

短期入所生活介護重要事項説明書

〈令和7年5月1日現在〉

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 愛 誠 会
代 表 者 名	理事長 河本 達や
所在地・連絡先	(住 所) 熊本市北区太郎迫町 144 番 1 号 (電 話) 096-245-2800 (F A X) 096-245-2893

2 事業所（ご利用施設）

事業所の名称	短期入所生活介護事業所 上熊本苑
所在地・連絡先	(住 所) 熊本市西区上熊本 3 丁目 12 番 24 号 (電 話) 096-288-0256 (F A X) 096-312-1288
事業所番号	4370108922
管理者の氏名	川畑 正彦

3 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

高齢者が健康で生きがいを持ち、安心して生活を送ることのできる「福祉社会の構築」を目指し、〈愛情、真心、敬意、いつくしみ、いたわる心、感謝の心〉を礎に、個人はもとより地域社会において必要とされる福祉サービスを積極的に提供し、地域福祉の増進に寄与します。

(2) 運営方針

1. 人としての尊厳と安全を守り、その人にふさわしい生活環境の創造に努めます。
2. 入所者一人ひとりのニーズを把握し、ADL レベルに応じたパーソナルケアサービスの提供に努めます。
3. 個々の社会生活歴に応じた生活のリズムを尊重し、レベルに応じたレクリエーション、趣味を生かしたクラブ活動、月別行事、季節行事等を行ない、家族とのふれあい、地域との交流にも努めます。

(3) その他

事 項	内 容
サービス計画の作成及び事後評価	担当職員がケアプランを基に、個別援助計画書を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従 業 員 研 修	年数回、職種別、レベル別の研修を行っています。

4 施設の概要

(1) 構造等

敷 地	3,248.00㎡	
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造2階建て
	述べ床面積	1,743.73㎡
	利用定員	4名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
ユニット型個室	4	11.67㎡	ナースコール・洗面台

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積	備 考
共同生活室	3	222.47㎡	
機能訓練室	1	35.53㎡	
浴 室	1	16.66㎡	特殊浴×2
	1	13.21㎡	一般個室×2
医 務 室	1	16.22㎡	
会 議 室	1	47.53㎡	
地域交流スペース	1	35.14㎡	

5 施設の職員体制

従業者の職種	人数	区 分				職務の内容
		常 勤 (人)		非常勤 (人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
施設長	1		1			管理
生活相談員	1		1			福祉サービス計画案の作成他
介護職員	19		14	3	2	介護サービスの提供他
看護職員	4		2		2	看護サービスの提供他
医師	1			1		医療サービスの提供
管理栄養士	1		1			献立表の作成他
機能訓練指導員	1	1				リハサービスの提供
調理員	4		4			調理

令和7年4月1日現在

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休息时间
管理者	9:00～18:00 (常勤で兼務)	12:00～13:00
生活相談員 介護支援専門員	1勤 7:30～16:30 2勤 8:00～17:00 3勤 9:00～18:00 4勤 10:00～19:00	12:00～13:00
機能訓練員	A勤 7:00～16:00 B勤 7:30～16:30 C勤 8:00～17:00 D勤 8:30～17:30 E勤 9:00～18:00	12:00～13:00
介護職員 看護職員	A勤 7:00～16:00 B勤 7:30～16:30 C勤 8:00～17:00 D勤 8:30～17:30 E勤 9:00～18:00 F勤 9:30～18:30 G勤 10:00～19:00	交代で1時間

	H勤 10:30～19:30 M勤 14:45～23:45 夜勤 16:30～9:30	
医師	非常勤 毎週月曜日 15:00～17:00	週一回往診
管理栄養士	1勤 6:00～15:00 2勤 7:00～16:00 3勤 8:30～17:30 4勤 9:00～18:00 5勤 9:30～18:30	12:00～13:00
調理員	A勤 6:00～15:00 B勤 7:00～16:00 C勤 8:30～17:30 D勤 9:30～18:30	交代で1時間

7 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	<p>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状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。</p> <p>(提供時間)</p> <p>朝食： 7:00～9:00 昼食： 11:30～13:30 おやつ： 15:00～17:00 夕食： 18:00～20:00</p> <p>※提供時間内にてお好きな時間にお召し上がり頂けます、提供時間外のご要望ございましたらご相談ください。食事場所の指定はございません。</p>
入 浴	<p>全利用者様個浴対応致します。</p> <p>寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。</p>
排 泄	<p>利用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適切な援助を行い、プライバシー保護にも努めます。</p>
離床、着替え、整容等	<p>利用者様の生活リズムに合わせた対応を心掛けます。</p> <p>また、プライバシー保護や個人の尊厳に配慮し、利用者様の好み・意向をサービスに反映させながら、選択して頂ける環境を作ります。</p>
機 能 訓 練	<p>機能訓練員により利用者様の状況に適した機能訓練計画書を作成し、それに基づく機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。</p>
健 康 管 理	<p>嘱託医師による診察日を設けます。</p> <p>また、嘱託医師及び協力医療機関による年2回の健診により、利用者の健康管理に努めます。外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来る限り配慮します。</p>

イ 費用

原則として料金表の利用料金に利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

○ ユニット型個室（1日につき）

要介護1	7,040円	要介護2	7,720円	要介護3	8,470円
要介護4	9,180円	要介護5	9,870円		

○ 長期利用の適正化（連続61日以上短期入所生活介護を行った場合）

要介護1	6,700円	要介護2	7,400円	要介護3	8,150円
要介護4	8,860円	要介護5	9,550円		

○ 加算（1日につき）

種 類	利 用 料
送迎体制加算	1,840円／片道
機能訓練体制加算	120円
個別機能訓練加算	560円
看護体制加算（Ⅰ）	40円
看護体制加算（Ⅱ）	80円
看護体制加算（Ⅲ）	120円
在宅中重度受入加算（該当者のみ）	4,170円
医療連携強化加算（該当者のみ）	580円
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	180円
夜勤職員配置加算（Ⅳ）	200円
若年性認知症利用者受入加算（該当者のみ）	1,200円
認知症行動、心理症状緊急対応加算 （該当者のみ利用開始日より7日を限度）	2,000円
療養食に対する加算 （医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合のみ）	80円／回
緊急短期入所受入加算 7日（やむを得ない事情がある場合は14日を限度）	900円
長期利用者に対する短期入所生活介護	▲300円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	30円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	40円
看取り連携体制加算	（死亡日及び死亡日前日30日以下について7日を限度）640円／日

口腔連携強化加算	(1月に1回に限り)500円/回
生産性向上推進体制加算	生産性向上推進体制加算(Ⅰ) 1,000円/月
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 100円/月
高齢者虐待防止措置未実施減算	1月につき所定単位数-1/100円
業務継続計画未実施減算	1月につき所定単位数-3/100円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき所定単位数×140/1,000円
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1月につき所定単位数×136/1,000円
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1月につき所定単位数×113/1,000円
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	1月につき所定単位数×90/1,000円
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(1) 1月につき所定単位数×124/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(2) 1月につき所定単位数×117/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(3) 1月につき所定単位数×120/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(4) 1月につき所定単位数×113/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(5) 1月につき所定単位数×101/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(6) 1月につき所定単位数×97/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(7) 1月につき所定単位数×90/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(8) 1月につき所定単位数×97/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(9) 1月につき所定単位数×86/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(10) 1月につき所定単位数×74/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(11) 1月につき所定単位数×74/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(12) 1月につき所定単位数×70/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(13) 1月につき所定単位数×63/1,000円
	介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(14) 1月につき所定単位数×47/1,000円

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180 円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60 円
生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月に一回を限度)	1,000 円/月
生活機能向上連携加算(Ⅱ) (個別機能訓練加算を算定している場合は1000円/月)	2,000 円/月

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 利用料の全額を負担していただきます。下記の表示料金は、税込み金額となっております。

種 類	内 容	利 用 料		
		男性	女性	
理容・美容	訪問サービス	カット	1,700 円	1,700 円
		ヘアカラー(全体)	4,200 円	4,200 円
		パーマ(全体)	5,200 円	5,200 円
		顔剃り	1,000 円	1,000 円
ク ラ ブ 活 動・ レクリエーション行事	主なクラブ活動 生花・お茶・等々参加される か否かは任意です。	個人の希望によるクラブ活動等における材料費は実費をお支払いいただきます。		
通常の食事以外の嗜好品		別途利用者様の負担		
食 費	食事の提供に要する費用	朝食400円・昼食600円・ おやつ50円・夕食600円		
居 住 費	居住に要する費用	ユニット型個室 日額 2,066 円		
お持ち込み料	電化製品	テレビ1台につき日額50円 冷蔵庫1台につき日額100円		
病院・医療受診	職員2名(看護師+その他) 職員1名(その他)	Km×23.1円+2,500円×時間 Km×23.1円+1,000円×時間		

○食費・住居費

食費・居住費は料金表の通りです。ただし、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方は認定証に記載された負担限度額が利用者負担額となります。該当する場合は「介護保険負担減額認定証」が必要となりますので、市町村に申請が必要です。

○ イベント時などの特別な食事(一食あたり)税込

利用者様	ご家族様(お一人様)	子供様(12歳未満)
200 円	500 円	無 料

※ 利用者の方のお食事は選択制となっておりますので通常食での対応も可能です。

○ 病院受診等に関して

協力医療機関以外でご本人様ご家族様の希望する医療機関を受診される場合には、ご家族様の方でご手配をお願い致します。

○キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料を請求する場合があります。但し、お客様の病状急変など、急変やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日に連絡があった場合	無料
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担分の 100%

8 利用料等のお支払い方法

毎月15日までに「7 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、下記のいずれかの方法でお支払い下さい。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

<p>ア. 窓口での現金支払い</p> <p>イ. 下記指定口座への振り込み</p> <p style="padding-left: 40px;">熊本銀行 水前寺支店 普通預金 (3 1 1 8 5 4 8)</p> <p style="padding-left: 40px;">口座名義 社会福祉法人 愛誠会</p> <p style="padding-left: 40px;">短期入所生活介護事業所 上熊本苑</p> <p style="padding-left: 40px;">理事長 河本 達や</p> <p>※ 入金確認後、領収証を発行します。</p>

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	<p>窓口担当者 川畑 正彦</p> <p>ご利用時間 9:00~18:00</p> <p>ご利用方法 電話 (096-288-0256)</p> <p style="padding-left: 20px;">面接 (当施設)</p>
------------	---

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○熊本県国民健康保険団体連合会

〒862-0911 熊本市東区健軍2丁目4-10
TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

○熊本市健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課
〒860-8601 熊本市中央区手取本町1-1 熊本市役所10階
TEL 096-328-2793 FAX 096-327-0855

○第三者委員

秦 佑輔(司法書士)
熊本県合志市須屋3106番地4
TEL 090-4351-8533

吉田 樹夫(公認会計士・税理士)
熊本市中央区細工町1-51 スコーピル
TEL 096-212-5066

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム上熊本苑 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して行います。			
	設備名称		設備名称	
	スプリンクラー	○	防火扉	○
	自動火災報知機	○	屋内消火栓	○
	誘導灯	○	ガス漏れ探知機	○
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	消防署への届出日：令和6年8月1日 防火管理者：吉田 武史			

11 協力医療機関等

医療機関	病院名	青磁野リハビリテーション病院
	電話番号	096-354-1731
	診療科	内科、循環器内科、代謝内科、消化器内科、脳神経内科、呼吸器内科、脳神経外科、整形外科、リハビリテーション科
	所在地	熊本市西区島崎2丁目22-15
	病院名	かみくまクリニック
	電話番号	096-351-1377
	診療科	胃腸科、外科、肛門科、消化器科、整形外科、内科、リハビリテーション科
	所在地	熊本市西区上熊本3丁目16-18
	病院名	蓮台寺クリニック
	電話番号	096-355-2810
	診療科	内科、泌尿器科、放射線科
	所在地	熊本市西区蓮台寺3丁目4-3
	病院名	さくらぎ歯科クリニック
	電話番号	096-365-1666
	診療科	歯科
	所在地	熊本市東区錦ヶ丘5-25
	病院名	えず総合診療所
	電話番号	096-214-8787
診療科	歯科、脳神経外科、内科、泌尿器科、放射線科	
所在地	熊本市東区画図町重富510-1	

12 事故発生時の対応

利用中の事故によりけが等が発生した場合、お客様の主治医に連絡し、当事業所の協力医療機関等において速やかに必要な治療などが受けられるよう措置を講じ、併せてお客様の後見人、ご家族又は身元引受人へ速やかに連絡いたします。

13 緊急時における対応方法

利用中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、当事業所の協力医療機関、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

14 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9:00 ~ 20:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に、届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出	外出の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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、弁償していただく場合があります。
喫煙	敷地内は全面禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

15 お客様へのお願い

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- サービスの利用にあたっては、利用を希望された日からご利用できます。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	熊本市西区上熊本 3 丁目 12 番 24 号
	法人名	社会福祉法人 愛誠会
	代表者名	理事長 河本達や 印
	事業所名	短期入所生活介護事業所 上熊本苑
	(事業所番号)	4 3 7 0 1 0 8 9 2 2
説明者	職 名	
	氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者甲	住 所	
	氏 名	印
身元引受人	住 所	
	氏 名	印
代理人（選任した場合）	住 所	
	氏 名	印