

別紙①

指定障害福祉サービス
短期入所事業所

介護老人保健施設ほほえみの里

重要事項説明書

医療法人仁泉会

指定障害福祉サービス
短期入所事業所
介護老人保健施設ほほえみの里
重要事項説明書

医療法人 仁泉会
更新日 令和6年4月1日

当事業所は、『障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律』に指定されています。

【岩手県指定 事業者番号】

0310200316

当事業所は、利用者に対して障害福祉サービス 短期入所を提供いたします。

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内容を、次の通り説明いたします。

＊当事業所の短期入所は、原則として障害支援区分
が区分1以上に該当する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 仁泉会
法人所在地	〒039-1161 青森県八戸市大字河原木字八太郎山10番地81
電話番号	0178-51-2590
FAX番号	0178-51-2591
代表者名	理事長 田中 由紀子
設立年月日	昭和42年4月7日

(2) 事業所名称等

事業所名	介護老人保健施設ほほえみの里
事業所所在地	〒027-0096 岩手県宮古市崎楯ヶ崎第9地割39番地27
電話番号	0193-64-3311
FAX番号	0193-64-5077
施設長氏名	江村 栄章
開設年月日	平成21年6月1日

(3) 事業所の目的と基本理念

＊目的

当事業は、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、

排せつ及び食事等の介護その他の必要な保護を適切かつ効果的に行います。

＊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いた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 介護保健施設及び短期入所療養介護並びに介護予防短期入所療養介護サービスの定員数より実入所者数を差し引いた数とします。
- ・療養室 4人部屋—22室 2人部屋—2室 個室—8室

(5) 従業者の職種、員数

当事業所は、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	介護保険法上の運営基準
医師	1.0	100名に対して、1名以上
薬剤師	0.3	100名に対して、0.2名以上
看護・介護職員	41.5	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	7.0	100名に対して、1名以上
管理栄養士・栄養士	2.0	100名に対して、1名以上
介護支援専門員	1.5	100名に対して、1名以上
その他	21.9	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いただいております。

協力医療機関

名 称 岩手県立宮古病院
住 所 岩手県宮古市崎鋤ヶ崎第1地割11番地26
電 話 0193-62-4011

協力歯科医療機関

名 称 伊藤歯科医院
住 所 岩手県宮古市小山田二丁目7-69
電 話 0193-71-2288

2. 利用手続きについて

事前に、担当の相談支援専門員等を通じて当事業所へ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ながら、申込に関する必要書類をご記入いただきます。

【利用手続きが困難な方】

- 障害支援区分1以上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. サービス利用契約

サービス利用契約を結びます。契約にあたり、代理人及び連帯保証人が必要となります。

4. サービス内容

- ①個別支援計画の立案
- 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相談援助サービス
- ⑦送迎サービス（実施範囲は、宮古市内、山田町、岩泉町、田野畑村）
- ⑧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利用料金表をご参照下さい。
- （2）利用料金については、清算を月末締めとし、翌月15日までに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、原則、指定口座への振込、もしくは預金口座振替をご利用ください。
- （3）前号（1）（2）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～午後4時までの間といたします。

※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7時～午後9時までとさせていただきます。（消灯時間は午後9時とさせていただきます。）面会の際には、各棟ステーション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。

（3）外 出

外出を希望される場合には、事前に各棟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。なお、火災防止の観点からタバコ及びライター等は、事業所預かりとさせていただきますので、喫煙する場合は職員へお申し出下さい。

喫煙は、所定の喫煙場所をお願いいたします。定められた場所以外での喫煙は禁止いたします。

(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、事前に支援相談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障害福祉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いたします。

8. 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

9. 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。

10. 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、入所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。

11. 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 : 山田 博亮
- ②電 話 番 号 : 0193-64-3311
- ③F A X 番 号 : 0193-64-5077
- 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
宮古市役所 保健福祉部 福祉課	岩手県宮古市宮町一丁目 1 番 30 号	0193-62-2111	0193-62-7422
宮古保健福祉環境センター 福祉課	岩手県宮古市五月町 1-20	0193-64-2213	0193-63-5602

12. 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いたします）。

①入所時に準備・提出していただくもの

- ☐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いたします。

（「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いたします。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いたします。

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

13. 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 印

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 印

代理署名者 印

利用者との関係（ ）