＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

（介護予防）短期入所生活介護

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 遊生会

ショートステイ　遊生（ゆうせい）の森（もり）

（介護予防）短期入所生活介護　重要事項説明書

【令和８年９月１日更新】

あなた（利用者）に対する短期入所生活介護・介護予防短期入所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	特別養護老人ホーム 遊生の森 （空床型ショートステイ）	所在地	〒953 - 0132 新潟市 西蒲区 西中 694 番地 TEL　0256（82）5521 FAX　0256（82）5531
指定年月日	平成 22 年 6 月 1 日	管理者	施設長　　幸田　俊子
介護保険 事業者番号	1570109247	送迎の 実施地域	新潟市（西蒲区全域／西区・南区の一部） 燕市・弥彦村の一部

２．設備の概要

定員		29 人
居室		29 室
その他の設備	設備の種類	室数または箇所数
	洗面設備（居室）	各居室 1 箇所
	共同生活室	3 室
	医務室	1 室
	便所	9 箇所
	浴室	3 箇所
	機械浴室（2Ｆ共有部）	1 箇所
	洗面設備（共同生活室内）	3 箇所

３．従業者の勤務体制

職　種	計	職　種	計
①　施設長（管理者）	1名	⑤　看護職員	1名以上
②　医師（嘱託）	1名	⑥ 機能訓練指導員	1名
③　生活相談員	1名	⑦　介護職員	10名以上
④（管理）栄養士	1名		

４．提供するサービスの内容

①　「短期入所生活介護」及び「介護予防短期入所生活介護」は、事業者が設置する施設（事業所）に短期間入所していただき、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況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、清拭を行うなど利用者の清潔確保に努めます。
排泄の介助	利用者の心身の状況や排せつ状況などをもとに、自立支援の観点から、トイレ誘導や排泄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を行います。
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．業務取扱い方針

（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「居宅サービス計画書」または地域包括支援センターの作成する「予防サービス計画書」と、わたしたちの作成する「短期入所生活介護計画書」または「介護予防短期入所生活介護計画書」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所生活介護または介護予防短期入所生活介護を提供します。

（２）わたしたちは、短期入所生活介護計画書または介護予防短期入所生活介護計画書を必ず作成します。

６．担当の職員

あなたを担当する職員（生活相談員）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。

管理者（施設長）	幸田　俊子
生活相談員	村山　剛志

７．利用料金

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～３割のいずれかとなります。ただし、介護保険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。

【併設型ユニット型短期入所生活介護費（Ⅰ）】

要介護度	単位数（１日につき）	
要　支　援　1	529 単位	※左記の利用料は、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、上記の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。 ※1 単位＝10.17 円です。下表の【加算分】についても同様です。 ※自己負担額はサービス費用の１割～３割です。
要　支　援　2	656 単位	
要　介　護　1	704 単位	
要　介　護　2	772 単位	
要　介　護　3	847 単位	
要　介　護　4	918 単位	
要　介　護　5	987 単位	

【加算分】

要件を満たした場合に算定する加算を記載しています。利用契約時点で算定する加算については、表の左端の□に✔を付しています。加算額は特別な記載がない限り、全て１日あたりで表示しています。

加算の種類		算定要件（概要）	単位数
□	送迎加算（片道につき）	利用者の心身の状態、家族等の事情等により送迎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。	184 単位（片道）
□	夜勤職員配置加算（Ⅱ）	厚生労働大臣が定める基準より 1 人以上多く夜勤職員を配置している。	18 単位
□	看護体制加算（Ⅰ）	常勤の看護師を１名以上配置している。	4 単位
□	看護体制加算（Ⅱ）	常勤換算で看護職員を２以上配置している。	8 単位
□	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 80 以上であること。	22 単位
□	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 60 以上であること。	18 単位
□	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	看護、介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が 100 分の 75 以上であること。	6 単位
□	★若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。	120 単位
□	★在宅中重度者受入加算	当事業所において、当該利用者が利用していた訪問看護事業所から派遣された看護職員に、当該利用者の健康上の管理等を行わせた場合。	413～425 単位
□	★緊急短期入所受入加算	介護者の疾病その他やむを得ない理由により緊急に利用者を受け入れた場合。7 日（やむを得ない事情がある場合は 14 日）を限度に算定する。	90 単位

□	★医療連携強化加算	看護職員による定期的な巡視の実施や急変時の医療提供の　方針について利用者から合意を得る等の基準を満たし、喀痰吸引や経腸栄養（経鼻胃管や胃ろう等）が行われている状態にある利用者に対し、短期入所者生活介護を行うこと。	58 単位
□	介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施している場合。１か月の単位数合計に17.6%を乗じて算出する。	左記参照
□	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	･利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及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上で、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。 ･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。 ･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。	10 単位／月

★については、一定の要件に該当する方のみ加算の対象となります。

※当事業所におけるサービスの提供内容や職員体制の変更等により、表に記載されているもの以外の加算を算定する場合や表に記載のされている加算の算定を取りやめる場合があります。

③【実費分】

保険給付外の対象となる、食費・滞在費等は以下のとおりご負担いただきます。

●食費（１日当たり）

利用者負担 第４段階以上	1,650 円
利用者負担 第３段階②	1,360 円
利用者負担 第３段階①	1,030 円
利用者負担 第２段階	600 円
利用者負担 第１段階	300 円

●滞在費（１日当たり）

利用者負担 第４段階以上	2,066 円
利用者負担 第３段階②	1,470 円
利用者負担 第３段階①	1,370 円
利用者負担 第２段階	880 円
利用者負担 第１段階	880 円

※食費　1,650 円／日(朝　410 円・昼　620 円・夕　620 円)

※上記費用以外に、おやつ代として１日当たり 150 円をご負担いただきます。

※希望により以下のサービスを利用した場合に係る費用は、実費となります。

・特別な食事の提供　・理美容サービス　・日常生活に必要な身の回り品の提供　・教養娯楽の提供

※持ち込んだ家電製品の使用に係る電気代は、家電製品１点につき１日 40 円、小型の充電式家電（携帯電話・電気シェーバー等）については１日につき 30 円をご負担いただきます。

※サービス提供記録等の複写物の交付に係る費用は、１枚 10 円です。

④　①～③の利用料金は、１か月ごとにまとめて請求いたします。

・お支払いについては、毎月１５日までに前々月分の請求をさせていただきますので、２５日までに以下のいずれかの方法によりお支払いください。

ア．口座振替　　※新潟県内に本店のある金融機関に限ります。なお、「ゆうちょ銀行」はご利用になれません。

振替手数料は当法人負担となります。

イ．指定口座への振り込み

振込手数料は、契約者の負担となります。

ウ．窓口での現金支払い

現金管理体制上、原則としておつりの対応は行っておりません。お支払い金額と同額の現金をご準備の上、お持ちください。

８．サービスの中止

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（または６の担当の職員の連絡先）までご連絡ください。なお、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として、予定された食費相当額をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等の事由がある場合は、この限りではありません。

連絡先電話番号	0256 - 82-5521

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。

西蒲中央病院 新潟市 西蒲区 旗屋 731 番地 電話番号　0256 - 88 - 5521	**新潟県立吉田病院** 燕市 吉田大保町 32 番 14 号 電話番号　0256 - 92 - 5111	**ひらさわ歯科医院** 新潟市 西蒲区 和納 1443-1 電話番号　0256 - 82-1100

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。

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

・防災の対応：消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
・防 災 設 備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。

・防 災 訓 練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員および利用者が参加する消火・通報・避難訓練を年間計画で実施します。

12. 苦情相談窓口

①　当事業者ご利用者相談・苦情担当　　電話　0256 - 82 - 5521
・苦情受付担当者　　生活相談員　　村山　剛志
・苦情解決責任者　　管　理　者　　幸田　俊子

＊苦情は、市町村及び国民健康保険団体連合会に対しても申し立てることができます。
・新潟市 福祉部 介護保険課　　電話　025 - 226 - 1273
・燕市 健康福祉部 福祉課　　電話　0256 - 92 - 1111
・弥彦村 住民福祉課　　電話　0256 - 94 - 3132
・新潟県国民健康保険団体連合会　　電話　025 - 285 - 3022

②作成された「短期入所生活介護計画書」や「介護予防短期入所生活介護計画書」、利用期間中の対応・レクリエーション内容などについてご不満、またそれ以外にもご相談等がございましたら遠慮なく生活相談員にお申し出下さい。誠意をもって対応させていただきます。

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次のとおりです。

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ご注意ください。

③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、できる限り早めに下記までご連絡下さい。

当事業所の生活相談員　　電話　0256 - 82 - 5521

④利用の中止・延長・変更等に関しては、お手数をおかけいたしますが、担当の居宅介護支援専門員へもご連絡ください。

⑤その他下記の事項についてご留意ください。

面会	9：00 ～ 17：30 までの間でお願いします。面会の際は、1階事務の面会簿にご記入をお願いします。
所持品の管理	現金や貴重品の持ち込みはご遠慮ください。万一、紛失されましても当事業所においては責任を負いかねます。
居室・設備・器具の使用	事業所内居室などの設備は本来の使用方法に従ってご使用ください。
受診	利用期間中の病院受診は原則としてご家族様にお願いしております。
宗教・政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教・政治活動はご遠慮願います。
飲酒・喫煙	事業所内での火気類の保管は職員で行わせていただきます。飲酒は申し出により可能ですが、身体状況によりご遠慮いただく場合もあります。

14. 第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1　あり	実施日	令和　年　月　日
		評価実施機関	
		結果の開示	
	2　なし		

上記の契約を証するため、本書を２通作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、１通ずつ保有するものとします。

令和　　年　　月　　日

所在地　　新潟市 西蒲区 巻甲 2203 番地 1
事業者名　　社会福祉法人　遊 生 会
代表者職・氏名　　理　事　長　　水野　飛鳥　　印

事業所名　　特別養護老人ホーム　遊生の森
説明者職・氏名　　生活相談員　　村山　剛志　　印

（利用者）ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代理人）ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　続柄＿＿＿＿＿＿