

指定介護予防短期入所生活介護（併設型・空床型）

## 重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人アムノスの会

ショートステイ特養たまゆら

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(長野県指定 第 2070502097 号)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

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。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果、要支援と認定された方が対象となります。

要支援認定を申請中の方もサービスの利用は可能です。

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人アムノスの会
- (2) 法人所在地 長野県飯田市北方3354番地1
- (3) 電話番号 0265-25-3590
- (4) 代表者氏名 代表取締役 松村 紘一
- (5) 設立年月 平成28年 5月20日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防短期入所生活介護（併設型・空床型）事業所
- (2) 認可年月日 平成29年7月1日
- (3) 認可番号 指定 長野県第 2070502097 号
- (4) 開設年月日 平成29年7月1日
- (5) 事業所の目的  
介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ、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、ご契約者に介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。
- (6) 事業所の名称 ショートステイ特養たまゆら
- (7) 事業所の所在地 長野県飯田市北方3354番地1
- (8) 電話番号 0265-25-3590
- (9) 管理者の氏名 小林 弘幸
- (10) 当事業所の運営方針  
利用者一人ひとりの個性と要望を大切にし、利用者及びその家族とのコミュニケーションと日常生活の中における生活リハビリに努め、利用者の生き生きとした生活づくりを援助します。
- (11) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	午前8時30分～午後5時30分

- (12) 利用定員 9人
- (13) 通常の事業実施地域 飯田市（南信濃・上村を除く）、高森町、喬木村、阿智村、豊丘村、松川町

(14) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

居室は個室ですが、ご利用にあたってご希望の居室種類をお申し出ください。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望にそえない場合もあります。

居室等の種類		室数又は面積	設備等
居 室	個室	9室	洗面台、電動ベッド、収納家具、テレビ、ナースコール
食堂兼機能訓練室		19.89㎡	パントリー、テーブル、イス等
医務室		1室	診察台、医療器具等
浴室		2室	一般浴槽、機械浴槽、特養の浴室を利用する
便所		5箇所	車イス対応可5箇所
相談室		1室	ミーティングテーブル、イス、特養の相談室を利用する
調理室（厨房）		1室	特養の厨房から給食する
事務室		1室	机3、パソコン、コピーファクス等、特養の事務室

- \* 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護予防短期入所生活介護事業所に設置が義務づけられている施設・設備のほか、日常生活のうえで必要な主要な施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。
- \* ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定します。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービス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。職員の配置については、介護保険の指定基準を遵守しています。地域密着型(ユニット型)特別養護老人ホーム たまゆらの職員が介護サービスを行います。

職種	人数
1. 管理者	1名（常勤兼務）
2. 医師	1名（非常勤）
3. 生活相談員	1名（常勤、管理者兼務）
4. 看護職員	1名以上（常勤兼務）
5. 介護職員	4名以上（常勤専従） 1名（常勤兼務）
6. 機能訓練指導員	1名（常勤・看護職員兼務）
7. 栄養士	1名（非常勤兼務）

8. 調理職員	委託契約
9. 事務職員	1名（常勤専従）
10. 宿直員	名（ ）

<主な職員の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 生活相談員	午前8時30分～午後5時30分
2. 看護職員	午前8時30分～午後5時30分
3. 介護職員	早出：午前 7時00分～午後 4時00分 日勤①：午前 8時30分～午後 5時30分 日勤②：午前11時00分～午後 8時00分 遅出：午後 1時00分～午後10時00分 早遅：午前 7時00分～午後12時00分 午後 4時00分～午後 7時00分 夜勤：午後10時00分～翌午前7時00分

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</li> <li>(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合</li> </ul> |
|--|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条）

以下のサービスについては、利用料金の大部分9割(一部の方は8割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事（但し、食費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、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および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）朝食／7時30分 昼食／11時30分 夕食／17時15分

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきり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

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活をおく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生活リハビリを行います。

⑤ 送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

⑥ 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します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容を援助します。

<サービス利用料金(1日当り)>(契約書第7条)

別表(1)の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい(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)。

☆送迎の利用料金は、送迎を希望される場合にご負担いただく金額です。

☆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。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「サービス提供証明書」を交付します。

☆支給限度基準額を超える場合や連続して30日を超える利用日数のサービス費用は、全額がご契約者の負担になります。

☆介護保険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します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第7条)

項目	内容	利用料金
食費 滞在費	食事の材料費+調理費(1日当り) 個室(1日当たり)	別表(2)による
レクリエーション費	レクリエーションや行事等への参加	原則として無料ですが、 材料代等の実費を負担 していただく場合があります。
日常生活上、必要となる諸費用	日常生活品の購入代金等ご契約者の 日常生活に要する費用	実費
通常の事業実施地域 外への送迎	実施地域を超えてからの距離に応じ て必要となる経費	1km 当り 30円

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更するこ

とがあります。その場合、変更の内容と変更する事由について変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

毎月10日迄に前月分を請求いたしますので、当月20日迄に、現金又は銀行等振込によりお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定期間の前に、ご契約者の希望により、利用の中止、変更及び追加をすることができます。この場合には、サービスの実施予定日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をなされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	基本料金の自己負担相当額(10%)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により、契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

○ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

5. 当事業所をご利用の際に留意していただく事項

面会	午前8時半から午後8時半まで、自由に面会できます。必ず事務室にて、面会簿にお名前をご記入の上ご入所ください。
喫煙	原則全館禁煙
居室・設備・器具の利用	居室・設備・器具等は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は弁償していただくことがあります。
迷惑行為等	喧嘩、暴力、中傷、口論、雑音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、事業所内での勧誘活動（宗教活動、政治活動、営利活動）は禁じられています。
所持品の管理	所持品は、利用者各自の責任において管理していただきます。なお、所持品は、日常生活用品のみとし、貴重品は持ち込まないでください。
動物等の持ち込み	事業所内にペットを持ち込むことは禁止します。

## 6. 協力医療機関（契約書第 10 条第 5 項）

当事業所は、ご契約者の病状の急変等に対応するため、下記の医療機関と提携しています。

(病院名)	(住所・電話)
源田内科医院	飯田市 宮の前 4 4 2 3 番地 8 電話 0265-24-1550

## 7. 苦情の受付について(契約書第 21 条)

### (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、以下の専用窓口で受け付けています。

#### ○苦情受付窓口

担当者	管 理 者	小 林 弘 幸
	生活相談員	管理者兼務
	課 長	平 田 裕 也
	ユニットリーダー	大日方 めぐみ
	看護師長	吉 川 祐 士
電 話	0 2 6 5 - 2 5 - 3 5 9 0	
F A X	0 2 6 5 - 2 5 - 3 5 9 1	

#### ○受付時間

毎日、午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

飯田市役所 介護保険担当課	所在地 飯田市本町 1 丁目 1 5 電話 0 2 6 5 - 2 2 - 4 5 1 1 F A X 0 2 6 5 - 2 2 - 8 1 3 3
阿智村役場	所在地 阿智村駒場 4 8 3 電話 0 2 6 5 - 4 3 - 2 2 2 0 F A X 0 2 6 5 - 4 3 - 3 9 4 0
松川町役場	所在地 松川町元大島 3 8 2 3 電話 0 2 6 5 - 3 6 - 3 1 1 1 F A X 0 2 6 5 - 3 6 - 5 0 9 1
高森町役場	所在地 高森町下市田 2 1 8 3 - 1 電話 0 2 6 5 - 3 5 - 3 1 1 1 F A X 0 2 6 5 - 3 5 - 8 2 9 4
各市町村の保険担当窓口へ	
国民健康保険団体連合会	所在地 長野市大字西長野字加茂北 1 4 3 番地 8 電話 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 5 F A X 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 1
長野県健康福祉部	所在地 長野市南長野幅下 6 9 2 - 2

介護支援課	電話	0 2 6 - 2 3 5 - 7 1 1 1
	F A X	0 2 6 - 2 3 5 - 7 3 9 4

## 8. その他運営に関する重要事項

### (1) 身体拘束に関する事項

当事業所では、利用者または他の利用者の生命及び身体を保護するためのやむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。

施設長の判断のもとで、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行う場合は、ご家族の同意書を頂き、その際の利用者の心身の状況、身体拘束の方法、時間等は記録に残します。

### (2) 記録の整備・保管

当事業所は、利用者の介護保険サービス提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後3年間保存します。

当事業所は、利用者が記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、介護者その他の者（利用者の保証人、身元引受人を含みます）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

### (3) 第三者による評価の実施状況等

第三者による 評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり      2. なし
	2. なし		

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護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。

指定介護予防短期入所生活介護（併設型・空床型）事業所  
ショートステイ特養たまゆら

[説明者] 職名 管 理 者

氏名 小 林 弘 幸

㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

[利用者] 住所

氏名

㊞

私は、下記の理由により、契約者に代わり、上記署名を行いました。

[署名代行者] 住所

氏名

㊞

(署名代行した理由)