

重要事項説明書

地域密着型特別養護老人ホーム みゆき東館

人が人をおもう。人が人をつつむ。



みゆきの里

当施設は介護保険の指定を受けています。
(熊本県指定第 4390101295 号)

当施設はご利用者様に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

名
前

様

◇◆目次◆◇

1. 施設の概要・事業の目的と運営の方針・施設の規模、構造・施設の設備
2. 施設の主な設備・職員の勤務体制等
3. 施設サービスの概要
4. 施設サービスの概要・利用料等について
5. 苦情等申立先・協力医療機関について
6. 緊急時の対応等
7. 当施設ご利用の際に留意していただく事項
8. その他
9. 同意書

重 要 事 項 説 明 書

施設は介護保険法の指定を受けています（熊本県指定第 4390101295号）

1. 施設の概要

名 称	社会福祉法人 健成会 地域密着型特別養護老人ホームみゆき東館
代 表 者	（理事長） 富島 三貴
所 在 地	〒861-4172 熊本県熊本市南区御幸笛田六丁目6番71号 TEL (096)379-3666 FAX (096)379-3366

2. 事業の目的と運営の方針等

事 業 の 目 的	入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものになるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することとします。
施設運営の方針	施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
地域密着型施設サービス計画の作成及び評価	介護支援専門員が、利用者の直面している課題等を把握し、利用者や家族等の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。原案の作成にあたっては、利用者または家族等へ面接し、説明の上、同意を得て交付します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を定期的に評価します。

3. 施設の規模、構造

敷地・面積		3771,53 m ²
建物	構 造	鉄骨造 2階建
	延べ床面積	1687,05 m ²
利用定員		20名（各ユニット10名×2ユニット）

4. 施設の設備等

（1） 居 室

居室の種類	室数	面積	備考
1人部屋	20室	12.6m ²	ナースコール・ミニキッチンを設置

(2) 主な設備

設備の種類	室数	設備の種類	室数
あんず	1室	かりん	1室
食堂兼リビング	5室	浴室	3室
便所	6室		

5. 職員の勤務体制等

(1) 職員数

従業者の職種	配置数	指定基準
管理者	1名(兼務)	1名
生活相談員	1名(兼務)	1名
介護職員 (介護福祉士)	12名	10名
看護職員 (看護師)	1名 (1名)	
介護支援専門員	1名(兼務)	1名
機能訓練指導員	1名(兼務)	1名
医師(嘱託医師)	2名(非常勤)	1名
管理栄養士	1名(兼務)	1名

(2) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	・日 勤 (8:30~17:30)	週休2日
生活相談員	・日 勤 (8:30~17:30)	週休2日
介護職員 看護職員	・早出④(6:00~15:00) ・早出⑤(6:30~15:30) ・早出①(7:00~16:00) ・日勤A(8:00~17:00) ・日勤 (8:30~17:30) ・日勤B(9:00~18:00) ・遅出①(10:00~19:00) ・遅出②(11:00~20:00) ・遅出③(11:30~20:30) ・遅出④(12:00~21:00) ・遅出⑤(13:00~22:00) ・遅出⑥(14:00~23:00) ・夜勤 (22:00~7:00)	週休2日
介護支援専門員	・日 勤 (8:30~17:30)	週休2日
機能訓練指導員	・日 勤 (8:30~17:30)	週休2日
管理栄養士	・日 勤 (8:30~17:30)	週休2日
医師(嘱託医)	・月1回	

※ 利用者へのサービス向上と職員の資質向上のため、研修の機会を確保しています。

6. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	- 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の心身状況及び嗜好に配慮した食事を提供します。 - 食事は利用者の意思を尊重し、また、その心身の状況に配慮した上で、できる限り離床し、共同生活室で食事を摂ることを支援します。その際、共同生活室で食事を摂るよう強制することはいたしません。 - 適切な栄養管理を行うため、栄養ケア計画を作成し、これに基づいたサービス提供を行います。 - 医師の指示に従って、必要な療養食を提供し、健康管理に努めます。 - 利用者の嚥下や咀嚼の状況。食欲など心身の状態等を食事に反映させるために介護課と栄養課との連携を十分に行うようにします。 - 利用者に対して適切な栄養食事相談を行います。 - 食事の時間・メニュー・場所について、可能な限り利用者の希望に基づいて、選択できるよう最大限の配慮を行います。 (標準的な食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
排 泄	- 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 - プライバシーを保護する環境を整えます。
入 浴	- 利用者は身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、入浴の機会を提供します。 - 寝たきり等で座位のとれない方は、専用の機械を用いての入浴も可能です。 - 入浴の回数、曜日、時間、浴槽等、利用者の希望や要望に配慮した援助に努めます。
離床、着替え 整容等	- 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。 - 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をします。 - シーツ交換は週1回実施します。 - 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行います。
機能訓練	機能訓練指導員による利用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に努めます。

健康管理	・ 嘱託医師により、月1回以上診察日を設けて健康管理に努めます。 ・ また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。（別項の緊急時の対応をご参照下さい。） ・ 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その付き添いについてできるだけ配慮します。 ・ 看護職員により、24時間連絡体制（オンコール体制）を確保し入所者の健康管理に努めます。 ・ 看取り介護も希望に応じて対応いたします。 当施設の嘱託医師：1名（御幸病院） 診療科：内科 当施設の看護師：1名
相談及び援助	・ 当施設は、利用者およびそのご家族等からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
衛生管理	・ 利用者の使用する食器その他設備及び飲用水等についての衛生管理に努めます。 ・ 医薬品及び医療用具を適切に管理します。 ・ 感染症及び食中毒が発生、まん延しないよう適切な対応を行います。
社会生活上の便宜	・ 当施設では、利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を提供するとともに、ご利用者が自律的におこなう活動を支援いたします。また、年間を通じて四季折々の外出の機会を確保するよう努めます。 ・ クラブ活動（活動内容によっては材料費をご負担いただきます） ・ 地域、ボランティア活動者との交流 ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族等の状況によっては、同意を得て代わりに行います。
身体拘束に関する事項	・ 施設サービスの提供に当たっては、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。またどうしても行う必要性が生じた場合には、検討会にて協議し、本人又は家族からの同意を書面にて頂いた上で、計画に基づき行います。

*感染対策担当者については、看護師が担当します。

*高齢者虐待防止担当者については、相談員が担当します。

（２）介護保険給付外サービス

衣類クリーニング・理美容に要する費用	・ 利用者のご希望により、クリーニング業者をご紹介しますことができます。また、出張による理美容サービスを受けることができます。この場合、実費についてご負担いただきます。支払いについては口座引き落とし及び預り金からの支払いも可能です。
電気製品持込料	・ ご希望により、お部屋に電気製品を持ち込むことができます。この場合、料金表のとおり、実費（電気代）についてご負担いただきます。

預かり金管理について	・利用者及びご家族等による利用料等各種支払い預貯金等の管理が困難な場合は、施設がその代行を行う、金銭管理サービスをご利用いただけます。 ・実際の管理にあたっては、施設で定める「預り金等管理規程」に従って行われます。主な内容は次のとおりです。 管理する金銭等の形態：金融機関の預貯金通帳及び現金を施設管理します。 管理方法：①通帳と印鑑は別々の場所に保管します。 ②年4回出納状況について報告いたします。 ③いつでもご希望に応じて出納状況を閲覧できます。 ④規程に基づいて、管理料を頂きます。 管理責任者：管理者が管理します。
------------	--

7. 利用料等について （別途「利用料一覧」をご参照ください。）

法定代理受領	介護保険負担割合証に基づいた割合をご利用者が負担し、事業所が残りを市町村へ請求します。
法定代理受領以外	利用者が10割負担となります。
各種減免手続き	介護保険制度では、条件に応じて利用料が減免される場合があります。希望される方は、生活相談員までお申し出下さい。

お支払い方法

金銭管理の区分	支 払 方 法
ご家族等による管理	当月のご利用料等の請求書を翌月中旬に送付致しますので、月末までに事務所へ持参くださいますようお願い致します。
金銭管理サービス利用者	預かり金等管理規程により、毎月の利用料等を翌月に払い出し致します。
自動引き落とし契約者	当園では（株）セディナとの契約により、通帳より自動引き落としサービスが利用できます。
自動引き落とし内容	1) 毎月の利用料（電気代・趣味活動費含む） 2) 御幸病院医療費・内服代 3) 理美容代（みゆき東館契約） 4) 他科受診医療費・内服代 5) 福祉用具代

8. 苦情等申立先

苦情処理体制	1. 苦情は、①苦情箱を利用して、②電話や窓口で直接に、③書面を利用して等いろいろな方法で申し出ることができます。 2. 苦情申し出先は、苦情受付担当者に限らず、みゆき東館の職員であれば誰でも可能です。苦情受付担当者以外で受け付けた場合は、速やかに受付担当者に報告します。 3. 苦情解決責任者は、申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。この際、申出人は第三者委員の立会を求めることが出来ます。 4. 解決できない苦情は、関係機関に申し出ることができます。 5. 施設(苦情解決責任者)は、関係機関の調査に協力し、解決に努めます。 6. 申出内容については、対応策を検討し、掲示板に掲示し通知します。	
申 立 先	当 施 設	苦情受付担当者： 相談員 藤本 奈美 苦情解決責任者： 管理者 松岡 洋助 電話番号：096-379-3666 受付時間：月～金曜 8：30～17：30
	介護保険課 介護事業指導室	所在地 熊本県熊本市中央区手取本町1丁目1番 T E L 096-328-2793
	国民健康保険団体連合会	所在地 熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号 介護サービス苦情相談窓口 T E L 096-214-1101 (代)
	熊本県社会福祉協議会 (熊本県福祉サービス適正化委員会)	所在地 熊本県熊本市中央区南千反畑3番7号 熊本県総合福祉センター内 TEL/FAX096-324-5471/096-355-5440
	第三者委員	別紙記載

9. 協力医療機関等

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人博光会 御幸病院
所在地	熊本県熊本市南区御幸笛田6丁目7番40号
電話番号	096-378-1166
診療科	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・心療内科・麻酔科 リハビリテーション科・神経内科・漢方内科・アレルギー疾患内科
入院設備	あり

(2) 協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	医療法人 伊東会 伊東歯科口腔病院 いたう歯科医院
所在地	熊本県熊本市東区画図町重富551-2
電話番号	096-370-5110
入院設備	なし

10. 緊急時の対応等

(1) 緊急時、事故発生時等の対応

1. 事故発生時、発見者は速やかに看護職員及び生活相談員へ連絡します。 2. 連絡を受けた看護職員は、状況状態を確認の上、嘱託医師又は協力病院へ連絡し指示をあおぎ、必要に応じて受診等を行います。 3. 生活相談員及び看護職員は必要な情報について、速やかに家族等へ連絡するとともに、施設長に報告します。 4. 報告を受けた管理者は、状況状態に応じて、市町村や保険会社等関係機関へ連絡します。 5. 施設長は、状況状態に応じて、理事長、理事会へ報告します。 6. 施設は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。 7. 施設は、この記録に基づいて、委員会等により検討・検証を行い、事故等の再発防止に努めます。 8. 施設は、利用者に対する施設サービスの提供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。
--

(2) 非常災害の対応

非常時の対応	別途定める「地域密着型特別養護老人ホームみゆき東館消防計画」に添って対応を行います。			
近隣との協力関係	隣接する関連施設と連携、相互の防災協力関係を密接に行います。			
非常時の訓練等	別途定める「地域密着型特別養護老人ホームみゆき東館消防計画」に添って年2回夜間又は昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	ガス漏れ報知機	あり
	避難階段	3箇所	消火散水栓	あり
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	3箇所
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	カーテン・布団等は防燃性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	防火管理者： 山城 勉			

11. 当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ず備え付けの用紙に記載下さい。 面会時間 8：00～21：00（原則として）
外出・外泊	外出・外泊の際には、できれば事前に届け書に必要事項を記入の上、提出し、施設長の承諾を受けて下さい
設備・備品等の利用	施設内の設備、備品等は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。

喫 煙	施設内は原則禁煙です。但し、利用者個人の嗜好によるため、申し出ください。また、ライター等火気は防災上の都合により持ち込まないでください。
迷惑行為等	騒音・暴言・暴行等他の利用者や職員の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
所持品の管理	収納スペースが限られておりますので、生活に必要な所持品の持ち込みにご協力下さい。
現金等の管理	金銭管理サービスをご利用下さい。
宗教活動等	施設内で他の利用者に対する宗教活動、政治活動並びに営業活動は固く禁じます。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りします。

12 その他

(1) 入退居について

入居について	① 入居は、入所の指針に基づいた入退所判定会により、その時期が協議され決定されます。申込み時期のみで決定されるわけではありませんので、予めご了承下さい。 ② 入居時には、ご希望により施設の送迎サービスをご利用いただけます。 ③ 入居時にお持ちいただくもの 〈書類関係〉 ☐健康保険被保険証 ☐後期高齢者被保険者証 ☐介護保険負担割合証 ☐介護保険被保険者証 ☐身体障害者手帳 ☐年金手帳 ☐療育手帳 ☐重度心身障がい者医療受給者証 ☐公害認定手帳関係 ☐精神障害者保健福祉手帳 ☐介護保険負担限度額認定証 ☐印鑑 ☐その他（ ）
	〈身の回りの品〉 ☐衣類（日常着） ☐寝間着（パジャマ等） ☐肌着 ☐下着 ☐靴下 ☐タオル ☐バスタオル ☐室内履き ☐歯ブラシ（歯磨き）☐コップ ☐茶碗 ☐湯呑 ☐箸 ☐お椀 ☐電気カミソリ ☐くし ☐その他 （ ） ※衣類には、必ず名前を付けてください。 ※衣類は季節毎の入れ替えが必要です。
退居について	① おおむね3ヶ月以上の入院が必要になった場合は、退所となります。ただし、おおむね3ヶ月以内に退院が可能な状態に回復された場合は、必ず、再入所できます。 ② 入院後3ヶ月を越えた場合でも優先して再入所でしていただけるよう配慮します。 ③ 家庭復帰により、退所になった場合でも再入所が必要になった場合は、優先して入所していただけるよう配慮します。 ④ 退居時には、ご希望により施設の送迎サービスをご利用いただけます。 ⑤ 家庭復帰等により退所される場合には、円滑に退所できるよう援助します。

その他	入院期間中の空きベッドを、他の利用者に一時的に提供させていただく場合があります。この場合、必ず事前に、利用者及びご家族等の同意を得ることとします。その場合の居住費をご負担いただく必要はありません。
-----	--

(2) その他

個人情報の取り扱いについて	①別途定める「個人情報管理規程」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(平成16年12月24日厚生労働省)施設の職員は、業務上知り得た利用者及び家族等の情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、退職した後においても同様とします。また、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者に対し、利用者の個人情報を提供しません。
記録の整備について	施設は、利用者に対する施設サービスの提供に関する記録書類を整備し、その完結の日から5年間保存します。 利用者又は家族等は、いつでも記録書類の閲覧及び謄写を求めることができます。
お問い合わせ	何かご不明な点等がありましたら、いつでもお気軽にお問い合わせ下さい。 相談員兼介護支援専門員：藤本 奈美 管理者：松岡 洋助

(令和6年1月1日現在)

令和 年 月 日

<利 用 者>

私は、以上の重要事項について、下記の説明者より説明を受け、内容を理解し同意しました。実際のサービスを利用するにあたっては、施設内で開催するサービス担当者会議や、求めに応じて熊本県及び市町村、並びに居宅介護支援事業所等関係機関に情報を提供することに同意します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____

<代 理 人>

私は、利用者と同様に説明を受け内容を理解しました。本人の意思を確認の上、代理人として署名します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____

<説 明 者>

私は、施設サービスの提供開始に際し、以上の重要事項について、パンフレット等関係書類とともに、利用者及び代理人に説明を行いました。

(職 名) _____ (氏 名) _____