

別紙①

短期入所療養介護事業所
介護予防短期入所療養介護事業所

介護老人保健施設サンライフえさし

重要事項説明書

医療法人青樹会

短期入所療養介護事業所・介護予防短期入所療養介護事業所
介護老人保健施設サンライフえさし
重要事項説明書

医療法人 青樹会
更新日 令和8年1月1日

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
【岩手県指定 介護保険事業者番号】
0351280003

当事業所は、利用者に対して短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を提供いたします。
当事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたい事等を、次の通り説明いたします。

＊当事業所の短期入所は、原則として要介護認定の結果、
「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。

1. 事業所の概要

(1) 事業所経営法人

法人名	医療法人青樹会
法人所在地	〒020-0815 岩手県盛岡市小杉山15番3号
電話番号	019-601-2723
FAX番号	019-624-7712
代表者名	理事長 田中 由紀子
設立年月	平成9年4月9日

(2) 事業所名称等

事業所名	介護老人保健施設サンライフえさし
事業所所在地	〒023-1101 岩手県奥州市江刺岩谷堂下惣田290番の3
電話番号	0197-35-8480
FAX番号	0197-35-8482
施設長氏名	君塚 五郎
開設年月日	平成10年4月15日

(3) 事業所の目的と基本理念

＊目的

当事業は、利用者の方が家庭での日常生活を1日でも長く継続できるよう介護保健施設や通所リハビリテーション等のサービスと一体的にサービスを提供することにより、在宅ケアを支援することを目的としています。

＊基本理念

- ①利用者個人の人生観・価値観を尊重し、利用者個人のその人らしさを大切にした介護を行います。
- ②明るく家庭的な雰囲気づくりに心掛け、地域や家庭との結びつきを重視いたします。
- ③常に健全な精神を持って職員同士一致と協力でサービスの質の向上を目指します。
- ④利用者の生き甲斐を高め、自立への意欲を支援していきます。

(4) 入所定員等

- ・定員 100 名
- ・療養室 4 人部屋—21 室 2 人部屋—4 室 個室—8 室

(5) 従業者の職種、員数

事業所では、介護老人保健施設サービス（Ⅰ型）を適用しており下記の通りの人員基準を満たしております。なお、人員配置については常勤換算法での配置となっています。

職 種	員 数	運 営 基 準
医師	1.5	100 名に対して、1 名以上
薬剤師	0.4	100 名に対して、0.3 名以上
看護・介護職員	31.5	100 名に対して、3:1 の割合で専ら専従する職員
支援相談員	3.0	100 名に対して、1 名以上
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	6.7	100 名に対して、1 名以上
管理栄養士・栄養士	3.0	100 名に対して、1 名以上
介護支援専門員	1.0	100 名に対して、1 名以上
その他	17.2	適当数

(6) 協力医療機関等

事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力頂いております。

協力医療機関

名 称 岩手県立江刺病院
住 所 岩手県奥州市江刺西大通り 5 番 23 号
電 話 0197-35-2181

協力歯科医療機関

名 称 吉田歯科クリニック
住 所 岩手県奥州市江刺西大通り 4 番 13 号
電 話 0197-35-1182

2. 利用手続きについて

介護保険給付の管理がありますので、担当の介護支援専門員を通じてお申し込みをいただきます。後日、訪問または来設していただき当事業所サービスの説明、ご本人の状況確認をさせていただきます。その際、必要書類の記入、当方指定の申請書類をお渡しします。その書類に基づき、入所判定会議においてご利用希望者が当サービスに対応できるか検討し、決定させていただきます。その後、サービス利用の契約となります。

【利用手続きが困難な方】

- 要介護の認定を受けていない方
- 病院での継続的な治療が必要な方
- 入所生活・集団生活を送るのが困難と判断される方

3. 入所契約

入所が決定された場合、サービス利用契約を結びます。契約にあたり、身元引受人及び連帯保証人が必要となります。

4. サービス内容

- ①介護サービス計画の立案
- ②食事（ご本人の状態に合わせた食事を提供いたします）
- ③入浴（週に2回、御本人の状態に合わせた入浴を行います。但し、身体状況によっては清拭となる場合があります）。
- ④医学的管理・看護サービス
- ⑤介護サービス
- ⑥機能訓練（専門スタッフによるリハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦相談援助サービス
- ⑧送迎サービス（実施範囲は、奥州市、一関市、金ヶ崎町）
- ⑨その他

5. 利用料金及び支払方法について

- (1) 利用料金については、別紙②の料金表を参照して下さい。
- (2) 但し、介護保険給付の支給限度額を超えたサービスを利用される場合は、限度額を超えた分をお支払いいただきます。
- (3) 利用料金については、清算を月末締めとし、翌月15日まで請求書を送付いたしますので、その月末までにお支払い下さい。お支払いの確認が済み次第領収書を発行いたします。お支払いについては、銀行口座引き落としでの支払い、または、指定口座への振込みの方法があります。ただし、特別な事情がある場合には、双方協議のうえ支払方法を定めます。
- (4) 前号(1)(2)(3)において請求しました利用料が、3ヶ月分以上お支払いがなく、その支払いを督促したにもかかわらず、特別な事情のある場合を除き、督促状を発行した日から30日以内にお支払いがない場合、利用契約を解除・終了（退居）させていただきます。

6. 事業所利用にあたっての留意事項

- (1) 入所・退所の時間について
原則として午前9時30分～午後5時までの間と致します。
※それ以外の時間を希望される方は事前に支援相談員までご相談下さい。

(2) 面 会

面会時間は、午前8時30分～午後8時までとさせていただきます。面会の際には、正面玄関にある面会用紙への記入をお願いいたします。

飲食物の持ち込み、差し入れにつきましては、衛生管理及び医学的管理上問題となる場合がございますので、ご遠慮ください。その他、医学的管理および災害や感染症等により面会を制限させて頂く場合がございます。

(3) 外 出

外出を希望される場合には、事前に用意してあります届出用紙にご記入の上、お申し出下さい。

(4) 外出時の施設外での受診

介護保健施設サービスを利用されている方が、外出時に他の医療機関を受診する場合には、事前に支援相談員までご相談ください。

(5) 飲 酒

飲酒は禁止させていただきます。但し、事業所行事に伴って提供される場合は、この限りではありません。

(6) 喫煙・火気の取り扱い

事業所内での火気の使用は、禁止いたします。また、施設内は禁煙となっておりますので、喫煙を禁止いたします。

(7) 洗濯物の取り扱い

原則、事業所での洗濯は行っておりません。ご家族での対応が困難な場合は、業者へ依頼することも出来ますので、事前に事業所職員までご相談下さい。

(8) 設備・備品の利用

設備・備品の利用に当たっては、損傷や汚染等に十分にご注意願います。なお、寝具備品等を著しく破損または汚染した場合には、修理代又は、クリーニング代の実費を申し受ける場合があります。

(9) 金銭及び貴重品の持ち込み

金銭及び貴重品の事業所内への持ち込みは、原則としてお断りいたします。

但し、やむを得ない事由による場合は、少額に限り所定の手続きの上、事務室にてお預かりいたします。万一、金銭等（小銭も含む）を利用者ご自身でお持ちになる場合は、盗難紛失に十分お気をつけ願います。なお、盗難や紛失が発生した場合において当事業所ではその責任を一切負いません。

(10) 宗教活動

宗教活動については、信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の利用者の迷惑にならない範囲とさせていただきます。

(11) ペットの持ち込み

ペットの持ち込みについては、ご遠慮ください。

(12) 消 灯

消灯時間は、午後9時とさせていただきます。

7. 緊急時の対応について

(1) 事業所は、利用者に対し事業所医師の医学的判断により病院受診が必要と認める場合には、協力医療機関又は、協力歯科医療機関での診療を依頼する事があります。

(2) 事業所は、利用者に対し事業所における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介致します。

8. 高齢者虐待防止について

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止の発生または防止するため次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：管理者
虐待防止に関する担当者：支援相談員
- (5) 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、これを市町村に通報します。

9. 身体拘束等について

事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その様態及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとします。

また、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し5年間保管します。
また、事業所として身体拘束をなくしていく為の取組を積極的に行います。

10. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業従事者に対し、感染症予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的実施します。

11. ハラスメント対策

事業所において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

12. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護老人保健施設サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (2) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13. 非常災害対策

- | | |
|--------|---|
| (防災設備) | 屋内消火栓、自動火災報知器、非常放送装置、非常電源設備、消火器、
消防署への火災通報装置、非常誘導灯 |
| (防災訓練) | 年2回 |

1 4. 禁止事項

事業所では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

1 5. 事故発生の防止及び発生時の対応

- (1) 当施設は安全かつ適切に、質の高い介護・医療サービスを提供する為に、介護・医療事故を防止するための体制を整備します。また、サービスの提供等に事故が生じた場合は、利用者に対し必要な措置を行います。
- (2) 事故発生時には、迅速に対応するとともに、緊急連絡先に状況説明報告をします。事故内容については状況等を記録し、再発防止に努めます。
- (3) 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医師機関又は専門的機関での診療を依頼します。

1 6. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所の苦情相談窓口

- ①担 当 者 : 高橋 毅浩
- ②電 話 番 号 : 0197-35-8480
- ③F A X 番 号 : 0197-35-8482
- ④受 付 時 間 : 毎日 8:30～17:30

(2) 事業所以外の相談・苦情窓口

事業所以外に、下記の苦情相談窓口等にも苦情を伝えることができます。

(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	ファックス番号
奥州市江刺総合支所 長寿社会課	岩手県奥州市江刺大通り 1 番 8 号	0197-34-2522	0197-35-5120
岩手県保健福祉部 長寿社会課	岩手県盛岡市内丸 10-1	019-629-5441	019-629-5444
国民健康保険団体連合会 保健介護課	岩手県盛岡市大沢川原 三丁目 7 番 30 号	019-604-6700	019-653-2216

1 7. サービス利用時に準備していただくもの (□にレ点等でご確認をお願い致します)。

①入所時に準備・提出していただくもの

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| ☐ 介護保険証 | ☐ 老人医療受給者証 | ☐ 健康手帳 |
| ☐ 身体障害者手帳 | ☐ 健康保険証 (コピーでも可) | |
| ☐ 薬 (現在服用されているお薬を利用日数分持参して下さい。) | | |

以下の項目につきましては、「あんしんセット」をご利用の場合は、ご準備が不要となる物もございます。あんしんセットの内容をご確認のうえご準備をお願い致します。

(「あんしんセット」については、担当支援相談員よりご確認願います)

②衣類等 (衣類には全てお名前をご記入下さい)

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 普段着 | ☐ 下着上下 | ☐ パジャマ |
| ☐ 靴下 | ☐ バスタオル | ☐ フェイスタオル |
| ☐ 毛布 (必要時) | ☐ タオルケット (必要時) | |

※枚数についてはご利用日数を目安にご用意いただき、ご本人の状況・季節に応じ準備していただきますようお願い致します。また、都合により洗濯を業者に委託する場合は、提示した枚数よりも若干余裕を持って準備・補充していただくようお願い致します。

③内履き（必ず名前を記入してください）

☐履き慣れた靴（リハビリシューズ等で通気性の良いもの）

④日用品

☐歯ブラシ

☐入れ歯ケース

☐コップ（割れ難い物）

☐くし（ブラシ）

☐ひげ剃り（電動）

☐爪きり

18. その他

（1）当事業所についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求下さい。

（2）ご要望やご質問がございましたら、何なりと事業所の管理者や支援相談員、またはスタッフにお声がけください。

重要事項説明書の内容に関する説明は、下記の者が担当いたしました。

令和 年 月 日

所属 支援相談室

氏名

重要事項説明書の内容に関する説明を、上記の担当者より受け、サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理署名者

利用者との関係（ ）