特別養護老人ホーム　りんごの郷
短期入所生活介護
介護予防短期入所生活介護

重要事項説明書
契　　約　　書
同　　意　　書

利用者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護

「りんごの郷」重要事項説明書

１．施設経営法人

（１）法人名　　社会福祉法人ジェイエー長野会
（２）法人所在地　　長野県長野市大字南長野北石堂町 1177-3
（３）電話番号　　０２６－２２３－０５３３
（４）代表者名　　理事長　上原　孝義
（５）設立年月日　　平成７年４月

２．利用施設

（１）施設の種類　　指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護
（２）施設の名称　　特別養護老人ホーム　りんごの郷
（３）施設の所在地　　長野県長野市大字穂保字町裏２０７番地１
（４）電話番号　　０２６－２９６－１１６５
FAX 番号　　０２６－２９６－１７８８
（５）施設長名　　大川　勝則
（６）当施設の運営方針
地域住民が要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう機能訓練及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。
（７）開設年月日　　平成１４年１２月
（８）入所定員　　短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護　１２名

３．設備の概要

居室　４人部屋（３）　、一般浴室（1）、特殊浴室（1）、
医務室（1）、静養室（1）、食堂（1）、機能訓練室（1）、相談室（1）、
面会室（1）

４．職員の配置状況

施設長（１名)、介護支援専門員（２名)、介護職員（３０名程度)、看護職員（５名)、管理栄養士（１名)、生活相談員（１名)、事務員等（３名)、
機能訓練指導員（１名）

５．当施設が提供するサービスの内容

（１）利用者の自立の支援と日常生活上の援助
①入浴　　自立に向けて必要な援助または清拭を行います。
②排泄の介助　　自立に向けて必要な排泄の援助とオムツ交換を行います。
③日常生活上の介助　離床、着替え、整容その他日常生活上の援助を行います。
※利用者の希望に応じて、同姓介助に配慮させていただきますが、勤務の関係上、必ずしも希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

（2）食事の提供

栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好かつ、利用者の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂や談話室で行います。

（3）生活リハビリ訓練

利用者の心身の状況を踏まえ、日常生活を送る上で必要な生活機能維持のための生活リハビリ訓練を行います。

（4）相談及び援助

利用者の心身の状況、その置かれている環境等の把握に努め、利用者またはその家族の相談に応じると共に必要な助言・援助を行います。

（5）健康管理

利用者の健康状況を注意すると共に健康保持のため血圧測定、体温測定を定期的に行います。

6．利用料金

（1）介護保険給付対象サービス

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金と食費、滞在費（多床室・従来型個室）の自己負担額及び、サービス提供体制強化加算、夜勤職員配置加算,
処遇改善加算Ⅰが加算額となります。
(詳細は別表のとおり)

（2）介護保険給付対象外サービス

①実費となるもの

□特別な食事（施設で提供する一般食以外であり、希望により実施）

□理美容代、クリーニング代、電気代（例：テレビ、パソコン、冷蔵庫、電気毛布、電気あんか、エアーマット等）、クラブ活動、各種レクリエーション行事参加、その他個別サービスに関わるもの

□通常の送迎実施地域を越える交通費として、１ｋｍあたり４０円

（3）利用料金のお支払い方法

１ヶ月ごとに計算し１３日前後に前月分の請求書を発行して、２０日までに銀行振り込みでお支払いしていただきます。

なお、指定金融機関（※ながの農業協同組合・八十二銀行）からの口座引き落としも可能です。（口座振替手数料が別途かかります。）

※ながの農業協同組合以外の農業協同組合では口座引き落としはできません。

（4）領収書の発行

事業者は、利用者よりお支払いを受けた時は、利用者に対し領収書を発行します。

７．契約の終了

（１）当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めてありません。以下の事由がない限り継続してサービスが利用できます。

①利用者が死亡した場合

②要介護認定により非該当（自立）と認定された場合

③事業者が解散命令をうけた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合

④施設の減失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合

⑤施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

⑥利用者からの中途解約・契約解除の場合

（２）利用者からの申し出による解約

①介護保険給付対象サービスの利用料の変更に同意できない場合

②事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合

③事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

④事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑤他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（３）事業者からの申し出による解約

①利用者が、契約締結時に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、または不実の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

②利用者が事業所に支払うべき料金を正当な理由なく１ヶ月以上延滞し、催告しても７日以内に支払われない場合

③利用者またはその家族が、事業者やサービス従事者または他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

８．非常災害対策

施設の防災計画に基づき防災訓練を実施し、非常時の災害に備えています。別紙災害リスクや災害対応の説明及び確認をさせていただきます。

９．施設利用に当たっての留意事項

（１）面会	午前８時～午後７時３０分となっております。感染対策時は面会制限をさせていただく場合があります。お越しいただいた際は、面会票のご記入をお願いします。
（２）外出・外泊	ご希望の際は所定の届出用紙にご記入ください。
（３）アルコール類	ご希望により、ご持参いただけます。
（４）喫煙	火災予防のため、施設内禁煙となっております。
（５）金銭・貴重品の管理	紛失、損傷を防ぐため持ち込まないようにお願いします。尚、紛失等発生した場合、施設では責任をおいかねますのでご了承下さい。

（6）宗教・政治活動　　自由ですが、他の人の迷惑、トラブルにならないようにお願いします。

（7）電化製品　　個人スペースの範囲内でのお持込は自由ですが、電気代をいただきます。

（8）その他嗜好品　　食中毒やノロウィルス等の予防の為、年間通しての対応として、自宅で手を加えられた食品（漬物や購入したものをタッパーに移す事等も含め）については、当日のみの保存とします。購入した食品については賞味・消費期限表示にしたがって保存し、適宜お出し致します。尚、上記の期限が過ぎましたら、処分させていただきますので予めご了承願います。誤嚥・窒息予防の為、持参時に食べたもの以外については、必ず職員へお預け下さい。自己管理を希望される場合は誤嚥による窒息等のリスクの説明を行い、承諾をいただきます。又、ご希望に応じて出前や外食も可能です。

１０．実習生受け入れについて

当施設は後進育成という社会使命として、教育機関の要請により実習生を受け入れています。

実習受け入れ責任者

サービス支援課　課長（生活相談員）　小林　和也

実習受け入れ担当者

課長代理	藤澤　克	介護係長	込山　敬
看護係長	中村　眞弓	管理栄養士	新開　由紀子

１１．サービス内容に関する相談・苦情

当施設内苦情解決責任者

施設長　　大川　勝則

当施設内苦情相談窓口

相談窓口　生活相談員　　小林　和也
介護支援専門員　　桑原　周一
電話番号　０２６－２９６－１１６５

相談窓口　苦情解決第三者委員
（代表）ながの農業協同組合代表理事組合長　　小林　武郎
電話番号　０２６－２２４－０５５０

サービス利用後の苦情相談窓口

相談窓口　生活相談員　　小林　和也
電話番号　０２６－２９６－１１６５

施設外苦情相談窓口

相談窓口　　長野県国民健康保険団体連合会介護保険苦情処理係
電話番号　　０２６－２３８－１５８０

相談窓口　　長野市保健福祉部介護保険課
電話番号　　０２６－２２４－７８９１

相談窓口　　長野市社会福祉協議会（福祉サービス運営適正化委員会）
電話番号　　０１２０－２８－７１０９（苦情相談）
０２６－２２６－２２１０（事務局）

※　万が一、意見や苦情を申し出たことにより、不利益な扱いを受けた場合は、施設として責任ある対応をさせていただきますのでその旨を責任者に申し出てください。

１２．事故発生時の対応

利用者に対し、サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに家族等に連絡すると共に、必要な処置を行います。

１３．協力医療機関

名称　　特定医療法人新生病院
所在地　　長野県上高井郡小布施町大字小布施８５１
電話番号　０２６－２４７－２０３３

名称　　長野市民病院
所在地　　長野市大字富竹１３３３－１
電話番号　０２６－２９５－１１９９

名称　　独立行政法人国立東長野病院
所在地　　長野市上野２丁目４７７
電話番号　０２６－２９６－１１１１

名称
所在地
電話番号

１４．第三者評価について

評価確定日　２０２４年　3月２１日
評価機関　　一般社団法人　しなの福祉教育総研
評価結果　　https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/

短期入所料金表

1.短期入所サービス

（1）**【併設型】**短期入所生活介護費（１日あたりの単位数）

	単位数
要介護１	６０３
要介護２	６７２
要介護３	７４５
要介護４	８１５
要介護５	８８４

（2）加算について（１日あたりの単位数）

サービス提供体制加算Ⅱ	１８
夜勤職員配置加算Ⅲ	１５
送迎加算	１８４（片道）
機能訓練指導体制加算	１２
療養食加算	8(1回)（該当者のみ）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ2	総単位数×１７．６％

（3）介護報酬の地域区分による報酬単価

１単位当たり１０．１７円

（4）滞在費および食費について（１日あたり自己負担額：円）　※詳細の利用料金表は別紙

負担段階	滞在費（１日分） 多床室	滞在費（１日分） 個室	食費（１日分）
第１段階	０円	３８０円	３００円
第２段階	４３０円	４８０円	６００円
第３段階①	４３０円	８８０円	１，０３０円
第３段階②	５３０円	９８０円	１，３６０円
第４段階	９１５円	１，２３１円	１，８００円

※第４段階の食費は、朝食４００円、昼食（おやつ代含む）８００円、夕食６００円の
合計１，８００円になります。（おやつのみ提供の場合も８００円になります）

2.介護予防短期入所サービス

（1）**【併設型】**介護予防短期入所生活介護（1日あたりの単位数）

	単位数
要支援1	４５１
要支援2	５６１

（2）加算について（1日あたりの単位数）

介護予防サービス提供体制加算Ⅱ	１８
送迎加算	１８４（片道）
機能訓練指導体制加算	１２
療養食加算	8(1回)（該当者のみ）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数×１７．６％

（3）介護報酬の地域区分による報酬単価

短期入所生活介護と同じ

（4）滞在費および食費について（1日あたり自己負担額：円）

短期入所生活介護と同じ

令和８年８月　改訂

短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護　契約書

＿＿＿＿＿＿様（以下「利用者」という。）と特別養護老人ホーム「りんごの郷」施設長　大川　勝則（以下「事業者」という。）は、「りんごの郷」（以下「施設」という。）において事業者が利用者に対して行う短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護ついて、つぎのとおり契約します。

第１条　（目的）

事業者は、介護保険法令の趣旨に従って利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に対し介護保険福祉施設サービスを提供し、利用者は、事業者に対しそのサービスに対する料金を支払います。

第２条　（契約期間）

１）この契約の契約期間は令和　８　年　８　月　２０日から利用者の要介護認定の有効期間満了までとします。契約満了日の３０日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

２）利用者は利用開始予定日から７日以上の猶予をおいて、事業者に対し、利用期間中の変更を申し入れることができます。また、利用者は、契約期間中であれば、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の追加利用を申し込むことができます。これに対し、事業者は、居室が確保できないなど正当な理由がない限りこれを断りません。

３）利用者は、利用開始日の午前８：３０以降に入所し、利用終了日の午後７：３０までに退所とするものとします。

４）利用者は契約日から契約終了日までの利用期間を登録することができます。ただし、他の利用者の登録により、すでに定員に達している期間を含めた利用期間は登録できません。

第３条（短期入所生活介護計画・介護予防短期入所生活介護計画）

事業者は利用者の利用期間が４日以上の場合は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「短期入所生活介護計画」・「介護予防短期入所生活介護計画」を作成します。事業者はこの内容を利用者及び家族に説明します。

第４条　（介護保険給付対象サービス）

１）事業者は、介護保険給付対象サービスとして、施設において、利用者に対し、入浴、排泄、食事等の介護、相談等の精神的ケア、社会生活上の便宜、日常生活上の世話、健康管理及び療養上の世話を提供するものとします。

２）事業者はサービス提供にあたり、利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない時は、Ｙ字型ベルトをつける、ベッド柵を４本つけることを行う場合があります。緊急で実施した場合は速やかに家族に連絡、説明し、同意を得るものとします。

３）利用者には上記以外の身体拘束（居室の外から鍵をかける、向精神薬を過度に使用する等）による方法は行いません。

第５条（介護保険給付対象外サービス）

事業者は利用者との合意に基づき、次の各号のサービス提供するものとします。また、各号のサービスについて、その利用料金は利用者が負担するものとします。

（１）　利用者が選定する特別な食事の提供

（２）　理美容代、クリーニング代、電気代(テレビ、電気毛布（掛布）、電気あんか、他継続的に使用する物)、クラブ活動、各種レクリエーション行事参加、その他個別サービスに関わるもの

第６条（サービス利用料金の支払い）

１.利用者は、サービスの対価として重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいた料金、第５条に定めるサービスの利用に応じた額の合計額を月ごとに計算して入所者に請求し、入所者はこれを請求のあった日の属する月の月末までに事業者が指定した方法で支払うものとします。

第７条（利用開始前のサービス中止）

利用者は事業者に対して、利用開始前のサービス中止を申し出る場合は前日の午後５時までに申しでることとします。

第８条（利用期間中の中止）

以下の場合は利用途中でもサービスを中止する場合があります。

（１）利用者またはその家族が中途退所を希望した場合

（２）利用期間中に利用者が入院した場合

（３）風邪・病気の際はサービスの提供をお断りする場合があります。

（４）当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合はサービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

（５）ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡し、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡等必要な措置を講じます。

（６）他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

※ 上記理由で利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数をもとに計算します。

第９条（契約の終了）

重要事項説明書７に基づく事由により契約を解約・終了します。

第１０条（実習生受け入れ）

事業者は後進育成という社会的使命により実習生の受け入れをしています。

第１１条（守秘義務等）

１）事業者、サービス従事者または従業者は介護福祉施設サービスを提供するうえで知り得た利用者またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第３者に漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。

２）事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者

に関する心身等の情報を提供できるものとします。
3）事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。
4）事業者は利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮をするものとします。

第１２条（記録の開示）
事業者は介護及び看護記録について利用者等またその家族の申し出により記録の開示を行います。
1）サービス提供に関する記録を作成することとし、この契約の終了後２年間保存します。
2）利用者は事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第１項のサービス実施記録を閲覧できます。
3）利用者は当該利用者に関する第１項のサービス実施記録の謄写物の交付を受けることができます。ただし謄写物代金は利用者またはその家族の負担とします。

第１３条（外部社会資源の活用について）
利用者等のニーズに応じて外部社会資源活用の申し出がある場合情報提供等その利用に必要な支援を行います。

第１４条（利用者の権利擁護）
1）事業者は利用者等の権利侵害を防ぐため、介護相談員又はオンズマンを受け入れ第三者委員会を設置しています。
2）利用申込者の判断能力に障害がみられる場合において、利用者に代わり家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか立会人を求めます。
3）成年後見人制度等の活用の申し出がある場合はその利用に必要な情報提供及び関係機関等連携を図ります。

長野県　リーガルサポート長野支部　　電話　０２６－２３２－７４９２
長野市社会福祉協議会　　電話　０２６－２２５－０３０３

第１５条（利用者の施設利用上の注意義務等）
1）利用者は、居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って、利用するものとします。
2）利用者は、施設、設備について、故意または重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により現状に復するか、または相当の代価を支払うものとします。

第１６条（損害賠償責任）
1）事業者は、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利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。第９条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況をしん酌して相当と認められるときに限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。
2）事業者は、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１７条（連帯保証人）

連帯保証人は、以下の事項に定める責任を負います。ただし、連帯保証人をたてる事ができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。

１）第 6 条第 1 項に定められた利用者のサービス利用料金が所定の期間を経ても支払わず、事業者からの督促にも支払いが困難な場合、連帯保証人は利用者に係る債務を責任を持って事業者に支払う事とします。

２）第 15 条第 2 項に定められた過失が利用者に生じ、事業者からの請求に対し利用者が支払いが困難な場合、連帯保証人は利用者に係る債務を責任を持って支払うか、施設の修復を行う事とします。

第１８条（緊急時の対応）

事業者は、サービス提供を行っているときに、利用者の状態に変化が生じた場合、その他必要な場合には連絡先へ速やかに連絡するとともに、医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

第１９条（連携）

事業者は、介護の提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第２０条（相談・苦情対応）

事業者は、提供したサービスに関する利用者からの苦情処理に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

第２１条（事故発生時の対応）

事業者は利用者に対し、サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに家族等に連絡すると共に必要な処置を行います。

第２２条（協議事項）

本契約に定めてない事項について問題が生じた場合は、事業者は介護保険法その他諸法令の定めるところに従い利用者と誠意をもって協議するものとします。

個人情報利用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するとおり必要最小限の範囲内で利用することに同意します。

記

1、利用する目的

・介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。
・介護サービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。
・利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。
・介護保険事務に関する情報提供の場合。

2、利用にあたっての条件

個人情報の提供は、1 に記載する目的の範囲内で、必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

事業者は、個人情報を利用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

3、個人情報の内容(例示)

氏名、住所、利用者の心身の状況やその置かれている環境、支援を行う上での課題、健康状態、病歴、家庭状況等

私は、サービスの利用にあたり重要事項、及び個人情報利用の説明を担当者（説明者）より受け同意し、契約します。

契約を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名の上、１通ずつ保有するものとします。

契約締結日　　令和　　年　　月　　日

（利用者）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※代筆の場合、代筆者の住所・氏名を併記すること。

（利用者家族）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

（成年後見人・代理人）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

（連帯保証人）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

極度額（利用者の自己負担額２年分…滞在費・食費・介護サービス自費負担分等）

事業者は、サービス提供開始にあたり、本サービスにおける利用に関わる説明及び、重要事項と個人情報の利用に関して説明を行いました。

（事業所番号　2070101536）
所在地　長野県長野市大字穂保２０７番地１
事業所　社会福祉法人ジェイエー長野会
北信地域事業本部
特別養護老人ホームりんごの郷

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿

その他　確認事項

事業者は、利用者様に対し事故のないよう細心の注意を払いますが、施設においてもご自宅同様の事故の可能性があることの説明を受け、確認いたします。

令和　　年　　月　　日

ふりがな
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄）＿＿＿＿＿＿

《緊急連絡先（自宅以外)》

ふりがな

①氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄）＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話番号）＿＿＿＿＿＿

ふりがな

②氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄）＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話番号）＿＿＿＿＿＿

《かかりつけ医》

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿