

千寿園別館まごころ（地域密着型介護老人福祉施設）重要事項説明書

（令和 7 年 4 月 1 日現在）

1 千寿園別館まごころの概要

（1）施設の名称・所在地等

事業所番号	4 3 9 3 1 0 0 1 4 6
事業所名	千寿園別館まごころ
所在地	熊本県球磨郡球磨村大字渡乙 8 8 0 番地 2 1

（2）施設の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1 人		1 人
医師		1 人以上	1 人以上
生活相談員	1 人以上		1 人以上
介護職員	8 人以上		8 人以上
看護職員	1 人以上		1 人以上
栄養士または管理栄養士	1 人以上		1 人以上
機能訓練指導員	1 人以上		1 人以上
介護支援専門員	1 人以上		1 人以上
調理員	2 人以上		2 人以上
事務員	1 人以上		1 人以上

（3）主な職員の勤務体制

職 種	勤務体制
医 師	毎週水曜日 1 3 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
介護職員 看護職員	介護職員 早出・日勤・遅出 7 : 0 0 ~ 2 1 : 0 0 看護職員 早出・日勤 7 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 ※夜勤帯は 2 1 : 0 0 ~ 翌 7 : 0 0 原則として職員 1 名あたり 2 0 名お世話します。 ※看護職員は夜間の連絡体制を整えています。
機能訓練指導員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

(4) 施設の設備等の概要

【 ユニット型個室 】

定 員	20名	医 務 室	1 室
居 室	20室	共同生活室	2 室
浴 室	2室	談 話 室	2 室

2 サービス内容

① 地域密着型施設サービス計画の作成

② 食事(目安として)

朝食 8:00～

昼食 11:30～

夕食 17:00～

③ 入浴

週に2回以上入浴できます。

ただし、身体の状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。

④ 介護

地域密着型施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。

食事、着替え、排泄、おむつ交換、体位変換、施設内の移動の付添い等の介助

⑤ 機能訓練

地域密着型施設サービス計画に沿った機能訓練を行います。

⑥ 生活相談

常勤の生活相談員に、生活に関する相談ができます。

⑦ 健康管理

当施設では、年間1回健康診断を行います。日程については別途ご連絡します。

また、毎週水曜日に球磨村診療所の回診があります。

⑧ 特別食の提供

⑨ 行政手続代行

⑩ 貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけますが、出来る限りご家族での管理をお願い致します。

○ 管理する金銭の形態 : 現金

○ お預かりするもの : 印鑑

○ 保管管理者 : 施設長

⑪ 趣味活動

⑫ 個人負担

○ 衣類 (ズボン、くつした、肌着、下着、上着、帽子、パジャマ、靴など)

○ 洗濯機で洗えないもの (ウール、カシミア、シルクなど)

○ 日用品 (ティッシュペーパー、眼鏡、補聴器、杖など)

○ 洗面用具類 (歯ブラシ、くし、髭剃り、義歯入れ、容器など)

- 各種行政手続き代行申請に必要な手続き費用（所得証明など）
- 嗜好品（お菓子、ジュースなど）
- 医療費（回診や受診、お薬、インフルエンザ等の予防接種代など）
- 散髪代
- 他、個人的に必要なもの

⑬ 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることが出来ます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。）

※緊急時における嘱託医・協力医療機関との連携

- ① 緊急時の注意事項や病状等については看護職員より嘱託医へ連絡し情報の共有を図ります。
- ② 緊急時において嘱託医に指示を仰ぎますが、嘱託医が診察を行うか、協力医療機関へ搬送するかは嘱託医の判断に従います。（但し、看取り介護等の場合はこの限りではありません）

嘱託医への連絡は下記の通りです。

曜日 \ 時間	8 : 3 0 ~ 1 2 : 0 0	1 3 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
月曜日	球磨村診療所	
火曜日	球磨村診療所	
水曜日	球磨村診療所	
木曜日	球磨村診療所	
金曜日	球磨村診療所	
土曜日	球磨村診療所	

上記以外は直接嘱託医の携帯電話へ連絡します。

I 協力医療機関

医療機関の名称	球磨村診療所
所在地	球磨村大字一勝地 7 7 - 1 7
診療科	内科

嘱託医、週 1 回の回診あり

医療機関の名称	球磨病院
所在地	人吉市上青井町 1 7 6
診療科	内科、外科

救急指定病院

医療機関の名称	人吉医療センター
所在地	人吉市老神町 3 5
診療科	内科、外科、脳外科

Ⅱ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	球磨川歯科医院
所在地	人吉市下原町字荒毛字無田ノ原 1 4 3 3 番地 1-2

Ⅲ 協力皮膚科医療機関

医療機関の名称	吉村皮膚科医院
所在地	人吉市鬼木町 7 4 5 - 1

3 利用料金

(1) 基本料金

① 施設利用料

サービス費	1日あたりの自己負担
要介護度 1	6 8 2 円
要介護度 2	7 5 3 円
要介護度 3	8 2 8 円
要介護度 4	9 0 1 円
要介護度 5	9 7 1 円

※一定以上所得者は 2 割負担・3 割負担

② 加算料金

日常生活継続支援加算 (Ⅰ)	4 6 円	1 日あたり
看護体制加算	看護体制加算 (Ⅰ) ロ	1 2 円
	看護体制加算 (Ⅱ) ロ	2 3 円
夜勤職員配置加算	夜勤職員配置加算 (Ⅱ) ロ	4 6 円
	夜勤職員配置加算 (Ⅳ) ロ	6 1 円
生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	1 0 0 円
	生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	2 0 0 円
	※個別機能訓練加算取得の場合	1 0 0 円
個別機能訓練加算	個別機能訓練加算 (Ⅰ)	1 2 円
	個別機能訓練加算 (Ⅱ)	2 0 円
	個別機能訓練加算 (Ⅲ)	2 0 円
	※上記 (Ⅱ) と口腔衛生管理加算 (Ⅱ) を取得及び栄養マネジメント強化加算取得の場合	1 月あたり (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) 併算可
A D L 維持等加算	A D L 維持等加算 (Ⅰ)	3 0 円
	A D L 維持等加算 (Ⅱ)	6 0 円
若年性認知症入所者受入加算	1 2 0 円	1 日あたり
外泊時費用	※ 6 日間	2 4 6 円
外泊時在宅サービス利用費用	※ 6 日間	5 6 0 円
初期加算	3 0 円	1 日あたり
退所時栄養情報連携加算	7 0 円	1 月に 1 回
再入所時栄養連携加算	2 0 0 円	1 人につき 1 回

退所時等相談援助加算	(1) 退所前訪問相談援助加算	4 6 0 円	入所中1回、 または2回	
	(2) 退所後訪問相談援助加算	4 6 0 円	退所後 1 回	
	(3) 退所時相談援助加算	4 0 0 円	1 人につき 1 回	
	(4) 退所前連携加算	5 0 0 円		
	(5) 退所時情報提供加算	2 5 0 円		
協力医療機関連携加算	(1) 相談・診療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機関と連携している場合 5 0 円	1月あたり		
	(2) 上記以外の協力医療機関と連携している場合	5 円		
栄養マネジメント強化加算		1 1 円	1 日あたり	
経口移行加算		2 8 円	1 日あたり	
経口維持加算	経口維持加算（Ⅰ）	4 0 0 円	1 月あたり	
	経口維持加算（Ⅱ）	1 0 0 円		
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	9 0 円	1 月あたり	
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	1 1 0 円		
療養食加算		6 円	1 日 3 回	
配置医師緊急時対応加算	(1) 配置医師の勤務時間外の場合	3 2 5 円	1 回	
	(2) 早朝・夜間の場合	6 5 0 円		
	(3) 深夜の場合	1 3 0 0 円		
看取り介護加算	看取り介護加算 （Ⅰ）	(1) 死亡日以前 3 1 日以上 4 5 日以下	7 2 円	いずれかの加算 1日あたり
		(2) 死亡日以前 4 日以上 3 0 日以下	1 4 4 円	
		(3) 死亡日以前 2 日又は 3 日	6 8 0 円	
		(4) 死亡日	1 2 8 0 円	
	看取り介護加算 （Ⅱ）	(1) 死亡日以前 3 1 日以上 4 5 日以下	7 2 円	
		(2) 死亡日以前 4 日以上 3 0 日以下	1 4 4 円	
		(3) 死亡日以前 2 日又は 3 日	7 8 0 円	
		(4) 死亡日	1 5 8 0 円	
在宅復帰支援機能加算		1 0 円	1 日あたり	
在宅・入所相互利用加算		4 0 円	1 日あたり	
認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 円	1 日あたり	
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 円		
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 5 0 円	1 日あたり	
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	1 2 0 円		
認知症行動・心理症状緊急対応加算	※入居後7日間	2 0 0 円	1 日あたり	
褥瘡マネジメント加算	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 円	1 月あたり	
	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	1 3 円		
排せつ支援加算	排せつ支援加算（Ⅰ）	1 0 円	1 月あたり	
	排せつ支援加算（Ⅱ）	1 5 円		
	排せつ支援加算（Ⅲ）	2 0 円		
自立支援促進加算		2 8 0 円	1 月あたり	
科学的介護推進体制加算	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	4 0 円	1 月あたり	
	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	5 0 円		

安全対策体制加算	20円	1人につき1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）10円	1月あたり
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）5円	
新興感染症等施設療養費	※5日間 240円	1月あたり
生産性向上推進体制加算	生活機能向上推進体制加算（Ⅰ）100円	いずれかの加算 1月あたり
	生活機能向上推進体制加算（Ⅱ）10円	
サービス提供体制加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）22円	いずれかの加算 1日あたり
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）18円	
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）6円	
介護職員処遇改善加算	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）算定した額×140/1000	いずれかの加算 1月あたり
	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）算定した額×136/1000	
	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）算定した額×113/1000	
	介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）算定した額×90/1000	

※上記金額で算定可能な加算を算出します。詳細は料金表をご参照ください

③ 食費・居住費（1日あたり）

利用者負担段階	食 費	居住費
第1段階	300円	880円
第2段階	390円	880円
第3段階①	650円	1,370円
第3段階②	1,360円	1,370円
第4段階	1,445円	2,066円

※ 一定以上所得者は2割負担・3割負担

※ 栄養ケア・マネジメントとは、入居者一人一人の栄養状態を適切に評価し、その状態に応じて多職種協働により栄養管理することです。

※ 入居期間中に入院、または外泊した場合の取扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。

※ 居住費とは、部屋代・水道光熱費相当分です。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 支払い方法

前月利用料の請求書に明細を付して毎月15日までに通知いたしますので、翌月26日までにお支払いください。お支払い方法は、口座振替となりますが、口座振替ができない場合は、現金で支払うこともできます。

4 入退居の手続き

(1) 入居手続き

① 要介護3以上（特例入所：要介護1～2）の認定を受けた方で、入居を希望する方は、電話等で連絡ください。

② 入居が決定した場合、契約を締結しますが、契約の有効期間は要介護認定の期間と同じです。ただし、入居要件が満たされていれば、自動的に更新します。

- (イ) 老人デイサービスセンターの設置経営
- (ロ) 老人短期入所事業の経営
- (ハ) 老人居宅介護等事業の経営
- (ニ) 小規模多機能型居宅介護事業の設置経営
- (ホ) 生計困難者に対する相談支援事業

3 公益を目的とする事業
居宅介護支援事業

9 個人情報の使用に係る同意事項

1 利用期間

介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準じます。

2 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び、更新、変更のため
- (2) 入居者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、各サービス事業所、介護支援専門員、保険者、その他社会福祉団体との連絡調整のため
- (4) 入居者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合
- (5) 事業所内のケアカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議やサービス担当者会議のため
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合

3 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。又、入居者とのサービス利用に関わる契約締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

10 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有	無
実施した直近の年月日	年	月 日
実施した評価機関の名称		
評価結果の開示状況	有	無

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け同意します。

入居者 [住 所]

[氏 名]

印

家族代表者 [住 所]

[氏 名]

印

(続 柄:)

地域密着型介護老人福祉施設入居にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 [住 所]

熊本県球磨郡球磨村大字渡乙 8 8 0 番地 2 1

[事業者名]

社会福祉法人 慈愛会 (事業所番号 4393100146)

[代表者名]

理事長 後藤 亜樹 印

説明者 [職 名]

[氏 名]

印