

併設型短期入所介護 重要事項説明書

事業内容 本事業は指定介護老人福祉施設「三沢長生園」の空きベッドを利用して併設型短期入所介護サービスを提供するものです。

利用対象者 介護保険の要介護度認定において要支援1～要介護5の認定を受けている人。ただし、感染が懸念される疾病の罹患者、また自他への暴力が観られる人については利用をお断りする場合があります。

事前情報 ご利用に当たっては心身面・生活面についてお尋ねさせて頂くこととなります。集団での共同生活であることをご理解の上、ご協力をよろしくお願い致します。また、前項とも重なりますが必要な書類・証明書類のご提示をお願いすることもあります。その際にはよろしくお願い致します。特に受診中の病気、服用中の薬剤名などは緊急時の大切な情報になりますのでご面倒でも遺漏無い情報提供をお願いします。

利用料 本サービスの利用料は介護保険介護報酬規定に則って利用翌月の10日までに利用者に請求されます。介護報酬規定は以下のとおりです。

三沢長生園短期入所事業区分 併設型短期入所介護（Ⅱ）型

令和6年4月1日～ 単価：円

要支援Ⅰ	要支援Ⅱ	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
451	561	603	672	745	815	884

これに食費（朝 480円 昼 480円 タ 495円の実食数）とその他の加算等については、別紙料金表にてご確認ください。

**面会
外出** 面会は原則ご自由ですが、夜9時には消灯となります。それ以降につきましては居室内でのご面会をご遠慮下さい。朝は6時が起床時間となっています。また、夜9時以降となることが予めお判りの際には事前にご連絡を頂けるようお願いいたします。外出もご自由におできになりますが、消灯を9時としております関係上帰園も9時までにはお願いします。

電話 公衆電話が3階寮母室前に設置されており、ご自由にご利用頂けます。

禁煙 4階喫煙ルームにてお願い致します。

**自己負担の
サービス** 短期入所利用期間中に、買い物、外出等が行われる場合があります。事前にご確認の上、必要な際にはその分のご用意をお願いしておきます。

嗜好 生活施設ですから趣味・嗜好については出来るだけ尊重したいと考えております。ご心配な際には事前にご相談下さい。食事の好き嫌い、アレルギーなどにつきましても対応いたします。事前にご相談下さい。

居室 当サービスは空きベッドを提供して行うものですから、原則、空いているベッドをご用意することになります。ただし、利用中のご様子などから他の居室へお移り頂く場合もありますので、その点ご承知置き願います。

個人情報の取り扱い 個人情報保護の観点から利用者やご家族の皆様に関する個人情報につきましてはその取り扱いを厳しくしておりますが、介護サービスの提供という性質上どうしても利用者ご本人や、ご家族についての個人情報を使用する場面が出て参りません。

当園では別紙掲載の要領で皆様の個人情報を取り扱わせて頂きます。

苦情・相談 ご利用中のご相談、苦情などは生活相談課でお受けいたします。ご遠慮なくご相談下さい。生活相談課の対応では十分にご理解・ご納得が行かない場合などには以下に示す第三者委員立ち会いの下、相談・解決することもできます。

小郡市役所 長寿支援課	所在地 小郡市小郡255-1 電話番号 0942-72-2111 FAX 0942-73-4466 受付時間 午前8時30分～午後17時00分
国民健康保険団体連合会	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号：092-642-7859 FAX：092-642-7857
福岡県社会福祉協議会 施設運営適正化委員会	所在地 春日市原町3丁目1-7 電話番号：092-915-3511 FAX：092-915-3512
三沢長生園 運営適正化第三者委員	
野瀬賢一氏 小郡市上岩田764-1 電話番号 0942-72-2922	

貴重品について 集団での共同生活ですから、金品の紛失はご本人はもちろん、周囲にとっても不愉快なことになります。必要でない金品の持ち込みには慎重に願います。事務所でお預かりすることもできます。ご相談下さい。

持ち込み品について 洗面用具 園の物をご利用頂きます。お持ちになる必要はありません。利用日数、入所期間中の浴日や失禁の程度や食べこぼしの程度等に合わせてご用意頂ければ良いと思います。また、持ち込み着衣には名前の記入をくれぐれもお願いします。

上靴 履き慣れたもので、滑り難いものが良いと思います。

家電品 スリッパ類は危険ですのでお避け下さい。利用日数によりテレビ、ラジオ、暖房品などご持参なさる場合もあろうかと思いますがその際には、別途料金を頂くこととなります。事前にご相談下さい。

介護用品 杖、押し車、車椅子など普段お使いの品はお持ち頂けます。ご心配な際には事前にご相談下さい。

緊急時の対応 器物破損 対人トラブル 利用期間中に、利用者の明らかな故意による傷害事故や器物破損事故が生じた際には利用者の責任において弁済頂くこととなります。
職員の不在時認知症が関わっている場合など、経緯や状況説明が不明瞭や困難な事故の際には状況の適正な把握に努め、適切に対応させていただきます。

連絡 申し込みの際には確実に連絡の取れる連絡先、電話番号でお願いします。

受診
入浴
食事
おやつ
行事

送迎 利用期間中に受診が必要になった際の送迎は園でいたします。
種類/回数 三沢長生園の浴日・浴種に合わせて提供いたします。
三沢長生園の時間・場所に合わせて提供いたします。
三沢長生園の時間・場所に合わせて提供いたします。
利用期間中に三沢長生園で行われる行事につきましては本人様のご希望に応じご参加頂けます。一緒にお楽しみ下さい。

勤務体制 本事業は指定介護老人福祉施設「三沢長生園」の空きベッドを利用して併設型短期入所介護サービスを提供するものでありますから、専任の職員はおりません。三沢長生園の職員が皆様のお世話をいたします。

令和6年4月1日現在

	職種	常勤換算	指定基準
1.	施設長（管理者）	1名	1名
2.	事務員	2名	
3.	介護職員	28名	24名
4.	生活相談員	2名(常勤兼務)	1名
5.	看護職員	4名	3名
6.	機能訓練指導員	1名	1名
7.	介護支援専門員	3名	1名
8.	医師	1名	1名
9.	管理栄養士	2名(常勤兼務)	1名
10.	調理員	8名	
11.	管理員	1名	
12.	宿直員	1名	1名

※当施設は直接処遇（介護職員＋看護職員）職員と入所者の比率が3対1となっている施設です。

※当施設は福祉サービスにおける第三者評価受審なしの施設です。

同意

以上の事項につき、説明を受け了解いたしました。貴施設での併設型短期入所介護サービス利用につき同意いたします。

作成日 令和 年 月 日

同意者名

印

代理同意
者名

印

本人による同意・署名が困難なため

続柄

説明者名

印

三沢長生園 併設型短期入所介護利用契約書

第一章 総則

第一条（短期入所サービス計画の決定・変更）

短期入所サービス計画は、計画担当介護支援専門員が短期入所サービス計画について、利用者様及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。（3泊以上のご利用）

第二条（契約の更新）

利用者の心身・社会・生活環境に特段の変化がない場合は、初回より2年間は本契約を有効とし、利用毎の契約を行わないことが出来ることとする。但し、契約期限については施設管理者に於て特に必要であると認められた場合は延長できるものとします。

第二章 利用料金支払い

第三条（サービス利用料金の支払い）

サービス提供事業者は、別紙介護老人福祉施設 三沢長生園 短期入所生活介護利用料所定の料金に基づき利用終了後翌月10日までに請求書により請求いたします。サービス利用者は利用終了後の翌月末までに利用料を納付するものとします。なお、特段のご事情にてお支払いの遅れが生じる際は必ず翌月末までに三沢長生園に理由を添えて連絡するものとします。

第三章 損害賠償

第四条（損害賠償責任）

1 長生会「三沢長生園」（以下「甲」という。）は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により契約利用者様（以下「乙」という。）に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、乙に故意又は過失が認められる場合には、乙の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償額を減じることが出来るものとします。

2 甲は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

第五条（損害賠償がなされない場合）

甲は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、甲は損害賠償責任を免れます。

1 乙が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

2 乙が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

3 乙の急激な体調の変化等、甲の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

4 乙が、甲もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

私は指定介護老人福祉施設三沢長生園の併設型短期入所介護サービスを利用するに当たり、以下の契約書を交わし、利用サービス内容、義務、権利について相互に確認しました。なお、利用者本人の契約能力に支障がある際は家族等を契約者に替えることとします。

令和 年 月 日

サービス利用者

契約者

サービス提供者
同代表者

指定介護老人福祉施設 三沢長生園 印