

指定短期入所生活介護 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。
(福島県指定 第 0773200845 号)

当事業所はご契約に対して指定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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

◆◆◆ 目次 ◆◆◆

1	事業所	2
2	施設の概要	3
3	職員の配置状況及び職務内容	4
4	当施設が提供するサービスと利用料金	5～8
5	事故発生・緊急時の連絡及び報告並びに対応	8
6	苦情の受付	9
7	協力医療機関	10
8	非常災害時の対応	11
9	当施設利用の際に留意いただく事項	11

指 定 短期入所生活介護

重 要 事 項 説 明 書

あなたに対する短期入所生活介護サービス提供開始にあたり厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

令和6年8月1日現在

1 事 業 所

事 業 所 の 名 称	社会福祉法人 千翁福祉会		
法 人 所 在 地	福島県双葉郡川内村大字上川内字迎原78番地		
法 人 種 別	社会福祉法人		
代 表 者 氏 名	理事長 佐川 優		
施 設 の 名 称	特別養護老人ホーム かわうち		
施 設 の 所 在 地	福島県双葉郡川内村大字上川内字迎原78番地		
施 設 長 名	林 光浩		
電 話 番 号	0240-38-3567	F A X 番 号	0240-38-3888

2 ご利用施設であわせて実施する事業

事 業 の 種 類	福島県知事の事業所指定		利用定数
	指定年月日	指定番号	
介護老人福祉施設	平成27年11月1日	0773200845	76人
短期入所生活介護	平成27年11月1日	0773200845	4人
	平成 年 月 日		

3 事業の目的と運営の方針

事 業 の 目 的	社会福祉法人千翁福祉会が開所する特別養護老人ホームかわうち(以下「事業所」という。)が行う指定短期入所生活介護サービス(以下「事業」という。)は要介護状態の入所者が、可能な限りその施設において、残された能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等・日常生活の世話及び機能回復訓練を行い入所者の心身の機能の維持を図ることを目的とする。
施設運営の方針	事業所は、入所者に対し健全な環境のもと、高度な技術と資質を有する介護職員による処遇及び日常生活の提供と、入所者の意思及び人格を尊重した施設サービス計画により適切なサービスの提供を図る。事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村・その他の保健医療サービス・その他の福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

4 施設の概要

敷 地		13,428.67㎡
建物	構 造	平屋鉄骨造
	延 べ 床 面 積	2,986.48㎡
	利 用 定 員	76名（ショートステイ4名）

(1) 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として2人部屋、4人部屋です。（ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合があります。

<特別養護老人ホーム>

居室の種類	室 数	面 積	一人当たり面積	備考
2人部屋	1室	36.26㎡	18.13㎡	2人床室
2人部屋	1室	38.50㎡	18.25㎡	2人床室
4人部屋	13室	47.46㎡	11.86㎡	4人床室
4人部屋	5室	48.78㎡	12.75㎡	
4人部屋	1室	48.78㎡	12.19㎡	ショートステイ

総床面積 2,986.48㎡

☆ 居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(2) 主な設備

施設の種類	数	面 積	一人当たり面積
食 堂 兼 機 能 訓 練 室	1室	244.70㎡	— ㎡
一 般 浴 室	1室	89.28㎡	
機 械 浴 室	特殊浴槽	3台	
医 務 室	1室	18.00㎡	

(注) 食堂の指定基準は、一人あたり 3㎡

5 職員数及び勤務内容(主たる職員)

従業者の職種	員数	区 分				常勤換 算後の 人員	事業所 の指定 基準	保 有 資 格	勤 務 内 容
		常 勤		非常勤					
		専従	兼務	専従	兼務				
施 設 長	1		1			1	1	社会福祉主事 防 火 管 理 者	施設全般の管理 運 営
生 活 相 談 員	1		2			1	1	社会福祉主事 介 護 福 祉 士	入所者の生活全般 の相談及び援助
介 護 職 員	26	23		3		26	24	介 護 福 祉 士 ヘルパー1級、2級	入所者の生活介 護 ・ 援 助
看 護 職 員	3	3				3	3	看 護 師 准 看 護 師	入所者の健康管理
機能訓練指導員	2	2				2			入所者の機能維持 訓 練
介護支援専門員	1	1				1	1	介護支援専門員 介 護 福 祉 士	生活相談及び援助
医 師				2		0.1	必要数	医 師	
栄 養 士	1	1				1	1	管 理 栄 養 士 栄 養 士	入所者の栄養管理

(注)上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施 設 長	・日勤(9:00～18:00)	週 40 時間
生 活 相 談 員	・日勤(9:00～18:00)	週 40 時間
介 護 職 員	・早番(6:30～15:30) ・日勤(9:00～18:00) ・遅番(11:30～20:30) ・夜勤(17:00～翌 10:00) ・AM半勤(9:00～13:00) ・PM半勤(14:00～18:00)	週 40 時間
看 護 職 員	・日勤(9:00～18:00) ・早番(7:30～16:30)	週 40 時間
機能訓練指導員	・日勤(9:00～18:00)	週 40 時間
介護支援専門員	・日勤(9:00～18:00)	週 40 時間
栄 養 士	・日勤(9:00～18:00)	週 40 時間
医 師	・内科医は週 1 回、回診します。	

7 料 金

<基本料金>

○ 施設利用料

●(1日当たりの自己負担分)

(1割の場合)		【2割の場合】		[3割の場合]	
区 分	多床室	区 分	多床室	区 分	多床室
要介護度 1	603 円	要介護度 1	1,206 円	要介護度 1	1,809 円
要介護度 2	672 円	要介護度 2	1,344 円	要介護度 2	2,016 円
要介護度 3	745 円	要介護度 3	1,490 円	要介護度 3	2,235 円
要介護度 4	815 円	要介護度 4	1,630 円	要介護度 4	2,445 円
要介護度 5	884 円	要介護度 5	1,768 円	要介護度 5	2,652 円

- ① 短期生活夜勤職員配置加算 1 日当たり 13 円 【26 円】 [39 円]
- ② 短期入所生活介護送迎加算 1 日当たり 184 円 【368 円】 [552 円]
- ③ 機能訓練体制加算 1 日当たり 12 円 【24 円】 [36 円]
- ④ サービス提供体制強化加算 1 日当たり 6 円 【12 円】 [18 円]
- ⑤ 介護職員等処遇改善加算Ⅲ 1 日当たり

※ 1 介護職員等処遇改善加算は当月の総利用単位数に 1 1. 3 % を乗じた金額の 1 割又は 2 割又は 3 割が入所者様の負担額となります。なお、その月によって料金が変わる場合があります。

※ 2 【 】 2 割負担・[] 3 割負担の場合

☆ ご契約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。要介護の認定を受けた後、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)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要な事項を記載した「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、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

<介護保険以外の料金>

- ① 食費 1 日当たり 1,445 円

◆ 当施設の居住費・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、居住費・食費の負担が軽減されます。 (1 日当たり)

	対 象 者	食 費	多床室居住費
第 1 段階	生活保護受給者等	300 円	0 円
第 2 段階	市町村民税世帯非課税かつ 年金収入が 80 万円以下の方等	600 円	430 円
第 3 段階 ①	市町村民税世帯非課税で 年金収入が 80 万以上 120 万以下	1,000 円	430 円
第 3 段階 ②	市町村民税世帯非課税で 年金収入が 120 万以上	1,300 円	430 円
第 4 段階	上記以外の方	1,445 円	915 円

施設サービスの概要

(1) 施設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、居住費、食費を除き通常 9 割が介護保険から給付されます。

種 類	内 容
居 室 の 提 供	・ 2 人部屋、4 人部屋若しくは空床となってる部屋をご利用いただき、快適な日常生活を営むことができるよう居住環境に配慮します。
食 事	・ 栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 <食事時間> 朝食 7 : 4 5 ~ 8 : 4 5 昼食 1 1 : 4 5 ~ 1 2 : 4 5 夕食 1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
排 泄	・ 入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	・ 利用日数に応じて ・ 入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を用いての入浴も可能です。
離床、着替え、整容等	・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう援助します。 ・ 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・ 寝具の消毒、シーツ交換は、随時確認し実施します。
機 能 訓 練	・ 機能訓練指導員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体の機能の低下を防止するよう努めます。 ・ 当施設に保有するリハビリ器具、歩行補助平行棒・その他機能訓練用具等。
健 康 管 理	・ 嘱託医師により、週 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・ 入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 (当施設の嘱託医師)：㊤誠励会ひらた中央病院。 診察科：呼吸器科、内科、外科、他 診察日：救急指定病院のため毎日
相談及び援助	・ 当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員及び介護支援専門員
社会生活上の便宜	・ 当施設では必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・ 主な娯楽設備 大型テレビによるカラオケ装置 クラブ活動(園芸、書道、創作、カラオケ)】 ・ 主なレクリエーション行事(施設行事計画による) ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況により代わりに行います。 ・

(2) (1)以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

サービスの種類	内 容
理 容 ・ 美 容	・ 川内村理美容公定価格
日 常 生 活 品	・ 日常生活品についてはご家族様で購入して頂きます。

9 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法 定 代 理 受 領 の 場 合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の1割または2割または3割と居住費、食費の自己負担額の合算額)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額に同じ)

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
理 容 ・ 美 容 サ ー ビ ス	・ 理容サービス 1回あたり 川内村理・美容公定価格
日常生活品購入代行サービス	・ 購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費

(3) 入所者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
特別な飲食物及び特別な日常生活に要する費用で本人に負担頂くことが適当であるもの	・ 施設が提供する以外の酒、ビール、清涼飲料水 ・ クラブ活動費用 ・ 施設外活動時の費用 ・ 日常生活品の購入代金 ・ レクリエーション費用

☆ 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。

10 事故発生・緊急時の連絡及び報告並びに対応

- (1) 当施設利用中に身体状況が急変した時や、介護事故等が発生した場合、下記に登録いただいた緊急連絡先に連絡及び報告をすると同時に当施設協力病院ひらた中央病院に緊急搬送します。

① 家族代表者

氏名 _____ 続柄 (_____)

住所 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

勤務先電話番号及び会社名 _____

② 家族代表者に代わって対応していただける方

氏名 _____ 続柄 (_____)

住所 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

勤務先電話番号及び会社名 _____

なお、緊急連絡は家族代表様へ連絡しますが、もし、ご不在の場合はその他②に電話連絡します。

(2) 処理結果及び再発防止策の対応

処理結果、事故発生の原因及び再発防止策を策定し、入所者の属する市町村担当課(保険者)へ速やかに報告します。

11 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設 ご利用 相談室	窓口担当者	生活相談員 上遠野 貴子 介護支援専門員 渡邊 ちひろ
	責 任 者	施設長 林 光浩
	ご利用時間	毎 日 午前9時～午後6時
	ご利用方法	T E L 0240-38-3567 F A X 0240-38-3888 面 接 随 時 苦情箱 (施設館内に設置)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

第 三 者 委 員 会	委 員 名	秋元 喜一
	住所・電話番号	TEL 0240-38-3054
	委 員 名	遠藤 敏子
	住所・電話番号	TEL 0240-38-2161
	委 員 名	猪狩 恵子
	住所・電話番号	TEL 0240-38-2941
川内村役場 保健福祉課	所 在 地	双葉郡川内村大字下川内字坂シ内 133-5
	電話番号・FAX	0240-38-2941 FAX 0240-38-0555
	受 付 時 間	8:30~17:00
国民健康保険団体連合会	所 在 地	福島市仲町3番7号
	電話番号・FAX	024-523-2702 FAX 024-523-1041
	受 付 時 間	8:30~17:00
福島県社会福祉協議会	所 在 地	福島市渡利字七社宮 111
	電話番号・FAX	024-523-1251 FAX 024-523-4477
	受 付 時 間	8:30~17:00

1 2 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人誠励会 ひらた中央病院	公立 小野町地方総合病院
所 在 地	福島県石川郡平田村大字上蓬田字清水内 4	福島県田村郡小野町大字小野新町字槻木内 6 番地 2
電 話 番 号	0247-55-3333	0247-72-3181

医療機関の名称	川内村国民健康保険診療所	ひらた中央病院 外来棟
所 在 地	双葉郡川内村大字下川内字坂シ内 133-5	福島県石川郡平田村大字上蓬田字清水内 4
電 話 番 号	0240-38-2009	0247-25-1414

- ・入所様が怪我や意識を失う等の緊急事態が発生した場合、当施設の協力病院である医療法人誠励会 ひらた中央病院へ搬送します。

1 3 協力歯科医療機関

医療機関の名称	野口歯科医院
所 在 地	福島県田村郡小野町大字小野新町字中通 1 4 8 - 7
電 話 番 号	0247-72-2300

医療機関の名称	ひらた中央病院 外来棟
所 在 地	福島県石川郡平田村大字上蓬田字清水内 4
電 話 番 号	0247-25-1414

1.4 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める計画及びマニュアルに従い対応を行います。			
近隣との協力関係	双葉地方広域市町村圏組合川内出張所を中心に、近隣住民の協力をいながら、防災協定を締結し非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防 災 設 備	別途定める計画及びマニュアルに従い年 2 回、夜間及び昼間を想定した非難訓練を実施します。			
	設 備 名 称	個 数 等	設 備 名 称	個 数 等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	4 箇所
	自動火災報知機	あり	屋内消火栓	あり
	誘導灯	あり	非常通報装置	あり
	煙・熱探知機	あり	漏電火災報知機	あり
	非常用電源	あり		
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消 防 計 画 等	消防署への届出日：平成 2 8 年 1 月 1 日			
	防火管理者：林 光浩			

1.5 当施設ご利用の際に留意いただく事項(書面による手続きを必要とする場合があります)

来訪・面会	来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。 来訪者が宿泊する場合には必ず許可を得て下さい。
外泊・外出	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は施設内の行事等で出す以外は原則としてできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室に立ち入らないようにして下さい。
所持品の管理	原則としてお預かりできません。
現金等の管理	原則としてお預かりできません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
飼育活動	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りしております。

1.6 防犯対策

当施設では防犯のため必要と思われる個所に防犯カメラを設置しております。
尚、画像内容について外部には漏らしません。

1.7 その他

- ① 成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用に対する支援等
これらの制度について利用希望等がある方は申出下さい。係員が説明いたします。
- ② 当施設以外の社会資源を知りたい方は申し出下さい。

1.8 第三者評価の実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 千翁福祉会 特別養護老人ホーム かわうち

説明者： 氏名 ⑩

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

<入所者>

住所

氏名 ⑩

<家族代表者>

住所

氏名 ⑩

続柄 _____

電話番号 () _____