

〈介護度別 1 日あたりのサービス費〉

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
529 円	656 円	704 円	772 円	847 円	918 円	987 円

〈食事にかかる 1 日あたりの負担限度額〉 ※1食あたり：朝401円、昼522円、夕522円

第 1 段階	生活保護を受けている方	300 円
	住民税が世帯非課税で、老齢福祉年金を受けている方	
第 2 段階	住民税が世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 8 0 万円以下の方	600 円
第 3 段階①	住民税が世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 8 0 万円以上 1 2 0 万円以下の方	1,000 円
第 3 段階②	住民税が世帯非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 1 2 0 万円超の方	1,300 円
第 4 段階	上記以外の方	1,445 円

〈居住費にかかる 1 日あたりの負担限度額〉

第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①②	第 4 段階
880 円	880 円	1,370 円	2,066 円

〈その他 1 日あたりの加算金額〉

送迎加算（片道）	機能訓練体制加算	サービス提供体制加算Ⅱ	※看護体制加算Ⅱ
184 円	12 円	18 円	8 円
※夜勤職員配置加算Ⅱ	※要支援 1・2 には看護体制加算、夜勤職員配置加算は算定されません。		
18 円			

〈その他 1 月あたりの加算金額〉

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ
サービス費、各種加算を足した数に 140/1000で乗じた金額

〈概ね 1 日あたりの利用料金〉

要支援 1		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
	サービス費	529 円				
	食費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
	居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
	各種体制加算合計	30 円				
	送迎加算（片道）	184 円（送迎した場合のみ加算）				
	合 計	1,739 円	2,039 円	2,929 円	3,229 円	4,070 円
要支援 2		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
	サービス費	656 円				
	食費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
	居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
	各種体制加算合計	30 円				
	送迎加算（片道）	184 円（送迎した場合のみ加算）				
	合 計	1,866 円	2,166 円	3,056 円	3,356 円	4,197 円

〈概ね1日あたりの利用料金〉

要介護1		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	サービス費	704 円				
	食費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
	居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
	各種体制加算合計	56 円				
	送迎加算（片道）	184 円（送迎した場合のみ加算）				
	合 計	1,940 円	2,240 円	3,130 円	3,430 円	4,271 円
要介護2		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	サービス費	772 円				
	食費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
	居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
	各種体制加算合計	56 円				
	送迎加算（片道）	184 円（送迎した場合のみ加算）				
	合 計	2,008 円	2,308 円	3,198 円	3,498 円	4,339 円
要介護3		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	サービス費	847 円				
	食費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
	居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
	各種体制加算合計	56 円				
	送迎加算（片道）	184 円（送迎した場合のみ加算）				
	合 計	2,083 円	2,383 円	3,273 円	3,573 円	4,414 円
要介護4		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	サービス費	918 円				
	食費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
	居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
	各種体制加算合計	56 円				
	送迎加算（片道）	184 円（送迎した場合のみ加算）				
	合 計	2,154 円	2,454 円	3,344 円	3,644 円	4,485 円
要介護5		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
	サービス費	987 円				
	食費	300 円	600 円	1,000 円	1,300 円	1,445 円
	居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
	各種体制加算合計	56 円				
	送迎加算（片道）	184 円（送迎した場合のみ加算）				
	合 計	2,223 円	2,523 円	3,413 円	3,713 円	4,554 円

※合計金額には、送迎加算・介護職員等処遇改善加算Ⅰは含みません。

※以下に該当する方は、非該当（第4段階）となります。

第1段階：預貯金合計 1,000万円以上（夫婦は 2,000万円以上）

第2段階：預貯金合計 650万円以上（夫婦は 1,650万円以上）

第3段階①：預貯金合計 550万円以上（夫婦は 1,550万円以上）

第3段階②：預貯金合計 500万円以上（夫婦は 1,500万円以上）

指定居宅サービス
及び
指定介護予防サービス

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

介護予防短期入所生活介護（佐賀県指定 第 4171200696 号）
短期入所生活介護（佐賀県指定 第 4171200696 号）

令和 7 年 4 月 1 日 改訂 施行

社会福祉法人 ガジュマル

ショートステイ

プルメリア

◆◆目次◆◆

<u>1. 事業者</u>	2
<u>2. 事業所の概要</u>	
(1) 事業の種類	2
(2) 事業所の目的	2
(3) 事業所の名称	2
(4) 事業所の所在地	2
(5) 電話番号	2
(6) 事業所長（管理者）	2
(7) 当事業所の運営方針	2
(8) 開設（サービス開始）年月日	2
(9) 事業所が行っている他の事業	3
(10) 通常の事業の実施地域	3
(11) 営業日及び営業時間	3
(12) サービス利用定員	3
(13) 居室等の概要（短期入所生活介護）	3
<u>3. 職員の配置状況</u>	
(1) 主な職員配置状況	4
(2) 主な職種の勤務体制	4
<u>4. サービス内容及び利用料金</u>	
(1) 介護保険給付の対象となるサービス	5
(2) サービス利用料金	5
(3) 介護保険の給付対象とならないサービス	6
(4) 利用料金のお支払い方法	6
(5) 利用の中止・変更・追加	7
<u>5. サービス提供における事業者の義務</u>	7
<u>6. 契約者の施設利用上の注意義務</u>	7
<u>7. 損害賠償について</u>	8
<u>8. 緊急時の対応について</u>	8
<u>9. 非常災害時の対応について</u>	9
<u>10. サービス利用をやめる場合</u>	9
<u>11. ご契約者から解約又は契約解除の申し出</u>	9
<u>12. 苦情の受付について</u>	
(1) 当事業所における苦情の受付	10
(2) 行政機関その他苦情受付機関	10
(3) 苦情処理体制及び手順	11
<u>13. サービスの第三者評価の実施状況について</u>	11
<u>14. 重要事項説明書付属文書</u>	14
<u>15. サービスの利用に関する留意事項</u>	
(1) サービス利用時の持参品	15
<u>16. 預金口座振替依頼書記入（例）</u>	
(1) 佐賀銀行	17
(2) 郵便局	18
(3) 農 協	19

当事業所は、ご契約者に対して短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービス（以下「短期入所生活介護サービス等」という。）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスのご利用者は、原則として要介護認定の結果「要介護」又は「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスのご利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ガ ジュ マ ル
- (2) 法人所在地 佐賀県三養基郡上峰町大字前牟田 1896 番地
- (3) 電話番号 0 9 5 2 - 5 2 - 4 6 5 5
- (4) 代表者氏名 理事長 今 村 一 郎
- (5) 設立年月日 昭和 4 8 年 9 月 3 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業の種類
指定短期入所生活介護事業所 (ショートステイサービス プルメリア)
 - ・平成 1 2 年 4 月 1 日 指定 佐賀県 4 1 7 1 2 0 0 0 1 9 号
 - ※平成 3 0 年 1 2 月 1 日より事業所番号変更 (4 1 7 1 2 0 0 6 9 6 号)
 - ※令和 4 年 4 月 1 日より法人名、事業所名変更指定介護予防短期入所生活介護事業所 (ショートステイサービス プルメリア)
 - ・平成 1 8 年 4 月 1 日 指定 佐賀県 4 1 7 1 2 0 0 0 1 9 号
 - ※当事業所は、特別養護老人ホーム プルメリアに併設されています。
 - ※平成 3 0 年 1 2 月 1 日より事業所番号変更 (4 1 7 1 2 0 0 6 9 6 号)
 - ※令和 4 年 4 月 1 日より法人名、事業所名変更
- (2) 事業所の目的
要支援及び要介護者に対して介護サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活を念頭におき、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう援助することを目的とする。
- (3) 事業所の名称
※ ショートステイ プルメリア
- (4) 事業所の所在地
佐賀県三養基郡上峰町大字前牟田 1 8 9 6 番地
- (5) 電話番号 0 9 5 2 - 5 2 - 4 6 5 5 ・ F A X 0 9 5 2 - 5 2 - 8 4 6 1
- (6) 事業所長（管理者） 氏名 納富 繁
- (7) 当事業所の運営方針
ご利用者の意思及び人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、また、事業運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めることを方針とする。
- (8) 開設（サービス開始）年月日
短期入所生活介護 平成 1 2 年 4 月 1 日
介護予防短期入所生活介護 平成 1 8 年 4 月 1 日

(9) 事業所が行っている他の事業

〔介護老人福祉施設〕 特別養護老人ホーム プルメリア 平成12年 4月 1日
指定佐賀県4171200019号
※平成30年12月1日より事業所番号変更(4171200696号)
〔訪問介護〕 ヘルパーステーション プルメリア 平成12年 4月 1日
指定佐賀県4171200019号
〔居宅介護支援〕 ケアプランサービス プルメリア 平成12年 4月 1日
指定佐賀県4171200019号
〔認知症対応型共同生活介護〕 グループホーム プルメリア 平成25年 5月 1日
指定佐賀県4191200106号

(10) 通常の事業の実施地域

上峰町・みやき町・吉野ヶ里町

(11) 営業日及び営業時間

営 業 日	年 中 無 休
受 付 時 間	月 曜 ～ 金 曜 8時30分～17時30分(但し、緊急時を除く)
サ ー ビ ス 提 供 時 間 帯	送 迎 可 能 時 間 帯 9時00分～19時00分(日曜・祝祭日を除く)

(12) サービス利用定員

1日 6名

(13) 居室等の概要

短期入所生活介護サービス等のご利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。ご利用される居室はすべて個室となります。

居室・設備の種類	室 数	備 考
1 人 部 屋	6 室	広さ：8畳 備品：ベッド、エアコン、洗面台、整理ダンス
合 計	6 室	
共同生活室（食堂）	2 室	台所有
地域交流スペース	3 室	【主な訓練機器】 歩行器・車椅子・階段昇降器・マイクロ ホットパック・訓練マット・滑車・四肢筋肉 増強訓練用砂袋・トレッドミル・肋木
浴 室	5 室	【浴槽の種類】 家庭浴槽 5 台・特殊浴槽（車椅子式） 1 台 特殊浴槽（臥床式） 2 台 特殊浴槽（リフト式） 1 台
医 務 室	1 室	

※上記記載内容は、厚生労働省が定める基準により、指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。ご利用にあたって、ご契約者に特別にご負担頂く費用はありません。

(個室料は別途必要となります。)

☆居室の利用決定・変更

ご利用にあたり居室の決定は、当事業所の看護師・介護員・生活相談員で身体状況により決定させていただきますが、ご契約者・ご家族から変更希望がございましたらご相談に応じます。また、ご契約者の心身の状況により緊急に変更する場合がありますのでご了承ください。

☆居室に関する特記事項 (※一部の部屋を除きトイレは居室外にあります。)

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して短期入所生活介護サービス等を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

(1) 主な職員配置状況 ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	指 定 介 護 老 人 福 祉 施 設 (併設短期生活介護)
	指定基準
1. 施設長 (管理者)	1 名
2. 生活相談員	2 名以上
3. 介護職員	3 5 名以上
4. 看護職員	4 名以上
5. 機能訓練指導員	1 名以上
6. 介護支援専門員	1 名以上
7. 医 師 (嘱託医)	1 名以上
8. 管理栄養士	1 名以上
9. 調理員	1 名以上

※介護員及び看護師を合わせた職員との割合が利用者 (3) : 職員 (1) の基準を超えて介護・看護職員を配置しています。

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	備 考
管 理 者 (所長)	正規の勤務：8時30分から17時30分	4週8休
生 活 相 談 員	正規の勤務：8時30分から17時30分	4週8休
介 護 職 員	標準的な勤務時間帯 早 出：7時00分から16時00分 早 出：8時00分から17時00分 常 勤：9時00分から18時00分 遅 出：11時00分から20時00分 遅 出：12時00分から21時00分 遅 出：13時00分から22時00分 夜 勤：22時00分から 7時00分	4週8休 左記以外に非常勤職員等の半日勤務等があります。
看 護 職 員	標準的な勤務時間帯 早 出：7時30分から16時30分 常 勤：8時30分から17時30分 遅 出：9時30分から18時30分	4週8休 左記以外に非常勤職員等の半日勤務等があります。
機 能 訓 練 指 導 員	正規の勤務：9時00分から18時00分 月曜～金曜 但し、祝祭日は除く 午 前：9時30分から11時30分 午 後：13時30分から18時00分	4週8休 理学療法士資格の職員が指導いたします。
内 科 医 師	週1回 (但し、祝祭日は除く) 水曜日：13時30分から15時30分 ※第3週のみ金曜日に実施	今村病院
精 神 科 医	月 2 回 13時30分から15時30分	光風会病院
管 理 栄 養 士	正規の勤務：8時30分から17時30分	4週8休
調 理 員	標準的な勤務時間帯 早 出：6時00分から15時00分 早 出：7時00分から16時00分 常 勤：9時00分から18時00分 遅 出：10時00分から19時00分	4週8休 左記以外に非常勤職員等の半日勤務等があります。

※土日祝祭日は、上記と異なります。

4. サービス内容及び利用料金

(1) 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

- ① 食 事（栄養管理については介護保険の対象ですが、食費は自己負担となります。）
 - ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を配慮した食事を提供します。
 - ・ご契約者自立支援のため離床し共同生活室にて食事をしていただくことを原則としています。
- ② 入浴日及びサービス内容
 - ・月曜～土曜 なお、お帰りになる場合は入浴後に終了となります。
 - ・入浴又は、清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ③ 排 泄
 - ・ご契約者の排泄介護は、機能低下を防止するように配慮いたします。
- ④ 機能訓練
 - ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は、その減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑤ その他自立への支援
 - ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮いたします。
 - ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮いたします。
 - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(2) サービス利用料金（1日あたり）（契約書第9条参照）※別紙料金表参照

利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて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）をお支払ください。サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

① 各種加算説明

『送迎加算』・・・ご自宅と施設間の送迎を職員で実施した場合のみ、片道184円が加算されます。 ※日祝日については、送迎は対応しておりません。

『機能訓練体制加算』・・・作業療法士等の機能訓練業務を担う専門職の配置を行っておりますので、1日12円が加算されます。

『看護体制加算（Ⅱ）』・・・利用者の重度化対応として、夜間における24時間連絡体制の確保を行っておりますので、1日8円が加算されます。 ※要介護者のみ算定

『サービス提供体制強化加算（Ⅱ）』・・・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が6割以上ですので、1日18円が加算されます。

『夜勤職員配置加算（Ⅱ）』・・・夜勤時間帯（17:00～9:00）の間に基準よりも1名以上の職員を配置していますので、1日18円が加算されます。 ※要介護者のみ算定

『介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）』・・・介護職員等の人材確保、処遇改善、職場環境整備等を推進するため、サービス費と各種加算を足した費用に140/1000で乗じた金額が加算されます。

- ② 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。要支援又は、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)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

※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「領収書」を交付します。

- ③ 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、ご契約者の負担額を変更させていただきます。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条参照)

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 食費 (1日あたり朝食401円、昼食522円、夕食522円計1,445円)
なお、利用者負担段階により介護保険から補足給付が受けられます。
- ② 居住費 (1日あたり2,066円)
利用者負担段階により介護保険から補足給付が受けられます。
- ③ 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者のご負担となります。
- ④ レクリエーション・クラブ活動
ご契約者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。*利用料金：材料代等の実費をご負担いただく場合があります。
- ⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費
日常生活品購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただくこともあります都度ご連絡いたします。
- ⑥ 理 容
月2回 (原則第1、第2木曜日ですが、都合により変動する場合があります。)
理容師の出張により理髪サービス (調髪・顔剃) をご利用いただけます。
- ⑦ 複写物の交付
ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。(1枚につき 10円)
- ⑧ 居室用テレビ (1日あたり500円) 但し台数と利用日数で限りがあります。

(4) 利用料金のお支払い方法 (契約書第9条)

短期入所生活介護サービス等の利用料金は、月末ごとに計算し、翌月の15日までにご請求いたしますので、25日までに下記の方法でお支払いいただくようお願いいたします。なお、できるかぎり現金によるお支払いは、ご遠慮いただくようご協力お願いいたします。

※ 下記指定口座への振込み及び自動引き落としご利用金融機関

- ① 佐賀銀行 三田川支店 普通預金 92773
名義 社会福祉法人 ガジュマル
特別養護老人ホーム プルメリア
理事長 今村 一郎
- ② 自動引き落としご利用金融機関 (手数料無料)
・佐賀銀行、郵便局、JA、その他一部金融機関

手続きの内容につきましては、P18～P20を参照してください。

(5) 利用の中止・変更・追加（契約書 10 条参照）

- ① 利用予定日の前日にご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者又は、担当の介護支援専門員に申し出てください。
- ② サービス利用の変更・追加の申し込みに対して、当事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供できない場合、他の利用可能な期間又は日時をご契約者又は担当介護支援専門員に提示して協議いたします。

5. サービス提供における事業者の義務（契約書第 12 条参照）

(1) 当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり、ご契約者の生命・身体・生活環境などの安全確保やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 12 条・第 13 条に規定される義務を負います。当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① 安全の確保、ご契約者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。
- ② 医師との連携、ご契約者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者の意向確認のうえサービスの提供を致します。
- ③ 複写物の交付、ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともに、ご契約者またはご家族等の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ ご契約者に対する身体の拘束、その他行動を制限する行為は行いません。但し、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ 高齢者虐待防止として、利用者を権利侵害から守り、尊厳と主体性を尊重し、安全を最優先とした支援に努め、安定した生活をおくることができるよう支援をします。
また、虐待防止のための措置として、指針の整備、責任者の選定、職員教育・研修の実施、委員会の開催、苦情処理体制の整備、その他必要な措置を講じます。
- ⑥ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は、あらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者とのご契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

6. 契約者の施設利用上の注意義務（契約書第 14 条参照）

(1) 持ち込みの制限

- ① 利用にあたり、以下のものは、原則として持ち込むことが出来ません。
※ペット類・冷蔵庫・火を扱うもの等
- ② 食品の持ち込みは衛生上、極力ご遠慮していただきます。また、もちこまれた食品で必要がある場合は、一部を保存させていただく場合があります。

(2) 施設・設備の使用上の注意

- ① 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用してください。
- ② 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

- ③ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動・営利活動を行うことは出来ません。

(3) 喫 煙

施設内はすべて禁煙となっております。

(4) 来訪・面会

- ① 来訪者は、面会時間を厳守し、必ず職員にその都度届出てください。
面会時間 原則 午前 10時00分 から 午後 8時00分
- ② 来訪者のご宿泊は原則としてお断りいたします。
- ③ 感染症流行時期のご面会については、一定期間の面会制限をさせて頂く場合がございます。

(5) サービスご利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	今村病院
所在地	佐賀県鳥栖市轟木 1523 番地 6
診療科	内科・外科・循環器内科・整形外科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・形成外科・婦人科・歯科・眼科

② 協力医療機関

医療機関の名称	東佐賀病院
所在地	佐賀県三養基郡みやき町原古賀 7324
診療科	呼吸器内科・消化器内科・肝臓内科・循環器内科・糖尿病・内分泌科・外科・整形外科

③ 協力医療機関

医療機関の名称	光 風 会 病 院
所在地	佐賀県三養基郡みやき町大字白壁 2927 番地
診療科	精 神 科

7. 損害賠償について（契約書第 15 号・第 16 号参照）

- (1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

8. 緊急時の対応

- (1) 身体の状態の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず 24 時間いつでもナースコール等で職員の対応を求めることができる。
- (2) 職員はナースコール等で利用者から緊急の対応要請があった時は、速やかに適切な対応を行うものとする。
- (3) 利用者が、予め緊急連絡先を契約時に届けている場合は、医療機関への連絡と共に、その緊急連絡先へも速やかに連絡を行い、救急車対応を行うものとする。

9. 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応 別途定める「消防計画」に沿って対応します。
- (2) 近隣との協力関係
 - ① 地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐよう努めています。
 - ② 施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行える体制を図っています。
- (3) 平常時の避難訓練及び防災設備
 - ① 別途定める「消防計画」にのっとり年3回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加していただき実施します。

10. サービス利用をやめる場合（ご契約の終了について）

- (1) 契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日までにご契約者から契約終了の申し入れが無い場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、継続してサービスを利用することができますが、仮に以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第21条参照）
 - ① ご契約者が死亡した場合
 - ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
 - ③ 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
 - ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
 - ⑤ 当事業所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 ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は、以下をご参照ください）
 - ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は、以下をご参照ください）
- (2) 契約の終了に伴う援助（契約書第18条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

11. ご契約者から解約又は契約解除の申し出（契約書第19条・第20条）

- (1) 契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前（最大1か月前）までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。
 - ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
 - ② ご契約者が入院された場合（一部の解約は出来ません）
 - ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約は出来ません）
 - ④ 事業者若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サービスを提供しない場合
 - ④ 事業者若しくはサービス事業者が守秘義務に違反した場合
 - ⑥ 事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、若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

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただく場合があります。

- ① ご契約者が、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い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ハラスメント行為について
 - i. 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
 - ii. パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーサービスなど、ハラスメントに該当する言動。
 - iii. 契約者・利用者以外の写真や動画の撮影、録音などをすること。また、インターネットなどに掲載すること。
 - iv. サービスの提供内容を過度に要求すること。

1 2. 苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の担当窓口で受付けます。

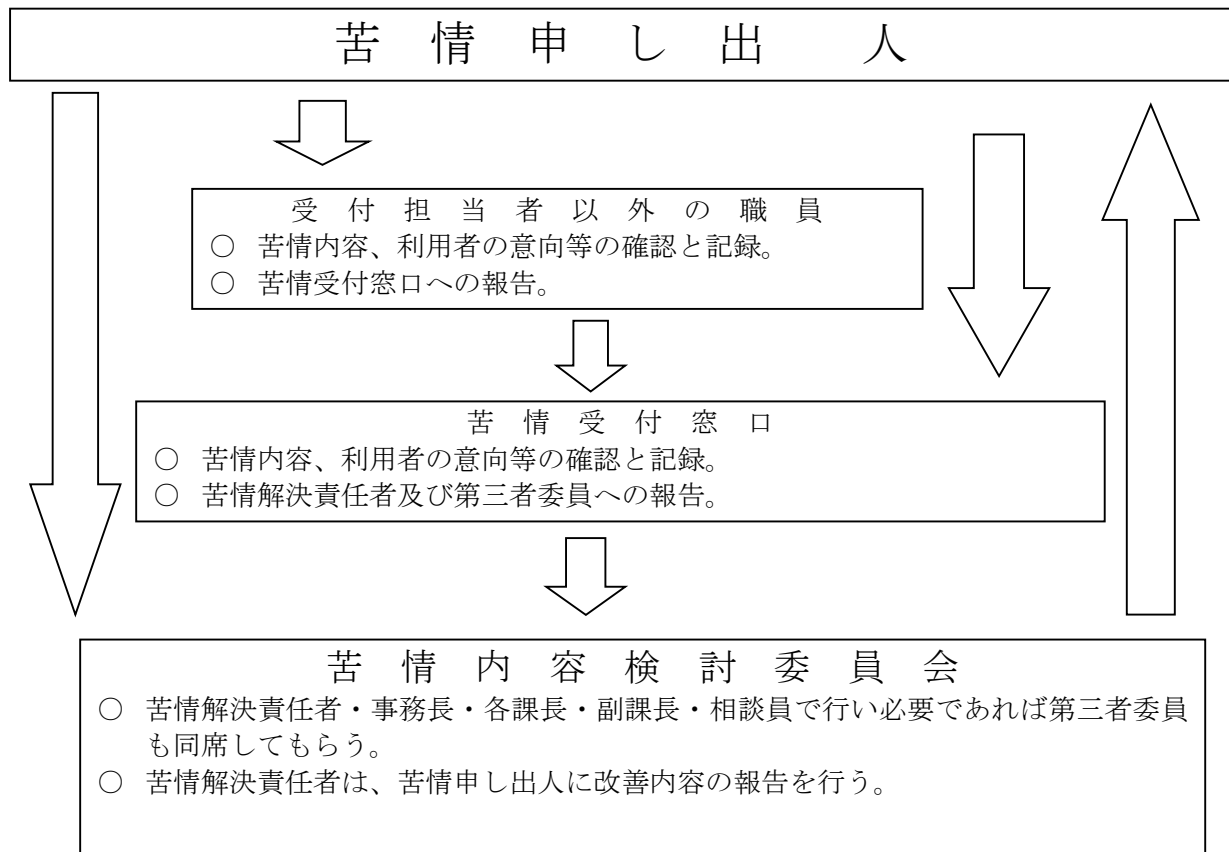
- 苦情受付窓口（責任者） [職名] 施設長 納富 繁
（担当者） [職名] 生活相談員 阿武 祥史
- 受付時間 月曜日 から 金曜日
午前 9 時 0 0 分から午後 5 時 0 0 分
- 第三者委員
 - (1) 久米 琢馬 (080-5245-7403)
 - (2) 原口 秋子 (090-1178-5672)

また、苦情受付ボックスを 1 階正面玄関前に設置しています。お気付きのことがありましたら投函していただくようお願い致します。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

行 政 機 関 名	所 在 地 ・ 電 話 番 号 ・ 受 付 時 間
上峰町役場（福祉課） 介護保険担当課	三養基郡上峰町大字坊所 383-1 0952-52-7413 8時30分から17時15分（閉庁日を除く）
みやき町役場 地域包括支援センター	三養基郡みやき町大字東尾 6436 番地 4 0942-89-3371 8時30分から17時15分（閉庁日を除く）
吉野ヶ里町役場東脊振庁舎 福祉課	神埼郡吉野ヶ里町三津 777 0952-52-5111 8時30分から17時15分（閉庁日を除く）
佐賀県国民健康保険 団体連合会	佐賀市堀川町 1-5 0952-26-1477 8時30分から17時15分（閉庁日を除く）
鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課	佐賀県鳥栖市本町 3 丁目 1494-1 0942-81-3315 8時30分から17時15分（閉庁日を除く）

(3) 苦情処理体制及び手順



13. サービスの第三者評価の実施状況について

【実施の有無】	無
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

令和 年 月 日

指定居宅サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職種 生活相談員 氏 名 _____ ⑩

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定居宅サービスの提供に同意しました。

ご契約者住所 _____

ご契約者氏名 _____ ⑩

代理受任者名 _____ ⑩

契約者との関係 ()

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、契約者（以下「甲」）及び、家族（以下「乙」）、代理人（以下「丙」）は、プルメリアが、甲および乙ならびに丙の個人情報等を下記、利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
 - (2) 契約者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
 - (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）その他社会福祉団体等との連絡調整のため
 - (4) 契約者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
 - (5) 契約者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
 - (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
 - (7) その他サービス提供で必要な場合
 - (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
 - (9) 利用中の生活の様子について、ホームページ、パンフレットへの掲載
- (同意する) ・ (同意しない)

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、契約者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

甲（契約者）住 所

氏 名

㊞

乙（家 族）住 所

氏 名

㊞

続 柄

丙（代理人）住 所

氏 名

㊞

契約者との関係

(令和元年5月1日様式改正)

1 4. 重要事項説明書付属文書

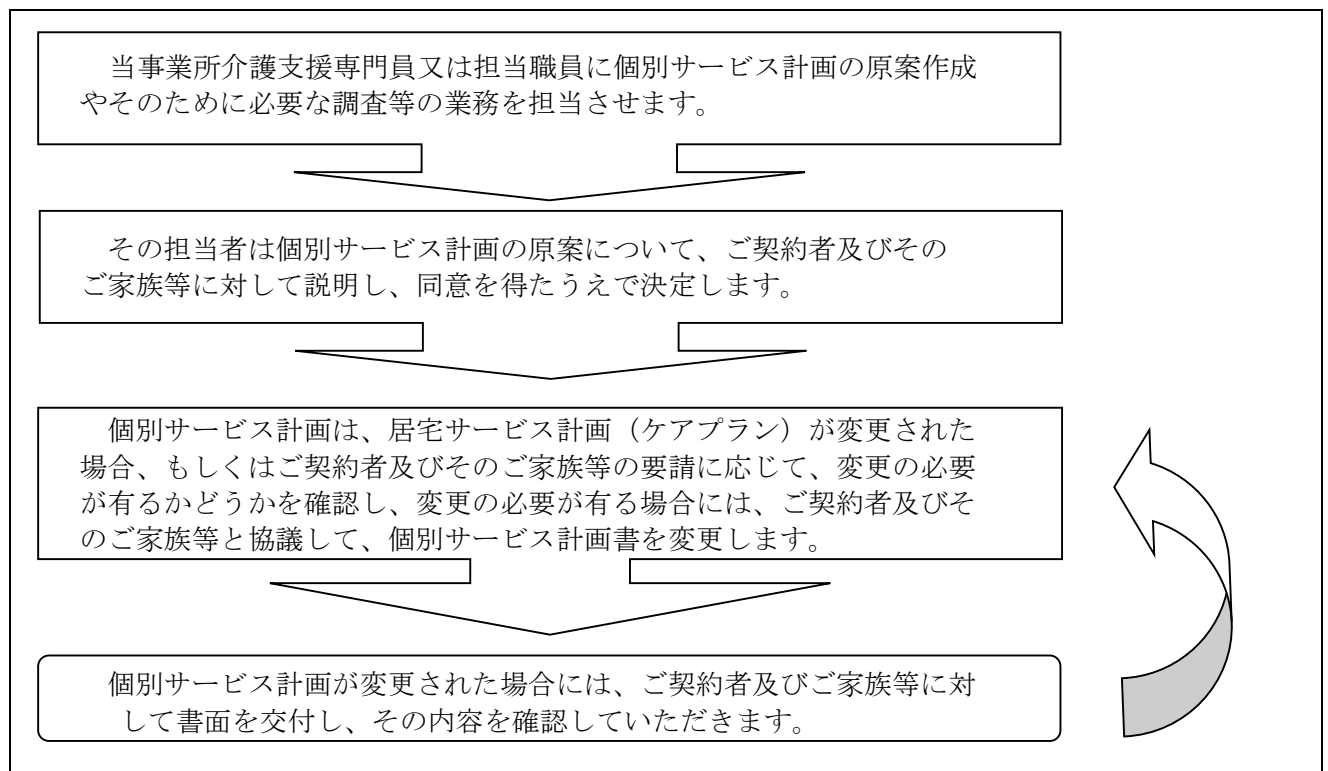
(1) 事業所の概要

- ①建物の構造 鉄筋コンクリート造り3階建て
- ②建物の延べ床面積 5,492.065㎡
- ③事業所の周辺環境 *日本最大の大環濠集落吉野ヶ里遺跡から南東へ約3km程でJR長崎本線吉野ヶ里駅より車で5分のところに位置し、野鳥の鳴き声がしきりに聞かれる静閑の地である。

(2) 契約締結からサービス提供までの流れ

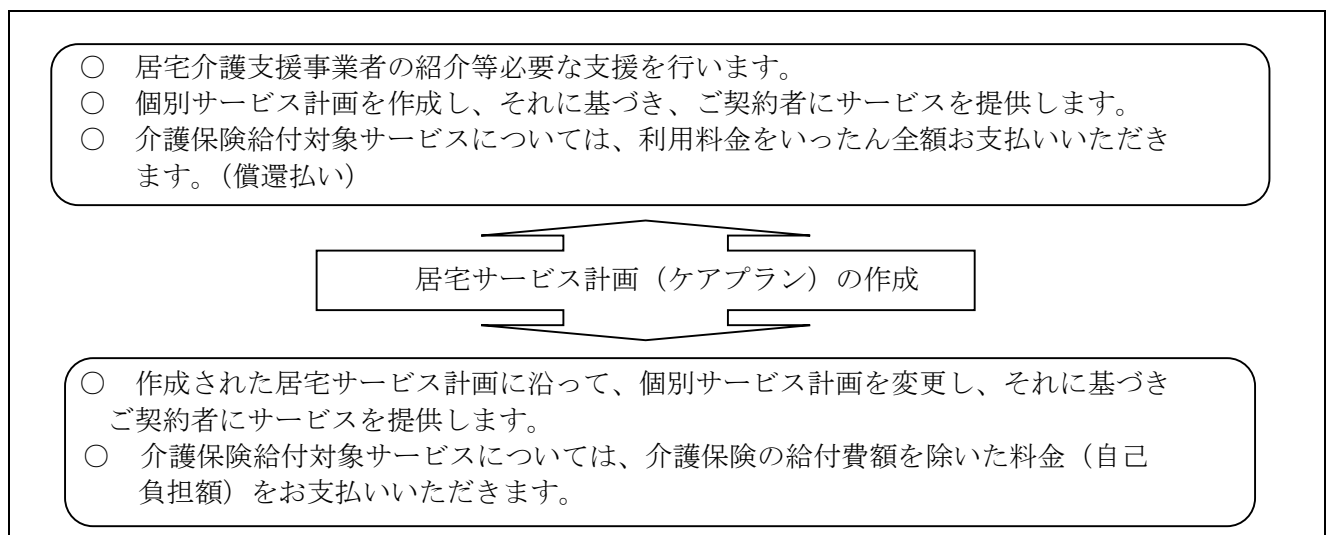
- ①ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、ご契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「個別サービス計画」という。）に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。

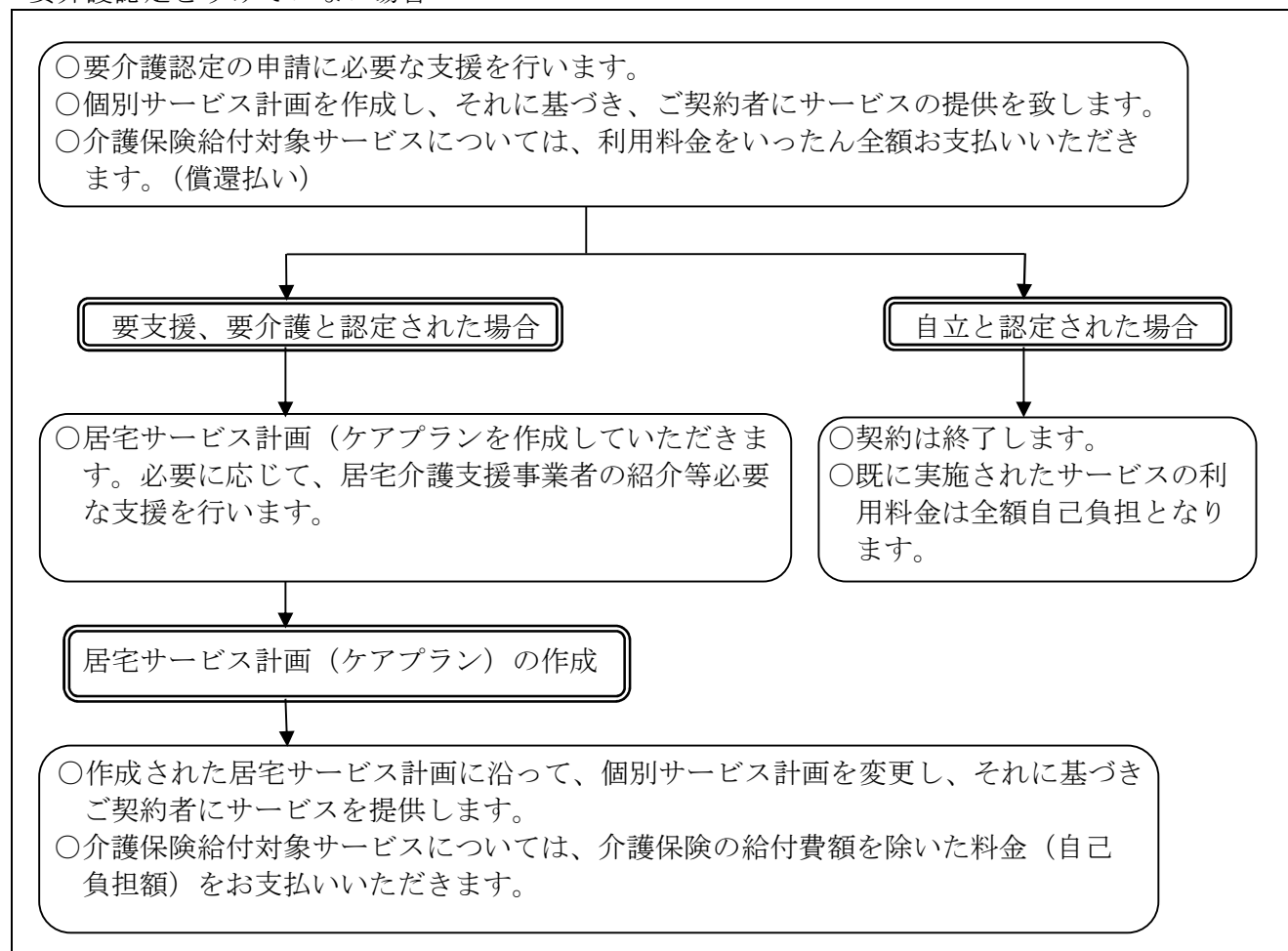


- ② ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次のとおりです。

ア 要介護認定を受けている場合



イ 要介護認定をうけていない場合



15. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス利用時の持参品

品 名	数 量	内 容	備 考
下 着 (肌着・ズボン下)		前開きのもの (綿が良い)	
ズボン		綿が良い	
ブラウスカポロシャツ		長袖・綿が良い	
パジャマ		動きやすいものが良い	身体状況に応じて枚数を調整
上から羽織る物		カーデガン・ジャンパー	主に冬場
上 履 き		靴 (上履きと下履き同じで良い)	
靴 下		入所時着用されているもののみ	入所期間中は施設の物を着用
洗 面 道 具		歯ブラシ・コップ	
ティッシュ又はちり紙		自分で持っていた方がいい場合のみ	

タオル		入浴用はこちらで準備します。使用される分として必要であればフェイスタオルを持参下さい。	
髭剃り		男性のみ。電動式のもの。	
内服薬		必ず持参下さい。	
その他		何か必要なものがあれば持参下さい。	

* おむつをご使用の方は、ご利用時は紙おむつ使用でご来所ください。なお、ご利用中のおむつ・パットは、施設で準備いたします。

* ナイロン・ウール系の衣類等は洗濯、乾燥でかたくずれますのでご遠慮ください。

* ご持参品には必ず記名してください。

(2) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは、原則として持ち込むことが出来ません。

* ペット類・冷蔵庫・火を扱うもの等

(3) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従ってご利用してください。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動・営利活動を行うことは出来ません。

(4) 喫煙

施設内はすべて禁煙となっております。

(5) サービスご利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	今村病院
所在地	佐賀県鳥栖市轟木 1523 番地 6
診療科	内科・外科・循環器内科・整形外科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・形成外科・婦人科・歯科・眼科

②協力医療機関

医療機関の名称	東佐賀病院
所在地	佐賀県三養基郡みやき町原古賀 7324
診療科	呼吸器内科・消化器内科・肝臓内科・循環器内科・糖尿病・内分泌科・外科・整形外科

③協力医療機関

医療機関の名称	光風会病院
所在地	佐賀県三養基郡みやき町大字白壁 2927 番地
診療科	精神科

16. 預金口座振替依頼書記入（例）

（1）佐賀銀行

銀行 御中

太線の中だけご記入ください

委 託 企 業 名		デイサービスセンター プルメリア				料金等の種別		
預金者	フリガナ 左づめ記入	カ ッ シ ュ マ ル タ ロ ウ						通帳の 届け出 印
	おなまえ	ガ ジ ュ マ ル 太 郎 サービス利用料支払い者						
契約者	ご 住 所	〒 - TEL 電話番号を記入する 〇〇〇郡〇〇〇町 （サービス利用者の住所）						○ 2枚目 にも捺 印する
	フリガナ 左づめ記入	カ ッ シ ュ マ ル タ ロ ウ						
	おなまえ	ガ ジ ュ マ ル 一 郎 サービス利用者氏名 (但し預金者と同じ場合記入不要)						

指定預金 口 座	佐賀銀行	〇〇支店	種 目						振替日
			普 通 (含む総合口座) 当 座	1. 2.			左 か ら 記 入	25	

銀行で記入します

1. 2. いずれか○を
つけてください

口座番号は左から詰めて記入
してください

郵便局自動振込利用申込書記入（例）

（２）郵便局

自動振込利用申込書

太枠内のみご記入してください。

通帳番号は
右からつめてご記入ください。

種目コード			契約種別コード		通帳記号						通帳番号							
1	6	6			1	7	7	8	0	の		1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ) おところ			(郵便番号 -)															
(フリガナ) おなまえ			ガ ジ ュ マ ル タ ロ ウ						印 鑑	2枚目 にも印	電 話	()						
			ガ ジ ュ マ ル 太 郎															
払込先 口座番号			1 7 7 8 0 - 5 8 2 0 0 8 1						払込先 加入者名		社会福祉法人 ガジュマル							
払込開始月			令和 年 月 から						払込日		25日 (再払込日15日)							
払込金の種別 (該当のものに ○をしてくだ さい。)			各種保険料 28 に○をしてください。															
料金等支払人 住所氏名			通帳名義がご利用者で無い場合ご利用者名を記入してく ださい。										電 話	()				
			ガ ジ ュ マ ル 花 子															

預金名義者とサービスご利用者が異なる場合
ご利用者のお名前をご記入ください

注意事項 1. 印鑑は郵便貯金通帳にお届けの印章を押印ください。

J Aバンク貯金口座振替依頼書記入（例）

（３）農 協

収納企業名		委託者コード									

フリガナ	カ ジ ュ マ ル タ ロ ウ															J Aへの 届出印		
貯金者名	ガ ジ ュ マ ル 太 郎																	
貯金口座	三養基農協					支（店）所					貯金 種目	1.普通 2.当座	口 座 番 号					印
	農協コード					店舗 コード												

太枠内のみ記入してください。

注意事項 1. 印鑑は農協貯金通帳にお届けの印章を押印ください。