

「リバーサイド笠松園 介護予防短期入所生活介護」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。
(岐阜県指定 第 2170600593 号)

当事業所は利用者に対して介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6. 秘密の保持について	10
7. 苦情の受付について	9
8. 事故発生時の対応について	11
9. 虐待の防止について	11
10. 業務継続計画の策定等について	11
11. 衛生管理等について	11

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 羽島郡福寿会
 (2) 法人所在地 岐阜県羽島郡笠松町田代 621 番地の 1
 (3) 電話番号 058-388-5222
 (4) 代表者氏名 理事長 岩井 弘栄
 (5) 設立年月 平成 5 年 12 月 10 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防短期入所生活介護事業所
 平成 18 年 4 月 1 日 指定 岐阜県 2170600593 号
 ※当事業所は特別養護老人ホームリバーサイド笠松園に併設されています。
- (2) 事業所の目的 指定介護予防短期入所生活介護事業所は、介護保険法に基づき、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう居宅サービス計画表に従い、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 リバーサイド笠松園短期入所生活介護
- (4) 事業所の所在地 岐阜県羽島郡笠松町田代 621 番地の 1
- (5) 電話番号 058-388-5222
- (6) 管理者 氏名 三輪 浩子 (リバーサイド笠松園施設長)
- (7) 当事業所の運営方針 利用者が生き生きとした生活ができるよう援助するとともに、介護者の負担の軽減を図り、在宅生活の継続を促進します。
- (8) 開設年月 平成 16 年 7 月 15 日
- (9) 通常の送迎の実施地域 羽島郡 2 町 (岐南町、笠松町) と岐阜市柳津町及び各務原市 (旧川島町地内) 並びに当事業所より直線距離で 5k m 未満
- (10) 利用定員 16 人

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、下の表のとおりです。

居室・設備の種類	室数	備考
個室 (1 人部屋)	14 室	
2 人部屋	1 室	
和コーナー	1 室	居室が満床であり、介護支援専門員が緊急やむを得ないと認めた場合など一定の条件下において居室として使用する事があります。
合計	15 室	
食堂	2 室	
機能訓練室	1 室	【主な設置機器】平行棒、歩行器、牽引器、エクステンションマット
浴室	1 室	普通浴・寝台浴・車椅子浴

医務室	2室	医科1室・歯科1室
-----	----	-----------

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して介護予防短期入所生活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	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	兼務	1名
2. 介護職員	6.8名	6名
3. 生活相談員	0名	0名
4. 看護職員	2名	0名
5. 機能訓練指導員	兼務	1名
6. 管理栄養士	兼務	1名
7. 介護支援専門員	0名	0名
8. 医師	兼務	0名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 生活相談員	日勤： 8：00 ～ 17：00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7：30 ～ 16：30 1名 日勤： 8：00 ～ 17：00 1名 遅番： 10：30 ～ 19：30 1名 遅遅番： 13：30 ～ 22：30 1名 夜勤： 22：30 ～ 翌朝8：30 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤： 8：00 ～ 17：00 1名

5. 当事業者が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用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、

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 当事業者が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、滞在費、食費を除き 9 割、8 割または 7 割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①居室の提供

②食事

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の心身の状況等に応じた適切な方法により、食事の自立について必要な支援を行います。利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため可能な限り離床して食堂で食事を摂ることを支援するものとします。

(食事時間)

朝食： 7：45～ 9：45 昼食： 12：00～14：00

夕食：17：30～19：30

③入浴

- ・身体の清潔を維持し、快適な生活を営むことができるよう適切な方法により入浴又は清拭の機会を提供します。
- ・身体の状況によっては、機械浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄

- ・利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立についての援助を行います。

⑤その他自立への支援

- ・居宅における生活に近い日常の生活を尊重し、日常生活における家事等、利用者が心身の状況等に応じて行えるよう適切に支援します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な離床、着替え、整容等が行われるよう支援します。
- ・利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに利用者が自律的に行うこれらの活動を支援します。

<サービス利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、利用者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(利用者負担額)と滞在費(居住環境に応じた室料、光熱水費に相当する額)及び食費(食材料費、調理費に相当する額)の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、利用者の要支援度と介護保険負担割合に応じて異なります。)

○介護保険負担割合証記載の負担割合が1割の方

	要支援1	要支援2
1. 要介護度とサービス利用料金	5,290 円	6,560 円
2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180 円	180 円
3. 小計(1+2)	5,470 円	6,740 円
4. うち、介護保険から給付される金額	4,923 円	6,066 円
5. サービス利用に係る自己負担額(3-4)	547 円	674 円
6. 居室に係る自己負担額	2,050 円	
7. 食事に係る自己負担額	1,750 円	
8. 自己負担額合計(5+6+7)	4,347 円	4,474 円

※サービス提供体制強化加算は区分支給限度基準額の算定対象外です

※要支援1の方が連続して30日を超えて利用される場合、31日目以降、基本料金から1日あたり260円減額となります。

※要支援2の方が連続して30日を超えて利用される場合、31日目以降、基本料金から1日あたり330円減額となります。

送迎サービス

片道1回	1,840 円	家族等の都合により、事業所が送迎した場合
介護保険から給付される金額	1,656 円	
利用者負担金	184 円	

看取り連携体制加算

看取り連携体制加算	640 円	看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族に対して当該対応方針の内容を説明し同意を得ている場合。
介護保険から給付される金額	576 円	
利用者負担金	64 円	

※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度として算定します。

○介護保険負担割合証記載の負担割合が2割の方

	要支援1	要支援2
1. 要介護度とサービス利用料金	5,290 円	6,560 円
2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180 円	180 円

3. 小計 (1+2)	5,470 円	6,740 円
4. うち、介護保険から給付される金額	4,376 円	5,392 円
5. サービス利用に係る自己負担額 (3-4)	1,094 円	1,348 円
6. 居室に係る自己負担額	2,050 円	
7. 食事に係る自己負担額	1,750 円	
8. 自己負担額合計 (5+6+7)	4,894 円	5,148 円

※サービス提供体制強化加算は区分支給限度基準額の算定対象外です

※要支援1の方が連続して30日を超えて利用される場合、31日目以降、基本料金から1日あたり260円減額となります。

※要支援2の方が連続して30日を超えて利用される場合、31日目以降、基本料金から1日あたり330円減額となります。

送迎サービス

片道1回	1,840 円	家族等の都合により、事業所が送迎した場合
介護保険から給付される金額	1,472 円	
利用者負担金	368 円	

看取り連携体制加算

看取り連携体制加算	640 円	看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族に対して当該対応方針の内容を説明し同意を得ている場合。
介護保険から給付される金額	512 円	
利用者負担金	128 円	

※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度として算定します。

○介護保険負担割合証記載の負担割合が3割の方

1. 要介護度とサービス利用料金	要支援1	要支援2
	5,290 円	6,560 円
2. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180 円	180 円
3. 小計 (1+2)	5,470 円	6,740 円
4. うち、介護保険から給付される金額	3,829 円	4,718 円
5. サービス利用に係る自己負担額 (3-4)	1,641 円	2,022 円

6. 居室に係る自己負担額	2,050 円	
7. 食事に係る自己負担額	1,750 円	
8. 自己負担額合計 (5+6+7)	5,441 円	5,822 円

※サービス提供体制強化加算は区分支給限度基準額の算定対象外です

※要支援1の方が連続して30日を超えて利用される場合、31日目以降、基本料金から1日あたり260円減額となります。

※要支援2の方が連続して30日を超えて利用される場合、31日目以降、基本料金から1日あたり330円減額となります。

送迎サービス

片道1回	1,840 円	家族等の都合により、事業所が送迎した場合
介護保険から給付される金額	1,288 円	
利用者負担金	552 円	

看取り連携体制加算

看取り連携体制加算	640 円	看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族に対して当該対応方針の内容を説明し同意を得ている場合。
介護保険から給付される金額	448 円	
利用者負担金	192 円	

※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度として算定します。

○1割負担・2割負担・3割負担共通事項

・処遇改善加算Ⅲ

処遇改善加算Ⅲ	1月あたりの総単位数の	113/1000
---------	-------------	----------

※処遇改善加算Ⅲは区分支給限度基準額の算定対象外です。

☆利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、利用者負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

○当事業者の滞在費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、滞在費・食費の負担額が軽減されます。（介護保険負担限度額認定証をお持ちの方。）

区分	負担限度額				⑤ ①②③④以外の方 (第4段階)
	世帯全員が市町村民税非課税者で				
	①生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者 (第1段階)	②課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方 (第2段階)	③課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超120万円以下 (第3段階①)	④課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円を超える方 (第3段階②)	
朝食単価	410円	410円	410円	410円	410円
昼食単価	700円	700円	700円	700円	700円
夕食単価	640円	640円	640円	640円	640円
食費	300円	600円	1,000円	1,300円	1,750円
滞在費	880円	880円	1,370円	1,370円	2,050円

※①②③④について、世帯が違っていても配偶者が市町村民税を課税されている方は対象外です。

※②③④について預貯金等が一定額以下であることが条件です。

②年金収入等80万円以下（第2段階）	単身 650万円、夫婦 1,650万円
③年金収入等80万円超120万円以下 （第3段階①）	単身 550万円、夫婦 1,550万円
④年金収入等120万円超（第3段階②）	単身 500万円、夫婦 1,500万円

※1日の食費の負担額は、1,750円となりますが、食事の利用状況（朝、昼、夕）及び負担額の軽減により、お支払額は各食単価の合計金額又は食費のうち、低い方の金額となります。

(2) (1) 以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担（利用料）となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①介護保険給付の支給限度を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。

②レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

④喫茶代

施設 1 階の喫茶コーナーをご利用いただけます。

利用料金：1 杯あたり 150 円

⑤美容サービス

訪問美容師による美容サービスをご利用いただけます。

利用料金：1 回あたり 2,000 円

⑥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利用者の日常生活に要する費用で利用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。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施区域以外の地区にお住まいの利用者で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと事業所との送迎費用として保険給付額以外に、下記の料金をいただきます。

当事業所より直線距離で 5k m 以上 片道 500 円

☆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、変更を行なう 2 か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 か月ごとに計算し、ご請求しますので、ご指定の口座より自動引き落としさせていただきます。

自動引き落としのために申込書を作成させていただきます。なお、自動引き落としの手数料は当施設が負担します。

利用者負担額及び利用料等の明細書について不明な点はお尋ね下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、利用者の都合により、介護予防短期入所生活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前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働状況により利用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利用者に提示して協議します。

○利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

6. 秘密の保持について

- (1) 事業者、事業所の管理者、事業所の職員及び事業所に関する職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を第三者に漏らしません。
- (2) 前記については、事業者、事業所の管理者、事業所の職員及び事業所に関係する職員であった者についても同様とします。
- (3) 事業所は、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者のご家族の個人情報を用いる場合は当該ご家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくものとします。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

社会福祉法第82条の規定により、当事業所では利用者やご家族の皆様からの苦情に適切対応する体制を、次のように整えております。

当事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記により設置し、苦情解決に努めることとしています。

○ 苦情解決責任者	三輪 浩子	(施設長)
○ 苦情受付担当者	加藤 大介	(特別養護老人ホーム 生活相談員)
苦情受付副担当者	西川 守	(デイサービスセンター 生活相談員)
苦情受付副担当者	高橋 和哉	(短期入所生活介護 生活相談員)
苦情受付副担当者	瀨瀬 ゆかり	(居宅介護支援事業所・介護支援専門員)
☆ 窓口受付時間	毎週月曜日～金曜日	8:30～17:30
電話番号	058-388-5222	
F A X	058-388-5225	
☆	苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者又は苦情受付副担当者が随時受け付けます。	
☆	また、苦情受付ボックスとしてリバーサイド笠松園の喫茶コーナーに「ご意見番」を設置しております。	
○第三者委員	箕浦 久子	連絡先 羽島郡笠松町新町7番地 電話 058-387-2224
	土岐 安代	連絡先 羽島郡岐南町伏屋4丁目194番地 電話 058-245-3835 (憶念寺)
	小川 眞理子	連絡先 岐阜市柳津町上佐波3丁目152番地 電話 058-279-0260 (等光寺)
	小島 祥司	連絡先 各務原市川島松倉町1241番地 電話 0586-89-5387
☆	第三者委員は、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために設置しています。	
☆	第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。	
☆	第三者委員の制度については、別途お知らせします『「苦情申出窓口」の設置について』をご覧ください。	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各務原市 介護保険課	所在地 受付時間 電話番号 F A X	各務原市那加桜町1丁目69番地 8:30~17:15 058-383-2067 058-383-6365
岐南町 保険年金課	所在地 受付時間 電話番号 F A X	岐南町八剣7丁目107番地 8:30~17:15 058-247-1341 058-247-9904
笠松町 健康介護課	所在地 受付時間 電話番号 F A X	笠松町長池408番地の1 8:30~17:15 058-388-7171 058-388-5955
岐阜市 介護保険課	所在地 受付時間 電話番号 F A X	岐阜市司町40番地1 8:45~17:30 058-265-2093 058-267-6015
岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課苦情相談係	所在地 受付時間 電話番号 F A X	岐阜市下奈良2丁目2番1号 9:00~17:00 058-275-9826 058-275-7635
岐阜県運営適正委員会 社会福祉法人岐阜県社会福祉協議会内	所在地 受付時間 電話番号 F A X	岐阜市下奈良2丁目2番1号 9:00~17:00 058-278-5136 058-278-5137

(3) 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者等の意見を把握する取り組み	意見箱の設置	常設
	結果の開示状況	あり
第三者による評価の実施状況	なし	

8. 事故発生時の対応について

- (1) 事業所は、利用者に対する介護予防短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者のご家族、当該利用者の居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、利用者に対する介護予防短期入所生活介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行なうものとします。ただし、事業所の責に帰すべからざる事故による場合は、この限りではありません。

9. 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 職員に対して虐待を防止するための研修を定期的に実施しています。

(4) 虐待防止の措置を実施するための担当者を配置しています。

10. 業務継続計画の策定等について

事業所は、業務継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定短期入所生活介護の提供が受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

11. 衛生管理等について

事業所は、感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を整備しています。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努めます。

令和 年 月 日

指定居宅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ないました。

指定介護予防短期入所生活介護 リバーサイド笠松園短期入所生活介護

説明者職名

氏名

印

※この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

R.6.8.1

指定居宅サービス提供同意書

私は、「リバーサイド笠松園 介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意しました。また、居宅サービス計画の作成等に資するために、居宅サービス担当者会議等において、私及び家族に関する情報を提供されることについても同意します。

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人住所 _____)

(氏 名 _____ 印)

続柄 (利用者との関係) _____

介護者住所 _____

氏 名 _____ 印

続柄 (利用者との関係) _____

社会福祉法人羽島郡福寿会 理事長 様