

# 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

## 契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当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. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人広栄福祉会
主たる事務所の所在地	〒950-1112 新潟市西区金巻880番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 廣瀬 徳男
設立年月日	平成23年8月10日
電話番号	025-377-1722

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	特別養護老人ホーム スマイルガーデン黒埼	
サービスの種類	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	
事業所の所在地	〒950-1112 新潟市西区金巻880番地1	
電話番号	025-377-1722	
指定年月日・事業所番号	平成24年5月1日指定	1570110641
利用定員	定員15人	
通常の送迎の実施地域	新潟市西区、中央区、江南区、南区、西蒲区	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

### 4. 提供するサービスの内容

短期入所生活介護（又は介護予防短期入所生活介護）は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

## 5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 0人 非常勤 1人
生活相談員	常勤 1人 非常勤 0人
看護職員	常勤 0人 非常勤 1人
介護職員	常勤 6人 非常勤 2人
機能訓練指導員	常勤 0人 非常勤 0人
栄養士	常勤 1人 非常勤 0人

## 6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 加藤 久
生活相談員の氏名	生活相談員 岡崎 由美

## 7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割(2割・3割)の額です。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、超えた額の全額をご負担いただきます。

### (1) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の利用料

#### 令和6年4月1日より

#### 【基本部分：併設型短期入所生活介護費（多床室）】

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（1日あたり）	
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ＝基本利用料の1割（2割） ※（注2）参照
要支援1	4,586円	459円（918円）
要支援2	5,705円	571円（1,141円）
要介護1	6,132円	614円（1,227円）
要介護2	6,834円	684円（1,367円）
要介護3	7,576円	758円（1,516円）
要介護4	8,288円	829円（1,658円）
要介護5	8,990円	899円（1,798円）

(注1) 上記の基本利用料は、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、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、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、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 1割(2割)
送迎加算	送迎を行った場合(片道につき)	1,871円	188円 (375円)
介護職員等 処遇改善加算	当該加算の体制・人員要件を満たす場合	利用料+ 各種加算の	14.0%

※令和6年6月1日現在、当事業所で算定している加算です。加算に変更があった場合には、事前に書面でお知らせします。

### (2) その他の費用(令和6年8月1日現在)

食費	<p>1日につき1,445円。 (ただし、朝食400円、昼食545円、夕食500円とし、1食単位で費用の支払いを受けるものとします。)</p> <table> <tr> <td>利用者負担段階</td> <td>第1段階の方</td> <td>300円/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>第2段階の方</td> <td>600円/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>第3段階①の方</td> <td>1,000円/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>第3段階②の方</td> <td>1,300円/日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>上記以外の方</td> <td>1,445円/日</td> </tr> </table> <p>また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。</p>	利用者負担段階	第1段階の方	300円/日		第2段階の方	600円/日		第3段階①の方	1,000円/日		第3段階②の方	1,300円/日		上記以外の方	1,445円/日
利用者負担段階	第1段階の方	300円/日														
	第2段階の方	600円/日														
	第3段階①の方	1,000円/日														
	第3段階②の方	1,300円/日														
	上記以外の方	1,445円/日														
滞在費	<p>多床室(1日につき)</p> <table> <tr> <td>利用者負担段階</td> <td>第1段階の方</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>第2.3①②段階の方</td> <td>430円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>上記以外の方</td> <td>915円</td> </tr> </table>	利用者負担段階	第1段階の方	0円		第2.3①②段階の方	430円		上記以外の方	915円						
利用者負担段階	第1段階の方	0円														
	第2.3①②段階の方	430円														
	上記以外の方	915円														
送迎費	通常の実施地域を超えて送迎を行った場合 1kmにつき15円															
理美容代	<p>理容(1回につき) 実費 美容(1回につき) 実費</p>															
その他	日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。															

### (3) キャンセル料

#### ① 居住費について

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の10%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の50%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

#### ② 食費について

お食事のキャンセルは1日前の9時に締め切らせていただきます。

それ以降のご連絡の場合には費用が発生し、急な外出等の場合にも食費が発生します。

### (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次の方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌々月の27日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座

## 8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の

主治医 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

### 利用中に容態が急変した場合

#### I. 協力病院

(新潟医療センター 新潟市西区小針3丁目27番11号 025-232-0111)  
への受診を希望する。

※ただし、症状や状況によっては協力病院で受け入れ出来ないこともあります。

#### II. 他の病院(主治医・行きつけの病院、救急病院)への受診を希望する。

※ただし、ご希望の病院が開業医等で入院設備がない場合、受け入れができないこともあります。

病院名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_ 主治医名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_ 主治医名 \_\_\_\_\_

## 9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 025-377-1722 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	新潟市介護保険課	電話番号 025-226-1273
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

## 11. 虐待の防止のための措置に関する事項

1 事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- (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開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、職員に対し、虐待防止のための研修を定期的（年に2回）に実施しています。
- (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いています。

2 事業所は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めるものとしています。

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などにより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介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

### 13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

### 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	直近の実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1.あり      2.なし
	2.なし		

令和 6年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 新潟市西区金巻880番地1  
事業者（法人）名 社会福祉法人広栄福社会  
代表者職・氏名 理事長 廣瀬 徳男  
説明者職・氏名 生活相談員 岡崎 由美

私は、事業者より上記の重要事項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（一部）となることについても同意します。

利用者 住所  
氏名

署名代行者（又は法定代理人）  
住所  
本人との続柄（ ）  
氏名

立会人 住所  
氏名

# 特別養護老人ホーム スマイルガーデン黒埼(ショート)料金表

R6. 8. 1 改定

## 1. 標準的な介護サービスの費用(1日あたり)

<併設型(介護予防)短期入所生活介護:多床室>(1単位=10.17円)

要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	451単位	561単位	603単位	672単位	745単位	815単位	884単位
金額	459円	571円	614円	684円	758円	829円	899円

※上記は、1割負担の場合の単位数と金額になります。

## 2. 加算(1日あたり) (1単位=10.17円)

項目	単位	金額	算定基準・算定内容
送迎加算	184単位	188円	居宅と施設間の送迎を行った場合、片道につき加算されます。
介護職員等処遇改善加算 I	介護サービス費 × 14.0%		
介護職員の雇用安定化に向け、介護職員の資質向上に向けた教育研修を実践し、且つ労働保険法令に適合した運営を行っている事業所を対象に加算されます。			

## 3. 食費・居住費(実費 1日あたり)

食費	1,445円 (朝食 400円 昼食 545円 夕食 500円)	1日あたり計 2,360円
居住費	915円/日	

◎「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方は、下記のとおりとなります。(1日あたり)

利用者負担段階	食費	居住費	計
第1段階	300円	0円	300円
第2段階	600円	430円	1030円
第3段階①	1,000円	430円	1430円
第3段階②	1,300円	430円	1730円

## 4. その他(介護保険外)

項目	要項	料金
日用品の購入費	歯ブラシ、歯磨き粉、義歯ブラシ、うがい薬、口腔スポンジ、舌ブラシ、ポリグリッブ	150円/日
	入れ歯洗浄液、ティッシュ、オブラート、ガーゼ、嗜好品(カルピス、ココア、コーヒー)	
	くず湯、甘酒、昆布茶、その他ジュース類)、クラブ材料費(書道、生け花 等)	
理容代	(参考価格 2,057円~2,160円、顔そり別)	実費
電気代	持ち込み電化製品1品につき	50円/日
テレビ貸出	(電気代含む)	100円/日
予防接種代	インフルエンザ予防接種代等	実費

# 特別養護老人ホーム スマイルガーデン黒埼(ショート)料金表

【1割負担の場合】

R6. 8. 1 改定

段階	介護度	介護保険 単位数		介護保険 合計 単位数	1日当りの 介護費用 (単位数× 10.17円)	1日あたりの 介護費用 利用者 負担額 (1割)	介護保険外 (利用者自己負担)		合計額 (1日)
		介護 サービス	加算				1日あたり 居住費	1日あたり 食費	
第1段階 (生活保護)	要支援1	451	63	514	¥5,227	¥523	¥0	¥300	¥823
	要支援2	561	79	640	¥6,508	¥651			¥951
	要介護1	603	84	687	¥6,986	¥699			¥999
	要介護2	672	94	766	¥7,790	¥779			¥1,079
	要介護3	745	104	849	¥8,634	¥864			¥1,164
	要介護4	815	114	929	¥9,447	¥945			¥1,245
	要介護5	884	124	1008	¥10,251	¥1,026			¥1,326
第2段階	要支援1	451	63	514	¥5,227	¥523	¥430	¥600	¥1,553
	要支援2	561	79	640	¥6,508	¥651			¥1,681
	要介護1	603	84	687	¥6,986	¥699			¥1,729
	要介護2	672	94	766	¥7,790	¥779			¥1,809
	要介護3	745	104	849	¥8,634	¥864			¥1,894
	要介護4	815	114	929	¥9,447	¥945			¥1,975
	要介護5	884	124	1008	¥10,251	¥1,026			¥2,056
第3段階 ①	要支援1	451	63	514	¥5,227	¥523	¥430	¥1,000	¥1,953
	要支援2	561	79	640	¥6,508	¥651			¥2,081
	要介護1	603	84	687	¥6,986	¥699			¥2,129
	要介護2	672	94	766	¥7,790	¥779			¥2,209
	要介護3	745	104	849	¥8,634	¥864			¥2,294
	要介護4	815	114	929	¥9,447	¥945			¥2,375
	要介護5	884	124	1008	¥10,251	¥1,026			¥2,456
第3段階 ②	要支援1	451	63	514	¥5,227	¥523	¥430	¥1,300	¥2,253
	要支援2	561	79	640	¥6,508	¥651			¥2,381
	要介護1	603	84	687	¥6,986	¥699			¥2,429
	要介護2	672	94	766	¥7,790	¥779			¥2,509
	要介護3	745	104	849	¥8,634	¥864			¥2,594
	要介護4	815	114	929	¥9,447	¥945			¥2,675
	要介護5	884	124	1008	¥10,251	¥1,026			¥2,756
第4段階	要支援1	451	63	514	¥5,227	¥523	¥915	¥1,445	¥2,883
	要支援2	561	79	640	¥6,508	¥651			¥3,011
	要介護1	603	84	687	¥6,986	¥699			¥3,059
	要介護2	672	94	766	¥7,790	¥779			¥3,139
	要介護3	745	104	849	¥8,634	¥864			¥3,224
	要介護4	815	114	929	¥9,447	¥945			¥3,305
	要介護5	884	124	1008	¥10,251	¥1,026			¥3,386

※ 30日を超える連続利用の場合、31日目の1日が全額自己負担になります。