

指定単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護事業所
健康倶楽部あいづ ショートステイ「鶴成館」
重要事項説明書
< 令和7年1月11日 現在 >

1. 当事業所が提供する指定単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護についての相談窓口
健康倶楽部あいづ ショートステイ「鶴成館」
電話 0242-38-3861 (受付時間 午前8時30分～午後5時30分)

2. 健康倶楽部あいづ ショートステイ「鶴成館」の概要

(1) 提供できるサービスの種類

- ① 生活指導 (相談援助等)
- ② 日常生活上必要な介護
- ③ 機能訓練 (日常生活動作訓練)
- ④ 健康状態の確認
- ⑤ 送迎
- ⑥ 食事サービス (栄養管理)
- ⑦ 入浴サービス

(2) サービスの対象

介護保険法に定めた要支援認定1・2を受けられた方。

(3) 通常の事業の実施地域 会津若松市、会津美里町、会津坂下町、喜多方市、湯川村

(4) 事業所の職員体制・職務内容

職 種	資 格	員 数
管理者	介護福祉士	1名
生活相談員	社会福祉主事任用、介護福祉士	1名以上
看護職員	看護師、准看護師	2名以上
機能訓練指導員	看護師、准看護師	1名以上
介護職員	介護福祉士、他	4名以上
栄養士	栄養士	1名以上
調理員	調理師、他	2名以上

当事業所職員の職務内容は、次のとおりです。

- ①管理者は、事業所の職員の管理、及び業務の管理を一元的に行う。
- ②医師は、利用者の診療及び保健衛生の管理指導の業務に従事する。
- ③生活相談員は、利用者及びその家族に対し相談援助業務を行う。
- ④看護職員は、看護・保健衛生の業務に従事する。
- ⑤機能訓練指導員は、利用者の機能回復、機能維持に必要な訓練・指導に従事する。
- ⑥介護職員は、日常生活上の介護業務に従事する。
- ⑦栄養士は、給食管理、利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行う。
- ⑧調理員は、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮して給食業務に従事する。

(5) 事業所の設備の概要 (1ユニット)

定員	10名	居間	1室
居室	個室 10室	台所	1室
浴室	1室	その他	収納庫等
食堂	1室		

※1ユニット（定員10名）× 1ユニット = 定員10名

3. 料 金

(1) 利用料金 別紙利用料金表参照

(2) 支払方法

①通常

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行します。
- ・お支払いは、原則として預金口座自動引落しでお願い致します（引き落とし日は毎月25日となり、その日が営業休止日の時には翌営業日となります）。但し、預金口座自動引落しができない場合は契約時にご相談ください。
- ・お支払いただきますと領収書を発行いたします。
*事業所の職員は金銭のお預かりはいたしませんのでご了承ください。

②償還払い

- ・利用者が要介護認定申請中又は保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合、一旦事業所に一月の利用料金（全額）をお支払い頂きますと、事業所からサービス提供証明書を発行いたします。
このサービス提供証明書を後日、各市町村介護保険係の窓口に提出しますと保険給付額（自己負担を除く額）の払戻を受けられます。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、地域包括支援センターへご相談ください。介護予防短期入所介護サービスの希望を伝えていただき、介護予防短期入所介護サービス計画作成と同時に当事業所の利用約款に基づく単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護利用同意書の提出を受けた後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ①ご利用者のご都合で単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護を終了する場合速やかに生活相談員にお申し出ください。
- ②当事業所の都合で単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護を終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③自動終了
次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・利用者が当事業所を退所した時
 - ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要支援認定区分が要介護認定区分又は非該当（自立）と認定された場合
 - ・利用者が亡くなられた場合
- ④その他
当事業所が正当な理由なく単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護を提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当法人が破産した場合、利用者は、文書で通知することによって即座にサービスを終了することができます。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、介護サービスの提供を受ける際には、次に掲げる事項に留意していただきます。

- ①健康状態に異常がある場合には、その旨申し出ること。
- ②管理者及び職員による安全管理上の指示には必ず従うこと。
- ③介護支援専門員とよく相談し、介護サービスの利用目的を明確にした上で利用すること。
- ④事業所内の設備及び備品等の利用に際しては、管理者及び職員の指示に従い十分に注意すること。
- ⑤常備薬、保険給付の対象となっているサービス以外の介護用品等、管理者及び職員が認めたものは、持参するようにすること。
- ⑥緊急時の連絡先を必ず申し出ること。
- ⑦サービス利用開始時には、必ず介護保険被保険者証及び健康保険被保険者証の提示を行うこと。および医療受給者証・介護保険負担限度額認定証、該当のご利用者はこれも提示を行なうこと。

5. 守秘義務

- (1) 当事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又はその家族若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当事業所は、利用者及びその家族から、予め同意を得た上で行なうこととします。
 - ①介護保険サービスの利用のための市町村、地域包括支援センターその他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
 - ②介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。
- (2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、担当地域包括支援センター等へ連絡いたします。

7. サービス内容に関する相談・苦情の受付窓口

- (1) 健康倶楽部あいつ ショートステイ「鶴成館」

電話 0242-38-3861

苦情受付責任者 生活相談員

苦情解決責任者 管理者

- (2) その他

※当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を申し出ることもできます。

※第三者委員 橋本 由起子 ・ 星 次

※会津若松市役所 高齢福祉課介護保険給付グループ 0242-39-1247

※会津美里町役場 健康ふくし課高齢者支援係 0242-55-1145

※福島県運営適正化委員会 024-523-2943

- (3) 当事業所では、第三者評価の実施はありません。

但し、湖山医療福祉グループとしてサービス改善評価を実施しています。

8. 非常災害対策

- ・非常災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
- ・非常災害に備え、定期的に地域の協力機関等と連携をはかり避難訓練を行います。

9. 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合には、速やかに主治医・協力医療機関へ連絡し応急処置を行うと共に利用者の家族に連絡をします。併せて市町村・担当地域包括支援センターに報告します。尚、事故発生にかかわる対応の流れにつきましては、別紙参照願います。

10. 虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

②虐待の防止のための指針を整備しています。

③職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。

④虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

虐待の防止に関する担当者 生活相談員

(2) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを区市町村に通報します。

指定単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護 健康倶楽部あいづ ショートステイ「鶴成館」サービス提供開始にあたり、ご利用者様に対して利用約款および本書面について重要な事項を説明しました。

年 月 日
事業者

所在地 福島県会津若松市飯寺南三丁目2番22号
名称 医療法人社団 平成会
健康倶楽部あいづ ショートステイ「鶴成館」
介護保険指定番号
指定短期入所生活介護事業所0770200921号

代表者 理事長 遠藤 忠雄 印

説明者 氏名 印

私は、利用約款および本書面により、事業者から指定単独型ユニット型介護予防短期入所生活介護健康倶楽部あいづ ショートステイ「鶴成館」の重要事項について、説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日

ご利用者 住所

氏名 印

ご家族
(代理人) 住所

氏名 印