

地域密着型介護老人福祉施設照葉（介護予防）短期入所生活介護利用料金表（1日あたりの目安）

事業所番号:4090800261

※地域加算（10.55円）含む

R8.8.1現在

	項目	単位	金額(円)	備考
介護報酬に係る費用	要支援1	529	558	併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費（1日あたり）
	要支援2	656	692	
	要介護1	704	743	併設型ユニット型短期入所生活介護費（1日あたり）
	要介護2	772	815	
	要介護3	847	894	
	要介護4	918	969	
	要介護5	987	1,042	
加算等	看護体制加算（Ⅰ）（介護予防なし）	4	5	常勤の看護師を1名以上配置しているための加算
	送迎加算	184	195	自宅まで送迎を行った場合（片道）
	療養食加算	8	9	厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合、1日に3回を限度に算定
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	19	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60％以上である為の加算
	機能訓練体制加算	12	13	常勤専従の機能訓練指導員を配置している為の加算
	夜勤職員配置加算（Ⅳ）（介護予防なし）	20	21	夜勤帯（17時～翌9時）における介護職員・看護職員の数が最低基準を1人以上上回っており、喀痰吸引等業務等の登録を受け、喀痰吸引等を実施できる介護職員を配置している為の加算
	長期利用者提供減算（31日目～60日目）	-30	-32	長期利用者（自費利用などを挟み実質連続30日を超える利用者）に対して短期入所生活介護を提供する場合
	長期利用者提供減算（61日目以降）	要介護度別に基本報酬より減算を行う		長期利用者（自費利用などを挟み実質連続60日を超える利用者）に対して短期入所生活介護を提供する場合
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10	11	介護現場における生産性の向上の取り組みの促進を図る観点から、介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を行う場合に月1回算定
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	—	—	所定単位数に加算率17.6％を乗じた単位数
居住費等	居住費（月額） （建設費用、光熱水費、修繕・維持費用）		2,030	第4段階の方
			1,470	第3段階②の方
			1,370	第3段階①の方
			880	第2段階の方
			880	第1段階の方
	食費		350	朝食代
			635	昼食、おやつ代
			560	夕食代
	※上記食費の負担限度額（月額）		1,545	第4段階の方
			1,360	第3段階②の方
			1,030	第3段階①の方
			600	第2段階の方
その他費用	健康管理費 （インフルエンザ予防接種代等）		実費	
	理美容代			
	私物洗濯代 （外部業者に出すクリーニング代）			
	クラブ活動にかかる物品代			
	利用者の希望する日用品 （利用者が自ら持込む物品以外）			
	趣味・嗜好品、外注食の飲食代等			

※居住費等の利用者負担段階区分

- ・第4段階 第1～3段階以外の方
- ・第3段階② 市民税非課税世帯の方で年金収入金額および合計所得金額が120万円超かつ預貯金額が単身500万円（夫婦1,500万円以下）の方
- ・第3段階① 市民税非課税世帯の方で年金収入金額および合計所得金額が82.65万円～120万円以下かつ預貯金額が単身550万円（夫婦1,550万円以下）の方
- ・第2段階 市民税非課税世帯の方で年金収入金額および合計所得金額が82.65万円以下かつ預貯金額が単身650万円（夫婦1,650万円以下）の方
- ・第1段階 市民税非課税世帯で高齢福祉年金を受給されており、預貯金額が単身1,000万円（夫婦2,000万円）の方もしくは生活保護を受給されている方

地域密着型介護老人福祉施設照葉

(介護予防) 短期入所生活介護重要事項説明書

(令和5年10月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 社会福祉法人怡土福祉会 地域密着型介護老人福祉施設照葉
- ・開設年月日 平成25年4月1日
- ・所在地 福岡市東区香椎照葉3丁目4-3
- ・TEL 092-663-8500
- ・FAX 092-663-8501
- ・管理者名 施設長 木下 明久
- ・介護保険指定番号 (介護老人福祉施設 4090800261号)

(2) 事業の目的と運営方針

社会福祉法人怡土福祉会が開設する地域密着型介護老人福祉施設照葉（以下「施設」という。）が行う、指定（介護予防）短期入所事業の適切な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援・要介護状態にある者に対し、適切な（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供することを目的とする。

施設は、（介護予防）短期入所生活介護サービス計画に基づき、可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、健康管理及び療養上のサービスを行う。

また、入所者の人格を尊重し、常に入所者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、入所者及び家族のニーズを的確に捉え、入所者が必要とする適切なサービスを提供する。さらに、明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市区町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との密接な連携に努める。

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	夜間	業務内容
管理者	1人			管理・運営
医師		2人		医学的管理
生活相談員	1人以上			生活相談
管理栄養士	1人			栄養管理
看護職員	2人以上			看護業務
介護職員	4人以上		2人	介護業務
機能訓練指導員	1人			機能訓練
事務員	1人			事務全般
その他の職員				

(4) 入所定員等

- ・定員 11 床
- ・施設のユニット数は2ユニットとする。
- ・ユニット5丁目1番地の定員は1名、5丁目2番地の定員は10名とする。
- ・災害等やむをえない場合を除き、入所定員及び居室の定員を超えて利用できない。

2. サービス内容及び利用料その他の費用の額

(1) 日常生活上の援助

(2) 健康状態の確認

(3) 機能訓練サービス

(4) 入浴サービス

(5) 食事サービス

朝食 8時00分～ 8時30分

昼食 12時00分～12時30分

おやつ 15時00分～15時30分

夕食 18時00分～18時30分

(6) 送迎サービス

(7) 相談・援助に関すること

(8) レクリエーション行事の実施

(9) (介護予防) 短期入所生活介護計画の作成

(10) その他入所者が適切なサービスを利用できる為の便宜の提供

- ・施設は、法定代理受領サービスに該当する指定(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供した場合、入所者から利用料の一部として、当該施設サービス費用基準額から指定(介護予防)短期入所生活介護サービスの額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- ・法定代理受領サービスに該当しない指定(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにする。

- ・前項の支払を受ける額のほか、別紙利用料金表に掲げる項目については、別に料金の支払を受けるものとする。
- ・前項の費用の支払を受ける場合には、入所者又はその家族に対し事前に文書を交付して説明を行い、支払に同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けることとする。

3. 通常の送迎の実施地域

通常の送迎範囲は以下の地域とする。尚、当該地域以外の地域に居住する被保険者に対して送迎が行われることを妨げるものではない。

- (1) 福岡市東区、博多区、中央区、南区、城南区

4. 協力医療機関

入院治療を必要とする入所者のために協力医療機関を定める。また、協力歯科医療機関を定める。

- (1) 協力医療機関

名 称：医療法人社団朝菊会 昭和病院

住 所：福岡県福岡市西区北原 2-15-10

診療科：消化器科、内科、大腸肛門科、外科、整形外科、循環器科、形成外科
リハビリテーション科

名 称：医療法人相生会 福岡みらい病院

住 所：福岡県福岡市東区香椎照葉 3-5-1

診療科：整形外科、リウマチ科、内科、神経内科、循環器内科、脳神経外科

名 称：医療法人 原土井病院

住 所：福岡県福岡市東区青葉 6-40-8

診療科：内科、整形外科、心療内科、皮膚科、眼科、婦人科、専門外来

- (2) 協力歯科医療機関

名 称：医療法人社団朝菊会 昭和歯科医院

住 所：福岡県福岡市大字徳永 913-1

診療科：一般、口腔外科、矯正歯科

名 称：医療法人福和会 別府歯科医院

住 所：福岡県福岡市東区千早 4-27-1

診療科：歯科

◇緊急時の連絡先

なお、緊急時の場合には「同意書」に記載のある連絡先に連絡するものとする。

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ・入所者は、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努める。
- ・入所者が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者に届け出る。
- ・入所者は健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は、特別な理由がない限り受診する。
- ・入所者は施設の清潔、整頓、その他環境衛生の保持のために施設に協力する。
- ・入所者は施設内で次の行為をしてはならない。
 - (1) 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと
 - (2) けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
 - (3) 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
 - (4) 指定した場所以外で火気を用いること。
 - (5) 故意に施設もしくは物品に損害を与え、またはこれを持ち出すこと。
- ・入所者は、サービスに係る利用料等を当該サービスを利用した月の翌月末日までに速やかに支払うものとする。
- ・入所にあたり入所者は施設と利用契約を締結する。契約の有効期限は要介護認定の有効期限と同じだが、入所用件が満たされていれば、自動的に更新する。
- ・入所者は、理由の如何を問わずいつでも契約を解除することができる。
- ・以下の場合、連絡がなくとも契約は自動的に終了する。
 - (1) 他の介護保険施設や認知症対応型共同生活介護事業所等へ入所した場合
 - (2) 介護認定区分が、非該当となった場合
 - (3) 死亡または被保険者資格を喪失した場合
- ・以下の場合、施設から通知の上契約を解除する。
 - (1) サービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払いを催告したにもかかわらず10日以内に入金がない場合。
 - (2) 医療機関へ入院した場合。
 - (3) やむを得ず、施設を縮小または閉鎖する場合。
 - (4) 他の入所者に対し暴力行為等が見られ、共同生活を送ることが困難であると判断した場合。

6. 身体拘束

- ・施設は、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わない。
- ・緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合には、別途定める規定に従う。

7. 高齢者虐待の防止

- ・施設は、入所者の人権擁護、虐待防止の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講ずるものとする。
 - (1) 研修を通じて職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。

(2) 職員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、職員が入所者等の権利擁護に取り組める環境整備に努める。

8. 非常災害対策

- ・施設は、非常災害に備えて必要な設備（スプリンクラー・消火器・防火扉・非常用自動通報装置）を設け、防災、避難に関する計画を作成する。
- ・非常災害に備え、年2回程度、避難、救出その他必要な訓練等を行う。

9. 要望及び苦情等の相談

- ・施設は、提供したサービスに関する入所者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、施設長、介護支援専門員、または担当生活相談員が受付窓口となり、事実関係調査の実施、改善措置、入所者又は家族に対する説明、記録の整備その他必要な措置を講じるものとする。

責任者 木下明久（施設長）

担当者 小石原真紀子（課長生活相談員）

加来芙美代（介護支援専門員）

・ 第三者委員

怡土福祉会監事

神前 悦典

下山門地区社会福祉協議会副会長

西山 和子

・ 行政機関への問い合わせ先

東区保健福祉センター 福祉・介護保険課

TEL:092-645-1071

福岡県国民健康保険団体連合会

TEL:092-642-7859

福岡県運営適正化委員会

TEL:092-915-3511

福岡市東区福祉・介護保険課

TEL:092-645-1069

福岡市博多区福祉・介護保険課

TEL:092-419-1081

福岡市中央区福祉・介護保険課

TEL:092-718-1102

福岡市南区福祉・介護保険課

TEL:092-559-5125

福岡市城南区福祉・介護保険課

TEL:092-833-4105

福岡市早良区福祉・介護保険課

TEL:092-833-4355

福岡市西区福祉・介護保険課

TEL:092-895-7066

養介護施設における高齢者虐待に関する相談等窓口

福岡市役所 事業者指導課

TEL:092-711-4319

10. 第三者評価の実施状況…なし

1 1. その他

- ・当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求下さい。
- ・福岡市あんしんショートステイ・生活支援ショートステイも上記に準じます。

地域密着型介護老人福祉施設照葉

(介護予防) 短期入所生活介護利用同意書

地域密着型介護老人福祉施設照葉（介護予防）短期入所生活介護を利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所
氏 名

<家族等>

住 所
氏 名

地域密着型介護老人福祉施設照葉

施設長 木下 明久 殿

【緊急連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	〒
電話・FAX・携帯	TEL : FAX : 携帯電話 :

【請求書送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	〒
電話番号	

確認者 _____