

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、「新潟県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例」の規定に基づき、社会福祉法人小越会（以下「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 小越会
主たる事務所の所在地	〒949-5416 新潟県長岡市不動沢2 2 1 9 番地 5
代表者（職名・氏名）	理事長 番場 光康
設立年月日	平成4年5月29日
電話番号	0258-41-0801(代)

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おごしの里	
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	〒949-5331 新潟県長岡市小国町檜沢9 0 番地	
電話番号	0258-95-3110(代)	
指定年月日・事業所番号	平成11年11月30日指定 令和 2年 4月 1日更新	新潟県第1570201614
利用定員	定員17人	
通常の送迎の実施地域	長岡市(旧小国町、旧越路町)	

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	当法人小越会は、「思いやり」「優しさ」「愛情」の3つの精神を基本理念として社会福祉事業に取り組みます。 ・利用者の人格の尊厳を礎に、利用者本位の福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供致します。 ・安全で安心できる暮らしの継続をモットーに、地域福祉の拠点として、そして地域のよりどころとしての機能を十分発揮して住民の期待と信頼にこたえます。

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(嘱託)	1人(兼)
生活相談員	1人
看護職員	1人(兼)
介護職員	6人(兼)
機能訓練指導員	1人(兼)
管理栄養士	1人(兼)

【当施設の嘱託医】

- 氏名 藤巻 克久
- 診療科 内科（藤巻医院）

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。

担当職員の氏名	生活相談員 小林 信太郎
管理責任者の氏名	おごしの里園長 種部 厚子

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ただく「利用者負担金」は本人負担割合に応じた額となります。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、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）短期入所生活介護の利用料

【基本部分：短期入所生活介護費（従来型個室）】

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
要介護1	6,030円
要介護2	6,720円
要介護3	7,450円
要介護4	8,150円
要介護5	8,840円

【基本部分：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
要介護1	6,030円
要介護2	6,720円
要介護3	7,450円
要介護4	8,150円
要介護5	8,840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
機能訓練体制加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合（1日につき）	120円
個別機能訓練加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置し、個別機能訓練の計画を作成した上で機能訓練を実施した場合（1日につき）	560円
看護体制加算Ⅰ	当該加算の体制・人材・受け入れ要件を満たす場合（1日につき）	40円
看護体制加算Ⅱ		80円
看護体制加算Ⅲイ		120円
看護体制加算Ⅲロ		60円
看護体制加算Ⅳイ		230円
看護体制加算Ⅳロ		130円
医療連携強化加算	当該加算の体制・人材要件及び利用者の状態の要件が満たされている場合（1日につき）	580円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	当該加算の体制・人材要件が満たされたうえで、生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成している場合（3ヶ月につき1回を限度）	1,000円

生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	当該加算の体制・人材要件が満たされており、かつ当該人材が利用者宅に訪問をして行う場合。 (1ヶ月につき1回)	2,000円
	当該加算の体制・人材要件を満たしており、かつ個別機能訓練加算を算定している場合 (1ヶ月につき1回)	1,000円
夜勤職員配置加算Ⅰ	最低基準を1以上上回る数の夜勤職員が配置されている場合(1日につき) 〈見守り機器を導入した場合〉 当該加算の人材・機器設置状況等の要件が満たされている場合(1日につき)	130円
夜勤職員配置加算Ⅲ	加算(Ⅰ)要件及び夜勤時間を通じて看護職員を配置していること、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日につき) ※登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要	150円
認知症行動・心理 症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用者へサービス提供した場合(1日につき 7日を限度)	2,000円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合 (1日につき)	1,200円
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	利用者総数のうち日常生活に支障を来す恐れのある症状若しくは、行動が認められ介護を必要とする認知症者のしめる割合が2分の1以上で当該加算の体制要件が満たされている場合(1日につき)	30円
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	加算(Ⅰ)及び当該加算の体制要件が満たされている場合(1日につき)	40円
送迎加算	送迎を行った場合(片道につき)	1,840円
療養食加算	要件を満たした上で療養食を提供した場合 (1回につき)※1日につき3回を限度	80円
緊急短期入所 受入加算	要件を満たした上で緊急の受入を行った場合 (1日につき 7日を限度) ※やむを得ない場合は14日を限度	900円
長期利用者に 対する減額	連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合。(1日につき)	300円減算
長期利用の適正化 (61日以降)	連続61日以上短期入所生活介護を行った場合	介護福祉施設サービス費の単位数と同単位数
看取り連携体制加算	当該加算の体制要件を満たす場合。 ※死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度。	640円
業務継続計画 未実施減算	業務継続計画を策定していない場合、または業務継続計画に従い必要な措置を講じてない場合	所定単位数の 1.0%を減算
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合。	所定単位数の 1.0%を減算
身体拘束廃止 未実施減算	身体的拘束等の適正化を図るための措置が講じられてない場合。	所定単位数の 1.0%を減算

口腔連携強化加算	当該加算の体制要件を満たす場合。(1回につき)	500円
生産性向上推進 体制加算Ⅰ	当該加算の体制要件を満たす場合。(1月につき)	1,000円
生産性向上推進 体制加算Ⅱ		100円
在宅中重度者受入加算 (看護体制Ⅰ又は(Ⅲ)イ 若しくはロ有)	居宅において訪問看護の提供を受けていた利用者が、 利用していた訪問看護事業所から派遣された看護 職員により健康上の管理等を受けた場合 (1日につき)	4,210円
(看護体制Ⅱ又は(Ⅳ)イ 若しくはロ有)		4,170円
(看護体制Ⅰ又は(Ⅲ)イ 若しくはロ及び(Ⅱ)又は (Ⅳ)イ若しくはロ有)		4,130円
(看護体制 無)		4,250円
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合。 (1日につき) ※加算のいずれか1つを算定する。	220円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ		180円
サービス提供体制 強化加算Ⅲ		60円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合※(注3) 加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月の利用料金 (基本部分+ 各種加算減算) 加算Ⅰ 14.0% 加算Ⅱ 13.6% 加算Ⅲ 11.3% 加算Ⅳ 9.0%
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ		
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ		
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定からは除かれます。

【その他の費用】

食費	1日につき1,730円。 (ただし、朝食470円、昼食650円、夕食610円とし、1食単位 で費用の支払いを受けるものとします。) 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。
滞在費	従来型個室(1日につき) 1,231円 多床室(1日につき) 915円
送迎費	通常の送迎の実施地域を超えて送迎を行った場合 1,000円
キャンセル料	1,000円
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。 ・電気器具使用料 テレビ等1点 30円/日 ・レクリエーション費用等

(2) 介護予防短期入所生活介護の利用料

【基本部分：介護予防短期入所生活介護費（従来型個室）】

利用者の 要介護度	介護予防短期入所生活介護費（1日あたり）
	基本利用料 ※（注1）参照
要支援1	4,510円
要支援2	5,610円

【基本部分：介護予防短期入所生活介護費（多床室）】

利用者の 要介護度	介護予防短期入所生活介護費（1日あたり）
	基本利用料 ※（注1）参照
要支援1	4,510円
要支援2	5,610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
機能訓練体制加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合（1日につき）	120円
個別機能訓練加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置し、個別機能訓練の計画を作成した上で機能訓練を実施した場合（1日につき）	560円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められ、緊急に介護予防短期入所生活介護が必要と医師が判断した利用者へサービス提供した場合（1日につき 7日を限度）	2,000円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合（1日につき）	1,200円
送迎加算	送迎を行った場合（片道につき）	1,840円
療養食加算	要件を満たした上で療養食を提供した場合（1回につき）※1日につき3回を限度	80円
業務継続計画未実施減算	業務継続計画を策定していない場合、または業務継続計画に従い必要な措置を講じてない場合	所定単位数の1.0%を減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	所定単位数の1.0%を減算
身体拘束廃止未実施減算	身体的拘束等の適正化を図るための措置が講じられていない場合	所定単位数の1.0%を減算
口腔連携強化加算	当該加算の体制要件を満たす場合（1回につき）	500円

生産性向上推進 体制加算Ⅰ	当該加算の体制要件を満たす場合（1月につき）	1,000円
生産性向上推進 体制加算Ⅱ		100円
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合。 （1日につき） ※加算のいずれか1つを算定する。	220円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ		180円
サービス提供体制 強化加算Ⅲ		60円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注3） 加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月の利用料金 （基本部分＋ 各種加算減算） 加算Ⅰ 14.0% 加算Ⅱ 13.6% 加算Ⅲ 11.3% 加算Ⅳ 9.0%
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ		
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ		
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		

（注3）当該加算は区分支給限度額の算定からは除かれます。

【その他の費用】

食費	1日につき1,730円。 （ただし、朝食470円、昼食650円、夕食610円とし、1食単位 で費用の支払いを受けるものとします。） 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。
滞在費	従来型個室（1日につき） 1,231円 多床室（1日につき） 915円
送迎費	通常の送迎の実施地域を超えて送迎を行った場合 1,000円
キャンセル料	1,000円
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。 ・電気器具使用料 テレビ等1点 30円/日 ・レクリエーション費用等

※負担限度額認定を受けている場合、負担限度額認定証に記載されている額になります。

（4）キャンセル料

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
利用予定日の当日	1,000円

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)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。

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に差し上げます。

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月の15日(祝休日の場合は直後の平日)に、利用者が指定する口座より引き落とします。 取扱い金融機関 えちご中越農協 大栄信用組合 郵便局
現金払い	サービスを利用した月の翌月末までに、現金でお支払いください。

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	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関①	医療機関の名称	藤巻医院
	所在地	小千谷市真人町甲5番地1
	電話番号	0258-86-3006
協力医療機関②	医療機関の名称	柏崎厚生病院
	所在地	柏崎市大字茨目字二ツ池2071番地1
	電話番号	0257-22-0111
協力医療機関③	医療機関の名称	小千谷総合病院
	所在地	小千谷市大字平沢新田111番地
	電話番号	0258-81-1600
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	
	電話番号	

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. 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するための措置を講じます。

1 1. 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	苦情解決責任者	おごしの里園長 種部 厚子
	窓口担当	生活相談員 小林 信太郎
	ご利用時間	8:30～17:30
	電話番号	0258-95-3110、面接等
苦情解決第三者委員	高橋胤生 大橋春昇	

(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	長岡市介護保険課	電話番号 0258-39-2245
	長岡市役所小国支所	電話番号 0258-95-5900
	長岡市役所越路支所	電話番号 0258-92-5906
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

1 2. 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と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。

1 3. 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

1 4. 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。

1 5. 第三者評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	あり	実施日	2017年2月18日
		評価機関 名称	新潟県介護福祉士会
		結果の開 示	あり なし
	なし		

令和 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

(事業者) 所在地 新潟県長岡市不動沢2219番地5

事業所名 社会福祉法人 小越会

代表者 理事長 番場 光康 印

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。

上記契約の証しとして、本契約書2通を作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1部ずつ保有します。

利用者 ご住所

お名前

印

署名代行者

ご住所

お名前

印

(本人との続柄

)

代理人 ご住所

お名前

印

平成30年4月1日改訂

平成30年5月1日改訂

令和元年5月1日改訂

令和元年10月1日改訂

令和元年11月1日改訂

令和3年4月1日改訂

令和4年4月1日改訂

令和4年10月1日改訂

令和5年5月1日改訂

令和5年12月1日改訂

令和6年4月1日改訂

令和6年8月1日改訂

令和7年5月1日改訂

令和7年6月25日改訂