

重 要 事 項 説 明 書

利用者に対する居宅サービス提供開始にあたり、新潟県条例及び基準省令に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人 妙心福祉会
法人所在地	新潟県妙高市大字西田屋新田 2 4 7
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 梨本 重城
電話番号	0 2 5 5 - 8 1 - 3 2 3 2

2 ご利用施設

施設名称	ショートステイ ブナの里
施設の所在地	新潟県妙高市大字西田屋新田 2 4 7
施設長名	上野 俊一
電話番号	0 2 5 5 - 8 1 - 3 1 9 3
ファクシミリ番号	0 2 5 5 - 8 1 - 3 5 9 1
新潟県指定番号	1 5 7 1 6 0 0 6 0 8 号

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		新潟県知事の事業所指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成 21 年 4 月 1 日	1571600616 号	80 名
居宅	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	平成 21 年 4 月 1 日	1571600608 号	20 名

4 施設の概要

ショートステイ ブナの里

敷地		9299.4 m ²
建物	構造	RC 造一部 S 造 3 階建て
	延べ床面積	7202.36 m ²
	利用定員	特養 80 名 ショートステイ 20 名

(1) 居 室

居室の種類	室 数	面 積	1 人あたり面積
1 人部屋	20 室	18.09 m ²	18.09 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	
食堂（共同生活室）	2 箇所	114.75 m ²	1 人あたり 11.475 m ²
機能訓練室（ホビールーム）	1 箇所	78.36 m ²	
一般浴室（1）	1 箇所	17.66 m ²	
一般浴室（2）	1 箇所	17.53 m ²	
医務室	1 箇所	19.46 m ²	

5 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

サービスの種類	内 容
食 事	食事時間 朝 食 7 時 4 5 分 ～ 8 時 4 5 分 昼 食 1 1 時 4 5 分 ～ 1 2 時 4 5 分 夕 食 1 7 時 4 5 分 ～ 1 8 時 4 5 分 食事場所 出来るだけ離床して食堂でおあがりください。 献立表は、週末までに掲示いたします。 食べられない物やアレルギーがある方は事前にお申し出ください。
排 泄	自立排泄か、時間排泄か、おむつ使用について利用者の状況にあわせて介護を行います。
入浴・清拭	週に最低 2 回入浴していただきます。 ただし、状態に応じ、特別浴または清拭となる場合があります。
離 床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着 替 え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整 容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	毎週 1 回行います。
寝具の交換	利用者が退所される毎に行います。 長期利用の場合は 1 ヶ月毎に行います。
洗 濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員による機能訓練を希望により利用者の状況にあわせて行います。
健 康 管 理	嘱託医師により、健康管理に努めます。 また、緊急等必要な場合は協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。

健康管理	: 当施設の嘱託医 氏 名 松岡 二郎 診療科 内科、外科、消化器内科、肛門外科 : 当施設の嘱託歯科医師 氏 名 小嶋 祥功 診療科 歯科
介護相談	利用者とその家族からのご相談に応じます。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
理髪・美容	カット・カラー・パーマ・顔剃り等	メニューにより
レクリエーション行事	当施設では、レクリエーション行事を用意しております。参加はご自由です。	行事によっては参加費がかかるものもございます。
特別な食事	ご希望に応じて、糖尿病食のご用意ができます。	実費負担をいただきます。

※ その他、嗜好品、甘味品、備え付け以外の新聞や雑誌などにつきましては、ご利用者の負担となっておりますのでご了承ください。

※ 医療について

当施設の嘱託医師による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては、他の医療機関による往診や入通院により対応し、別途自己負担をいただくことになります。

6 相談、苦情申立窓口

サービス提供苦情解決要領に基づき速やかに対応します。

当施設のサービスについて、ご不明な点や相談、疑問、苦情がございましたら、お気軽にお申し出ください。

電話 0255-81-3193 担当：富田 茂

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

妙高市 福祉介護課 高齢福祉係 0255-74-0016

地域包括支援係 0255-74-0017

上越市役所 025-526-5111

新潟県国民健康保険団体連合会 025-285-3022

7 協力医療機関

医療機関の名称	新潟県厚生農業共同組合連合会 けいなん総合病院
所在地	新潟県妙高市田町2丁目4番7号
電話番号	0255-72-3161
診療科	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める「ブナの里 防災計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	原通り地区町内会へ緊急時の応援要請をお願いしてある。			
平常時の訓練等防災設備	別に定める「ブナの里 防災計画」に則り年 2 回夜間及び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。			
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	10箇所
	避難階段	あり	非常通報装置	あり
	自動火災報知機	あり	非常用電源	あり
	誘導灯	53箇所	ガス漏れ報知機	あり
	防火扉・シャッター	なし		
消防計画等	新井頸南消防署への届け出日：平成 21 年 3 月 24 日 防火管理者：上野 俊一			

9 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 午前 9 時～午後 8 時 来訪者は、面会時に、面会簿にご記入ください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具をご利用の際に破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲酒は特に規制は設けておりませんが、健康管理上医師の指示に従っていただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等他の利用者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ください。
所持品の管理	原則、利用者本人に管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

10 料金

① 介護保険対象（令和8年4月対応）

要介護度	1日あたりの 基本料金	介護保険適用時の 自己負担額 (1割負担の場合)	介護保険適用時の 自己負担額 (2割負担の場合)	介護保険適用時の 自己負担額 (3割負担の場合)
要支援1	¥5,290	529	1,058	1,587
要支援2	¥6,560	656	1,312	1,968
要介護1	¥7,040	704	1,408	2,112
要介護2	¥7,720	772	1,544	2,316
要介護3	¥8,470	847	1,694	2,541
要介護4	¥9,180	918	1,836	2,754
要介護5	¥9,870	987	1,974	2,961

区 分	加 算 額	介護保険適用の 自己負担額 (1割負担の場合)	介護保険適用の 自己負担額 (2割負担の場合)	介護保険適用の 自己負担額 (3割負担の場合)
送迎加算	片道 1,840円	左記の1割	左記の2割	左記の3割
機能訓練体制加算	1日に付き120円	〃	〃	〃
療養食加算	ドクターの指示書に 基づき、 1食に付き、80円	〃	〃	〃
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日 60円	〃	〃	〃
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (令和8年5月31日まで)	介護報酬総単位数× 14%	〃	〃	〃
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ (令和8年6月1日～)	介護報酬総単位数× 16.3%	〃	〃	〃
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ (令和8年6月1日～)	介護報酬総単位数× 17.6%	〃	〃	〃
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) (令和8年5月31日まで)	介護報酬総単位数× 13.6%	〃	〃	〃
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ (令和8年6月1日～)	介護報酬総単位数× 15.9%	〃	〃	〃
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ (令和8年6月1日～)	介護報酬総単位数× 17.2%	〃	〃	〃

区 分	加 算 額	介護保険適用の 自己負担額 (1 割負担の場合)	介護保険適用の 自己負担額 (2 割負担の場合)	介護保険適用の 自己負担額 (3 割負担の場合)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (令和 8 年 5 月 3 1 日まで)	介護報酬総単位数× 1 1.3 %	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) (令和 8 年 6 月 1 日～)	介護報酬総単位数× 1 3.6 %	〃	〃	〃
口腔連携強化加算	1 ヶ月 5 0 0 円	〃	〃	〃
生産性向上推進体制加算Ⅰ	1 ヶ月 1, 0 0 0 円	〃	〃	〃
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1 ヶ月 1 0 0 円	〃	〃	〃
看取り連携体制加算	1 日 6 4 0 円 (7 日を限度)	〃	〃	〃
看護体制加算(Ⅰ)	1 日 4 0 円	〃	〃	〃
看護体制加算(Ⅱ)	1 日 8 0 円	〃	〃	〃

② 介護保険対象外

滞在費（居室使用料） 1 日当たり 2, 5 0 0 円

食事料金 1 日当たり 1, 6 5 0 円

(朝食 4 6 0 円 昼食 6 2 0 円 夕食 5 7 0 円)

1 1 第三者評価の実施状況

当施設は、第三者評価について実施していません。

緊急時の対応

体調の変化等緊急の場合は、下記に定める順位にしたがい 1 ヶ所を選び連絡します。

第 1 順位 緊急連絡先

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

第2順位 緊急連絡先

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

第3順位 緊急連絡先

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

以上の事項に説明を受け、同意致します。

令和 年 月 日

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印