

「リバーサイド川島園 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。

(第 2170600122 号)

当事業所は利用者に対して指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護を提供します。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。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 設備等の概要	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	3
6. サービス利用に当たっての留意事項	9
7. 非常災害対策	10
8. 緊急時の対策	10
9. 事故発生時の対応	10
10. 身体拘束の禁止	10
11. 虐待の防止について	10
12. 秘密の保持について	11
13. 苦情の受け付けについて	11
14. 個人情報の取り扱いについて	12
15. 第三者による評価の実施状況	13

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) 事業等の種類 指定短期入所生活介護
 平成 12 年 2 月 10 日指定
 指定介護予防短期入所生活介護
 平成 18 年 4 月 1 日指定

※当事業所は特別養護老人ホームリバーサイド川島園に併設されています。

- (2) 事業所の目的 事業所は、介護保険法に基づき、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- (3) 事業所の名称 リバーサイド川島園短期入所生活介護
- (4) 事業所の所在地 岐阜県各務原市川島河田町 1348 番地
- (5) 電話・FAX番号 TEL:0586-89-5602 FAX:0586-89-5614
- (6) 管理者 氏名 岩田 智也 (リバーサイド川島園施設長)
- (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 7 年 7 月 1 日
- (9) 通常の事業の実施地域 羽島郡 2 町 (岐南町、笠松町)、岐阜市柳津町及び各務原市川島
- (10) 利用定員 20 人

3. 設備等の概要

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)	4 室	従来型個室
2 人部屋	6 室	多床室
4 人部屋	1 室	多床室
合計	11 室	
食堂	1 室	
機能訓練室	1 室	[主な設置機器] 平行棒、歩行器

浴室	2室	普通浴・寝台浴・車椅子浴
医務室	1室	

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定介護福祉施設サービス及び短期入所生活介護サービス・指定介護予防短期入所生活介護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
施設長（管理者）	兼務	1人
介護職員	6.4	4人以上
生活相談員	1.0	1人以上
看護職員	0.8	1人以上
機能訓練指導員	0.1	1人以上
医師（嘱託）	兼務	必要数

※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で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 生活相談員	日勤： 8：30～17：30 他
2. 介護職員	早番： 7：30～16：30 日勤： 8：00～17：00 遅番： 10：30～19：30 遅遅： 12：30～21：30 夜勤： 21：30～翌朝7：30
3. 看護職員	日勤： 8：30～17：30

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、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サービス (2) 利用料金の全額を利用者に負担いただくサービス |
|--|

があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス

以下のサービスは、居住費・食費を除き、利用料金の大部分（通常9割：利用者負担1割）が介護保険から給付されます。なお、所得状況により利用者負担が2割となる場合があります。（利用者負担割合詳細は市町村へご確認ください。）

<サービスの概要>

①日常生活上の介護

- ・更衣・排せつ・食事・入浴等の介助
- ②食事の提供
- ・食事は利用者の心身の状態、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。
- ③機能訓練
- ・日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。
- ④生活相談
- ・生活相談員をはじめ職員が、日常生活に関する事等の相談に応じます。
- 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立的に行うこれらの活動を支援します。

<サービス利用料金>

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用に係る自己負担額をお支払いください。(サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。)

【予防給付費】

(ア) 併設型介護予防短期入所生活介護費

◆1割負担の金額

		サービス利用料金 自己負担額	居住費	食費	1日当たり 自己負担合計
従来型 個室 (1人部屋)	要支援1	535円	1,231円	1,445円	3,211円
	要支援2	660円			3,336円
多床室 (2・4人部屋)	要支援1	535円	915円		2,895円
	要支援2	660円			3,020円

◆2割・3割負担の金額 (カッコ内は3割負担の金額)

		サービス利用料金 自己負担額	居住費	食費	1日当たり 自己負担合計
従来型 個室 (1人部屋)	要支援1	1,070円(1,605円)	1,231円	1,445円	3,746円(4,281円)
	要支援2	1,320円(1,980円)			3,996円(4,656円)

多 床 室 (2・4人部屋)	要支援 1	1,070 円 (1,605 円)	915 円		3,430 円 (3,965 円)
	要支援 2	1,320 円 (1,980 円)			3,680 円 (4,340 円)

※利用料金には下記加算の○印のついた加算を適用しています。利用者様の状態等により○印以外の加算が適用され自己負担額に誤差が生じます。なお、自己負担額は、総単位数×10.17(地域加算)の1割・2割又は3割で計算しています。また、連続31日以上短期入所生活介護を利用した場合上記の金額に誤差が生じることをご了承ください。

(イ) 各種加算料金 (数字は単位) ※1 単位/10.17 円(地域区分 7 級地)

加算項目	加算単位数	備考
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1月につき(原則3月に1回を限度)
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	1月につき
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	100	1月につき 個別機能訓練加算を算定している場合
機能訓練体制加算	12	1日あたり
個別機能訓練加算	56	1日あたり
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	1日あたり(7日間を限度)
若年性認知症利用者受入加算	120	1日あたり
送迎加算	184	片道につき
口腔連携強化加算	50	1月につき(1月につき1回を限度)
療養食加算	8	1回につき(1日に3回を限度)
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	1日あたり
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	1日あたり
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	1月につき
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	1月につき
○サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	1日あたり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	1日あたり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	1日あたり
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	サービス利用料金に係る自己負担額と各種加算の自己負担額の総額に140/1000を乗じた額が加算されます。(1円未満四捨五入)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	サービス利用料金に係る自己負担額と各種加算の自己負担額の総額に136/1000を乗じた額が加算されます。(1円未満四捨五入)	
○介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	サービス利用料金に係る自己負担額と各種加算の自己負担額の総額に113/1000を乗じた額が加算されます。(1円未満四捨五入)	

※○印を付したものが適用している加算項目です

【介護給付費】

(ア) 併設短期入所生活介護

◆1割負担の金額

		サービス利用料金 自己負担額	居住費	食費	1日当たり 自己負担合計
従 来 型 個 室 (1人部屋)	要介護 1	725 円	1,231 円	1,445 円	3,401 円
	要介護 2	803 円			3,479 円
	要介護 3	885 円			3,561 円
	要介護 4	965 円			3,641 円
	要介護 5	1,043 円			3,719 円

多床室 (2・4人部屋)	要介護 1	725 円	915 円		3,085 円
	要介護 2	803 円			3,163 円
	要介護 3	885 円			3,245 円
	要介護 4	965 円			3,325 円
	要介護 5	1,043 円			3,403 円

◆2割・3割負担の金額 (カッコ)内は3割負担の金額

		サービス利用料金 自己負担額	居住費	食費	1日当たり 自己負担合計
従来型 個室 (1人部屋)	要介護 1	1,449 円(2,173 円)	1,231 円	1,445 円	4,125 円(4,849 円)
	要介護 2	1,605 円(2,408 円)			4,281 円(5,084 円)
	要介護 3	1,770 円(2,655 円)			4,446 円(5,331 円)
	要介護 4	1,929 円(2,893 円)			4,605 円(5,569 円)
	要介護 5	2,085 円(3,128 円)			4,761 円(5,804 円)
多床室 (2・4人部屋)	要介護 1	1,449 円(2,173 円)	915 円		3,809 円(4,533 円)
	要介護 2	1,605 円(2,408 円)			3,965 円(4,768 円)
	要介護 3	1,770 円(2,655 円)			4,130 円(5,015 円)
	要介護 4	1,929 円(2,893 円)			4,289 円(5,253 円)
	要介護 5	2,085 円(3,128 円)			4,445 円(5,488 円)

※利用料金には下記加算の○印のついた加算を適用しています。利用者様の状態等により○印以外の加算が適用され自己負担額に誤差が生じます。なお、自己負担額は、総単位数×10.17(地域加算)の1割・2割又は3割で計算しています。また、連続31日以上短期入所生活介護を利用した場合上記の金額に誤差が生じることをご了承ください。

(イ) 各種加算料金 (数字は単位) ※1 単位/10.17 円(地域区分 7 級地)

加算項目	加算単位数	備考
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1月につき(原則3月に1回を限度)
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	1月につき
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	100	1月につき 個別機能訓練加算を算定している場合
機能訓練体制加算	12	1日あたり
個別機能訓練加算	56	1日あたり
看護体制加算(Ⅰ)	4	1日あたり
看護体制加算(Ⅱ)	8	1日あたり
看護体制加算(Ⅲ)イ	12	1日あたり
看護体制加算(Ⅳ)イ	23	1日あたり
医療連携強化加算	58	1日あたり
看取り連携体制加算	64	1日あたり(死亡日及び死亡日以前30日以下に限る)
夜間職員配置加算(Ⅰ)	13	1日あたり
○夜間職員配置加算(Ⅲ)	15	1日あたり
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	1日あたり(7日間を限度)
若年性認知症利用者受入加算	120	1日あたり
送迎加算	184	片道につき
緊急短期入所受入加算	90	1日あたり(7日間を限度)
口腔連携強化加算	50	1月につき(1月に1回を限度)
療養食加算	8	1回あたり(1日に3回を限度)
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	1日あたり

認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	1日あたり
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	1月につき
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	1月につき
○サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	1日あたり
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	1日あたり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	1日あたり
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	サービス利用料金に係る自己負担額と各種加算の自己負担額の総額に140/1000を乗じた額が加算されます。(1円未満四捨五入)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	サービス利用料金に係る自己負担額と各種加算の自己負担額の総額に136/1000を乗じた額が加算されます。(1円未満四捨五入)	
○介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	サービス利用料金に係る自己負担額と各種加算の自己負担額の総額に113/1000を乗じた額が加算されます。(1円未満四捨五入)	

※○印を付したものが適用している加算項目です

☆利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用に係る自己負担額と介護保険から給付される金額(9割・8割又は7割)の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、サービス利用に係る自己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。

☆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。

☆居室と食事にかかる費用について、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。

☆滞在費及び食費に関する軽減について

世帯の所得の状況に応じて、下記の表のように負担の限度額が設定されます。

利用者 負担段階	対 象 者		居住費(滞在費)		食費
	所得の状況	預貯金等の資産状況、()内は配偶者がいる場合	従来型個室	多床室	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯の全員(※1)が市区町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方 生活保護等を受給されている方 	1,000万円 (2,000万円) 以下	380	0	300
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯の全員(※1)が市区町村民税を課税されていない方で合計取得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方 	650万円 (1,650万円) 以下	480	430	600
第3段階①	<ul style="list-style-type: none"> 世帯の全員(※1)が市区町村民税を課税されていない方で合計取得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円超以上120万円以下 	550万円 (1,550万円) 以下	880	430	1,000

第3段階②	・世帯の全員（※1）が市区町村民税を課税されていない方で合計取得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間120万円超以上	500万円 (1,500万円) 以下	880	430	1,300
第4段階	・上記以外の方		1,231	915	1,445

※1,445円の詳細【朝食345円、昼食590円、夕食510円】

（※1）世帯を分離している配偶者を含む

（注）前記軽減措置（第1段階から第3段階まで）には市町村への申請が必要です。

（注）負担限度額は、介護保険特定負担限度額認定証に記載する食費の特定負担額をいう。

1日の利用料金は、各利用者負担段階の食費欄金額を上回らない額とします。

☆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。

（2）利用料金の全額を利用者に負担いただくサービス

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居室の利用

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。
- ・利用者の自立支援のため食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

朝食： 8：00～ 9：00 昼食： 12：00～13：00

夕食：18：00～19：00

③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になります。

④喫茶コーナーでの飲物提供

喫茶コーナーにてコーヒー等のお飲み物を提供しております。

1杯あたり 150円

⑤レクリエーション、クラブ活動

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：材料代等が必要な場合は、その実費をいただくことがあります。

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。

事業実施エリア境界より直線距離で5km以上、10km未満 片道500円

事業実施エリア境界より直線距離で10km以上 別途協議いたします。

⑧介護保険自己負担請求書・領収証等の再発行 1部：100円

⑨前各号に掲げるもののほか、事業において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの。

⑩契約書第21条に定める所定の料金

(3) 利用料金のお支払い方法

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、短期入所生活介護サービス又は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下さい。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、事業所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. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 喫煙は、事業所内の所定の場所に限り、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁煙にご協力頂きます。
- (2) 飲酒は、事業所内の所定の場所及び時間に限り、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁酒にご協力頂きます。
- (3) 利用者は、生活環境の保全のため、事業所内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持に

ご協力頂きます。

(4) 利用者は、事業所で次の行為をしてはいけません。

- ①宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- ②けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。
- ③施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- ④指定した場所以外で火気を用いること。
- ⑤故意に事業所若しくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

7. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の家族への連絡、主治の医師又は特別養護老人ホームリバーサイド川島園の協力病院への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。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います。ただし、事業所の責に帰すべからざる事故による場合は、この限りでない。

10. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行いません。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

11. 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。

1 2. 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。

1 3. 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	岩田 智也 (リバーサイド川島園施設長)
○ 苦情受付担当者	可児 幽 (施設介護課 課長)
苦情受付副担当者	星 健吾 (居宅介護支援センター・マネージャー)
苦情受付副担当者	松原 幸義 (在宅介護課 課長)
☆ 窓口受付時間	毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
電話番号	0586-89-5611
FAX	0586-89-5614
☆ 苦情面接、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川島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
	電話 058-387-2224
	土岐 安代 連絡先 羽島郡岐南町伏屋4-194 憶念寺
	電話 058-245-3835
	小川 真理子 連絡先 岐阜市柳津町上佐波3-152 等光寺
	電話 058-279-0260
	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』	

て』をご覧ください。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各務原市役所 健康福祉部 介護保険課 施設指導係	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 (直通) 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7-107 8:30~17:15 058-247-1341 (直通) 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408-1 8:30~17:15 058-388-7171 (直通) 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2-2-1 9:00~17:00 058-275-9826 058-275-7635
岐阜県運営適正化委員会 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2-2-1 9:00~17:00 058-278-5136 058-278-5137

14. 個人情報の取り扱いについて

利用者及びその家族等（後見人を含む）（以下、「家族等」）の個人情報について下記により必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集します。

①使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)のほか、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所、及び介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
- (3) サービス提供にかかる利用開始・終了手続きなどの管理運営業務のため
- (4) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、利用者が体調等を崩し又は傷病等で病院へいったときで医師・看護師等に説明する場合
- (5) 提供したサービスに関する請求業務などの介護保険事務のため
- (6) 当法人で行われる職員研修における事例検討のため
- (7) 当法人で行われる学生等の実習研修のため

- (8) 審査支払い機関（国保連）や保険者からの照会など、法令上応じることが義務付けられている事項のため
- (9) 外部監査機関・サービス評価機関への情報提供のため
- (10) 損害賠償保険・傷害保険等に係る保険会社等への相談・届出のため
- (11) その他、特に目的を特定の上、同意を得て収集した個人情報については、その利用目的に沿う範囲

②使用する期間

- (1) サービスの提供を受けている期間

③使用する条件

- (1) 個人情報の取り扱いにあたっては関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払います。
- (2) 上記①の目的で使用した際の記録等について請求があれば当該部分について開示します。

15. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

《利用者ご本人の映像・写真について》

利用者ご本人の映像や写真を当法人の

ホームページ パンフレット 広報誌 施設内掲示物

に使用することを同意します。(同意しない項目にチェック)

令和 年 月 日

指定（予防）短期入所生活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及び個人情報の取り扱いについての説明を行ないました。

指定（予防）短期入所生活介護 リバーサイド川島園短期入所生活介護

説明者職名 職名 氏名 印

私もしくは私の家族等は、本書面に基づいて事業者から指定（予防）短期入所生活介護サービスについて当該サービスに係る重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、指定（予防）短期入所生活介護サービスの提供に同意します。また、個人情報の取り扱いに関しても十分理解したうえ同意します。

利 用 者 住 所

氏 名 印

利用者は（ ）により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって、その署名を代行いたします。

署名代行者 住 所

(又は法定代理人)

氏 名 印 (続柄:)

家 族 等 住 所

氏 名 印 (続柄:)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第125条及び厚生省令第35号（平成18年3月14日）第133条の規定に基づき、入所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。

2024.8.1

