費用です。

料金：1 食あたり **¥650**

- ・ 但し食事の持込を行った場合の費用負担は発生しないものとします。
- ・ 食事の持込に関しては、事前連絡のもとに行うこととし、連絡がなければ費用負担が発生するものとします。
- ・ 食事を持ち込んだ場合に発生した事故（食中毒）に関しては、当事業所において一切、責任は負いません。また、他の利用者への被害があった場合に関しても、同様です。

② 月の利用回数の限度を超えて利用される場合

要支援 1：5 回目以上の利用 1 回あたりの自己負担分の料金 **¥436**

要支援 2：8 回目以上の利用 1 回あたりの自己負担分の料金 **¥447**

※2 割、3 割負担の場合その割合に準ずる

③ 自動振替手数料 **¥110**

利用料金の支払いは銀行口座からの自動振替のみとし、ご利用者にご負担いただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代： 実 費

☆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) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1 ヶ月分を翌月にお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護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申し出て下さい。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所におけ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 生活相談員）近藤 翠美江

・受付時間 月曜日 ～ 金曜日

AM8:00 ～ PM5:30

7. 緊急時における対応

この事業所が提供する指定介護予防通所介護の事業実施中における、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに管理者に報告します。

8. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的な計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っております。

9. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、地域包括支援センターに連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (2) 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

10. 個人情報保護に対する基本方針

次頁に記載しています。

記

個人情報保護に対する基本方針

デイサービスライムライト（以下、「ライムライト」という）は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことを、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。

当施設が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

1. 個人情報の適切な取得、管理、利用、開示、委託

①個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知又は公表し、その範囲内で利用します。

② 個人情報の取得・利用・第3者提供にあたり、本人の同意を得ることとします。

③当施設と関係のある医療・介護事業者は、業務の連携にあたり、個人情報保護法とガイドラインの趣旨を十分理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定します。

2. 個人情報の安全性確保の措置

①当施設は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させます。

②個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失の予防及び是正のため、当施設内において規程を整備し、安全対策に努めます。

3. 個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除等への対応

当施設は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除等の申し出がある場合は速やかに対応します。

4. 苦情の処理

当施設は、個人情報取り扱いに関する苦情に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。

個人情報の利用目的

デイサービスタイムライトでは、利用者の尊厳を守り安全管理に配慮する個人情報保護方針の下、ここに利用目的を特定します。あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、必要な範囲を超えて個人情報を扱うことはいたしません。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1. 施設内部での利用目的

- ①当施設が利用者に提供する介護サービス
- ②介護保険事務及びその他の事務
- ③介護サービスの利用にかかる当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 入退居等の管理
 - ・ 会計・経理
 - ・ 事故等の報告
 - ・ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答（予防通所介護計画書の写しの交付）
 - ・ その他の業務委託
 - ・ 利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・ 家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務及びその他の事務のうち
 - ・ 審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ④ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1. 当施設内部での利用に係る利用目的

- ① 当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - ・ 当施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ・ 当施設において行われる事例研究
- ② 当施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - ・ 当施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ・ 当施設において行われる事例研究

2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ① 当施設の管理運営業務のうち
 - ・ 外部監査機関への情報提供

令和 年 月 日

介護予防通所介護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。

デイサービスライムライト

説明者 生活相談員 近藤 翠美江 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、介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名 印

利用者家族 住 所

氏 名 (続柄) 印