

【令和7年4月1日現在】

介護予防

ショートステイ重要事項説明書

【契約書別紙】

社会福祉法人 光塩会
特別養護老人ホーム 上毛の里

短期入所生活介護重要事項説明書

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 027-266-9023（午前9時～午後5時まで）

担当 生活相談員 清水 宣男

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 上毛の里の概要

（1）提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム上毛の里
所在地	群馬県前橋市上増田町600番地
介護保険事業所番号	短期入所生活介護（群馬県1070100548）

（2）同施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	社会福祉士	1名		1名
医師			1名（1）	1名（1）
生活相談員	社会福祉士	2名（2）		2名（2）
栄養士	管理栄養士	1名		1名
介護支援専門員	介護福祉士	2名 ※兼務		2名
事務職員		4名（1）	1名	5名（1）
介護看護職員	看護師	3名	0名	3名
	准看護師		1名	1名
	介護福祉士	15名（10）	1名	16名（10）
	初任者研修修了者	2名（2）	0名	2名（2）
	無資格者	1名（1）	0名	1名（1）
業務補助職員			5名（4）	5名（4）

（ ）内は男性再掲

(3) 同施設の設備の概要

定員		併設特養 30 名 ショート 20 名	静養室	1 室
			医務室	1 室
居室	4 人部屋	18 室 (多床室) 2 室 (多床室) 6 室 (多床室)	食堂	1 室
	2 人部屋		ディルーム	2 室
	個室		機能訓練室	1 室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります。		

3. サービス内容

- ①食事 朝食 8 : 00 ~
 昼食 12 : 00 ~
 夕食 18 : 00 ~ 原則、食堂にておとりいただきます。

- ②入浴 原則として、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。

- ③介護 ご希望や状態に応じて適切な介護サービスを提供します。
 ・着替え介助
 ・排泄介助
 ・おむつ交換
 ・施設内の移動の介助や見守り
 ・食事摂取の介助
 ・体位交換
 ・シーツ交換 等

- ④レクリエーション
 季節毎の行事や毎日の日課の中にも様々な余暇のプログラムを予定しています。ご自分で何かやりたいことがありましたら申し出て下さいご利用中に予定したいと思います。

- ⑤健康管理
 短期入所生活介護の初日に簡単な健康チェックを行います。
 また、看護師が毎日健康のチェックをおこないます。

- ⑥理髪サービス 当施設では月2回（第2、第4火曜日）理容師の出張による理髪サービス（調髪・顔剃）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり	調髪・顔剃	1,500円
	調髪のみ	1,000円

- ⑦パン屋来園 毎週火曜日

4. 利用料金（契約書第6条関係）

- (1) 介護給付によるサービス（別紙1料金表参照）
- (2) その他介護給付サービス加算（別紙1料金表参照）
- (3) 介護保険の給付対象とならないサービス（別紙1料金表参照）
- 以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

- ① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）
- 利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。
- 実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

- ② 居住に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））
- この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方には光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日当たり）のご負担となります。

- ③ 特別な食事の提供に要する費用
- 利用者が、メニューにないものを希望したときや身体状況により特別なものを提供した場合は実費をいただくことがあります。
- 例) 高カロリー食等

- ④その他の料金
- 理美容費、…等は別途料金がかかります。

(4) お支払い方法

料金のお支払い方法は口座引き落としとさせていただきます。

別途、口座引き落としのお手続きをお願いします。手数料はかかりません。群馬銀行の口座の方は、サービスを利用した月の翌20日（土日祝の場合は直後の平日）に指定の口座より引き落とします。群馬銀行以外の口座の方は、サービスを利用した月の翌27日（土日祝の場合は直後の平日）に指定の口座より引き落とします。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話等でお申し込みください。

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は3ヶ月前からできます。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください

(2) 短期入所生活介護ご利用の中止

①利用開始予定日以前の中止

入所日の前日午後5時までにご連絡ください。

②利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響をあたえる行為があった場合

上記の場合で、必要な場合は、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

また、料金は退所日までの日数を基準に計算します。

(3) サービス利用契約の終了

①お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書等でお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けているお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合に限り、予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。

③その他

お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、お客様やご家族などが当施や当該施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合は、60日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことができます。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医	
病院	
医師名	
住所	
電話番号	

7. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会 面会は自由です。 8時30分～21時
- ・外出 自由です。申し出てください。
- ・飲酒、喫煙 自由ですが管理は施設が行います。
- ・金銭、貴重品の管理 必要最小限のものだけご持参ください。どうしても場合はご相談ください。
- ・持ち物 着替えを2組（靴下、パジャマも含む）洗面用具、上履き（かかとまで入るもの）介護保険被保険者証、介護保険負担限度額認定証（コピーをしてお返しします）利用者の必需品（薬等）
※必ず名前をつけて下さい。
- ・受診 医療機関への受診は原則としてご家族の付き添いとなります。
- ・宗教活動 まわりの利用者に迷惑にならない範囲でしたらご自由です。
- ・ペット ペットの持ち込みはご遠慮ください。

8. 非常災害対策

- (1) 防災時の対応
- ① 地域との連携を密にし地域協力員の皆さんにも年1回避難訓練に参加していただいています。
 - ② 職員の連絡網を作成し緊急の場合は短時間で集合できるようにしております。
 - ③ 消防署、警察との連携も密にしています。
- (2) 防災設備
- スプリンクラー、非常用サイレン他必要な設備は整えています。
- (3) 防災訓練
- 年2回以上夜間の想定でおこなっています。そのうち1回は、消防署、地域協力員の参加を得ています。
- (4) 防火責任者
- 山田 隆

9. サービス内容に関する相談、苦情

(1) 当施設における苦情の受付

苦情・ご要望・ご意見など、お気軽に下記担当者までご相談下さい。また、苦情受付ボックスを掲示板に設置しています。

○苦情受付窓口（担当者）【生活相談員】 清水 宣男

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

前橋市役所	所在地 前橋市大手町二丁目12番1号TEL：027-224-1111FAX：027-243-4027受付 介護保険課
群馬県国民健康保険団体連合会	所在地 前橋市元総社町335番地8TEL：027-290-1323FAX：027-255-5077受付 介護保険課
第三者委員会 権利擁護ネット はあとらんど	所在地 高崎市八千代町三丁目9番8号 TEL：027-395-6777 FAX：027-395-6778

10. 虐待の防止について

施設は、利用者の方の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講じるものとします。また、施設は、サービス提供中に、施設従業者又はご家族等による虐待を受けたと思われる利用者の方を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

(1) 従業者に対する虐待を防止するための研修の実施。

(2) 利用者の方及びご家族からの虐待等に関する苦情処理体制の整備。

(3) その他虐待防止のための必要な措置

①虐待防止に関する責任者の選定及び設置

虐待防止に関する責任者 施設長 山田 隆

②成年後見制度の利用支援

1 1. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 光塩会
代表者役職・氏名	理事長 村上 泰宏
本部所在地	前橋市上増田町600番地
電話番号	027-266-9023

定款の目的に定めた事業

特別養護老人ホームの経営

軽費老人ホームの経営

老人デイサービス事業の経営

老人短期入所事業の経営

老人居宅介護等事業の経営

認知症対応型共同生活援助事業の経営

公益を目的とする事業

居宅介護支援事業

地域包括支援センターの設置及び受託経営

介護予防支援事業

有料老人ホーム事業

料金表

1.介護給付サービスによる料金

下記の表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

*** 別紙2参照 ***

※ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて負担額を変更します。

2. その他介護給付サービス加算

単位: 単位数

加算	
送迎加算(片道)	184/回
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)※	22/日
若年性認知症利用者受入加算	120/日

※は全利用者対象となります。※以外は該当者のみ対象となります。

3. その他の介護保険の給付対象とならないサービス

① 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食事の提供 に要する費用	1日 1,445円	1日 300円	1日 600円	1日 1,000円	1日 1,300円

※ 朝食395円 昼食650円 夕食400円

※ 食事のキャンセルは前日までに申し出てください。

※ 重要事項説明書4－(3)に定めのとおり、個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は実費負担となりますので、上記の金額を超える場合があります。

② 居住(滞在)に要する費用(光熱水費及び室料(建物設備等の減価償却費))
1日当たりの利用料(居住費)

居住(滞在) に要する費用	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
多 床 室 (2・3・4人室)	1日 915円	1日 0円	1日 430円	1日 430円	1日 430円

別紙2＜介護予防短期入所＞＜多床室＞

1～3 単位:単位数 4. 5 単位:円

	要支援1		要支援2	
1. 予防併設短期生活Ⅱ		451／日		561／日
2. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	○	22／日		
3. 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	○	介護報酬総単位数(基本サービス費＋各種加算減算)×14.0% ※1単位未満の端数四捨五入		
4. 食事に係る負担額				
被保険第1段階		300／日		
被保険第2段階		600／日		
被保険第3段階①		1,000／日		
被保険第3段階②		1,300／日		
被保険第4段階以上		1,445／日		
5. 居住に係る自己負担額				
被保険第1段階		0／日		
被保険第2段階		430／日		
被保険第3段階①		430／日		
被保険第3段階②		430／日		
被保険第4段階以上		915／日		
6. 自己負担額合計(1＋2＋3＋4＋5)				

※前橋市は地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.17円を乗じた金額が料金となっています。なお、自己負担は、各利用者の負担割合に応じた額です。

※上記料金は、1回あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

重要事項説明確認書

【契約書別紙】

令和 年 月 日

介護予防短期入所生活介護ご利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 社会福祉法人 光塩会
所在地 前橋市上増田町600番地
名 称 特別養護老人ホーム 上毛の里 印

説明者 所属 上毛の里ショートステイ

氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印