

地域密着型特別養護老人ホーム かわしり御蔵 重要事項説明書

2025年10月1日

1 事業者(法人)の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	社会福祉法人 竹崎記念福祉会
代 表 者 名	理事長 中村 幸子
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市南区南高江7丁目3番 (電話) 096(288)2806 (FAX) 096(288)2816

2 事業所(ご利用施設)

施 設 名	地域密着型特別養護老人ホーム かわしり御蔵
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市南区南高江7丁目3番 (電話) 096(288)2806 (FAX) 096(288)2816
事 業 所 番 号	熊本市指定 第4390102624号
施 設 長 の 氏 名	林 静 香

3 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

本施設は、施設サービス計画に基づき、入居者が可能な限りその居宅における生活の復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助を行い社会生活上の便宜の供与その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養食の世話をを行う事により、入居者が、その有する能力に応じた自立した、日常生活を営むことができるようにするものとします。

(2) 運営方針

- 1 施設は入居者一人ひとりの意志及び人格を尊重し、入居者へのサービス計画に基づき、その居宅における生活の復帰を念頭において入居前の居宅における生活と入所後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き自律的な日常生活を営むことができるようにすることを目指すものとします。
- 2 施設は、常に入所者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供できるように努めます。
- 3 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭と結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

(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、入居者の直面している課題等を評価し、入居者又は家族の希望を踏まえて、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具体的方法等を記載した施設サービス計画書を入居者又は家族に説明の上交付します。
従業員研修	介護保険法上及び施設研修計画に基づき全従業員対象の研修を実施します。

4 施設の概要

(1) 構造(短期入所生活介護事業所含)

敷 地		17,066.56㎡
建 物	構 造	鉄骨
	延 べ 床 面 積	1,172.51㎡
	利 用 定 員	入居29名(短期入所6名)

(2) 居室

居室の種類	ユニット型個室	備考
室数	35室	
面積(一人当たりの面積)	最小12. 40㎡	
ユニットの数	3ユニット	
ユニットごとの定員	入居10名×2、入居9名 ショートステイ2名×3	

(3) 主な設備(短期入所生活介護事業所含)

居室の面積	室数	面積(一人あたりの面積)	備 考
食堂及び 機能訓練室	1	(総面積)132 (最少)30.40㎡	
浴 室	4	(総面積)28.35㎡	特殊浴槽 1台設置
医 務 室	1	11.40㎡	

5 施設職員体制(短期入所生活介護事業所含)

従業者の職種	人数 (人)	区分				常勤換算後の人数(人)
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
施 設 長	1		1			1
生 活 相 談 員	1		1			1
介 護 職 員	5	3	1	1		4以上
看 護 職 員	2	1	1			1以上
医 師	1				1	
管 理 栄 養 士	1			1		
機能訓練指導員	1		1			
介護支援専門員	1		1			1

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	従業者の職種	勤務体制
施 設 長	8:30～17:30	介護職員	早出(7:30～16:30)
生 活 相 談 員	8:30～17:30		日勤(8:30～17:30)
看護職員	日勤(8:30～17:30)		日勤1(10:00～19:00)
			遅出(12:30～21:30)
医 師	週1回以上		夜勤(21:00～8:00)
管 理 栄 養 士	8:30～17:30		
機能訓練指導員	8:30～17:30	※職員の勤務時間帯は繰り上げ繰り下げることがある	
介護支援専門員	8:30～17:30		

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

＜サービス内容＞

種 類	内 容
食 事	朝食 8時00分 昼食 12時00分 夕食 18時00分 上記の時間を目安にしますが、これ以外の時刻でも入居者の状況に応じて提供いたします。
入 浴	週2回以上の入浴又は清拭を行います。 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。
排 泄	入居者の状況に応じて適切な排泄助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、できる限りの離床に配慮します。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、適切な整容が行われるよう援助します。シーツ交換は週1回以上、汚染時は適宜交換します。
機 能 訓 練	機能訓練指導員により入居者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健 康 管 理	嘱託医師による週1回の診察日を設けます。診察日以外でも心配のときはいつでも診察を受けつけます。また、協力医療機関による年2回の検診により、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。
レクリエーション	季節ごとのレクリエーションをします。
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。

＜費用＞

原則として負担割合証の負担割合に準じた額が入居者負担となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が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、介護報酬の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＞

①介護サービス費(1割負担の方、1日につき) ※原則サービスの利用が要介護3からになります。

要介護1	701 円	要介護2	774 円	要介護3	851 円
要介護4	926 円	要介護5	998 円		

②介護サービス費(2割負担の方、1日につき)

要介護1	1,401 円	要介護2	1,547 円	要介護3	1,701 円
要介護4	1,851 円	要介護5	1,995 円		

③介護サービス費(3割負担の方、1日につき)

要介護1	2,102 円	要介護2	2,320 円	要介護3	2,551 円
要介護4	2,776 円	要介護5	2,992 円		

③加算等(1日につき)

入居者全員に算定する加算 ※負担割合証の負担割合に準じた額となります。以下は、一割負担者の料金です。

介護職員処遇改善加算Ⅱ 介護保険料の13.6%		
----------------------------	--	--

該当者のみ算定する加算 ※負担割合証の負担割合に準じた額となります。以下は、一割負担者の料金です。

初期加算 30 円	外泊時費用 246 円	退所前訪問相談援助加算 460 円	退所後訪問相談援助加算 460 円
退所時相談援助加算 400 円	退所前連携加算 500 円	看取り介護加算(31～45日) 72 円	看取り介護加算(4～30日) 144 円
看取り介護加算(前日・前々日) 780円	看取り介護加算(死亡日) 1280 円		

④居住費・食費(1日について)

入居者負担段階	対象者	居住費	食費	負担合計
入居者負担 第1段階	市町村民税世帯非課税及び老 齢福祉年金を受給している方	880 円	300 円	1,180 円
入居者負担 第2段階	市町村民税世帯非課税であつ て、課税年金収入合計と合計 所得金額の合計が80.9万円以 下の方	880 円	390 円	1,270 円
利用者負担 第3段階①	市町村民税世帯非課税であつ て、第2段階に該当しない方	1,370 円	650 円	2,020 円
利用者負担 第3段階②	市町村民税世帯非課税であつ て、第2段階、第3段階①に該 当しない方	1,370 円	1,360 円	2,730 円
利用者負担 第4段階以上	市町村民税課税世帯	2,066 円	1,766 円	3,832 円

※上記の利用者負担段階に該当するためには市町村からの「介護保険負担限度額認定証」が必要です。認定証に記載された負担限度額が利用者負担となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

	【預かり金管理サービスとは】
預かり金管理 サービス	別に定める預かり金規程により、預かり金からの下記の①～③に該当する支払い等の代行を行なうことができます。その際は別途預かり金管理委託契約が必要になります。また預かり金の取扱については「預かり金等取扱規定」に記載しております。※ご利用されるかどうかは任意です。 【預かり金管理に係る費用】 月額800円 ※月の途中に退居されても返却はいたしません。

	<p>【預かり金管理サービスに含まれるもの】</p> <p>①個人購入物品(定期的に施設に配達されるもの) ②協力病院以外の医療費・薬代</p> <p>③衣類、菓子類、その他日用品等</p> <p>【注意事項】</p> <p>日常的な通院に係る交通費は必要ありません。</p> <p>上記③については、原則ご家族に購入をお願いしておりますが、ご家族でできない場合には施設で購入いたします。その他日用品には施設が一括して購入しているものは含みません。</p> <p>※施設での立替はできません。</p>
--	---

外部委託サービス

散髪	月1回に出張理髪サービスを利用していただくことができます。 2550円とします。 ご希望の方は事前に職員までお申し出ください。料金は預かり金からお支払いいたします
クリーニング	施設の洗濯機で洗えない衣類は業者に依頼します。料金は施設利用料と一緒に引き落としいたします
その他	日常生活上の便宜に要する費用等について実費徴収とします。料金は施設利用料と一緒に引き落とします※持込み家電がある場合 1個 30円/1日

※嗜好による代替食提供の場合、別途実費発生(アレルギーは除く)

(3) 入院された場合の対応について

- ① 1ヶ月につき6日以内(連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊)の短期の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。7日間未満の入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。
- ② 上記期間を超える入院の場合
上記期間を超える入院の場合を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後優先して入所できます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合は退院時に施設の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。
- ③ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合
3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。これらの判断は入院先の当該主治医への確認のもとに行ないます。

(4) 事故発生時の対応について

施設は、入居者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

- (1) 事故発生防止のための指針を整備
 - (2) 事故又は事故に至る危険性がある事態が発生した場合に、発生の事実及びその分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備
 - (3) 事故防止のための委員会および職員に対する研修を定期的に行う
- 2 施設は、入居者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う

8 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに、前月分の利用料等を利用明細書により請求いたします。翌月末日までに自動引き落としを致します。(手続き書類を事務がお渡しします。)※入金確認後、領収書を発行します。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設苦情等相談窓口	管理者	施設長 林 静 香		
	受付担当	介護支援専門員 大橋 尚子		
	住所	熊本市南区南高江7丁目3番		
	電話	096(288)2806	FAX	096(288)2816
	受付	月曜～土曜(9:00～17:30)		
	面接場所	地域密着型特別養護老人ホーム かわしり御蔵		
	上記以外でも緊急の場合は受付ます 苦情箱(当施設1階に設置)			
熊本市高齢者支援部 介護事業指導課	市町村の担当窓口にご相談できます。			
	住所	熊本市中央区手取本町1番1号		
	電話	096(328)2793		
	受付時間	8:30～17:15(土・日・祝日休み)		

熊本県国民健康保険団体連合会介 護サービス苦情相談窓口	国民健康保険団体連合会に相談や苦情の申し立てができます。			
	住所	熊本市東区健軍1丁目18番7号		
	電話	096(214)1101	FAX	096(214)1105
	受付時間	9:00～17:00(土・日・祝日休み)		
熊本県福祉サービス 運営適正化委員会	住所	熊本市中央区南千反畑町3-7		
	電話	096(324)5454		
第三者委員	吉村圭四郎	電話 090(3986)0901		
	本田慶子	電話 090(4511)6813		
	村上泰幸	電話 090(3073)8998		

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「地域密着型特別養護老人ホームかわしり御蔵消防計画」に則り対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「地域密着型特別養護老人ホームかわしり御蔵消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有	防火扉	無
	屋内消火栓	有	自動火災報知器	有
	ガス漏れ探知機	無		
	誘導灯	17か所		
消防計画等	熊本市西消防署への届出日: 令和元年5月22日 防火管理者: 中村 幸子			

11 協力医療機関等

医療機関	病院名及び所在地	川尻尾崎内科 熊本市南区川尻5丁目1番62号
	電話番号	096-357-9115
	診療科	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・胃腸科
	入院設備	あり
医療機関	病院名及び所在地	南部中央病院 熊本市南区南高江6-2-24
	電話番号	096-357-3322
	診療科	内科 消化器科 胃腸科 外科 整形外科 リウマチ科 リハビリテーション科
	入院設備	あり
医療機関	病院名及び所在地	にしくまもと病院 熊本市南区富合町古閑1012
	電話番号	096-358-1118
	診療科	整形外科 リハビリテーション科 泌尿器科 皮膚科
	入院設備	あり
歯科	病院名及び所在地	緒方歯科医院 熊本市中央区保田窪1丁目9-52-101
	電話番号	050-1809-5481
	入院設備	なし

12 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会 (9:30～17:00)	来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度、職員に届け出をされ所定の場所でご面会ください。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、必ず行き先と帰りの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。これに反してのご利用で破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の入居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	施設内での他の入居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。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

13 身体拘束について

- ① 施設サービスの提供に当たっては、ご入居者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご入居者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、ご入居者またはその家族に対して事前に口頭及び文書による説明を行い、併せて文書による同意を得ます。

14 虐待防止について

施設はご入居者の人権の擁護・虐待の防止等の為の次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施と担当者の配置。
- ② 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともにその結果について従業者に周知を図る。
- ③ 虐待防止のための指針を整備する。
- ④ その他虐待防止のための必要な措置。

尚、サービス提供中に当該施設従業者又は養護者（入居者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けられる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報する。

15 個人情報の開示

入居者及び家族等の申し出により個人情報を開示します。個人情報に関する問い合わせは、地域密着型特別養護老人ホーム かわしり御蔵受付までお申し出ください。

16 秘密保持、個人情報の利用について

- ① 事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、入居者及び入居者の家族について知りえた秘密を漏らしません。
- ② 当事業所は、従業員が退職後、在職中に知りえた入居者及び入居者の家族についての秘密を漏らすことのないように必要な措置をとります。
- ③ 介護サービスの提供のためには、サービス担当者会議等で、必要な範囲内で個人情報を用います。又、必要な場合は、主治医、歯科医師の意見を求めることがあります。

17 サービスの第三者評価の実施状況について

当該施設で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	外部評価は行っていない。運営推進会議にて評価を行う。
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、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しました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	熊本市南区南高江7丁目3番
	事業所（法人）名	社会福祉法人 竹崎記念福祉会
	施設名	地域密着型特別養護老人ホーム かわしり御蔵
代表者名	理事長	中村 幸子 印
	施設長	林 静香 印
説明者	介護支援専門員	大橋 尚子 印

私は、重要事項説明書に基づいて、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

入居者

住所 _____

氏名 _____ 印

代理人(選任した場合)

住所_____

氏名_____印

身元引受人

住所_____

氏名_____印