

特別養護老人ホーム 小島苑 重要事項説明書

〈令和7年6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 (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 小島苑 |
| 所在地・連絡先 | (住 所) 熊本市西区小島 5 丁目 15 番 45 号 (電 話) 096-329-3100 (F A X) 096-329-3101 |
| 事業所番号 | 4390102897 |
| 施設長の氏名 | 河野 仁士 |

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. 入居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、趣味を活かしたクラブ活動、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 | | 3.033.41 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄骨造 |
| | 述べ床面積 | 1.762.44 m ² |
| | 利用定員 | 3ユニット (9名×1ユニット・10名×2ユニット) 計29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 | 3 | 12.47 m ² | ナースコール・洗面設備 |
| | 4 | 12.05 m ² | |
| | 2 | 11.72 m ² | |
| | 1 | 11.62 m ² | |
| | 2 | 11.60 m ² | |
| | 1 | 11.58 m ² | |
| | 2 | 11.51 m ² | |
| | 2 | 11.41 m ² | |
| | 2 | 11.40 m ² | |
| | 1 | 11.36 m ² | |
| | 3 | 11.30 m ² | |
| | 1 | 11.22 m ² | |
| | 1 | 11.20 m ² | |
| | 1 | 11.18 m ² | |
| | 1 | 11.13 m ² | |
| | 1 | 11.00 m ² | |
| 1 | 10.90 m ² | | |

(3) 主な設備

| 設 備 | 室 数 | 面積 | 備 考 |
|----------|-----|----------------------|--------|
| 共同生活室 | 3 | 86.2 m ² | |
| 機能訓練室 | 1 | 56.62 m ² | |
| 浴 室 | 2 | 15.87 m ² | 特殊浴×2 |
| | 3 | 7.34 m ² | 一般個室×3 |
| 医 務 室 | 1 | 10.66 m ² | |
| 地域交流スペース | 1 | 33.06 m ² | |
| 静 養 室 | 1 | 7.02 m ² | |

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 | 14 | 6 | 7 | | 1 | 介護サービスの提供他 |
| 看護職員 | 8 | | 5 | | 3 | 看護サービスの提供他 |
| 医 師 | | | | | | 医療サービスの提供 |
| 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 | 2 | 2 | | | | 調 理 |

令和7年6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 |
|--------------|------------|---------------|-------------------|
| 施設長 事務員 | 9:00～18:00 | | 12:00～13:00 |
| 生活相談員 | 早出 | 7:00 ～ 16:00 | 12:00～13:00 |
| 介護支援専門員 | 日勤 | 9:00 ～ 18:00 | |
| 機能訓練員 | 遅出 | 10:00 ～ 19:00 | |
| 介護職員 看護職員 | 早出 | 7:00 ～ 16:00 | 交替で1時間 ※夜勤は1時間 |
| | 日勤 | 9:00 ～ 18:00 | |
| | 遅出 | 10:00 ～ 19:00 | |
| | 夜勤 | 16:00 ～ 翌9:00 | |

| | | |
|--------------|---|----------|
| 医 師 | 非常勤 午後 1 時 ～ 午後 3 時 | 毎週 曜日往診 |
| 管理栄養士 調理員 | A 6 : 00～15 : 00 日勤 8 : 30～17 : 30 B 9 : 00～18 : 00 | 交替で 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>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 : 30 ～ 9 : 30 昼食 : 11 : 30 ～ 13 : 30 おやつ : 15 : 00 ～ 16 : 00 夕食 : 17 : 30 ～ 19 : 30</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が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>各ユニット浴室にて全入居者個浴対応致します。</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>寝たきり防止の為に出来る限り離床につとめ、生活リズムに合わせた対応を心掛けます。また、プライバシー保護や個人の尊厳に配慮し、個人の好み・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（あいうえお順）

| 種 類 | 利 用 料 |
|--------------------|------------------|
| ADL維持等加算(I) | 300円/月 |
| ADL維持等加算(II) | 600円/月 |
| 安全対策体制加算 | 200円/回(入所時に1回まで) |
| 栄養マネジメント強化加算 | 110円/日 |
| 介護職員処遇改善加算(I) | 所定単位数の14.0%を加算 |
| 介護職員処遇改善加算(II) | 所定単位数の13.6%を加算 |
| 介護職員処遇改善加算(III) | 所定単位数の11.3%を加算 |
| 介護職員処遇改善加算(IV) | 所定単位数の9.0%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(1) | 所定単位数の12.4%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(2) | 所定単位数の11.7%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(3) | 所定単位数の12.0%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(4) | 所定単位数の11.3%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(5) | 所定単位数の10.1%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(6) | 所定単位数の9.7%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(7) | 所定単位数の9.0%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(8) | 所定単位数の9.7%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(9) | 所定単位数の8.6%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(10) | 所定単位数の7.4%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(11) | 所定単位数の7.4%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(12) | 所定単位数の7.0%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(13) | 所定単位数の6.3%を加算 |
| 介護職員等処遇改善加算(V)(14) | 所定単位数の4.7%を加算 |
| 看護体制加算(I) | 60円/日 |
| 看護体制加算(II) | 130円/日 |

| | |
|-------------------|------------------------------|
| 外泊時在宅サービス利用費用 | 所定単位数に代えて 5,600 円/日(1ヶ月6日限度) |
| 外泊時費用 | 所定単位数に代えて 2,460 円/日(1ヶ月6日限度) |
| 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 |
| 協力医療機関連携加算(Ⅰ) | 1,000 円/月 |
| 協力医療機関連携加算(Ⅱ) | 50 円/月 |
| 経口維持加算(Ⅰ) | 4,000 円/月 |
| 経口維持加算(Ⅱ) | 1,000 円/月 |
| 経口移行加算 | 280 円/日(計画作成日から180日以内) |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | 900 円/月 |
| 口腔衛生管理体制加算 | 300 円/月 |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | 1,100 円/月 |
| 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 |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 120 円/日 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 200 円/日 |
| 個別機能訓練加算(Ⅲ) | 200 円/日 |
| 新興感染症等施設療養費 | 2,400 円/日(1ヶ月連続5日限度) |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 220 円/日 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 180 円/日 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 60 円/日 |
| 再入所時栄養連携加算 | 400 円/回(1人/回を限度) |
| 在宅・入所相互利用加算 | 400 円/日 |
| 在宅復帰支援機能加算 | 100 円/日 |
| 自立支援促進加算 | 3,000 円/月 |
| 初期加算 | 300 円/日(入所日から30日を限度) |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅰ) | 260 円/日 |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅱ) | 410 円/日 |
| 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 |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅲ) | 100 円/月(3 ヶ月/回を限度) |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1,200 円/月 |
| 準ユニットケア加算 | 50 円/日 |
| 常勤医師配置加算 | 250 円/日 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 1,000 円/月(3 ヶ月/回を限度) |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 2,000 円/月 |
| 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 |
| 精神科医師による療養指導 | 50 円/日 |
| 退所後訪問相談援助加算 | 4,600 円/回(1 回のみ) |
| 退所時情報提供加算 | 2,500 円/回(1 回のみ) |
| 退所時相談援助加算 | 4,000 円/回(1 回のみ) |
| 退所前訪問相談援助加算 | 4,600 円/回(1 回を上限) |
| 退所前連携加算 | 5,000 円/回(1 回のみ) |
| 低栄養リスク改善加算 | 3,000 円/月 |
| 特別通院送迎加算 | 5,940 円/月 |
| 日常生活継続支援加算(Ⅰイ)従来型 | 360 円/日 |
| 日常生活継続支援加算(Ⅱロ)ユニット型 | 460 円/日 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 2,000 円/日(入所後 7 日のみ) |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 30 円/日 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 40 円/日 |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 1,500 円/日 |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 1,200 円/日 |
| 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 |
| 排せつ支援加算(Ⅳ) | 1,000 円/月(支援開始月から 6 ヶ月以内) |
| 配置医師緊急時対応加算 | 早朝、夜間 6,500 円/回 ※1 |

| | |
|---------------|------------------------|
| 配置医師緊急時対応加算 | 深夜 13,000 円/回 ※2 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | 死亡日以前 31～45 日、720 円/日 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | 死亡日以前 4～30 日、1,440 円/日 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | 死亡日以前 2～3 日、6,800 円/日 |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | 死亡日、12,800 円/日 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) | 死亡日以前 31～45 日、720 円/日 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) | 死亡日以前 4～30 日、1,440 円/日 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) | 死亡日以前 2～3 日、7,800 円/日 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) | 死亡日、15,800 円/日 |
| 夜間職員配置加算(Ⅰ・Ⅱ) | 270 円/日 |
| 夜間職員配置加算(Ⅲ・Ⅳ) | 330 円/日 |
| 療養食加算 | 60 円/回(3 回/日を限度) |

※1 早朝(午前 6 時から午前 8 時まで)、夜間(午後 6 時から午後 10 時まで)

※2 深夜(午後 10 時から午前 6 時まで)

(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 |
|-------------|---|---|
| 理 髪・美 容 | 訪問サービス ※利用料につきましては、施設 が支払い代行を行ないます。 | 実費をご負担頂きます。 |
| レクリエーション行事 | ・ 生花 ・ お茶・等々 参加されるか否かは任意です。 | 個人の希望による創作等における材料費 は実費をご負担いただきます。 |
| 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。 | 実費をご負担頂きます。 |
| 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。 | 実費をご負担頂きます。 |
| 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 夕 食 600 円 (日額 1,600 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 | 冷蔵庫 1 台につき | 日額 100 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「介護保険負担限度額認定証」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。

○ 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

○ 金銭等管理サービス料（ご利用されるか否かは任意です）

預かり金規程により金銭管理が行えますが（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。尚、振込口座は下記の通りです。（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>指定口座</p> <p>肥後銀行 池田支店</p> <p>普通預金 口座番号（370771）</p> <p>口座名義 社会福祉法人愛誠会 特別養護老人ホーム小島苑 理事長 河本 達や</p> <p>※口座振替26日（銀行が休日の場合翌営業日）129円の口座振替手数料がかかります。</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 河野 仁士</p> <p>ご利用時間 9:00～17:00</p> <p>ご利用方法 電話 096-329-3100</p> <p>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1丁目18-7
TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

○第三者委員

秦 佑輔(司法書士)
熊本県合志市須屋3106番地4

○熊本市高齢介護福祉課 介護事業指導室

〒860-8601 熊本市中央区手取本町1-1
TEL 096-328-2793 FAX 096-327-0855

TEL 090-4351-8533

吉田 樹夫（公認会計士・税理士）

福岡県筑紫野市二日市中央3丁目9-18-801
TEL 090-3463-4709

10 非常災害時の対策

| | | | | |
|----------------------|---|---|---------|---|
| 非常時の対応 避難訓練及び防災設備 | 別途定める「特別養護老人ホーム小島苑 消防計画」にのっとり対応を行います。 | | | |
| | 別途定める「特別養護老人ホーム小島苑 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 | ○ | 火災通報装置 | ○ |
| | 自動火災報知機 | ○ | 消火器 | ○ |
| | 誘導灯 | ○ | ガス漏れ警報器 | ○ |
| | 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4月1日 防火管理者：坂口 さおり | | | |

11 事故発生時の対応

入所者の急激な体調の変化又はけが等により、緊急に診察、治療が必要となった場合、当事業所の嘱託医に連絡し協力医療機関もしくはご希望の病院(契約時確認)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、併せて入所者の後見人、入所者の家族又は身元引受人へ速やかに連絡いたします。

12 協力医療機関等

| | | |
|------|------|------------------------|
| 医療機関 | 病院名 | 江津湖総合診療クリニック |
| | 電話番号 | 096-285-8404 |
| | 診療科 | 内科、外科、循環器科 |
| | 所在地 | 熊本市東区神水本町 26-24 |
| | 病院名 | 医療法人 ライテイス 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 |

13 施設の利用にあたっての留意事項

| | |
|-------------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間 9:00～18:00 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 | 入居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、むやみに他の入居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 | 熊本市西区小島5丁目15番45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 |
| | 施設名 | 特別養護老人ホーム小島苑 |
| | (事業所番号) | 4390102897 |
| 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 |