

短期入所生活介護
たくまの里重要事項説明書
 2025年7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 くまもと福祉会
代表者名	理事長 川上和美
所在地・連絡先	(住所) 熊本市東区御領1丁目13番26号 (電話) 096(382)3222 (FAX) 096(382)3173

2 事業所(ご利用施設)

施設名	たくまの里
所在地・連絡先	(住所) 熊本市東区御領1丁目13番26号 (電話) 096(382)3222 (FAX) 096(382)3173
サービス種類	(介護予防)短期入所生活介護
介護保険事業所番号	4370106009
施設長の氏名	梅林 隆臣

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	施設研修計画に基づき全従業員対象の研修実施します。ユニットリーダー研修に参加しています。

4 施設の概要

(1)構造(介護老人福祉施設含)

建物	敷地	3091.34m ²
	構造	鉄筋4階建て
	延べ床面積	3574.61m ²
	利用定員	7名(介護老人福祉施設50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	57室	最小13.3m ²	全室トイレ付き

(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	1ユニット 59.6m ²	

浴室(総面積)	7	57.91m ²	特殊浴槽 3台設置
医務室	1	16.7m ²	

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	24以上	20以上		4以上		22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		早出 (7:00～16:00)
生活相談員	8:30～17:30		日勤1 (8:00～17:00)
看護職員	早出 (7:00～16:00) 日勤 (8:00～17:00) 遅出 (10:00～19:00)		日勤2 (9:00～18:00) 日勤3 (9:30～18:30) 日勤4 (10:00～19:00)
医師	週1回		遅出1 (12:30～21:30)
管理栄養士	日勤 (8:30～17:30)		遅出2 (13:10～22:10)
機能訓練指導員	日勤1 (8:00～17:00)		遅出3 (13:30～22:30)
介護支援専門員	日勤2 (9:00～18:00)		夜勤 (22:20～7:20) 夜勤1 (22:20～7:20)

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所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	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。
レクレーション	季節ごとのレクレーションをします。
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。

<費用>

原則として介護報酬の1割が利用者負担となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に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

<料金>

①介護サービス費

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

②加算等

機能訓練体制加算 12 円/日	療養食加算 8円/1食あたり	サービス提供体制加算(II) 18 円/日	夜勤職員配置加算(II) 18 円/日
送迎加算(片道) 184 円/日	緊急短期入所受入加算 90 円/日	若年性認知症利用者受入加算 120 円/日	介護職員等処遇改善加算(I) 14%

③居住費・食費

利用者負担段階	対象者	滞在費	食費	負担合計
利用者負担 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/日	300 円/日	1,180 円/日
利用者負担 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80万円以下の 方	880 円/日	600 円/日	1,480 円/日
利用者負担 第3-①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80万円以上120 万以下の方	1,370 円/日	1,000 円/日	2,370 円/日
利用者負担 第3-②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120万以上の方	1,370 円/日	1,300 円/日	2,670 円/日
利用者負担 第4段階	市町村民税課税世帯	2,066 円/日	1,445 円/日	3,511 円/日

※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

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。

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。翌月25日までに下記のいずれかの方法でお支払下さい。

- ① 自動引き落とし(手続き書類を事務がお渡しします。)
- ② 指定口座への振り込み
- ③ 現金

※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	梅林 隆臣	
	受付担当	生活相談員	小崎 節子	
	住所	熊本市東区御領1丁目13番26号		
	電話	096(382)3222	FAX 096(382)3173	
	受付	月曜～土曜(8:30～17:30)		
	面接場所	特別養護老人ホームたぐまの里		
	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)			
熊本市高齢介護福祉課	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)2347		
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		

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たぐまの里消防計画」にのつ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たぐまの里消防計画」にのつとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者方も参加して行います。			
設備名称	個数等	設備名称	個数等	
スプリンクラー	あり	防火扉	8箇所	
避難階段	2箇所	屋内消火栓	あり	
自動火災報知器	あり	ガス漏れ探知機	あり	
誘導灯	51箇所			
消防計画等	熊本市健軍消防署への届出日:平成23年12月27日 防火管理者:梅林 隆臣			

11 協力医療機関等

くわみず病院	所在地 電話番号 診療科 入院設備	熊本市中央区神水1丁目14-41 096-381-2248 内科・消化器内科・外科・循環器内科・呼吸器内科・婦人科・小児科・外科・肛門外科・精神科・リハビリテーション科・放射線科・アレルギー科・漢方内科・人工透析内科 あり
菊陽病院	所在地 電話番号 診療科 入院設備	菊池郡菊陽町原水下中野5587 096-232-3171 精神科・神経科・内科・放射線科・歯科 あり
菊陽病院歯科	所在地 電話番号 入院設備	菊池郡菊陽町原水下中野5587 096-232-3171 なし

12 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会 (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。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。ライター等の火気の個人所有はできません。
迷惑行為、禁止行為等	<p>① 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。</p> <p>② 入所者及び入所者の家族等は、下記の禁止行為を行わないでください。</p> <p>(ア) 職員に対する身体的暴力。 (身体的な力を使って危害を及ぼす行為) 例:コップを投げつける／蹴る／唾を吐く 等</p> <p>(イ) 職員に対する精神的暴力。 (個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶める行為) 例:大声で威嚇する／特定の職員に嫌がらせする／ 「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する</p> <p>(ウ) 職員に対するセクシュアルハラスメントを行うこと。 (意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等の性的ないやがらせ行為) 例:必要なく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまな性的な話をする</p>

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たくまの里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。

16 損害賠償

利用者に対する短期入所生活介護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います。

17 熊本県福祉サービス第三者評価

評価実施期間:平成23年7月1日から平成24年1月12日まで

評価機関:NPO法人ワークショップ「いふ」

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。

年　　月　　日

事業者　　住 所　　熊本市東区御領1丁目13-26
事業所(法人)名　社会福祉法人 くまもと福祉会
施 設 名　　たくまの里

代 表 者 名 理事長 川 上 和 美 印

施設長 梅 林 隆 臣 印

説 明 者 生活相談員 小 崎 節 子 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。

年	月	日			
利用者			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	