重 要 事 項 説 明 書

当事業所は介護保険の指定を受けています。（熊本県指定第4370500466号）

１．事業所の概要

名　　称	社会福祉法人　白梅福祉会 白梅荘短期入所生活介護事業所	
代　表　者	（理事長）眞鍋　光明　　（管理者）宮本　隆文	
所　在　地	〒867-0066　熊本県水俣市古賀町２丁目５番３１号 TEL（0966）６３－４７１５　FAX（0966）６３－４７１６	
設立・開設年月日	（法人）昭和４２年４月１日設立　（事業所）平成５年４月1日開設	
関連事業等	併設	特別養護老人ホーム白梅荘　（熊本県指定第4370500300号）
		白梅デイサービスセンター　（熊本県指定第4370500391号）
		白梅荘在宅介護支援センター
	関連	特別養護老人ホーム白梅の杜　（熊本県指定第4370500839号）
		白梅の杜短期入所生活介護事業所（熊本県指定第4370500847号）
		白梅ケアプランセンター　（熊本県指定第4370500292号）
		医療法人啓愛会　白梅病院
		医療法人啓愛会　老人保健施設　白梅の里
		医療法人啓愛会　まなべクリニック
送迎の実施地域	水　俣　市	

２．事業の目的と運営の方針等

目的及び方針	事業所は、利用者が要介護状態になった場合においても、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、利用者の選択に基づき、入浴、排泄、食事等の介護及び機能訓練その他生活全般にわたるサービスを提供することを目的とします。また、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護の必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。 事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し、利用者の意思及び人格を尊重し、身体拘束や抑制等を行うことなく、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、その他保健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ます。

	事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。 事業所は、サービスを提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
サービス計画の作成及び評価	計画作成担当者は、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利用者については、利用者の心身の状況や希望及び置かれている環境を踏まえて、短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービス計画を作成します。すでに居宅（介護予防）サービス計画が作成されている場合には、その内容に添って作成します。原案の作成にあたっては、利用者または家族等へ、説明の上、同意を得て交付します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を定期的に評価します。

３．事業所の規模、構造

敷地・面積		３，３１７．６１㎡（約１，００５坪）
建物	構　　造	鉄筋コンクリート造　３階建
	延べ床面積	３，３４８．４６㎡（約１，０１５坪）
利用定員		８名

４．事業所の設備等

（１）　居　室

居室の種類	室数	面積	１人あたり面積
２人部屋	４室	８６．８㎡	１０．８５㎡

（２）　主な設備

設備の種類	室数	設備の種類	室数
食　　堂	４室	機能訓練室	１室
浴　　室	４室	多目的室	１室
調　理　室	１室	医務室	１室
事　務　室	１室	看護職員室	１室
介護職員室	２室	面　談　室	２室

５．従業者の勤務体制等

（１）従業者数　　（令和8年4月1日現在）

従業者の職種	配置数	指定基準
管理者	１名（兼務）	１名
生活相談員	２名（兼務）	１名
介護職員	３８名（兼務）	２９名　（利用者3名に対し1名）
看護職員	５名（兼務）	
機能訓練指導員	１名（兼務）	１名
医　　師	１名（兼務）	１名
栄　養　士	１名（兼務）	１名
そ　の　他	１０名（兼務）	必要数

※　介護・看護職員の指定基準については、前年度の特別養護老人ホームと短期入所生活介護の利用者数を合算した利用者数により算出されます。

※　兼務は、特別養護老人ホームとの兼務をあらわします。

（２）従業者の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者 生活相談員 介護職員 介護支援専門員 看護職員 機能訓練員 栄養士	・日勤Ａ　（　７：３０～１６：３０） ・日勤Ｂ　（　８：３０～１７：３０） ・日勤Ｃ　（　９：３０～１８：３０） ・日勤Ｄ　（１０：３０～１９：３０） ・日勤Ｅ　（１１：３０～２０：３０） ・日勤Ｋ　（　８：００～１７：００） ・日勤Ｖ　（　７：３０～１１：３０） ・夜　勤　（１８：００～　８：００） ・夜間は介護職員４名勤務します。	４週８休 ～ ４週９休
医　　師	・火～土　（　９：００～１１：００）	

※　職員のワークライフバランスに配慮し、４週間毎に定める勤務表（延160時間）に指定した勤務体制により従事します。

※　利用者へのサービス向上と従業者の資質向上のため、事業所内外における定期的な研修の機会を確保しています。その際、全ての職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

※　施設は適切な介護サービスの提供を確保する観点から、職場内において職員に対する以下のハラスメントの防止の為に必要な措置を講じます。ここでいうハラスメントとは、行為者を限定せず優越的な地位または関係を用いたり、拒否、回避が困難な状況下で下記①から③のいずれかの行為に該当するものとします。

①身体的な力を使って危害を及ぼす行為（回避して危害を免れた場合も含む）
（パワーハラスメント、カスタマーハラスメント、他）

②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たりする行為
（パワーハラスメント、カスタマーハラスメント、他）

③意に沿わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ
（セクシュアルハラスメント）

※　施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、必要な措置を講じます。

６．サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

種　類	内　　容
食　　事	・　管理栄養士による適切な栄養管理のもと、利用者の嗜好や心身状況に配慮したバラエティ豊かな食事を提供します。 ・　適切な栄養管理を行うため、栄養ケア計画を作成し、これに基づいたサービスの提供を行います。 ・　医師の指示に従って、必要な療養食を提供し、健康管理に努めます。 ・　食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。また、可能な限り、経口で摂取できるよう努めます。 ・　利用者の嚥下や咀嚼の状況、食欲など心身の状態等を食事に反映させるために居室関係部門と食事関係部門との連携を十分に行うようにします。 ・　利用者に対して適切な栄養食事相談を行います。 ・　食事の時間・メニュー・場所について、可能な限り利用者の希望に基づいて、選択できるよう最大限の配慮を行います。 （食事時間） 朝食８：３０～　　昼食１２：００～　　夕食１８：００～
排　　泄	・　利用者の希望や状態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。 ・　プライバシーを保護する環境を整えます。
入　　浴	・　年間を通じて週２回以上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が可能です。 ・　入浴の回数、曜日、時間、浴槽等、利用者の希望や要望に配慮した援助に努めます。
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。 ・　シーツ交換は週１回、寝具交換は月１回、実施します。 ・　褥瘡が発生しないよう適切な介護を行います。
機能訓練	・　機能訓練指導員による利用者の状況に適合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	・　医師により、週２回以上診察日を設けて健康管理に努めます。 ・　また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。（別項の緊急時の対応をご参照下さい。） ・　利用者が外部の医療機関に通院する場合は、原則としてご家族等で対応していただきますが、やむを得ない事情等ある場合は、事業所で出来るだけ配慮します。
相談及び援助	・　利用者およびそのご家族等からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
衛生管理	・　利用者の使用する食器その他設備及び飲用水等についての衛生管理に努めます。 ・　医薬品及び医療用具を適切に管理します。 ・　感染症及び食中毒が発生、まん延しないよう適切な対応を行います。

社会生活上の便宜	・　必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。また、年間を通じて外出の機会を確保するよう努めます。 ・　主なクラブ活動（映写会、器楽、ベル、カラオケ、ドライブ） ・　主なレクリエーション行事 別項の行事計画のとおり
送迎サービス	・　家族等による送迎が困難な場合等、事業所の車輌を使用して送迎致します。その場合、車イスごと利用できるリフトバス等特殊車輌もご利用できます。

（２）　介護保険給付外サービス

サービスの種別	内　　容
日常生活品の購入代行	・　利用者及びご家族等が自ら購入が困難である場合は、事業所の購入代行サービスをご利用いただけます。購入代行に係る費用のご負担はありません。
理美容サービス	・　利用者のご希望により、出張による理美容サービスを受けることができます。この場合、実費についてご負担頂きます。支払については事業所で代行することができます。
電気製品持込料	・　ご希望により、お部屋に電気製品を持ち込むことが出来ます。この場合、別項のとおり、実費（電気代相当額）についてご負担いただきます。

７．苦情等申立

苦情処理体制	１．　苦情は、①苦情箱を利用して、②電話や窓口で直接に、③担当の介護支援専門員を通じて、④書面を利用して等いろいろな方法で申し出することができます。 ２．苦情申し出先は、苦情受付担当者に限らず、白梅福祉会の職員であれば誰でも可能です。また、第三者委員へも直接申し出することができます。苦情受付担当者以外で受け付けた場合は、速やかに受付担当者に報告します。 ３．苦情受付担当者は、速やかに苦情解決責任者に報告します。 ４．苦情解決責任者は、苦情内容を確認の上、必要に応じて理事会・評議員会及び第三者委員に報告します。 ５．苦情解決責任者は、申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。この際、申出人は第三者委員の立会を求めることができます。 ６．解決できない苦情は、関係機関に申し出することができます。 ７．関係機関は、受け付けた苦情に対し、速やかに調査し解決に努めます。 ８．事業所(苦情解決責任者)は、関係機関の調査に協力し、解決に努めます。 ９．無記名による申出があった場合は、第三者委員へ報告し、掲示板への掲示等必要な対応を行ないます。	
申　立　先	当事業所	苦情受付担当者：事務長　　山田　純嵩 苦情解決責任者：管理者　　宮本　隆文 電話番号：０９６６－６３－４７１５ 受付時間：月～金曜　８：００～１７：００
	国民健康保険団体連合会 （苦情相談窓口）	所在地　熊本県熊本市東区健軍２－４－１０ TEL　　096-214-1101
	熊本県社会福祉協議会 (熊本県福祉サービス運営適正化委員会)	所在地　熊本県熊本市中央区南千反畑３－７ TEL/FAX　096-324-5471／096-355-5440

	市　町　村 （介護保険係）	利用者の保険者である市町村窓口
	第三者委員	秋山　真輝　（社会福祉士）TEL：090-4510-2473 中村　松雄　（地域代表）　TEL：0966-62-2295 岩崎　英範　（民生委員）　TEL：0966-62-2310

８．協力医療機関等

（１）協力医療機関

医療機関の名称	医療法人啓愛会　白梅病院
所在地	熊本県水俣市浜４０８９－１
電話番号	０９６６－６３－７５７５
診療科	内科
入院設備	あり
医療機関の名称	医療法人啓愛会　まなべクリニック
所在地	熊本県水俣市古賀町２－５－３６
電話番号	０９６６－８４－９０８０
診療科	内科、泌尿器科
入院設備	なし
医療機関の名称	国保水俣市総合医療センター
所在地	熊本県水俣市天神町１－２－１
電話番号	０９６６－６３－２１０１
診療科	内科、外科、循環器科、整形外科、眼科、皮膚科等
入院設備	あり

（２）協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	伊藤歯科医院
所在地	熊本県水俣市大黒町１－２－３
電話番号	０９６６－６２－２８０４
入院設備	なし
歯科医療機関の名称	みのだ歯科医院
所在地	熊本県水俣市桜井町３－４－２２
電話番号	０９６６－６３－７１３５
入院設備	なし

９．緊急時の対応等

（１）状態急変時の対応

状態急変時、発見者は速やかに看護責任者若しくは看護職員へ連絡します。連絡を受けた看護責任者若しくは看護職員は、状況状態等を確認の上、あらかじめ施設が定めた「状態急変時オンコール体制表」に基づいて、２４時間体制で、次の対応を行います。

１．施設の医師又は協力病院の医師並びに主治医へ連絡し、指示をあおぎながら必要な処置を行います。
２．家族及び担当介護支援専門員、並びに関係職員へ連絡、報告を行い、必要な対応を行います。
３．施設の医師と協力病院の医師及び主治医は、連絡を取り合いながら、必要に応じて関係医療機関との連絡、連携を行います。

（２）事故発生時等の対応

１．事故発生時、発見者は速やかに看護職員及び生活相談員へ連絡します。
２．連絡を受けた看護職員は、状況状態を確認の上、主治医又は、事業所の医師もしくは協力病院へ連絡し指示をあおぎ、必要に応じて受診等行います。
３．事業所の医師または協力病院の医師は、主治医と連絡を取り合いながら必要に応じて、関係医療機関へ連絡します。
４．生活相談員及び看護職員は必要な情報について、速やかに家族等及び担当の介護支援専門員へ連絡するとともに、事務長へ報告します。
５．報告を受けた事務長は、管理者へ報告するとともに、状況状態に応じて、市町村や保険会社等関係機関へ連絡します。
６．管理者は、状況状態に応じて、理事長・理事会へ報告します。
７．夜間も同様の対応をします。
８．事業所は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
９．事業所は、この記録に基づいて、委員会等により検討・検証を行い、事故等の再発防止に努めます。
10．事業所は、利用者に対する事業所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います。

（３）虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる対応を行います。

１．事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
２．事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
３．事業所において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
４．前三号に掲げる対応を適切に実施するための担当者を置きます。

（４）非常災害の対応

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td colspan="4">別途定める「特別養護老人ホーム白梅荘消防計画」に添って対応を行います。</td></tr>
<tr><td>近隣との協力関係</td><td colspan="4">隣接する白梅の里や白梅病院と連携をとり、相互の防災協力関係を密接に行います。また、地域消防団との密接な連携及び連絡体制を整えます。</td></tr>
<tr><td>業務継続計画</td><td colspan="4">感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。</td></tr>
<tr><td rowspan="6">非常時の訓練等
防災設備</td><td colspan="4">別途定める「特別養護老人ホーム白梅荘消防計画」に添って年３回夜間又は昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。その際、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。</td></tr>
<tr><td>設備名称</td><td>個数等</td><td>設備名称</td><td>個数等</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>防火扉</td><td>６か所</td></tr>
<tr><td>避難階段</td><td>２か所</td><td>屋内散水栓</td><td>６か所</td></tr>
<tr><td>自動火災報知器</td><td>あり</td><td>非常通報装置</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>誘導灯</td><td>あり</td><td>非常用電源</td><td>あり</td></tr>
</table>

１０．当事業所ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ず備え付けの台帳に記帳下さい。 面会時間　８：００～２０：００（原則として）
外　　出	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
設備・備品等の利用	事業所内の設備、備品等は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫　　煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。屋外に１箇所の喫煙場所を設けてあります。 ライター等火気の持込は防災上の都合によりご遠慮下さい。
迷惑行為等	騒音・暴言・暴行等他の利用者や職員の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
所持品の管理	収納スペースが限られておりますので、生活に必要な物のみを持参して下さい。
現金等の管理	利用者ご自身で管理下さい。紛失等については責任を負いかねますので、あらかじめご了解下さい。
宗教活動等	事業所内で他の利用者に対する宗教活動、政治活動並びに営業活動はご遠慮下さい。
動物飼育	事業所内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

１１．その他

（１）入所について

入所について	①　入所（利用）は、原則として担当の介護支援専門員を通じて申し込みとなります。事業所へ直接申し込みをすることも出来ますが、その場合、必ず、担当の介護支援専門員への確認が必要となります。また、要介護認定等を受けていない方には必要な援助を行います。 ②　入所（利用）時にお持ちいただくもの ＜書類関係＞ □健康保険証　　□後期高齢者医療被保険者証　□介護保険被保険者証 □介護保険負担限度額認定証　　□介護保険負担割合証 □印鑑（認め印） □その他（　　） ＜身の回りの品＞ □歯ブラシ（歯磨き）　□コップ　　□薬のみ　　□室内履き □電気カミソリ　　□お薬 □その他（　　） ※　衣類については、事業所で準備致します。お持ち込みいただくこともできますが、その場合、必ず名前を付けて下さい。

（２）その他

第三者評価の実施状況について	あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	あり　　なし
	なし		
個人情報の取扱いについて	①　別途定める「個人情報管理規程」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのｶﾞｲﾀﾞﾝｽ」（平成 29 年 4 月 14 日個人情報保護委員会、厚生労働省）等関係法令に従って、適正に取扱います。 事業所の従業者は、業務上知り得た利用者及び家族等の情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、退職した後においても同様とします。 ②　知り得た個人情報は、利用者に提供する介護サービス（サービス担当者会議等）、介護保険事務（レセプト等）、及び管理運営業務（緊急時医師への連絡等）等へ使用します。また、使用目的を変更した際には変更内容を通知します。		
記録の整備について	事業所は、利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供に関する記録書類（介護・看護の記録等）を整備し、その完結の日から５年間保存します。 利用者又は家族等は、いつでも前項の記録書類の閲覧及び謄写を求めることができます。		
お問い合わせ	何かご不明な点等がありましたら、いつでもお気軽にお問い合わせ下さい。 担当者：生活相談員 連絡先TEL：０９６６－６３－４７１５		

１２．利用料（別項「利用料一覧」をご覧ください。）

（１）介護保険給付サービス

区　分	利　用　料
法定代理受領の場合 （１割負担を表示しております。 介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額を負担していただきます。）	短期入所生活介護サービス費と次の加算を加えた費用をご負担いただきます。 ・機能訓練指導員体制加算　１２円/１日 ・夜勤職員配置加算（Ⅰ）　１３円/１日 ・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１０円/１日 ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２円/１日 ・送迎加算　１８４円（片道）/１回 ・療養食加算　８円/１食 ・認知症緊急対応加算　２００円/１日（最大７日） ・在宅中重度者受入加算　４１３円/１日 ・介護職員等処遇改善加算：介護保険給付対象合計×17.6%/月
法定代理受領でない場合	短期入所生活介護サービス費と次の加算を加えた費用の全額をご負担いただきます。 ・機能訓練指導員体制加算　１２０円/１日 ・夜勤職員配置加算（Ⅰ）　１３０円/１日 ・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１００円/１日 ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２０円/１日 ・送迎加算　１８４０円（片道）/１回 ・療養食加算　８０円/１食 ・在宅中重度者受入加算　４１３０円/１日 ・介護職員等処遇改善加算：介護保険給付対象合計×17.6%/月

（２）介護予防給付サービス

区　分	利　用　料
法定代理受領の場合 （１割負担を表示しております。 介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額を負担していただきます。）	介護予防短期入所生活介護サービス費と次の加算を加えた費用をご負担いただきます。 ・機能訓練指導員体制加算　１２円/１日 ・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１０円/１日 ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２円/１日 ・送迎加算　１８４円（片道）/１回 ・認知症緊急対応加算　２００円/１日（最大７日） ・療養食加算　８円/１食 ・介護職員等処遇改善加算：介護保険給付対象合計×17.6%/月
法定代理受領でない場合	介護予防短期入所生活介護サービス費と次の加算を加えた費用の全額をご負担いただきます。 ・機能訓練指導員体制加算　１２０円/１日 ・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）　１００円/１日 ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　２２０円/１日 ・送迎加算　１８４０円（片道）/１回 ・認知症緊急対応加算　２０００円/１日（最大７日） ・療養食加算　８０円/１食 ・介護職員等処遇改善加算：介護保険給付対象合計×17.6%/月

（３）介護保険（介護予防）給付外サービス

区　分	利　　用　　料
食　　費 （介護保険負担限度額認定証の交付を受けた方）	・　食材料代及び調理に係る費用を食費として、喫食数によりご負担頂きます。 １，６００円/１日 （朝食 334 円、昼食 639 円、夕食 627 円） （利用者負担第１段階　　３００円/１日 利用者負担第２段階　　６００円/１日 利用者負担第３段階①　１，０３０円/１日 利用者負担第３段階②　１，３６０円/１日）
滞　在　費 （介護保険負担限度額認定証の交付を受けた方）	・　多床室（室料及び光熱水費に相当する費用） ９１５/１日 （利用者負担第１段階　　０円/１日 利用者負担第２段階　　４３０円/１日 利用者負担第３段階①　４３０円/１日 利用者負担第３段階②　５３０円/１日）
金銭管理サービス	８０円/１日
電気製品持込料	テレビ　　１０円/１日 冷蔵庫　　２０円/１日 酸素濃縮機　１００円/１日

（４）お支払い方法

当月のご利用料等の請求書を翌月中旬に交付致しますので、翌月末日までに下記のいずれかの方法にてお支払いください。または、口座振替にて、お支払いいただくこともできます。

ご希望により利用毎、お支払いいただくこともできます。

１．現　　金	事業所へご持参下さい。
２．お振込	銀 行 名：熊本銀行　水俣支店 口座番号：普通　　３００６６６２ 預金名義：社会福祉法人（ふくし）　白梅福祉会（しらうめふくしかい） 特別養護老人ホーム（とくべつようごろうじんほーむ）　白梅荘（しらうめそう）
３．口座振替	ご利用の翌月２０日に振替致します。

【短期入所生活介護　利用料一覧】

令和８年９月～

１．１日あたりの費用の目安 （多床室）　　（単位:円）

（利用者負担１割の場合）		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費		603	672	745	815	884
機能訓練体制加算		12	12	12	12	12
夜勤職員配置加算		13	13	13	13	13
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	10	10	10	10
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算Ⅰ		22	22	22	22	22
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ		116	128	141	153	166
保険給付合計①		776	857	943	1,025	1,107
保険外費用②	食　費	1,600	1,600	1,600	1,600	1,600
	滞在費	915	915	915	915	915
合　計（①+②）		3,291	3,372	3,458	3,540	3,622
1か月の利用限度日数		26日	27日	30日	30日	30日

※食費は、3食で計算してあります。(朝食　334 円、昼食　639 円、夕食　627 円)

※利用限度日数は、他の居宅サービスを利用しない場合で算定したものです。

「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方（所得の低い方）は、認定証に記載された負担限度額をご負担いただきます。段階に応じて以下の費用がかかります。

※　保険給付合計①の金額は、利用者負担割合が1割の金額です。
　2割(3割)負担の方は、2倍(3倍)の介護費用を負担していただきます。

＜利用者負担第1段階＞		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険給付合計①		776	857	943	1,025	1,107
保険外費用②	食　費	300	300	300	300	300
	滞在費	0	0	0	0	0
合　計（①+②）		1,076	1,157	1,243	1,325	1,407
＜利用者負担第2段階＞		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険給付合計①		776	857	943	1,025	1,107
保険外費用②	食　費	600	600	600	600	600
	滞在費	430	430	430	430	430
合　計（①+②）		1,806	1,887	1,973	2,055	2,137
＜利用者負担第3段階①＞		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険給付合計①		776	857	943	1,025	1,107
保険外費用②	食　費	1,030	1,030	1,030	1,030	1,030
	滞在費	430	430	430	430	430
合　計（①+②）		2,236	2,317	2,403	2,485	2,567
＜利用者負担第3段階②＞		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険給付合計①		776	857	943	1,025	1,107
保険外費用②	食　費	1,360	1,360	1,360	1,360	1,360
	滞在費	530	530	530	530	530
合　計（①+②）		2,666	2,747	2,833	2,915	2,997

２．その他の費用

区分支給限度基準額を超えるサービス	やむを得ない理由により、区分支給限度基準額を超えての利用(保険外の利用)も可能です。その場合、全額の自己負担(10割)となります。

※オムツ代、洗濯代はかかりません。

※お菓子、たばこ、酒等嗜好品については、自己負担となります。

【介護予防短期入所生活介護　利用料一覧】

令和 8 年 9 月～

1．1日あたりの費用の目安 （多床室）　（単位:円）

（利用者負担１割の場合）		要支援1	要支援2
介護サービス費		451	561
機能訓練体制加算		12	12
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10	10
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算Ⅰ		22	22
介護職員処遇改善加算Ⅰロ		87	106
保険給付合計①		582	711
保険外費用②	食　費	1,600	1,600
	滞在費	915	915
合　計（①+②）		3,097	3,226
1か月の利用限度日数		１０日	１８日

※食費は、3食で計算してあります。（朝食　334 円、昼食　639 円、夕食　627 円）
※利用限度日数は、他の居宅サービスを利用しない場合で算定したものです。
「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けた方（所得の低い方）は、認定証に記載された負担限度額をご負担いただきます。段階に応じて以下の費用がかかります。

＜利用者負担第1段階＞		要支援1	要支援2
保険給付合計①		582	711
保険外費用②	食　費	300	300
	滞在費	0	0
合　計（①+②）		882	1,011
＜利用者負担第2段階＞		要支援1	要支援2
保険給付合計①		582	711
保険外費用②	食　費	600	600
	滞在費	430	43
合　計（①+②）		1,612	1,741
＜利用者負担第3段階①＞		要支援1	要支援2
保険給付合計①		582	711
保険外費用②	食　費	1,030	1,030
	滞在費	430	430
合　計（①+②）		2,042	2,171
＜利用者負担第3段階②＞		要支援1	要支援2
保険給付合計①		582	711
保険外費用②	食　費	1,360	1,360
	滞在費	530	530
合　計（①+②）		2,472	2,601

※保険給付合計①の金額は、利用者負担割合が1割の金額です。
2割（3割）負担の方は、2倍（3倍）の介護費用を負担していただきます。

2．その他の費用

区分支給限度基準額を超えるサービス	やむを得ない理由により、区分支給限度基準額を超えての利用（保険外の利用）も可能です。その場合、全額の自己負担（10割）となります。

※オムツ代、洗濯代はかかりません。
※お菓子、たばこ、酒等嗜好品については、自己負担となります。

【年 間 行 事 予 定 表】

月	行事	地域交流	健康管理	給　食
4	お花見週間	お花見会 男性料理教室		お好み昼食会
5	バスハイク 家族懇談会 梅ちぎり	スタミナ会	健康診断 体重測定	
6				明道忌
7	バスハイク	七夕会 男性料理教室	体重測定	土用丑の日 半夏生
8	お盆帰省 お盆供養			お好み昼食会 盆供養膳
9	敬老記念式典 十五夜 バスハイク	鼓笛訪問	体重測定	秋の水供養 敬老バイキング 彼岸
10	家族懇談会	運動会 男性料理教室		お好み昼食会 炭火焼き会
11	バスハイク	干し柿作り	健康診断 体重測定 インフルエンザ予防接種	鍋物料理
12	クリスマス会 餅つき	お遊戯会 餅つき		クリスマスバイキング 年越しそば 冬至（かぼちゃ）
1	正月祝 正月帰省 初詣週間 書き初め	どんどや 男性料理教室	体重測定	正月祝膳 七草粥 鍋物料理
2		節分		鍋物料理 お好み昼食会
3	お花見週間 バスハイク	お別れ会	体重測定	ひな祭りバイキング 春の水供養 彼岸
月例	＜クラブ関係＞ 器楽クラブ（月１回） 誕生会（月１回） ベルクラブ（月１回） 法要法話（月１回） ＜その他＞ ﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞﾏｯｻｰｼﾞ（週１回）	＜その他＞ 訪問関係は随時	寝具交換（週1回） 入浴（週2回以上）	複式献立

令和　　年　　月　　日

＜利　用　者＞

私は、以上の重要事項について、下記の説明者より説明を受け、内容を理解し同意しました。実際のサービスを利用するにあたっては、居宅介護支援事業所及び事業所内で開催するサービス担当者会議や、求めに応じて県及び関係市町村等関係機関に個人情報を提供することに同意します。

住　　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜代　理　人＞

私は、利用者と同様に説明を受け内容を理解しました。本人の意思を確認の上、代理人として署名します。

住　　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）

＜家　族＞

私は、家族の代表者として利用者と同様に説明を受け内容を理解しました。実際のサービスを利用するにあたっては、居宅介護支援事業所及び事業所内で開催するサービス担当者会議や、求めに応じて県及び市町村等関係機関に個人情報を提供することに同意します。

住　　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）

＜説　明　者＞

私は、サービスの提供開始に際し、以上の重要事項について、パンフレット等関係書類とともに、利用者、代理人及び家族に説明を行いました。

（職　名）＿＿＿＿＿＿＿＿（氏　名）＿＿＿＿＿＿＿＿

※　この重要事項説明書は、利用者用と事業所用と２通作成し、各々保持します。