

重要事項説明書

以下のとおりサンホームおおだ（以下「事業所」）の重要事項を説明します。

1. 事業主体概要

1) 事業主体

(ふりがな) (い) にししたびょういん

医療法人 西下病院

〒708-0052

岡山県津山市田町 27

電話番号 0868-22-5103

FAX番号 0868-22-5105

ホームページ <http://www.nishishita-hp.or.jp>

代表者 理事長

西下純治

設立年月日 昭和29年9月9日

2) 事業主体が岡山県内で実施する他の介護サービス

訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、
介護予防訪問リハビリテーション、介護療養型老人保健施設

2. 事業所概要

1) 事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先

事業所の名称 (ふりがな) さんほーむおおだ
サンホームおおだ

2) 事業所の所在地

〒708-0806 津山市大田83-5

電話番号 0868-32-9150

FAX番号 0868-32-9155

ホームページ <http://www.nishishita-hp.or.jp>

3) 事業所の開設年月日 平成21年4月1日

4) 事業所の管理者の氏名 青木智司

5) 事業所までの主な利用交通手段

- ・ごんごバス 循環線 沼自動車学校前バス停 徒歩5分
- ・中鉄バス 高田循環線 鶴山団地前バス停 徒歩10分

6) 事業所の類型 地域密着型特定施設入居者生活介護

7) 利用定員 24人

8) 介護保険事業所番号 3390300113

- 9) 事業の開始年月日 平成21年4月1日
 10) 指定の年月日 平成27年4月1日
 11) 指定の更新年月日 令和3年4月1日

3. 従業者に関する事項

管理者 1人
 生活相談員 1人
 看護職員 4人以上（兼務）
 介護職員 4人以上
 機能訓練指導員 1人（兼務）
 計画作成担当者 1人
 事務員 1人以上

従業者の健康診断は年1度以上

4. サービスの内容

(1) 介護保険給付によるサービス内容

サービスの種類	内 容
食 事	食事時間 朝食 8時～9時 昼食 12時～13時 夕食 17時～18時 食事場所 できるだけ離床して食堂でお食ください。
医療・看護	入居者の健康の状態にあわせた医療・看護を提供します。医師による定期診察は、週に1回行います。それ以外でも、看護師にお申し付けください。 ただし、当事業所では行えない手術等急性期治療については、急性病院に移って治療して頂きます。例外として、歯科治療は当事業所内ではなく歯科（外部）での治療となります。（希望により浦上歯科医院による出張診療があります） また精神科治療が必要な場合には、専門の病院に入院して治療していただく場合があります。
排 泄	利用者の状況に応じて時間排泄、オムツ使用等介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 各階に身体障害者用トイレ設置。
入浴・清拭	入浴またはオンラインバス。 週2回以上。 清拭（病状により清拭となる場合があります）。
起床、着替え	寝たきり防止のため、出来る限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。

整 容	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容がおこなわれるよう援助いたします。
シーツ交換	シーツ交換は週 1 回、寝具の消毒は 3 ヶ月に 1 回実施します。
機能訓練	看護師により入居者の状況に適した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。
娯 楽 等	ビデオ鑑賞、カラオケ、読書
介護相談	利用者とその家族からのご相談に応じます。

5. 事業所・設備の状況

- 1) 敷地の面積 774 m²
建物の延床面積 1,232.23 m²
鉄骨3階建（建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物）
- 2) 居室の造作
全室介護居室個室（ナースコール、洗面台完備）
床面積：13.03～19.25 m²
- 3) 浴室、トイレ
特殊浴室 1カ所、個室浴室 1カ所
車椅子対応トイレ 7カ所
- 4) その他、共用施設
食堂兼機能訓練室、家族相談室、サービスステーション、給湯室
- 5) 館内のバリアフリー状況
全館バリアフリー
- 6) 外線電話回線の設置状況
居室内に引き込み可能
- 7) テレビ回線の設置状況
居室まで配線済

6. 入居者からの苦情に対応する窓口

以下の窓口にて苦情に対応する。事業所が苦情を受け付けた場合、その内容を記録し、速やかに必要な報告、改善をおこなうものとする。

連絡先

- 1) サンホームおおだ 電話 0868-32-9150 担当：青木
平日 8:30～17:30（年末、年始を除く）
- 2) 津山市高齢介護課 電話 0868-32-2070
平日 8:30～17:15（年末、年始を除く）

7. 緊急時、非常災害時の対応

緊急時は連携医師及び連携協力病院への連絡及び看護職員の対応、火災時等はスプリンクラー及び消火器での対応及び職員による避難誘導をおこなう。

8. サービスの提供内容に関する特色等

- 1) 看護職員を24時間配置する。

9. 月額利用料金

入居にかかる月額費用は以下のとおりとする。

- 1) 管理費（事業所の共用部分の水道光熱費、事務管理費、設備維持費）
- 2) 食費（食事は外部委託）
- 3) 居室利用費
- 4) 電気代（居室内の入居者使用分）
- 5) 介護保険自己負担金
- 6) ベッド、布団等貸出費用
- 7) 趣味、嗜好等個人負担が妥当だと考えられるもの
- 8) その他料金表に定めるもの

※ベッド、布団等、安全面・衛生面に係るものは事業所にて用意の物をご利用いただきます。

※オムツのお持ち込みは可能です。ただし、居室内に保管しての持ち帰り廃棄はご遠慮願います。

10. 事業所の利用にあたっての注意事項

事業所の利用にあたっては下記事項を順守すること。

来訪・面会	来訪時には面会帳にご記入ください。 面会時間 10時～19時30分 面会時間を遵守してください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行先と帰宅日時を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用 居室にはベッド、チェスト（たんす）、エアコン、洗面台が備え付けてあります。TVの持ち込みは可能です。電話は携帯電話または居室への引き込みも可能です。	事業所内の居室や設備、器具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、弁償していただく場合があります。 居室へ電話を引き込む場合は、NTTと個別にご契約ください。
喫煙・飲酒	事業所内は全面禁煙です。 飲酒は禁止いたします。
迷惑行為等	騒音、騒じょう等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	一時的な所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動・セールス等	事業所内での他の入居者に対する宗教活動、政治活動及びセールス等はご遠慮ください。
家具、家電品、調度品の持ち込みについて	火気等を発するものはご遠慮ください。また職員のサービス提供にあたり、支障のおそれがあるものもご遠慮願います。（高価な家具、調度品等）

11. 入居および退去

1. 入居の手続き

入居に際しては、入居契約書など必要な事項記入のうえ、保険者証（介護、医療、その他）とともに事務所へ提出すること。また、入居中に保険が変更になった場合は、速やかに連絡すること。

受給資格等を確認した後は、被保険者証は入居者又はその連帯保証人に返却する。

2. 退去の手続き

入居者の意思で入居契約を解約する場合、退去の1カ月前までに契約解約届を提出すること。入居者が責を負う事由により事業所から退去を命じられた場合、3カ月以内に退去すること。

また、退去時に未清算金がある場合、退去後1週間以内に清算すること。

3. 入居時に必要な持ち物

イ 保険証等、印鑑

ロ 下着類、バスタオル、タオル、洗面用具（歯ブラシ、入歯洗浄剤）、ティッシュペーパー、スリッパ（室内用くつ）、ひげそり。

ハ 連帯保証人の身分証明書（免許証等）

13. 会計の区分

事業所は「サンホームおおだ」の事業と事業主体が行う他の事業と会計を区分する。

14. 守秘義務

当該事業所の職員は業務上知りえた事項につき守秘義務を負うものとし、この守秘義務は退職後も継続して守られるものとする。ただし、公知の事項についてはこの限りではない。尚、医療、介護その他協力機関の間での医療、介護上必要な情報交換については当事業所の判断によるものとする。

15. 運営推進会議

事業所の運営にあたっては、運営推進会議を持ち、入居者及び入居者の家族、地域の代表者との定期的な打合せをもち、サービス内容を明らかにし、地域に開かれたサービスの提供を目指す。

2. 運営推進会議においては、その記録を作成し5年間保存するものとする。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 岡山県津山市大田83-5
事業者名 医療法人 西下病院
事業所名 サンホームおおだ
(事業者番号) 3390300113
代表者名 理事長 西下純治 印

(説明者) 職 名 施設長 _____

氏 名 青木 智司 _____ 印

私は、重要事項説明に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受け理解しました。

令和 年 月 日

(入居者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(身元引受者)

私は、入居者の意思を確認（したうえ、上記署名を代行）しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

入居者との続柄 _____

住 所 _____

(入居者の家族等)

氏 名 _____ 印

入居者との続柄 _____