

予防短期入所療養介護重要事項説明書

<2024年12月1日現在>

1. 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	一般財団法人 杏仁会
代 表 者 名	伊津野 良治
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37 (電話) 096-363-0101 (FAX) 096-363-3363

2. 事業所（ご利用施設）

施 設 の 名 称	介護老人保健施設 フォレスト熊本
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区渡鹿5丁目1-37 (電話) 096-363-0101 (FAX) 096-363-3363
事 業 所 番 号	4350180172
管理者の氏名	上妻 和夫

3. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

私たちは高齢者が充実した人生を継続していただけるように全力を尽します。

(2) 運営方針

①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事ができるよう、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練
その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、療養生活の質の
向上及び利用者の家族の身体的精神的負担の軽減を図ります。

②居宅介護支援事業者、その他の保険医療サービスまたは、福祉サービスを提供
する者と密接な連携に努めると共に、関係市町村とも連携を図り総合的なサー
ビスの提供に努めます。

(3) その他

事 項	内 容
職 員 研 修	年12回、職員教育の研修を行っています。 学会研修（各種学会発表及び研修参加）

4. 事業所の概要

(1) 構造等

敷 地		1,983㎡
建 物	構 造	鉄骨造5階建
	述 べ 床 面 積	6,148.1㎡
	利 用 定 員	80名

(2) 居室

居室の種類	室 数
一 人 部 屋	2 0
四 人 部 屋	1 5

(3) 主な設備

設 備	室 数
食 堂	2
機能訓練室	1
浴 室	3
診 察 室	1
談 話 室	4
レクリエーション・ルーム	2
洗 面 所	4 0
便 所	5

(4) 通常の送迎の実施地域

事業の実施地域	大江、白川、碩台、黒髪、託麻原、西原、帯山西
---------	------------------------

※日曜日の送迎は実施していません。

※上記地域以外でもご希望の方は御相談下さい。

5. 施設の職員体制

従 業 者 の 職 種	人 数
管 理 者	1 名
医 師	1 名
薬 剤 師	1 名
看 護 職 員	8 名以上
介 護 職 員	2 5 名以上
支援相談員	1 名
理学療法士	1 名以上
作業療法士	1 名以上
言語聴覚士	1 名
管理栄養士	1 名
事務員等	4 名

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	備考
管 理 者	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	
医 師	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）	
薬 剤 師	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）兼任	
看 護 職 員	日勤（８：３０～１７：３０） 夜勤（１７：００～９：００）	
介 護 職 員	日勤（８：３０～１７：３０） 夜勤（１７：００～９：００）	
支援相談員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	

7. 短期入所療養介護の内容と費用

（１）介護保険給付対象サービス

①サービス内容

種 類	内 容
食 事	（食事時間） 朝食８：００～９：００ 昼食１２：００～１３：００ 夕食１８：００～１９：００ 栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。 また、糖尿病食などの療養食にも対応しています。
医 療 ・ 看 護	医師により、７日に１回定期診察を行います。それ以外でも必要がある場合にはいつでも診察を受け付けます。 ただし、当施設では行えない処置（透析等）や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種が協同してリハビリテーション実施計画書を作成します。それを基に利用者の状況に適したリハビリテーションを行い、身体認知機能及び日常生活活動能力の維持回復に努めます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具・環境＞ 各種測定機具、血圧計、心理機能検査、各種歩行補助具、各種歩行器、各種日常生活活動訓練用器具、家事用設備、和室、一般浴槽、パワーリハビリテーション、自転車エルゴメーター、ニューステップ、屋外歩行ルート 運動療法器具（足関節矯正起立訓練板、壁面用肋木、プーリー各種マット訓練台、平行棒、姿勢矯正用鏡、歩行訓練用階段重錘バンド、バランスマット等） 物理療法機器（低周波、ホットパック、マイクロウェーブ、メドマー）

入浴	ご利用の期間中に必要な回数の入浴または清拭を行います。 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、出来る限り離床に配慮します。 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をします。 シーツ交換は必要に応じて（最低週１回）行います。
転倒について	別記をご参照下さい。
感染症対策	感染症及び食中毒蔓延防止のための対策を立てる為に、毎月１回委員会を開催するとともに、職員に通知し定期的に研修会を行います。また、感染症及び食中毒が発生した場合には、厚生労働大臣が定める手順書に応じた規定を基に緊急に対応します。
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。
送迎	利用者の心身の状態、ご家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。ただし日曜日と時間外の送迎は実施しておりません。

②費用

介護保険の負担割合に応じた額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、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と領収証を発行します。

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。

○施設サービス費（１日につき）

※介護保険１割負担の場合	１人部屋	４人部屋
要支援１	６３２円	６７２円
要支援２	７７８円	８３４円

○加算

種 類	※介護保険１割負担額の場合
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） （施設サービス費に加算）	５１円／日
夜勤体制加算	２４円／日

個別リハビリテーション実施加算	240円／日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円／日
若年性認知症利用者受入加算	120円／日
送迎加算	片道 184円
総合医学管理加算（利用中10日を限度）	275円／日
療養食加算	8円／回
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円／日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円／日
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円／日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（R6年5月まで）	合計金額の3.9%
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（R6年5月まで）	合計金額の2.1%
介護職員等ベースアップ等支援加算（R6年5月まで）	合計金額の0.8%
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（R6年6月から）	合計金額の7.5%

○緊急時施設療養費

緊急時施設療養費	※介護保険1割負担の場合	518円／日
緊急時治療管理	ご利用者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行ったときに算定	
特定治療	医科診療報酬点数表第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第64条第3項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療（別に厚生大臣が定めるものを除く）を行った場合に、当該診療に係る医科診療報酬点数表第1章及び第2章に定める点数に10円を乗じて得た額を算定	

(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。

○ 滞在費（1日につき）

保険料段階		1人部屋	4人部屋
第4段階以上の方		1,728円	500円
負担限度額	第3段階の方	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居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。	
	第2段階の方		
	第1段階の方		

※保険料段階第1段階～第3段階に該当する場合は「介護保険負担限度額認定証」が必要となりますので、住民票のある市区町村に申請が必要です。

②食費

保険料段階		金額	
第4段階以上の方		朝食	600円
		昼食	870円
		夕食	730円
負担限度額	第3段階の方	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食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。	
	第2段階の方		
	第1段階の方		

※保険料段階第1段階～第3段階に該当する場合は「介護保険負担限度額認定証」が必要となりますので、住民票のある市区町村に申請が必要です

○その他

種 類	内 容	利 用 料
日用消耗品費	おしぼり、タオル、石鹸、シャンプー トイレットペーパー、ペーパータオル等の日用品	250円/日
教育娯楽費	新聞、雑誌、デイルーム設置テレビ、 通信型ヘルスケア支援機器 レクリエーションに使用する備品	200円/日
特別室料	ベッド、大型テレビ、冷蔵庫、椅子 洗面台、シャワールーム、トイレ完備 20.59㎡	5,500円/日
個室料 (2階トイレ付き)	ベッド、テレビ、冷蔵庫、椅子、洗面台 約13㎡	3,300円/日
個室料 (2階トイレなし)	ベッド、テレビ、冷蔵庫、椅子、洗面台 13～15㎡	2,750円/日
個室料(3階)	約13㎡	2,200円/日
電話代	個室に設置してある電話を利用する場合	実費

各種サークル活動	材料費のかかるサークル活動に参加 された場合	実費
----------	---------------------------	----

○その他短期入所療養介護の中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

8. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変があった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先（家族等） ①	氏名（続柄）	()
	電 話 番 号 ①	
	電 話 番 号 ②	
緊急時連絡先（家族等） ②	氏名（続柄）	()
	電 話 番 号 ①	
	電 話 番 号 ②	

9. 利用料等のお支払方法

毎月15日以降に前月分の請求明細書を発行いたします。支払方法は、原則として銀行自動振替となっております。それ以外の方法をご希望される場合には1階受付までご相談ください。入金確認後、領収証を発行します。尚、領収書は再発行いたしませんので、大切に保管してください。また、再発行の際には、手数料を頂きます。

10. 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	窓口責任者 石田 一成 利用時間 8:30～17:30 利用方法 電話(363-0101) 面接(当施設1階相談室) 苦情箱(フォレスト熊本1階に設置)
円滑にかつ迅速に苦情処理を行うための処理手順	① 苦情処理台帳を作成いたします。 ② 苦情についての事実確認を行います。 ③ 苦情処理方法を記載し、管理者によって決議いたします。 ④ 処遇処理について関係者と連携、調整を行います。 ⑤ 苦情処理方法及び改善内容について利用者にご説明・確認を行います。 ⑥ 苦情処理は原則として1日以内に行います。 ⑦ 苦情処理についての成果等を台帳に記録し保管いたします。
その他	① 当事業所に対する利用者等からの苦情について、市町村または国民健康保険団体連合会が行う調査等に協力し、改善等の指示を受けた場合には速やかに改善します。 ② 当事業所が行うサービスの提供により、利用者に賠償すべき事故が発生した時には、速やかに賠償します。 ③ 利用者苦情相談窓口 熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 〒862-0911 熊本市東区健軍1丁目18番7号 TEL:096-214-1101 FAX:096-214-1105

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める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・シャッター	7箇所
	避難階段	2箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	あり	自動通報装置	あり
	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	熊本市中央消防署への届出日：平成10年2月25日 防火管理者：柳澤 明洋			

※災害、感染症等の発生に備え、利用者へのサービスの提供の継続、早期に再開する為の計画（BCP：業務継続計画）を策定し、必要な措置を講じます。建物の被災、職員の勤務状況により、サービスを休止または縮小することがあります

1 2. 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9：00～20：00 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。 ※事情により制限することがあります。
外出	外出先と戻られる時間を職員に申し出てください。 (届出書を提出してください)
居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、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	敷地内は禁煙です。
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。 利用者及びご家族、職員への著しい迷惑行為、ハラスメント等は固くお断りします。 サービスの契約を解除いたします。
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。 (事務室にてお預かりすることもできます。) 全てに名前をご記入ください。
宗教活動・政治活動	事業所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ください。
動物の飼育	事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 3. 個人情報保護

当施設は、当施設が保有している当施設の利用者、その他関係者の個人情報について、個人情報保護に関する法令およびその他の規範を遵守します。また、当施設が取得する個人情報の利用目的を定め、特定された利用目的達成に必要な範囲を越えた個人情報の取扱いを行いません。

別記「個人情報の使用について」に同意をお願いします。

1 4. 身体拘束適正化に向けた取り組み

利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束廃止に向けた強い意志を持ち、拘束を安易に正当化することなく、拘束・虐待を行わないケアの実践に努めています。身体拘束適正化委員会の設置・開催、職員研修の開催、ガイドラインの作成を行い、必要時には適正な取り扱いを行います。

1 5. その他お願い

被爆者手帳等公費負担証をお持ちの方は、サービス利用の際にはご提示下さい。

以上

フォレスト熊本における「転倒事故防止対策」

当施設では療養環境に重点をおき、お一人当たりの療養面積を広めに確保しております。そのため居室内、居室からトイレへの移動、あるいは廊下での歩行など伝い歩きが困難となる点も否めません。

歩行機能が低下された方に対しては、日頃職員も十分心得て介護にあたっておりますが、どうしても転倒事故や、それに伴う骨折等が起こる可能性があります。以下にフォレスト熊本における具体的な「転倒事故防止対策」をお示しします。

1. 入所される前の歩行状況、そのほか関連すると思われる精神・身体の情報をも十分に把握します。

※短期入所を御利用の際は、在宅での様子をお知らせ頂けると助かります。

2. その情報をもとにスタッフの間でカンファレンス（課題についての話し合い）を行い、特に転倒の危険性が高い方には細心の注意を払います。
3. 歩行補助具なしでの自力歩行が困難と思われる方には、理学療法士、作業療法士の判断によって杖や歩行器等の使用をお勧めするとともに、ご要望があれば重点的にご指導（訓練）を致します。
4. ベッドの周りで転倒の危険性が高い方には、ベッド周辺にクッションの役割をするマットを敷きます。
5. 安全確保の為にセンサーマットを使用する場合があります。使用した場合は定期的に評価し速やかに解除致します。

※センサーマットとは事故を完全に防ぐものではなく、ナースコールを使用されない状況で行動を把握する手段で使用するものです。

以上

個人情報の使用について

フォレスト熊本でサービスを利用するにあたり、以下の内容で個人情報を
使用することに同意します。

【個人情報の使用目的】

- ◆ 居室や食札等での名前の表示
- ◆ サービス利用に関する会議やケアプランでの情報提供
- ◆ 退所や緊急時に伴う情報提供

フォレスト熊本での行事・サークル活動時の写真使用について

私の肖像などを撮影した写真を使用することを

☐ 同意しません

☐ 以下の内容で同意します。

この同意により、本人または第三者からの異議申し立てはしません。

【肖像権の使用目的】

利用者本人	ご家族
☐ 施設内ホームページ・SNS ☐ 広報誌 ☐ 苑内の掲示	☐ 施設内ホームページ・SNS ☐ 広報誌 ☐ 苑内の掲示 ☐ 同意しません

※当施設で撮影したものは、提供致しません。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項を説明しました。

2024 年 月 日

事業者乙
住 所 熊本市中央区渡鹿5丁目1番37号
事業者（法人）名 一般財団法人 杏仁会
事業所名 介護老人保健施設 フォレスト熊本
(事業所番号) 4350180172
代表者名 施設長 上妻 和夫

説明者 職 名 支援相談員
氏 名

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者甲
住 所
氏 名

代理人（選任した場合） 住 所
氏 名

署名代行者
私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所
氏 名
続 柄
署名を代行した理由