

特別養護老人ホーム回春堂 重要事項説明書
(指定短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護)

1. 法人の概要

法人名	社会福祉法人 回春堂
所在地	山形県米沢市大字花沢2986番地の1
代表者氏名	理事長 平 政幸

2. ご利用事業所

事業所の種類	指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 平成24年4月1日指定（第0670401637号）
事業所の名称	特別養護老人ホーム回春堂
所在地	山形県米沢市大字花沢2986番地の1
連絡先	0238-26-8850
管理者氏名	安達 友美
利用定員	20名
通常の送迎の実施地域	米沢市

3. 当事業所の基本理念及び運営方針等

(1) 基本理念

- 一. 利用者が住み慣れた地域での生活が続けられるよう共に生きる地域福祉の街づくりに寄与すること。
- 二. 利用者が尊厳をもって自分らしく自立した生活が送れるよう保健・医療・福祉を統合した支援に努めること。
- 三. 常にサービスの質の向上に努め、利用者の自己決定と選択を尊重し、利用者本位のサービス提供を目指すものとする。

(2) 運営方針

- ① 従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その居宅において、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようすることを目的とする。
- ② 介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
- ③ 医療との連携を重視し、利用者の健康支援体制を強化し、安心、安全な生活ができるように支援する。
- ④ 利用者の人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に利用期間中の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
- ⑤ 利用者又はその家族に対し、サービスまたはその提供方法について分かりやすく説明する。
- ⑥ 介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスを提供する。
- ⑦ 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
- ⑧ 居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供する。
- ⑨ 利用者のみならず、地域住民とのコミュニケーションを図り、開かれた施設にし、地域福祉の向上を目指す。

4. 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室	8室	ベッド・キャビネット・洗面台付き
2人部屋・4人部屋	各2室	ベッド・キャビネット・洗面台付き
食堂	2室	
機能訓練室	1室	
一般浴室	1室	
特別浴室	1室	特殊浴槽2台設置
医務室・静養室	1室	

5. 職員の配置状況（特別養護老人ホームと併せて配置しています。）

職種	人数	指定基準	勤務体制
管理者	1名	1名	8：30～17：30
医師	1名以上	1名	10：00～12：00（毎週1回）
生活相談員	1名以上	1名	8：30～17：30
看護職員	3名以上	1名	早出 8：00～17：00 日勤 8：30～17：30 遅出 9：30～18：30
介護職員	27名以上	利用者3名に1名	早番 7：00～16：00 D勤 8：30～17：30 日番 9：00～18：00 遅番 11：00～20：00 夜勤 17：30～翌9：00
管理栄養士	1名以上		8：30～17：30
機能訓練指導員	1名以上	1名	看護職員兼務

6. サービスの内容

（1）介護保険給付対象となるサービス

介護保険適用による自己負担金は、ご利用者様の負担割合証に応じた金額となります（1割または2割）

- ① 食事 食事の自立を促す為、ご利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ② 入浴 入浴又は清拭を週2回行います。寝たきり等の方は特殊浴槽を使用しての入浴が可能です。
- ③ 排泄 排泄の自立を促す為、ご利用者様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 日常生活を送る上で必要な機能の減衰防止及び維持を目的とした訓練を実施します。
- ⑤ 健康管理 医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ⑥ その他自立への支援
 - ・寝たきり防止の為、でき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。
 - ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
- ⑦ 相談及び援助 ご利用者様とそのご家族からのご相談に応じます。
- ⑧ レクリエーション等 適宜レクリエーション行事を企画します。
- ⑨ 送迎 ご利用者様の心身の状態、ご家族の事情等から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額がご利用者様の負担となります。

- ① 居住費
- ② 食費
- ③ 電気コンセント使用料
- ④ 自動販売機使用料
- ⑤ 催事参加料
- ⑥ レクリエーション活動材料費
- ⑦ 実施地域を超えた送迎

7. 利用料金（別紙）

8. 利用料等のお支払方法

料金・費用は1ヶ月毎に計算し、ご請求致します。お支払方法は、金融機関口座からの自動引落としとなります。（利用した翌月の26日に引き落としされます。26日が銀行休業日の場合は、翌営業日となります。尚、自動引落としの手続きが完了するまで、約2カ月ほどお時間がかかりますので、初月利用料につきましては、翌々月のお引落としとなる場合がございます。）

9. サービス利用の中止、変更、追加

(1) ご利用者様の都合による利用の中止、変更、追加

ご利用予定日の前に、ご利用者様の都合によりサービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、前日午後5時まで申し出てください。

(2) 利用日等の調整

- ① ご利用者様からのサービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者様の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日をご利用者様に提示して協議いたします。
- ② 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ③ ご利用開始日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、またはご利用期間中に体調が悪くなった場合、サービス内容の変更または中止をすることがあります。

10. 施設の利用に当たっての留意事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。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	施設内は全面的に禁煙となります。
迷惑行為等	騒音等他のご利用者様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。 また、むやみに他のご利用者様の居室等に立ち入らないで下さい。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
宗教活動・政治活動	施設内での他のご利用者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム回春堂 防災計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム回春堂 防災計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
	設備名称等	個数等	設備名称等	個数等
	スプリンクラー	あり	消火器	29本
	避難階段	2箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	38箇所	防火扉・シャッター	
防火管理者	高橋 秀逸			

12. 緊急時等における対応方法

ご利用者様に病状の急変などがあった場合は、速やかにご家族様へ、その他必要に応じて主治医、当事業所の協力医療機関、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

緊急連絡先	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	
主治医	病院名	
	氏名	
	電話番号	
救急搬送先 ※	病院名	
	電話番号	

※ご希望がある場合はご記入ください。

13. 協力医療機関等

病院名	医療法人 舟山病院		
所在地	米沢市駅前2丁目4番8号	電話番号	0238-23-4435
診療科	内科、循環器内科、消化器内科、整形外科、婦人科、小児科、眼科、リハビリテーション科		
入院設備	あり		

14. 事故発生時の対応について

当事業所は、ご利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかにご利用者様の家族、県や市町村等の関係機関、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、ご利用者様に対するサービスの提供または送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

15. サービス内容に関する苦情等の対応について

当事業所の提供するサービス等に疑問や苦情がある場合、下記の苦情等相談窓口にお問い合わせをすることや苦情を申し出ることができます。その場合、事業者は迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

相談窓口	担当者 安達 友美・原田 裕子 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話（0238-26-8850） 面接（当施設1階相談室）
------	--

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

年 月 日

事業者 住所 米沢市大字花沢2986番地の1
法人名 社会福祉法人 回春堂
施設名 特別養護老人ホーム 回春堂
代表者名 理事長 平 政幸

説明者 職名
氏名

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、了承しました。

年 月 日

利用者 住所
氏名

代理人（※利用者ご本人様が【利用者】の記入が難しい時のみ、代理人の方がご記入下さい。）

住所
氏名