

短期入居生活介護及び介護予防短期入居生活介護 (契約書別紙② 兼 重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する短期入居生活介護及び介護予防短期入居生活介護の提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業所の名称	ショートステイ新潟あそか苑	県指定 年月日	平成15年2月1日 (番号1570102390)
所在地	新潟県新潟市西区大友141番地1		
電話番号	(025) 263-8411	管理者	横山 稔
通常の事業の実施地域	新潟市西区及び西蒲区、中央区		

2. 設備の概要

(従来型)	定員	10人		
	設備の種類		室数または箇所数	備 考
	居室	個室	2室	
		2人室	2室	
		4人室	1室	
		計	5室	
	静養室		1室	
	浴室		1室	
	洗面設備		2か所	
	便所		3か所	
	医務室		1か所	
	食堂		231.06㎡	
	機能訓練室		112.73㎡	

3. 従業者の勤務体制

職種	員 数			職種	員 数		
	常勤	非常勤	計		常勤	非常勤	計
医 師		1 人	1 人	管理栄養士	1 人		1 人
生活相談員	2 人	0 人	2 人	機能訓練指導員	1 人		1 人
介 護 職 員	3 1 人	1 2 人	4 3 人	調 理 員	委託		
看 護 職 員	2 人		2 人				

4. 提供するサービスの内容

- ① 「短期入居生活介護」及び「介護予防短期入居生活介護」は、事業者が設置する施設（事業所）に短期間入居していただき、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び支援並びに個別に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サービスです。

- ② 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

食事の提供	栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を、適切な時間に、十分な時間を確保して提供します。また、利用者の食事の自立に配慮するとともに、可能な限り離床して、食堂（または共同生活室）で召し上がることを支援します。
入浴の介助	利用者が身体の清潔を保持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、（1週間に2回以上）適切な方法により、入浴の介助を行います。また、利用者の状態から入浴することが困難な場合は、清しきを行うなど利用者の清潔確保に努めます。
排せつの介助	利用者の心身の状態や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排せつ介助等を適切に行います。なお、おむつを使用する利用者については、その心身および活動の状況に適したおむつを提供するとともに、排せつ状況を踏まえて適切に取り替えます。

日常生活上の世話	利用者の１日の生活の流れに沿って、離床、着替え、整容など利用者の心身の状況に応じた日常生活上の世話を適切に行います。
相談及び援助	常に利用者の心身の状況、置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
機能訓練	利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練、レクリエーションを集団又は個別に行います。
健康管理	医師および看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。

５．業務取扱方針

- (１) あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」及び地域包括支援センターの作成する「介護予防サービス計画」と、わたしたちの作成する「短期入居生活介護計画」及び「介護予防短期入居生活介護計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、短期入居生活介護及び介護予防短期入居生活介護を提供します。
- (２) わたしたちは、「短期入居生活介護計画書」及び「介護予防短期入居生活介護計画書」を作成します。

６．担当の職員

あなたを担当する職員（生活相談員等）及びその管理責任者は次の者です。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

責任者	苑 長 横山 稔
担当者	生 活 相 談 員 廣橋 啓 生 活 相 談 員 杉田 雅俊
連絡先（電話番号）	0 2 5 - 2 6 3 - 8 4 1 1 【受付時間】 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

特別養護老人ホーム、ショートステイ新潟あそか苑ではより円滑なサービスの提供を目指し LINE WORKS を新たに開設しました。
入所・ショートステイご利用等のご相談につきましてはこちらでも受け付けております。
お気軽にご利用ください。
※LINE では公式アカウントに表示されます。



7. 利用料金

① 利用者負担金

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の利用料の1割の額です。（一定以上の所得がある65歳以上の方は2割又は3割の負担となります。）ただし、介護給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、利用料の全額をご負担いただきます。

利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

- ＊ 新潟市の地域区分により下記の【（介護予防）短期入居生活介護費】及び
【（介護予防）短期入居生活介護費加算】に1.7%を乗じた金額をご負担いただきます。

【短期入居生活介護サービス 利用料】

◎短期入居生活介護費（1日につき）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
従来型 個室の場合	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円
多床室 の場合	6,030 円	6,720 円	7,450 円	8,150 円	8,840 円

- ＊ 連続して 30 日を超えて当苑を利用された場合、上記金額より 1 日につき 300 円減額となります。

◎短期入居生活介護費加算

各加算の算定要件及び金額は【別表1】のとおりとなります。

	加算の種類		加算の種類
☐	送迎加算	☐	サービス提供体制加算（Ⅰ）
☐	夜勤職員配置加算Ⅲ	☐	介護職員等処遇改善加算Ⅰ
☐	看取り連携体制加算	☐	生産性向上推進体制加算（Ⅰ）
☐	療養食加算	☐	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）
☐	看護体制加算（Ⅰ）	☐	
☐	看護体制加算（Ⅱ）	☐	
☐	口腔連携強化加算	☐	
☐	機能訓練体制加算	☐	

【介護予防短期入居生活介護サービス 利用料】

◎介護予防短期入居生活介護費（1日につき）

	要支援1	要支援2
従来型個室の場合	4,460円	5,550円
多床室の場合	4,460円	5,550円

◎介護予防短期入居生活介護費加算

加算の種類	加算の要件	加算額
☐ 送迎加算	利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者について、その居宅と事業所との間の送迎を行った場合 (受診の送迎補助を行った場合、通院等乗降介助加算（990円/片道のみ）算定)	1,840円 (片道につき)
☐ 療養食加算	厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合	1日につき 80円
☐ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	①介護福祉士が80%以上配置 ②勤続10年以上の介護福祉士が35%以上配置 *①、②のいずれかに該当すること。	1日につき 220円

☐ 機能訓練体制 加算	常勤の機能訓練指導員を1名以上配置している場合	1日つき 120円
☐ 介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ）	介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善計画の算定及びその計画を実施すること	利用者負担金及び各種加算の合計に加算率（14.0%）をかけた金額

② その他の費用

居住費	1日につき 従来型個室 1,231円 多床室 915円
食費	1日につき 1,730円 朝食・・・430円、 昼食・・・700円、 夕食・・・600円

負担限度額認定を受けている場合には、下記に記載されている負担額とします。

	1段階 ☐	2段階 ☐	3段階① ☐	3段階② ☐	第4段階 ☐
食費	300円	600円	1000円	1300円	1,445円
居住費 (従来型個室)	380円	480円	880円	880円	1,231円
居住費 (多床室)	0円	430円	430円	430円	915円

*負担限度額認定証をお持ちの方に関しましては、認定証に記載されている金額をご負担いただきます。（召し上がった食事のみ料金をいただきます）
朝食・・・381円、 昼食・・・592円、 夕食・・・472円

理容代	理容サービスを提供した場合、1回につき次の額をご負担いただきます。 理容サービス： 1,500円
行事食	行事等により特別な食事を提供した場合は、1回につき220円をご負担いただきます。
電気料	個人で使用する家電製品の電気使用料金：1日あたり50円 *テレビやラジオ、携帯電話等コンセントを使用する器具又は

	苑の家電製品をレンタルした場合
その他	ここに定めのないものについては、事前にご説明し了解を得たものについて、ご負担いただきます。

- ③ ①および②の利用料金は、1 か月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。

☐ 口座引落とし	請求書に記載された指定日に、ご指定の口座より引き落とします。
☐ 銀行振込	請求書に記載された口座及び指定日までにお振り込み願います。 ◆第四北越銀行 内野支店 普通預金 5066538 口座人名義：社会福祉法人 啓真会

8. サービスの中止

- ① あなたの都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話番号）：（025）263－8411

- ② 利用開始予定日の直前に利用をキャンセルする場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用開始予定日の前前日まで	無 料
利用開始予定日の前日	利用開始予定日の利用者負担金の 50%の額
利用開始予定日当日	利用開始予定日の利用者負担金の 100%の額

9. 協力医療機関、緊急時等の対応

- ① 当事業所の協力医療機関は次のとおりです。

名 称	所在地	主な診療科名
独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院	新潟県新潟市西区 真砂 1 - 1 4 - 1	内科・呼吸器科

新潟県厚生農業協同組合連合会 新潟医療センター	新潟県新潟市西区 小針 3-27-11	内科・神経内科・消化器内科 循環器内科・整形外科
----------------------------	------------------------	-----------------------------

- ② あなたがサービスを利用しているときに病状が急変した場合その他必要な場合は、速やかにあなたの主治医または協力医療機関へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏 名	
	連絡先	

10. 事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 非常災害対策

消防計画	届出日	平成 1 4 年 1 2 月 2 9 日				
	防火管理者	横山 稔	職種	施設長		
防災訓練	訓練の種類		避難訓練	通報訓練	消火訓練	
	実施回数（1 年につき）		2 回	2 回	2 回	
防災設備	避難階段		2 か所	漏電火災警報器		有
	避難口		8 か所	非常警報装置		有
	防火戸、シャッター		6 か所	避難器具(すべり台等)		2 か所
	屋内消火栓		7 か所	誘導灯および誘導標識		3 3 か所
	屋外消火栓		2 か所	防火用水		有
	スプリンクラー		163か所	非常電源設備		有
	自動火災通報設備		有			
	非常通報装置		有			
	療養室、地下、階段等の内装材料				適	
	カーテン、布製ブラインド等の防火性能				適	

12. 苦情相談窓口

- ① 当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	ショートステイ新潟あそか苑 新潟市西区大友141番地1
担当者	生活相談員 廣橋 啓 生活相談員 杉田 雅俊
責任者	苑 長 横山 稔
連絡先（電話番号）	025-263-8411

- ② 当事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
新潟市 介護保険課	025-226-1273
新潟県福祉サービス運営適正化委員会 (社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会)	025-281-5609
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

13. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用に当たってあなたに注意していただきたいことはつぎのとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、職員に直ちにお申し出ください。
- (2) 複数の方が同時にサービスを利用するので、周りの方のご迷惑にならないように注意してください。
- (3) 利用者及び利用者家族等の禁止行為
 - ①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)
 - ②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り傷つける行為)
 - ③職員に対するセクシャルハラスメント(意に沿わない性的ないやがらせ行為)
- (4) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業者（電話番号 ）及び地域包括支援センター（電話番号 ）または当事業所の担当者（電話番号（025）263-8411）までご連絡ください。

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業者 所在地 新潟県新潟市西区大友 1 4 1 番地 1

事業者名 ショートステイ 新潟あそか苑

代表者職・氏名 理事長 北上 守夫 印

管理者職・氏名 苑 長 横山 稔 印

説明者職・氏名 生活相談員 印

事業者より上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（1部）となることについても同意します。

上記の同意を証するため、本書2部を作成し、事業所、ご契約者様にご署名捺印又は記名捺印の上、各1部を保有するものとします。

利用者 ご住所

お名前 印

代理人 ご住所

お名前 印

【別表 1】 各加算の算定要件及び加算額

令和 7 年 4 月 1 日改正

加算の種類	算定要件		加算額
送迎加算	利用者の心身の状態、家族等からの事情からみて送迎を行うことが必要と認められる利用者について、その居宅と事業所との送迎を行った場合 (受診の送迎補助を行った場合、通院等乗降介助加算(990円/片道のみ)算定)	片道につき	1,840円
夜勤職員配置加算Ⅲ	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1名以上上回っている場合 加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合	1日	150円
看取り連携体制加算	① 看護体制加算(Ⅰ)を算定していること、または看護体制加算(Ⅱ)を算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所、または、病院、診療所、本体施設の看護職員と24時間連絡できる体制を確保していること。 ② 看取り期の対応方針を定め、利用開始の際に利用者・その家族等に内容を説明し、同意を得ていること。	1日	640円 ※ 死亡日及び死亡日以前30日以下について7日を限度
療養食加算	厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合	1食	80円
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護職員を1名以上配置している場合	1日	40円
看護体制加算Ⅱ	Ⅰの要件に加え、施設の看護職員と24時間連絡できる体制を確保している場合	1日	80円
機能訓練体制加算	常勤の機能訓練指導員を1名以上配置している場合	1日	120円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合、1月に1回に限り所定単位数を加算する	1月に 1回に限り	500円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	① 介護福祉士が80%以上配置 ② 勤続10年以上の介護福祉士が35%以上配置 * ①、②のいずれかに該当すること。	1日	220円

【別表 1】 各加算の算定要件及び加算額

加算の種類	算定要件		加算額
生産性向上推進体制加算	生産性向上推進体制加算（Ⅰ） ① 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。 ② 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 ③ 職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること。 ④ 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） ① 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じたうえで、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。 ② 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ③ 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。	1月	（Ⅰ）＝1,000円 （Ⅱ）＝100円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善計画の策定及びその計画を実施すること。	利用者負担金及び各種加算の合計に加算率（14%）をかけた金額	