

短期入所療養及び介護予防短期入所療養介護

(契約書別紙兼重要事項説明書)

◎わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事業所名	老人保健施設 清流苑	法人名	医療法人 魚野会	
所在地	新潟県魚沼市原虫野 433-3	電話番号	025(792)9588	
		FAX 番号	025(792)9334	
県指定年月日	平成 12 年 4 月 1 日	入所定員	93名(短期入所は空床利用)	
通常の見迎の実施地域	魚沼市			
併設病院等	病院名 [ほんだ病院]			
	施設名 [在宅介護支援センター小出] [魚沼市南部地域包括支援センター] [訪問看護ステーション こいで] [グループホーム こだま] [デイサービスセンター こだま]			
施設の概要	敷地	3,662.85 m ²		
	建物	構造	鉄筋コンクリート造 4階建	
		延べ床面積	3,766.72 m ²	
	居室	2 F 17室	(4人部屋 10室 1人部屋 7室)	
		3 F 16室	(4人部屋 10室 1人部屋 6室)	
	主な設備	食堂	2 F 151.07 m ²	3 F 102.52 m ²
		機能訓練室	2 F 67.75 m ²	3 F 67.69 m ²
一般浴室		2 F 29.42 m ²	3 F 32.37 m ²	
特別浴室		2 F 30.76 m ²		
事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者に対し、適正な施設介護を提供することを目的とします。			
運営の方針	利用者の心身の状況や家族環境等を踏まえ、市町村や関係機関等と綿密な関係を図りながら生活の質の確保と維持向上を目指し、適切なサービスの提供につとめます。			
非常災害時の対策	消防訓練の実施 年 2 回			
	近隣との協力体制 地権者への自動通報 消防署への自動通報装置完備			
	非常災害に関する具体的計画として災害対応マニュアルあり			
	非常災害設備	スプリンクラー	有	屋内消火栓 有
		非常階段	有	非常通報装置 有
		自動火災報知器	有	漏電火災報知器 有
誘導灯		有	非常用電源 有	
ガス漏れ報知器		有	消火器 有	

1 提供するサービス内容

あなたに提供するサービス内容は、短期入所サービスです。

このサービスは、あなたにこの施設に短期間入所して頂き、その間、医療、看護や医学的管理の下での介護や機能訓練と、日常生活上のお世話をするサービスです。

2 従業者の職種、員数及び職務の内容

管 理 者 1 人

・従業者の管理、指導及び業務の実施状況の把握その他の管理を行います。

医 師 1 人以上

・お身体の診療・診察を担当します。

支 援 相 談 員 1 人以上

・施設での生活全般に関するご相談を担当します。

看 護 職 員 9 人以上

・療養上のお世話を担当します。

介 護 職 員 22 人以上

・お身体の介護を担当します。

理学療法士・作業療法士 1 人以上

・機能訓練の指導を担当します。

管 理 栄 養 士 1 人以上

・食事の献立づくりや栄養管理及び栄養マネジメントを担当します。

介護支援専門員 1 人以上

・施設における介護等の計画（施設サービス計画）の作成を担当します。

□

3 提供サービスの概要

別紙 2 参照

4 利用者負担金

1 利用者負担金は別添料金表に記載したとおりです。

基本利用料、加算料金は、関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中に関係法令が変更になった場合は、これに従って改定後の金額が適用されます。なお、その場合は新しい利用料を書面でお知らせします。

2 あなたの支払う負担金は、毎月 20 日までに請求書を送付させていただきます。

□

5 キャンセル料等

1 あなたが、このサービスの利用をやめたい場合は、お手数ですが事前に次の連絡先までご連絡下さい。

(連絡先) 電話番号 025(792)9588

2 あなたの都合でサービスの利用を中止する場合であっても、キャンセル料は頂きません。

□

6 サービス利用上の留意事項

1 作成された短期入所計画や、レクリエーションの内容等についてご不満があれば、遠慮なく担当の支援相談員または、看護・介護職員にお申し出ください。できる限り、対応します。また、それ以外にもご相談があれば、サービスの提供についての関係の有無にかかわらず、遠慮なくお申し出ください。誠実に対応いたします。

2 体調の変化等でサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当（電話番号 025(792)9588）までご連絡下さい。

3 当施設においては、他にも大勢利用者がいらっしゃいます。それらの方の迷惑にならないように、次の項目について留意して下さい。

これらの項目に再三にわたって違反する場合は、退所等の措置をとる事があります。

来訪・面会	面会時間は 8：30～19：00 です。お訪ねになる場合には、面会時間をお守り下さい。
外出・外泊	外出・外泊するときは、あらかじめ支援相談員又は利用されている棟の職員にご相談下さい。
居室、設備器具の使用	施設内の居室等の設備は、本来の使用法に従って使用して下さい。
喫煙・飲酒	・施設内は禁煙です。 ・飲酒は原則禁止です。
迷惑行為	他の方と共同生活する施設です。騒音を立てる等、他の利用者の方の迷惑になる行為はおやめ下さい。 また、他の居室にみだりに立ち入らないで下さい。
所持品管理 (貴重品等)	利用者の状況を考慮した対応となりますが、紛失した場合であっても施設では責任を負いかねます。※貴重品は持ち込まない事を原則と致します。
金銭管理	持ち込まないことを原則と致します。万が一、紛失や盗難等が発生した場合であっても施設では責任を負いかねます。

宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者及び職員に対する宗教活動や政治活動は、ご遠慮下さい。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はご遠慮下さい。
その他	施設内で他の利用者及び職員に対する営利行為は、ご遠慮下さい。

5 苦情相談窓口

① 当施設が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	事務室、サービスステーション、管理者
連絡先	T E L 025(792)9588 F A X 025(792)9334

② 当施設に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
魚沼市介護福祉課介護保険係	025(792)9755
新潟県国民健康保険団体連合会	025(285)3022

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明します。

令和 年 月 日

説 明 者 老人保健施設 清流苑
支援相談員

印

上記のとおり短期入所サービスに関する契約書及び契約書別紙兼重要事項説明書に同意し契約します。

なお、この契約を証明するために、本契約書2部作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ1部ずつを保管します。

令和 年 月 日

利 用 者 ご住所

お名前 印

身 元 引 受 人 ご住所

お名前 印

立 会 人 ご住所
(利用者の家族等)

お名前 印

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載して下さい。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

事 業 者 所在地 新潟県魚沼市原虫野 433-3
事業者名 老人保健施設 清流苑
代表者職・氏名 管理者 金子 一郎 印