

# 地域密着型介護老人福祉施設 重要事項説明書

〈令和7年7月16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 (電 話) 096-245-2800 (F A X) 096-245-2893

## 2 事業所（ご利用施設）

施 設 の 名 称	特別養護老人ホーム 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	4390101188
施 設 長 の 氏 名	淵上 美賀

## 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、敬い、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、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
施設サービス計画の作成及び事後評価	担当の介護支援専門員が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。 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	29名（Aユニット9名 Bユニット10名 Cユニット10名）

## (2) 居室

居室の種類	室 数	面積（一人当たりの面積）	備 考
ユニット型個室	29	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			福祉サービス計画書の作成他
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			献立書の作成他
機能訓練指導員	1	1				リハサービスの提供
介護支援専門員	1		1			ケアプランの作成
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	休息時間
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機 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 毎週木曜日 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 施設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 入居者様の24時間シートに基づいてサービス提供致します。

種類	内容
食事	<p>管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居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担当までご相談ください。 食事場所の指定はございません。</p>
入浴	<p>全入居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>入居者様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、プライバシー保護にも努めます。</p>
離床、着替え、整容等	<p>入居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、入居者様の好み・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>機能訓練員により入居者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、入居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入居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。

### 【料金表】

#### ○ユニット型個室（1日につき）

要介護1	6,820円	要介護2	7,530円	要介護3	8,280円
要介護4	9,010円	要介護5	9,710円		

#### ○ 加 算

種 類	利 用 料
初期加算	300円
日常生活継続支援加算Ⅰ	360円
日常生活継続支援加算Ⅱ	460円
看護体制加算（Ⅰ）イ	120円
看護体制加算（Ⅱ）イ	230円
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	460円
夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ	610円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（3月に1回を限度）	1,000円／月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,000円／月
個別機能訓練加算（Ⅰ）	120円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	200円／月
個別機能訓練加算（Ⅲ）	200円／月
ADL維持等加算（Ⅰ）	300円／月
ADL維持等加算（Ⅱ）	600円／月
若年性認知症入所者受入加算（該当者のみ）	1,200円
入院・外泊時加算（ひと月に6日を限度）	2,460円
外泊時在宅サービス利用加算	5,600円
再入所時栄養連携加算	2,000円／回
退所前訪問相談援助加算	入院中1回（又は2回）を限度 4,600円
退所後訪問相談援助加算	退所後1回を限度 4,600円
退所時相談援助加算	4,000円
退所前連携加算	5,000円

栄養マネジメント強化加算		110 円
経口移行加算 (医師の指示に基づく栄養管理を行う場合のみ)		280 円
経口維持加算(Ⅰ)(著しい誤嚥が認められ医師の指示せんに基づく栄養管理を行う場合のみ)		4,000 円/1 月
経口維持加算(Ⅱ)(誤嚥が認められ、医師の指示せんに基づく栄養管理を行う場合のみ)		1,000 円/1 月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)		900 円/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)		1,100 円/月
療養食加算 (医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合のみ)		60 円/回
看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日 45 日前～31 日前		720 円
死亡日 30 日前～4 日前		1,440 円
死亡日前々日～前日		6,800 円
死亡日		12,800 円
看取り介護加算(Ⅱ) 死亡日 45 日前～31 日前		720 円
死亡日 30 日前～4 日前		1,440 円
死亡日前々日～前日		7,800 円
死亡日		15,800 円
在宅復帰支援機能加算		100 円
在宅・入所相互利用加算		400 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
認知症行動・心理症緊急対応加算	入所後 7 日を限度	2,000 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)		30 円/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)		130 円/月
排せつ支援加算(Ⅰ)		100 円/月
排せつ支援加算(Ⅱ)		150 円/月
排せつ支援加算(Ⅲ)		200 円/月
自立支援促進加算		3,000 円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)		400 円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		500 円/月
安全対策体制加算 (入居時に 1 回)		200 円/回
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
種 類	利 用 料	
配置医師緊急時対応加算	(配置医師の勤務時間外の場合) 3,250 円/回	
	(早朝・夜間) 6,500 円/回	
	(深夜) 13,000 円/回	

特別通院送迎加算	5,940円/月
協力医療機関連携加算	(1) 相談・援助を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合 500円/月
	(2) 上記以外の協力医療機関と連携している場合 50円/月
退所時情報提供加算	(入所者一人につき1回を限度)2,500円/回
高齢者施設等感染対策向上加算	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 100円/月
	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 50円/月
新興感染症等施設療養費	(一月に一回、連続する5日を限度)2,400円/日
認知症チームケア推進加算	認知症チームケア推進加算(Ⅰ) 1,500円/月
	認知症チームケア推進加算(Ⅱ) 1,200円/月
個別機能訓練加算(Ⅲ)	200円/月
退所時栄養情報連携加算	(入所者一人につき1回を限度)700円/回
自立支援促進加算	2,800円/月
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

(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。

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ただきます。
通常の食事以外の嗜好品	嗜好品につきましては施設で購入代行をいたします。	
日常生活用品の購入代行	衣服、スリッパ、歯ブラシ等日用品は施設で購入代行をいたします。	
食 費	食事（おやつなどを含む）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 (日額 1,650 円)
居 住 費	居住に要する費用	ユニット型個室 日額 2,066 円

○ 食費・居住費

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

入居者様 通常料金+200 円	ご家族様（お一人様） 500 円	子供様（12 歳未満） 無 料
--------------------	---------------------	--------------------

※ 入居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。

○ 事故発生時の対応について

施設サービス提供にあたって事故が発生した場合には必要な処置を行うと共に熊本市並びに家族又は身元受取人に連絡をいたします。

○ 入院又は外泊時の費用

外泊は、1ヶ月につき7泊（6日分）を限度とします。月をまたがる場合は最大で連続13泊（12日分）を上限とします。

また、入院外泊期間中も居住費は負担していただきます。ただし、ご使用のベッドを他の利用者の短期入所生活介護に使用することに同意される場合は、費用の負担はありません。

(3) その他サービス

○ 金銭管理サービス（ご利用されるか否かは任意です）

預かり金規程により、預貯金通帳、印鑑等の保管サービスの他、公共料金等の支払い代行等サービスを行います。（別途委託契約が必要です）管理料として、1日70円を頂きます

8 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに「7 施設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          熊本銀行 水前寺支店 普通預金 (3118556)          口座名義 社会福祉法人 愛誠会          特別養護老人ホーム 上熊本苑          理事長 河本 達や</p> <p>ウ. 金融機関からの自動引き落とし          ご利用できる金融機関：全ての金融機関          口座振替 25 日 (銀行が休日の場合翌営業日) 毎月 129 円の手数料がかかります          ※ 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	窓口担当者 川畑 正彦 ご利用時間 9:00~17:00 ご利用方法 電話 (096-288-0256) 面接 (当施設)
------------	--

※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1丁目18-7  
 TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

○第三者委員

吉田樹夫 (公認会計士・税理士)  
 熊本市中央区細工町1-51 スコアビル  
 TEL 096-212-5066  
 秦 祐輔 (司法書士)  
 合志市須屋3106番地4  
 TEL 096-275-6320

○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  
 TEL 096-328-2793 FAX 096-327-0855

### 10 非常災害時の対策

非常時の対応	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居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
歯科	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

※当苑が訪問医療を委託しております医療機関は、上記の通りとなっております。

訪問による診察に関して、別途、各医療機関との契約を交わす必要もございません。

つきましては、ご入所様およびご家族様の同意が必要となりますので、ご入所様およびご家族様の連絡先を各医療機関にお知らせすることをご了承ください。

なお、各医療機関への情報提供に関しては、別紙「個人情報に関する同意書」に基づいて利用および管理を行います。

## 12 施設の利用にあたっての留意事項

来 訪 ・ 面 会	<p>面会時間 9:00 ~ 20:00</p> <p>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。</p> <p>来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。</p>
-----------	---

外出・外泊	外出・外泊の際には、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。
レクリエーション等	担当ケアワーカーが窓口となり 24 時間シートに取り入れさせていただきます、個別対応を原則としております。
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。
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下さい。
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。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて地域密着型介護老人福祉施設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12-24
	法人名	社会福祉法人 愛誠会
	代表者名	理事長 河本達や 印
	施設名	特別養護老人ホーム 上熊本苑
	(事業所番号)	4390101188
説明者	職 名	
	氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型介護老人福祉施設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