

医療法人仁誠会 介護老人保健施設エリシオン石木の里
短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
重要事項説明書 〈令和7年8月1日〉

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている介護老人保健施設について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

1 事業者の概要

名称・法人の種別	医療法人 仁誠会
代表者名	理事長 今村 豪
所在地・連絡先	(住所) 〒631-0054 奈良県奈良市石木町 800 (電話) 0742-93-8520 (FAX) 0742-93-8521

2 入所者に対してのサービス提供を実施する施設の事業所名称及び事業所番号

事業所名	介護老人保健施設 エリシオン石木の里
所在地・連絡先	(住所) 631-0054 奈良県奈良市石木町 799 (電話) 0742-93-7817 (FAX) 0742-93-7827
事業所番号	第2950180063号 短期入所療養介護事業 第2950180063号 介護予防短期入所療養介護事業
施設長氏名	今村 豪
開設年月日	平成26年7月1日

3 送迎の通常実施区域

送迎の通常実施区域	奈良市、生駒市、大和郡山市 (国道168号線より以東、国道25号線より以北、ならやま大通り・ 国道163号線より以南、国道24号線より以西の範囲)
-----------	---

4 事業の運営方針

当施設では、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、利用者の身体機能の維持向上を目指すとともに、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図り、利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう住宅ケアの支援に努めます。

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物

建物の構造	鉄筋一部鉄筋コンクリート造4階建
敷地面積 (延べ床面積)	11980.91m ² (12435.31m ²)
入所定員	100名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人当たりの面積
従来型個室	8室	114.09m ²	14.26m ²
四人個室	23室	763.05m ²	8.29m ²

(3) その他主な設備

設備の種類	室数	面積	1人当たりの面積
食堂	4室	203.07m ²	2.03m ²
機能訓練室	1室	112.20m ²	1.12m ²
一般浴室	4室	66.32m ²	—
特別浴室	1室	36.26m ²	—
診察室	1室	18.88m ²	—
洗面所	2ヶ所	18.98m ²	—
便所	23ヶ所	80.14m ²	—
多目的ホール	3ヶ所	122.83m ²	—

6 従業員の配置状況

(1) 主な従業員の配置状況及び職務

当施設では、ご入所者に対して介護保険施設サービスを提供する授業者（短期入所療養介護職員を含む）として、以下の職種の従業者を配置しています

従業者の種類	常勤換算後の人数	職務内容
管理者・医師	1.0以上	施設の運営管理、職員の勤怠管理
医師	1.0以上	利用者の診療及び健康管理
薬剤師	0.33以上	薬剤管理
看護職員	10.0以上	施設での健康管理
介護職員	24.0以上	施設生活に関する介護業務全般
支援相談員	1.0以上	施設利用に関する支援相談業務
介護支援専門員	1.0以上	施設サービス計画書（ケアプラン）の作成
理学療法士 作業療法士等	1.0以上	施設生活の中での環境設定、及びリハビリテーションの提供
管理栄養士	1.0以上	施設での食事提供に関する栄養管理
調理員	委託	
事務員	1.0以上	庶務

- ※ 従業者の配置については、指定基準を遵守しています。
- ※ 常勤換算：職員それぞれ 1 週あたりの勤務延時間の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間（4週160時間）で除した数です。
- ※ 実入所者3名に対し、看護・介護職員を1名以上配置しています。
夜間は実入所者20名に対し、看護・介護職員を1名以上で夜勤業務を行います。

(2) 主な職種の勤務体系

職 種	勤務体制
1 医 師	8:30~17:15 (土・日曜日及び祝日除く)
2 介護職員	① 7:00~15:45 ② 8:30~17:15 ③ 16:30~翌9:30
3 看護職員	8:30~17:15 ② 16:30~翌9:30
4 事務職員・リハビリ職員	8:30~17:15

7 介護老人保健施設における入所介護の内容と費用

(1) 提供するサービスの内容

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
食 事	○食事時間（料金は別途記載） 朝食AM8:00 昼食PM12:00 夕食PM6:00 ※管理栄養士により、利用者個々の心身の状況及び健康管理に配慮した献立の作成と提供を行います。 なお、食事の提供については、衛生管理の面から、調理より2時間以内の提供とさせていただき、それを過ぎたものについては廃棄させていただきます。
医 療 ・ 看 護	施設管理医師により適切な医療と看護を提供いたします。 ただし、施設内で行えない処置や、特殊な投薬、その他病状の著しい変化については、他の医療機関での診療、治療をお願いすることがございます。
リハビリテーション	施設管理医師の指示のもと、利用者個々の心身の状況に応じて、理学療法士等が適切なリハビリテーションを提供し、心身の活動の維持向上に努めます。
入 浴	利用者個々の心身の状況に応じて、一般浴、特別浴による入浴を実施します。 ただし、利用者の状態に応じて清拭となる場合があります。
排 泄	ご利用者様の身体状況に応じて適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行います。
その他の生活全般に関する援助	より活動的な一日を過ごしていただけるよう、介護士が中心となり、生活場面にかかわる様々な援助を行います。 ただし、個人が有する能力を出来る限り生かし、自立支援に沿ったサービスを提供いたします。
相 談 支 援 ・ ケ ア プ ラ ン	支援相談員・介護支援専門員らによって介護保険制度、ケアプランに基づき支援し、ご利用者その家族からの各種ご相談に応じます。
送 迎	別記、送迎範囲内で、ご希望者には自宅から施設までの送迎を行います。ただしお時間のご希望、ご指定には添えない場合がございますのでご了承ください。

(2) 利用料金

● 介護保険サービス費用

原則として料金表の利用料金の1割が利用者の負担額となります。

① 短期入所療養介護費				
従来型個室				
区分	単位	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	632	649円	1,299円	1,948円
要支援2	778	799円	1,598円	2,397円
要介護1	819	842円	1,683円	2,524円
要介護2	893	918円	1,835円	2,752円
要介護3	958	984円	1,968円	2,952円
要介護4	1017	1,045円	2,089円	3,134円
要介護5	1074	1,103円	2,206円	3,309円
従来型多床室				
区分	単位	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	672	691円	1,381円	2,070円
要支援2	834	857円	1,713円	2,570円
要介護1	902	927円	1,853円	2,779円
要介護2	979	1,006円	2,011円	3,017円
要介護3	1044	1,073円	2,145円	3,217円
要介護4	1102	1,132円	2,264円	3,396円
要介護5	1161	1,193円	2,285円	3,577円

②-1 施設の体制に関する加算					
加 算 項 目	基本 単位	利用者負担			算定回数等
		1割負担	2割負担	3割負担	
夜勤職員配置加算	24	25円	50円	74円	1日につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	18円	37円	55円	1日につき
在宅復帰在宅療養支援機能加算Ⅰ	51	53円	105円	157円	1日につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位 数の 75/1000	左記の単 位数×地 域区分の 1割	左記の単 位数×地 域区分の 2割	左記の単 位数×地 域区分の 3割	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数 (所定単位数) <u>※介護職員等の処遇改善加 算の1本化。</u> <u>※令和6年6月より算定。</u>

- ※ 夜勤職員配置加算は、夜間および深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、当施設が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合に算定します。
- ※ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算は、厚生労働大臣が定める入所者の割合や人員基準等に適合するものとして届け出ている場合に算定します。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

②-2 その他、対象者のみに付加される加算

加算項目	基本 単位	利用者負担			算定回数等
		1割負担	2割負担	3割負担	
個別リハビリテーション実施加算	240	247円	493円	740円	1日につき
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	206円	411円	617円	1日につき
若年性認知症利用者受け入れ加算	120	124円	247円	370円	1日につき
重度療養管理加算	120	123円	247円	370円	1日につき
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	34	35円	70円	105円	1日につき
療養食加算	8	9円	17円	25円	1日につき（1日3回を限度）
口腔連携強化加算	50	52円	103円	154円	1月につき1回
認知症ケア加算Ⅰ	76	78円	156円	234円	1日につき
緊急短期入所受入加算	90	93円	185円	278円	1日につき
緊急時治療管理	518	532円	1,064円	1,596円	1日につき（1日1回、連続3日）
送迎加算（片道）	184	189円	378円	567円	片道につき
特定治療	医科診療報酬点数に定める点数×10円				

- ※ 個別リハビリテーション実施加算は、医師、看護職員、理学療法士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該計画に基づき 20 分以上個別リハビリテーションを実施した場合に算定します。
- ※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に指定短期入所療養介護を利用することが適当であると判断した利用者に對し、サービスを提供した場合に算定します。
- ※ 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症（40 歳から 64 歳まで）の利用者を対象に指定短期入所療養介護を行った場合に算定します。
- ※ 重度療養管理加算は、要介護 4 又は 5 の利用者であつて別に厚生労働大臣が定める状態にある者に對して計画的な医学的管理を継続的に行い、療養上必要な処置を行った場合に算定します。別に厚生労働大臣が定める状態とは、次のとおりです。
 - イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
 - ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
 - ハ 中心静脈注射を実施している状態
 - 二 人口腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
 - ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
 - ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者程度等級表の 4 級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
 - ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
 - チ 気管切開が行われている状態
- ※ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算は、厚生労働大臣が定める入所者の割合や人員基準等に適合するものとして届け出ている場合に算定します。
- ※ 療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。

- ※ 口腔連携強化加算は、利用者の同意を得た後に、歯科医療機関やケアマネージャーに口腔の健康状態を評価した情報を提供いた場合に算定します。
- ※ 認知症ケア加算は、認知症に関する専門的な研修を受けた介護職員を配置した事業所が、認知症の利用者を受け入れ、認知症ケアに関する会議や研修などを実施していることを評価した場合に算定します。
- ※ 緊急短期入所受入加算は、居宅サービス計画において計画的に位置づけられていない指定短期入所療養介護を緊急に行った場合に、7日間を限度に算定します。また、家族等の疾病等やむを得ない場合は14日を限度に算定します。
- ※ 緊急時治療管理は、利用者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむをえない事情により行われる医療行為が発生した場合に算定します。
- ※ 送迎加算は、利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合に算定します。
- ※ 特定治療は、利用者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむをえない事情により行われる医療行為が発生した場合に算定します。
- ※ 地域区分別の単価(6級地 10.27円)を含んでいます。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

● その他の料金

利用者 負担段階 区分	対象者	負担額	
		居住費（日額）	食費 (日額)
第1段階	生活保護受給者または世帯全員が市町村民税非課税 世帯で老齢福祉年金受給者の方	従来型個室 多床室	550円 0円 300円
第2段階	世帯全員が市町民税非課税者で課税年金収入額と 合計所得金額の合計が80万円以下の方	従来型個室 多床室	550円 430円 600円
第3段階 ①	世帯全員が市町民税非課税者で課税年金収入額と 合計所得金額の合計が80万円超120万円以下の方	従来型個室 多床室	1,370円 430円 1,000円
第3段階 ②	世帯全員が市町民税非課税者で課税年金収入額と 合計所得金額の合計が120万円超の方	従来型個室 多床室	1,370円 430円 1,300円
第4段階	上記以外の方	従来型個室 多床室	5,000円 437円 1,890円

※介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、居住費・食費の自己負担が軽減されます。

認定証をお持ちでない方は、一度お住まいの市町村役所へ確認をお願いします。

種類	内 容	利用料
通常の送迎の実施地域外の場合の送迎は、送迎加算とは別に右記の料金がかかります。 ※対応できない場合がございます。		1kmにつき 30円
おやつ代	15時におやつを提供	1日につき 150円
教養娯楽費	誕生日会、イベント、レクリエーション用ボール・風船・折り紙・ 画用紙・色鉛筆等の購入費用、新聞・雑誌代の費用	1日につき 100円
日用品	おしごり・歯ブラシ・義歯ブラシ・義歯洗浄剤・歯磨き粉・ 口腔ケアスponジの施設で用意するものご利用頂く場合の費用	1日につき 300円
テレビ貸出	居室で利用するテレビ	1日につき 220円
電気料金	コンセントの接続を必要とする電化製品1点につき ※3点までの持込とします。	1日につき 55円
文書料	健康診断書、死亡診断書等	実費
予防接種料	インフルエンザワクチン等	実費
理美容料	出張による理髪・美容サービスを利用いただけます。	実費
その他	個人で必要な物品等	実費

- その他短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護の中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となるものに係わる費用であって、ご利用者に負担させることが適當と認められる費用は、ご利用者の負担となります。
- 経済状況の著しい変化や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事があります。その場合、変更を行う2ヶ月前までに変更の内容と変更する事由について説明します。
- キャンセル料

ご利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

利用日の2日前に連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の 50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の 100%

8 利用料金のお支払方法

利用料金は月末締めで翌月15日頃に請求書を送付いたします。当月末日までに、下記指定口座にお振り込み、または現金およびカード払いを1階総合受付にて、お支払い下さい。

【振り込み口座】

銀行名・池田泉州銀行・あべのハルカス支店

普通預金口座（口座番号 0052065）

口座名義 イ) ジンセイカイ

※入金確認後、領収書を発行します。

【現金およびカード取扱時間】

・取扱い日 平日：月・火・水・木・金

・受付時間 平日：午前9時30分～午後4時30分まで

※土曜日、日曜日、祝祭日はお取扱いできません

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口責任者 支援相談員 ご利用時間 9:00 ~ 17:00 月曜日 ~ 金曜日 ご利用方法 電話：0742-933-7817 面談：当施設3階相談室 又は1階ロビー 意見箱：3階受付に設置
奈良県国民健康保険団体連合会	電話：0744-21-6811 フリーダイヤル：0120-21-6899 ご利用時間（平日）9:00~17:00
奈良市福祉部介護福祉課	電話：0742-34-5422 FAX：0742-34-2621 ご利用時間（平日）8:30~17:15

10 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応方法

当施設の定めるマニュアルによる。

(2) 平常時の訓練

2回／年、昼間及び夜間を想定した防災訓練を行います。

(3) 防災設備

スプリンクラー、自動火災報知機、消火器、消火栓、防火扉、非常放送設備、非常発電装置等

(4) 設備点検

2回／年、防災訓練の際、併せて実施します。

(5) 防火管理者

事務職員

11 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保険施設サービスの提供を継続的に実施するためのもの、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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に実施します。
- (3) 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。

12 緊急時等における対応方法

緊急時には、速やかに協力医療機関・その他の医療機関と連絡調整し、適切な医療や入院等必要な措置が受けられるようにします。受診後に入院となった場合、当施設は退所となり、治療終了後の再入所については確約できませんのでご了承下さい。

13 協力医療機関等

医療機関	病院名	医療法人仁誠会 奈良セントラル病院
	所在地	奈良県奈良市石木町800
医療機関	電話番号	0742-93-8520
	病院名	医療法人拓生会 奈良西部病院
医療機関	所在地	奈良県奈良市三碓町2143-1
	電話番号	0742-51-8700
歯科医療機関	病院名	医療法人大樹会 へぐり歯科
	所在地	奈良県生駒郡平群町下垣内84-7
歯科医療機関	電話番号	0745-46-2488

14 施設の利用にあたっての留意事項

来 訪 ・ 面 会	面会時間は毎月曜日、水曜日、土曜日の午後1時30分～午後2時30分迄です。来訪者は面会時間を遵守し、来所された際、1階総合受付のカウンターにて面会簿に記入してください。なお風邪症状等のある方のご面会はご遠慮ください。感染症流行の季節には、ご面会の際は必ずマスクの着用をお願いします。 感染症対策の為面会を制限させていただく場合があります。 来訪の際はホームページでご確認ください。 https://naracentral.com/articles/	
居 室 ・ 設 備 ・ 器 具 の 利 用	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、弁償していただく場合があります。	
喫 煙 ・ 飲 酒	施設内は全面禁煙となっています。飲酒はお断りいたします。	
食 品 等 の 持 込 み	ご家族の持ち込まれた食べ物や飲み物、健康補助食品等を、他の入所者へ提供（おそらく分け等）することは禁止いたします。また、衛生上の観点から、消費期限や賞味期限を過ぎたものについては、当施設の判断にて廃棄させていただきます。	
迷 惑 行 為 等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 又、むやみに他のご利用者の居室等に立ち入らないでください。	
貴 重 品 ・ 金 品 の 管 理	原則として自己責任での所持管理をお願いいたします。 また紛失、破損等の危険性からも、高額な品物や金銭の持ち込みはご遠慮いただきますよう、お願ひいたします。	
宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動	当施設内における、宗教活動及び政治活動等は、禁止いたします。	
動 物 の 飼 育	事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。	

15 入所時（利用時）リスクの説明

施設では、入所者が快適な入所生活を送られますように安全な環境作りに努めておりますが、入所者の身体状態や疾病に伴う様々な症状等が原因により、下記の危険性が伴うことを十分ご理解ください。

- インフルエンザ、結核やノロウイルス等『院内感染』と称される感染症リスクは、集団生活の場に於いてはなかなかゼロに出来ず、必要に応じて予防接種や隔離（個室対応）または、病院への搬送などを行なう事があります。
- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 老人保健施設は、在宅復帰に向けたリハビリ施設である事・原則的に身体拘束を行わない事等から、転倒・転落による事故の可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、軽度の刺激であっても骨折する可能性があります。
- 高齢者の皮膚は薄く、軽度の摩擦であっても表皮が剥離する恐れがあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても皮下出血ができやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食べ物を飲み込む力が低下します。
よって、誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態となります。
- 加齢に伴う脳や心臓の疾患による急変の可能性があります。
- 全身状態が急に悪化された場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行う事があります。

16 衛生管理等について

事業所は、事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に一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る。
- 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施する。

17 ハラスメント対策の義務化について

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動また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。

18 事故発生時の対応について

入所中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに身元引受人・関係各機関に連絡します。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、利用者・ご家族・身元引受人に情報を開示します。

19 身体拘束について

事業者は、原則として入所者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入所者及びご家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性…身体拘束以外に、入所者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……入所者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

20 虐待防止について

- (1) 事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
 - 虐待の防止のための指針を整備する。

- 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に開催する。
 - 第三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- (2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

2.1 守秘義務

当施設及び当施設の従業者又は従業者であった者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者及びご家族の情報を漏洩しません。

利用者が医療機関での診察の必要がある場合、施設退所における主治医・居宅介護支援事業所等への情報提供が必要な場合は、文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を取り扱います。

2.2 持ち物

共同生活の場であることから、ご持参いただく荷物や衣類については、できる限り氏名等を記入していただきますよう、お願ひいたします。

- 介護保険証・健康保険証・後期高齢者医療被保険者証等のコピー。
- 内服薬・外用薬など。

利用日数分を病院から処方されたまま、説明書と共にご持参ください。

外傷・褥瘡等で、処置の必要な方は、消毒液・軟膏・ガーゼ類もご持参ください。

- 日常生活上本人が必要とする物。
着替え（下着・靴下・寝間着・タオル等）を最小限でご持参ください。
- 車椅子・エアーマット等専用用具を使用される場合ご持参ください。
- 上履き（歩きやすく、履き慣れた靴で結構です。）
- 日常生活上でご利用者が必要とされるもの。（洗面用具等）
- 男性の方は、普段使用されているひげ剃りがありましたらご持参ください。

2.3 ご利用者へのお願い

- 特別な治療を受けておられる方、もしくは現在、体調を崩されている方は、主治医と共にご相談の上、ご利用して頂くようお願いします。
(施設までの送迎（乗車）や、入浴が可能であるか等のご確認をお願いします。)
- 短期入所療養介護サービス・介護予防短期入所療養介護サービス利用希望日は、ご利用者の居宅サービス計画を依頼されている施設、又は事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）と必ず相談の上、ご連絡ください。
(空き状況やご本人の状態によって、ご希望に添えない場合もございます。)
- サービスの利用にあたっては、利用を希望する期間の初日の2ヶ月前から、利用する間を明示して申し込むことができます。
- サービスご利用の際、短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護利用申し込み書類にご記入・ご捺印頂きますようお願い致します。

24 重要事項説明の年月日について

上記内容について入所者に説明いたしました。

この重要事項説明書の 説明年月日	令和 年 月 日
説 明 者 氏 名	(印)

利用者

私は、以上の重要事項説明書の内容について説明を受け、その内容を理解し、これが契約の一部となることを確認したうえ同意し、文書の交付を受けました。

住 所	
氏 名	(印)

代筆者氏名：_____ 続柄（_____）

代理人・立会人（いずれかに○）

住 所	
氏 名	(印)

<注>本書を2通作成し、各々割印後、事業者、入所者双方が1部ずつ保管する。

