

指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 川尻ヒルズ 重要事項説明書

2026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 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	指定(介護予防)短期入所生活介護 川尻ヒルズ
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4370109821号
施 設 長 の 氏 名	森瀬 千恵子

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

適正な指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護を提供する事を目的とする。

(2) 運営方針

- 1 事業所は、利用者の介護等に関する計画(以下「短期入所生活介護サービス計画」という。)に基づき、利用者等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
- 2 本事業所における提供する短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護(以下「短期入所生活介護」という)は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- 3 事業者は、当該事業の実施に当たって、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事項	内容
短期入所生活介護サービス計画の作成及び事後評価	相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される場合は、居宅サービス計画に内容を基に短期入所生活介護サービス計画を作成し、利用者又は家族に交付します。
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		16978.56㎡
建 物	構 造	RC造・S造・W造
	延 べ 床 面 積	4002.97㎡
	利 用 定 員	入所60名(短期入所12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	72室	最小13.56㎡	

(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	6	(総面積)323.96 (最少)41.40㎡	
浴 室	7	(総面積)43.68㎡	特殊浴槽 1台設置
医 務 室	1	12.52㎡	

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	25以上	11以上		14以上		25以上
看 護 職 員	3以上	3以上				3以上
医 師	1			1		
管 理 栄 養 士	1	1				1
機能訓練指導員	1	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	早出(7:30～16:30) 日勤(8:30～17:30) 日勤1(10:00～19:00)		日勤1(10:00～19:00)
医 師	週2回		遅出(12:30～21:30)
管 理 栄 養 士	8:30～17:30		夜勤(21:00～8:00)
機能訓練指導員	8:30～17:30	※ 職員の勤務時間は繰り上げ、繰り下げることがあります	
介護支援専門員	8:30～17:30		

7 短期入所生活介護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所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	医師又は看護職員が常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとるものとする。
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日につき)

要支援1	529 円	要支援2	656 円	
要介護1	704 円	要介護2	772 円	要介護3 847 円
要介護4	918 円	要介護5	987 円	

②加算等(1日につき)

機能訓練体制加算12円	療養食加算23円	看護体制加算(Ⅱ)8円	夜勤職員配置加算18円
送迎加算(片道)184円	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護保険料の16.3%	

③居住費・食費

●第4段階 一般料金です。

要介護度	基本料金		食費	居住費	日額利用料合計	
	1割負担	2割負担			1割負担	2割負担
1	¥704	¥1,408	¥1,766	¥2,066	¥4,536	¥5,240
2	¥772	¥1,544	¥1,766	¥2,066	¥4,604	¥5,376
3	¥847	¥1,694	¥1,766	¥2,066	¥4,679	¥5,526
4	¥918	¥1,836	¥1,766	¥2,066	¥4,750	¥5,668
5	¥987	¥1,974	¥1,766	¥2,066	¥4,819	¥5,806

以下は介護保険負担限度額認定を受けている方のご利用料金です。

●第3段階②

要介護度	基本料金	食費	居住費	日額利用料合計
1	¥704	¥1,300	¥1,370	¥3,374
2	¥772	¥1,300	¥1,370	¥3,442
3	¥847	¥1,300	¥1,370	¥3,517
4	¥918	¥1,300	¥1,370	¥3,588
5	¥987	¥1,300	¥1,370	¥3,657

●第3段階①

要介護度	基本料金	食費	居住費	日額利用料合計
1	¥704	¥1,000	¥1,370	¥3,074
2	¥772	¥1,000	¥1,370	¥3,142
3	¥847	¥1,000	¥1,370	¥3,217
4	¥908	¥1,000	¥1,370	¥3,278
5	¥976	¥1,000	¥1,370	¥3,346

●第2段階

要介護度	基本料金	食費	居住費	日額利用料合計
1	¥704	¥600	¥880	¥2,184
2	¥772	¥600	¥880	¥2,252
3	¥847	¥600	¥880	¥2,327
4	¥918	¥600	¥880	¥2,398
5	¥987	¥600	¥880	¥2,467

●第1段階

要介護度	基本料金	食費	居住費	日額利用料合計
1	¥704	¥300	¥880	¥1,884
2	¥772	¥300	¥880	¥1,952
3	¥847	¥300	¥880	¥2,027
4	¥918	¥300	¥880	¥2,098
5	¥987	¥300	¥880	¥2,167

※ご利用料金は、①と②(該当する項目のみか、③と②(該当する項目のみ)となります

(2)介護保険給付対象外サービス

理容、美容、レクレーション行事等の費用については、実費の全額をご負担いただきます。

※持込み家電がある場合 30円／日

8 利用料等のお支払方法

毎月、15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。

① 自動引き落とし(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 森瀬 千恵子		
	受付担当	生活相談員 日隈 智之		
	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(8:30～17:30)		
	面接場所	特別養護老人ホーム 川尻ヒルズ		
	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	改善が見られない場合や対応に不満があるときは、市町村の担当窓口 に相談できます。			
	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	市町村で対応できないことや入居者が特に望む時は、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				

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 川尻ヒルズ消防計画」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「特別養護老人ホーム 川尻ヒルズ消防計画」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	8か所

	避難階段	7か所	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	ガス漏れ探知機	有
	誘導灯	48か所		
消防計画等	熊本市西消防署への届出日:平成25年8月1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5-1-62
	電話番号	096-357-9115
	診療科	内科
	入院設備	なし
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
歯科	病院名及び所在地	緒方歯科医院 熊本市中央区1丁目9-52-101
	電話番号	090-3197-0778
	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 (9:00～17:00)	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、必ず行き先と帰りの時間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	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の入所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	施設内での他の入所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、ご利用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、身体拘束その他ご利用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、ご入所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 個人情報の開示

入所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、特別養護老人ホーム 川尻ヒルズ受付までお申し出ください。

15 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、利用者及び利用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、在職中に知りえた利用者及び利用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。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)短期入所生活介護事業所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	指定(介護予防)短期入所生活介護事業所 川尻ヒルズ
	代 表 者 名	理事長 中 村 幸 子 印
		施設長 森 瀬 千 恵 子 印
	説 明 者	印

私は、重要事項説明書に基づいて、(介護予防)短期入所生活介護事業所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	住所
	氏名 印

身元引受人	住所
	氏名 印
