

小規模特別養護老人ホームむつみ園 重要事項説明書

1. 当施設の概要

(1) 運営の方針

小規模特別養護老人ホームむつみ園(以下「当施設」という。)は、介護保険法令に基づく施設サービス計画に沿って、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事などの介護、相談及び社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。

(2) 提供できるサービスの種類

・施設名称	小規模特別養護老人ホームむつみ園
・所在地	三重県松阪市嬉野算所町 488
・介護保険法指定番号	介護老人福祉施設(松阪市指定第 2490700099 号)
・老人福祉法	特別養護老人ホーム(三重県指令健福第 13-652 号)
・その他	生活保護法適用施設

(3) 当ホームの設備の概要

定員	29 名
居室	全室個室
	1 室 17.39 m ²
共同生活室	各ユニットに 1 室 105.84 m ² ~106.15 m ²
浴室	一般浴槽、特殊浴槽があります。
医務室	1 室 11.59 m ²

(4) 当ホームの職員体制

職 名	業 務 内 容	常 勤	非常勤	合 計
施設長(管理者)	施設全体の管理監督	1(兼務)		1(兼務)
医師(嘱託医)	健康管理、診察		1	1
生活相談員	生活相談、関係機関との連絡調整	1(兼務)		1(兼務)
介護支援専門員	施設サービス計画の作成など	1(兼務)		1(兼務)

職 名	業 務 内 容	常 勤	非常勤	合 計
介護職員	日常生活介護全般	10 1(兼務)	5	16
看護職員	健康管理、通院介助	2(兼務)	3(兼務)	5(兼務)
機能訓練指導員	生活リハビリテーション	2(兼務)	3(兼務)	5(兼務)
管理栄養士	献立表の確認、栄養指導、栄養管理等	1(兼務)		1(兼務)
事務職員	庶務、会計、その他	1		1

(注) 調理業務は外部(株トモ)へ委託しています。

2. サービスの内容

項 目	サ ー ビ ス 内 容
施設サービス計画の立案	・ 包括的自立支援プログラムを使用します。
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ (管理)栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供いたします。 ・ 食事時間 <ul style="list-style-type: none"> 朝食 7:45～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～ (食事は、原則として共同生活室をご利用いただきます。)
排泄	・ 入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴(清拭)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1週間を通じて、週2回の入浴又は清拭を行います。 ・ 寝たきりなどで座位のとれない方は、入浴機器を用いての入浴も可能です。
生活介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、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。 ・ 清潔な寝具を提供します。 ・ シーツ交換は、週 1 回行います。ただし、必要な場合はその都度交換いたします。 ・ 枕カバー、包布交換は、週 1 回行います。ただし、必要な場合はその都度交換いたします。 ・ ふとん乾燥は、定期的を実施します。

項 目	サ ー ビ ス 内 容
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期健康診断(年 1 回)(医師の往診により定期健康診断に代えることができる。) ・ 血圧、検温などの健康チェック ・ 嘱託医師により、2週に1度診察日を設けて健康管理に努めます。 ・ 医療の必要性の判断は、嘱託医又は下記協力医療機関の医師・歯科医が行います。 (嘱託医) 医療法人恵生会嬉野病院 医師 堀木 照美 (協力医療機関) うれしの太田クリニック 医師 太田 正澄 吉田歯科医院 歯科医師 吉田 昌夫 いなち皮膚科 医師 稲地 真 松阪中央総合病院 院長 三田 孝行 ・ 医療が必要と判断された場合は、速やかに医療機関に通院もしくは入院していただきます。この場合は、入所者又はご家族の責任のもとで判断していただくこととなります。 ・ 緊急など必要な場合には、入所者又はご家族の判断のもとで医療機関などに責任を持って引き継ぎます。
機能訓練・生活リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能訓練指導員による入所者の状況に適合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。 ・ 手芸、貼り絵など生活リハビリを取り入れ、心理的機能低下を防止するよう努めます。
生活相談	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 広瀬 好文 TEL 0598-48-0600(午前 8:30～午後 5:30) * ご不明な点は何でもおたずねください。
生きがい活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションを企画します。 ① 小グループ活動(ベッドサイド活動) ② 季節行事
所持品保管	<ul style="list-style-type: none"> ・ 若干の身の回り品については、居室に備え付けの収納庫にてお預りします。
行政手続代行	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行政機関への手続きが必要な場合は、入所者やご家族の依頼を受けて代行する場合があります。
金銭などの管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自らの手による金銭などの管理が困難な場合は、お預りいたします。 ・ 現金、通帳、年金証書など

3. 施設サービス費、居住費等

施設サービス費、居住費、食費等については、別表のとおりです。

4. 入所の手続き

(1) 必要な書類など

- ① 介護保険被保険者証
- ② 後期高齢者医療被保険者証又は健康保険被保険者証及び高齢受給者証
- ③ 介護保険負担限度額認定証(該当される方のみ)
- ④ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
- ⑤ 健康手帳(各種健診・血圧測定等の記録)(健康手帳のある方のみ)
- ⑥ 診療情報提供書

(2) その他お持ちいただくもの

- ① 印鑑(認印)
- ②
 - ・ 掛け布団、敷き布団、枕、毛布、タオルケット等(季節に応じたもの)
 - ・ シーツ一式(2組以上)、ラバーシーツ(2~3枚以上)、衣類3組以上
 - ・ パジャマ(3組以上)、肌着(3~4枚以上)、下着(3~4枚以上)
 - ・ 靴下(3~4足以上)、タオル(8~10枚以上)、バスタオル(5枚以上)
 - ・ 箱ティッシュ、衣類保管用の衣装ケース等、上靴
 - ・ 洗面道具一式(洗面器、コップ、歯ブラシ、歯磨き粉、電気カミソリ等)
 - ・ 義歯の方はポリデント(義歯を浸けるコップを持参願います。)
 - ・ らく飲み、食事用エプロン、自助食器等
 - ・ 洗濯ネット(大)(3~4枚程度)、薬一式(内服薬、点眼、軟膏、貼り薬等)

5. 施設サービスが提供できない場合

- (1) 入院の場合
- (2) 入所契約書第7条に該当する場合
- (3) 要介護認定の更新時に非該当(自立)若しくは要支援と認定された場合、又は医学的管理の必要性が増大し、施設での介護が困難と認められる場合(入所契約書第8条第3項)

6. 退所の手続き

(1) 入所者のご都合で退所される場合

- ・ 退所を希望される日の15日前までにお申し出下さい。

(2) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

イ.入所者が他の介護保険施設に入所した場合

(例えば、老人保健施設、療養型病床施設)

ロ.介護保険給付で、サービスを受けていた入所者の要介護度認定区分が、「非該当」又は「要支援」と認定された場合

* この場合、所定の期間の経過をもって退所していただくこととなります。

ハ.入所者がお亡くなりになった場合

(3) その他(入所契約書第8条第2項関係)

イ.入所者が、サービス利用料金の支払いを、3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、又は入所者が施設やサービス事業者または他の入所者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

ロ.入所者が、病院または診療所に入院し、明らかに3ヵ月以内に退院できる見込みがない場合、契約を終了させていただく場合がございます。なお、この場合、退院後に再度

入所を希望される場合は、お申し出下さい。

ハ.やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了 30 日前までに、文書で通知いたします。

7. 施設利用に当たっての留意事項

事 項	内 容
面会	・ 面会時間 午前9:00～午後8:00 それ以外についてはご相談下さい。
外出、外泊	・ 必ず行き先と帰園時間、食事の有無など必要なことを職員にお申し出下さい。
飲酒	・ 原則としてお断りさせていただいております。
喫煙	・ 原則としてお断りさせていただいております。
所持品の持ち込み	・ 事前にご相談ください。 ・ 預金通帳・印鑑・現金等の貴重品は、施設にお預けいただきます。
施設外での受診	・ 嘱託医師、協力病院の医師の指導ではなく、ご自身のご希望で他の医療機関を受診する場合は、ご家族でお願いいたします。また、診察結果、処方薬など職員にお申し出下さい。
宗教・政治活動	・ 施設内で、他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
ペット	・ 原則として、ペットの持ち込みはお断りさせていただいております。
食べ物の持ち込み	・ 健康上のため、お断りする場合があります。詳しくは、職員にお尋ね下さい。

8. 要介護認定の申請に係る援助

- (1) 入所者が要介護認定の更新申請を円滑に行えるよう援助します。
- (2) 入所者が希望する場合は、要介護認定の申請を代わって行います。

9. サービス提供の記録

- (1) 施設及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びそのご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) 入所者ご自身に関する施設サービス実施記録を閲覧できます。
- (3) 入所者ご自身に関する施設サービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。その場合、複写に係る実費をいただきます。

10. 退所時の援助

契約の終了により入所者が退所する際には、入所者及びそのご家族の希望、入所者が退所後に生活なされることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

11. 秘密保持の厳守(入所契約書第8条の2関係)

- (1) 施設及びすべての職員は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びそのご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) 入所者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業等に対し、入所者の個人情報を提供いたしません。

12. 緊急時の対応方法

入所者に容体の変化などがあつた場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

【第1緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

【第2緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

13. 事故発生時の対応方法

事故が発生した場合には、応急処置及び緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、ご家族の方にすみやかに連絡いたします。

また、状況に応じて保険者へすみやかに報告いたします。

14. 非常災害対策

- (1) 防災時の対応 消防防災計画書
- (2) 防災設備 最新の設備を備えております
- (3) 防災訓練 年2回の消防防災訓練を実施します
(防火責任者 広瀬 好文)

15. サービス内容に関する相談・苦情

入所者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、施設の設備又はサービスに関する入所

者の要望、苦情に対し、迅速に対応いたします。

- (1) 当施設入所者様相談・苦情担当
 - ・担当窓口：生活相談員 広瀬 好文(電 話:0598-48-0600)
- (2) 当施設以外に、松阪市の相談・苦情窓口などでも受け付けています。
 - ・介護保険課(電 話:0598-53-4090)
- (3) 三重県国保連合会にも苦情対応機関があります。
 - ・介護保険課苦情処理係(電 話:059-222-4165)
- (4) 公正な立場の苦情処理第三者委員が2名いますので、ご自由にご相談下さい。
 - ・中林 孝子(電 話:0598-42-3142)
 - ・吉澤 清子(電 話:059-293-0566)

16. 当法人の概要

- (1) 名称・法人種別 社会福祉法人むつみ福祉会
- (2) 代表者役職・氏名 理事長 大北 秀雄
- (3) 本部所在地 〒515-2331
三重県松阪市嬉野須賀領町 477-8
(電話:0598-42-0800)
(FAX:0598-48-0880)
- (4) 当施設が行っている他の事業
該当なし
- (5) 当法人が運営しているその他の事業
 - ① グループホームむつみ園
 - ② デイサービスセンターむつみ園
 - ③ 居宅介護支援事業所むつみ園

小規模特別養護老人ホームむつみ園入所にあたり、ご入所の方に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

平成 年 月 日

〈事業者〉

所在地 〒515-2335 三重県松阪市嬉野算所町 488

名 称 社会福祉法人むつみ福祉会

説明者 所属 小規模特別養護老人ホームむつみ園

氏名 _____ (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

〈入所者〉

住所_____

氏名_____⑩

〈身元引受人〉

住所_____

氏名_____⑩