

梁川ホーム介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

<令和7年6月19日現在>

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 024-572-4874 (平日の午前9時～午後6時まで)

担当 中村 浩和、大槻 麻美

*ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 梁川ホーム介護予防短期入所生活介護の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	社会福祉法人信達福祉会 梁川ホーム
所在地	福島県伊達市梁川町字東土橋65番地1
介護保険指定番号	介護予防短期入所生活介護 (0772000550号)

(2) 事業の目的

社会福祉法人信達福祉会が設置する梁川ホームは、介護予防指定短期入所生活介護事業所として、介護予防指定短期入所生活介護の事業に関する事項を定め、事業所の生活相談員は、看護職員、介護職員等の者が、要支援状態にある高齢者に対し、適切な事業を提供する事を目的とします。

(3) 同施設の職員体制 令和7年6月19日現在

*資格者数は重複あり

	常勤	非常勤	業務内容	資格	資格者数
管理者	1			社会福祉士	2
医師		1	健康管理	社会福祉主事	16
生活相談員	2		生活相談	看護師	4
栄養士	2	1	栄養管理	准看護師	3
機能訓練指導員	1		機能訓練	介護福祉士	41
介護支援専門員	1		介護計画	介護支援専門員	3
事務職員	4		事務	管理栄養士	2
看護職員	3	4	健康管理	栄養士	3
介護職員	36	9	介護	理学療法士	1

(4) 同施設の職員の勤務体制

職種	勤務体制	
施設長	日勤	9:00～18:00
生活相談員	日勤	9:00～18:00
栄養士	日勤	9:00～18:00
機能訓練指導員	日勤	9:00～18:00
介護支援専門員	日勤	9:00～18:00
事務職員	日勤	9:00～18:00
看護職員	日勤	9:00～18:00

	遅番	10:00～19:00
介護職員	早番	6:45～15:45
	日勤	9:00～18:00
	遅番1	9:30～18:30
	遅番2	10:30～19:30
	夜勤	16:30～ 9:30

(5) 同施設の設備の概要

定 員	20名 ただし、特養の空床を利用する場合はこの限りではありません。	静養室	1室2床
居室	4人部屋	3室 (1室 33.0 m ²)	医務室
	個 室	2室 (1室 13.75 m ²)	食堂
			機能訓練室
浴 室		一般浴槽と特殊浴槽があります	デイルーム
			2室

3. サービスの内容

①食 事

- ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用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とっていただけるように配慮します。

＜食事時間＞

朝食	7:00～ 8:15	昼食	11:30～13:15
間食	15:00～16:00	夕食	17:00～18:30

②入 浴

- ・週2回の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の入浴も可能です。

③排 泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④その他の介護

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・シーツの定期交換は週1回行い、汚れた場合は隨時交換します。

⑤機能訓練

- ・利用者の状況に適合した機能訓練、日常生活動作訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。

⑥生活相談

- ・当施設は、利用者およ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) 中村 浩和、大槻 麻美

⑦健康管理

- ・利用者が医療機関に通院する場合は、原則として家族の方に対応、送迎をしていただくことになります。
- ・嘱託医師により、健康管理に努めます。また、緊急等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持って引継ぎます。

<当施設の嘱託医師>

氏名：倉地 聰子 診察日：毎週1～2回 不定期

診療科：整形外科・内科（ふるさと医院 さとう整形外科・内科クリニック）

⑧送迎

- ・希望の方はリフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。

⑨その他

- ・施設における行事の記念撮影及び広報誌やホームページにて公開を実施しております。

4. 利用料金

(1) 介護予防短期入所生活介護利用料一部負担金ならびに本人負担分

①介護予防短期入所生活介護利用料一部負担金

区分	利用料
法定代理受領の場合	厚生労働大臣の定める基準の利用者の負担割合に応じた額
法定代理受領でない場合	厚生労働大臣の定める基準額

介護保険負担割合に応じた介護サービス費

1. 利用者の要介護度とサービス料金	要支援1 円 4,510	要支援2 円 5,610
2. サービス利用に係る自己負担額（1割）	451	561
自己負担額（2割）	902	1,122
自己負担額（3割）	1,353	1,683

(2) 送迎費（ご利用者様の負担割合に応じた額になります）

自己負担額（1割負担の場合） 片道 184円

（送迎休業日は、12／30～1／3です。）

*通常の送迎の実施地域（福島市・伊達市及び伊達郡）を越えて行う短期入所生活介護に要した交通費は、その実費分をいただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常の送迎の実施地域の境界から起算して、片道おおむね1kmあたり37円（消費税を含む）となります

(3) その他の加算（ご利用者様の負担割合に応じた額になります）

【厚生労働大臣が定めるそれぞれの基準を満たしている場合に算定します】

①機能訓練体制加算

自己負担額（1割負担の場合） 1日 12円

②サービス提供体制強化加算

自己負担額（1割負担の場合） 1日 22円

③療養食加算

自己負担額（1割負担の場合） 1回 8円（1日3回まで）

④若年性認知症受入加算

自己負担額（1割負担の場合） 1日 120円

*利用日から原則7日間（最大14日間）を限度として算定します。

⑤介護職員等処遇改善加算として、施設利用料一部負担金及び各種加算の合計にその合計の14%が加算されます。

（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ものとして都道府県知事に届け出た指定事業所が利用者に対して、算定を行う加算です。）

⑥生産性向上推進体制加算（I）として、ひと月につき100円の加算となります。

⑦生産性向上推進体制加算（II）として、ひと月につき10円の加算となります。

(4) 当事業所の滞在費・食費の負担額

(介護予防) 短期入所生活介護

内 容	設定額 (日額)	段階区分	利 用 料 金 (負担限度額)
滞在費 1日分	多床室 915 円	第 1 段階	日額 0 円
		第 2 段階 ～第 3 段階	〃 430 円
		960 円 第 4 段階	〃 960 円
	従来型 個室 1,231 円	第 1 段階	〃 380 円
		第 2 段階	〃 480 円
		第 3 段階	〃 880 円
		1,280 円 第 4 段階	〃 1,280 円
食 費 1日分	1,445 円	第 1 段階	〃 300 円
		第 2 段階	〃 600 円
		第 3 段階①	〃 1,000 円
		第 3 段階②	〃 1,300 円
	1,650 円	第四段階	〃 1,650 円
その他	上記に掲げるものの他、短期入所生活介護利用の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適當と認められる費用		実 費

- ・段階区分の第 1 段階から第 3 段階は、国が定める利用者負担限度額段階の第 1 段階から第 3 段階にそれぞれ該当する者をいう。
 - ・段階区分第 4 段階は、第 1 段階から第 3 段階以外の者をいう。
- * 利用者がまだ負担限度額認定を受けていない場合には、第 4 段階の設定額を一旦支払っていただきます。負担限度額認定を受けた後、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）。償還払いは、負担限度認定申請を行った月の初日にさかのぼって適用となります。

〈居室の経過措置等について〉

- * 平成17年10月1日以降に従来型個室をご利用の場合であっても、次の場合は、多床室利用の扱いとなります。
 - イ 感染症等により、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した方であって、従来型個室への入所期間が30日以内である場合。
 - ロ 居室面積が10.65m²以下の個室をご利用の場合
(50号室、51号室、52号室、53号室)
 - ハ 著しい精神症状等により、同室の他の入所者的心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した場合

(5) その他の料金

- ①介護保険適用の場合でも、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は、一旦利用料金の全額をお支払いください。サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、保険者である市町村の窓口に提出しますと、差額の支払いを受けることができます。
- ②介護予防短期入所生活介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担することが適當と認められる費用。
- ③利用料に関する領収書の再発行は致しません。ただし、「利用料領収証明書」を発行いたします。その際、利用料領収証明書発行手数料として、300円／回を頂きます。

(6) 利用中止の場合の料金

入所前に利用者の都合でサービスを中止する場合、下記の料金がかかります。

ア. 入所日の前日午後5時までに連絡いただいた場合	無料
イ. 入所日の前日午後5時までに連絡がなかった場合	食材料費1日分 950円

(7) 利用期間中の中止

- ①利用中に利用者の都合によりサービスを中止して退所する場合（中途退所）は、前日までの申し出により可能です。この場合の料金は、実際の利用日までの利用料金（食費、居住費を含む）に加えて、翌日分の食材料費950円を頂きます。
 - ②以下の場合に、利用途中でもサービスを中止する場合があります。
 - ・ 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
 - ・ 利用中に体調が悪くなった場合。また、悪化すると予想され継続利用が難しい場合
 - ・ 他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合
 - ・ 他の利用者に対して大きな迷惑となる行為があった場合
- *料金は、退所日までの日数を基準に計算します。

(8) 支払方法

介護予防短期入所生活介護の利用月の合計額の請求書を、利用の翌月10日頃にお渡しいたしますので、利用の翌月25日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払方法は、原則として口座自動引落としとなります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でお申し込みください。

利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、利用の予約は3ヶ月前からできます。

*介護予防サービス・支援計画の作成を依頼している場合は、事前に地域包括支援センターの介護支援専門員等とご相談ください。

(2) サービスの利用契約の終了

①利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に介護予防短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けている利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）、要介護状態と認定された場合

③その他

・利用者がサービス利用料金の支払いを6ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払わない場合、利用者や家族などが当事業所や当事業従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、30日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがあります。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営方針

《安全・安心・ゆとりの梁川ホーム》

1. 梁川ホームは、利用者の主体性と自主性を尊重し、人間としての尊厳に根

ざした介護を進めます

1. 梁川ホームは、家族・地域社会との連携を密にし、あたたかい家庭的環境を築きます。

(2) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	有	
事業所職員への研修の実施	有	職場研修定期開催と外部研修参加
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束	無	安全確保のため、やむを得ず行う場合は、家族の了解を求め、契約書のとおり記録等をとります。
人権擁護・虐待の防止	有	従業者に対する研修の実施。
変更・追加の申し込み方法	有	隨時ご相談ください。
同性介助への配慮	有	
外部評価	有	法人サービス評価事業 利用者満足度調査の実施 伊達市介護相談員の訪問
福祉サービス第三者評価の受審	無	

(3) 施設利用に当たっての遵守事項

①来訪・面会

来訪・面会は歓迎します。ただし、感染症対策の為、面会を制限させて頂く場合がございます。 面会時間 毎日 9：00～18：00

②外泊・外出

外泊・外出の際には必ず行き先と帰園時間を職員に申し出てください。

③飲酒・喫煙

飲酒・喫煙はできます。ただし、基本的に酒・タバコは施設でお預かりすることになります。また、喫煙は決められた場所以外ではお断りします。

④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ください。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。

⑤金銭・貴重品の管理

なるべく最小限にしてください。原則的に自己管理となりますので、万が一紛失等の際は施設での責任は負いかねます。

⑥所持品の持ち込み

すべてのものに記名をしてください。

⑦医療機関への受診

緊急の場合を除き、通院は、原則として家族の方に送迎をしていただくことになります。

⑧宗教活動・政治活動

施設内での他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

⑨動物飼育

施設内へのペットの持込みおよび飼育はお断りします。

7. 緊急時の対応方法

利用者の事故、または利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、家族の方及び地域包括支援センター、必要に応じ保険者に、速やかに連絡いたします。

8. 非常災害対策

①非常時の対応

別途定める「特別養護老人ホーム梁川ホーム・ケアハウス広瀬消防計画」「特別養護老人ホーム梁川ホーム業務継続計画（BCP）」に則り対応を行います。

②消防訓練

有事に備えて毎月消防訓練を実施しています。

③防災設備

設備名称	個数等	設備名称	個数等	設備名称	個数等
非常口	12 カ所	防火扉・防火シヤッター	8 カ所	避難階段	3 カ所
消火器	35 本	補助散水栓	8 カ所	屋外消火栓	4 カ所
スプリンクラー	有	自動火災報知機	有	漏電火災警報機	有
非常通報装置	3 カ所	非常警報機	有	救助袋	2 カ所
誘導灯及び誘導標識	49 カ所	非常電源設備	有		

*内容材料・カーテン・布製ブラインド等は防炎加工

9. サービス内容に関する苦情

①当施設の苦情解決責任者

施設長 八巻 正広

②当施設利用者の苦情受付担当者

担当 秋葉 望、中村 浩和

電話番号 024-572-4874

③当施設の苦情解決委員会第三者委員

原田徳好 (伊達市人権擁護委員) 電話番号 024-577-6765

橋 智行 (伊達市人権擁護委員) 電話番号 024-577-0880

④その他

当施設以外に、保険者である市町村、国保連合会の相談・苦情窓口（024-528-0040）または、社会福祉協議会の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

10. 個人情報使用について

事業者は、利用者又は家族の個人情報について、下記の利用期間、利用目的及び使用条件で、使用・提供・収集します。

（1）利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

（2）利用目的

- ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ② 利用者に関する介護計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- ⑤ 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議で必要な場合
- ⑦ その他サービス提供で必要な場合
- ⑧ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

（3）使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関する目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関する契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。

- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

11. その他運営に関する重要事項

- ①従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- ②従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- ③この他、運営に関する重要事項は、社会福祉法人信達福祉会理事長と事業所の管理者との協議に基づいて定めます。

12. 当事業所の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	社会福祉法人 信達福祉会
代 表 者 役 職・氏名	理事長 星 祐一
所 在 地 ・ 電 話 番 号	福島県伊達市梁川町字東土橋 65-1 Tel 024-572-4874

定款の目的に定めた事業

1. 第一種社会福祉事業
 - ①特別養護老人ホーム
 - ②軽費老人ホームケアハウス
2. 第二種社会福祉事業
 - ①老人短期入所事業
 - ②老人デイサービス事業
3. 公益を目的とする事業
 - ①居宅介護支援事業
 - ②地域包括支援事業
 - ③生活困難者に対する相談支援事業

短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項、個人情報の使用について説明しました。

事業者

所在地 福島県伊達市梁川町字東土橋 65-1
名称 梁川ホーム

説明者 職名 生活相談員

氏名 中村 浩和 印

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、事業者から短期入所生活介護についての重要な事項の説明を受け、個人情報の使用に同意しました。

利 用 者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印