

重要事項説明書

特別養護老人ホームみゆき園

人が人をおもう。人が人をつつむ。



当施設は介護保険の指定を受けています。
(熊本県指定第 4370100622号)

当施設はご利用者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

◆◆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	P1
2. 施設の主な設備・職員の勤務体制等	P2
3. 施設サービスの概要	P4
4. 施設サービスの概要・利用料等について	P5
5. 介護保険給付外サービス等について	P6
6. 苦情等申立先・協力医療機関について	P8
7. 緊急時の対応等	P9
8. 当施設ご利用の際に留意していただく事項	P10
9. その他	P10
10. 同意書	P12

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 4370100622号）

1. 施設の概要

名 称	社会福祉法人 健成会 特別養護老人ホームみゆき園
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6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	施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活の援助、機能訓練、健康管理及び療養上の援助を行うことにより、ご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にすることを目指します。
施設運営の方針	施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、ご利用者の意思及び人格を尊重し、身体拘束や抑制等を行うことなく、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、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。
施設サービス計画の作成及び評価	介護支援専門員が、ご利用者の直面している課題等を把握し、ご利用者やご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、ご利用者またはご家族等へ面接し、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		2, 3567. 18m ²	
建物	構 造	鉄筋コンクリート造	3階建
	延べ床面積	3, 035. 5 m ²	
利用定員		72名	

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	10室	11. 61m ² ~13. 69m ²	ブザー・洗面台を設置
2人部屋	14室	21. 44m ²	ブザー・洗面台を設置

3人部屋	10室	33.20㎡	ブザー・洗面台を設置
4人部屋	1室	45.56㎡	ブザー・洗面台を設置

(2) 主な設備

設備の種類	室数	設備の種類	室数
食堂兼機能訓練室	1室	医務室	1室
浴室	2室	静養室	1室
調理室	1室	多目的室(仏間)	1室
事務室	1室	相談室	1室

5. 職員の勤務体制等

(1) 職員数

従業者の職種	配置数	従業者の職種	配置数
施設長	1名	介護支援専門員	1名以上
生活相談員	1名	機能訓練指導員	1名
介護職員 (介護福祉士)	25名以上 (20名以上)	看護職員 (看護師)	5名 (3名以上)
医師(嘱託医師)	1名(非常勤)以上	管理栄養士	2名

(2) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	・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	・早 出 (7:30~16:30) ・日 勤① (8:00~17:00) ・日 勤② (8:30~17:30) ・日 勤③ (9:00~18:00) ・遅 出 (11:00~20:00) ・夜 勤 (16:30~9:30) 日中はおおむね10名程度勤務します。 夜勤は4名勤務します。	週休2日
看護職員	・早 出 (7:30~16:30) ・日 勤 (8:30~17:30)	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	週休2日

※ ご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	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご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。 食事はご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、食事を摂ることを支援します。 適切な栄養管理を行うため、栄養ケア計画を作成し、状態に応じた栄養管理を計画的に行います。 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。 ご利用者の嚥下や咀嚼の状況や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。 ご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、可能な限りご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。 <p>(標準的な食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～</p>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ご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	<ul style="list-style-type: none"> 年間を通じて週2回以上の入浴または清拭を行います。 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、ご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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員によるご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。
口腔	<ul style="list-style-type: none"> 口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう努めます。 歯科医師または歯科医師から指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行い、実践します。 口腔衛生の管理にかかわる技術的助言及び指導を受けた上で計画表を作成し、ケアに繋がります。

<p>健康管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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。） • ご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）を確保しご利用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名以上（御幸病院） 診療科：内科 当施設の看護師：4名以上
<p>相談及び援助</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 当施設は、ご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。
<p>衛生管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ご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。 ▪ ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。 ▪ 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。 ▪ 当施設では、職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修・訓練を定期的実施し、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。
<p>社会生活上の便宜</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、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行事を企画します。また、年間を通じて外出の機会を確保するように努めます。 • 主なクラブ活動（フラワー・アルバム・木工教室・化粧教室） • 主なレクリエーション行事 • 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、ご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。

<p>虐待防止に関する事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 当施設では、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じています。 <ol style="list-style-type: none"> ① 虐待を防止するための従業者に対する研修を実施します。 ② 虐待の発生またはその再発を防止するための委員会を設置し、定期的を開催します。 ③ 虐待防止委員会の結果について従業者へ周知します。 ④ ご利用者及びそのご家族からの苦情処理体制の整備及び虐待を防止するための指針を整備します。 ⑤ その他虐待防止のために必要な措置を講じます。 ⑥ 上記措置を適切に実施するための担当者を配置（統括マネージャー）します。 ▪ 当施設では、サービス提供中に従業者による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
<p>身体拘束に関する事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 施設サービスの提供に当たっては、ご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、身体拘束その他ご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、ご利用者又はご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。 ▪ 当施設では、身体拘束等の適正化を図るため、以下に掲げる事項を実施します。 <ol style="list-style-type: none"> ① 身体拘束等の適正化を図る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ものとする）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知を図ります。 ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。 ③ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的を実施します。

※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、介護支援専門員が担当します。

※機能訓練、口腔、栄養に係る一体的計画書を作成します。

7. 利用料等について （別途「利用料一覧」をご参照ください。）

<p>法定代理受領</p>	<p>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。</p>
<p>法定代理受領以外</p>	<p>ご利用者が10割負担となります。</p>

(2) 介護保険給付外サービス

日常生活品の購入代行	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者及びご家族等から自らの購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用頂けます。購入代行に係る費用のご負担はありません。
衣類クリーニングに要する費用	<p>ご利用者のご希望により、クリーニング業者によるサービスを受けることができます。この場合、実費についてはご負担いただきます。支払いについては施設で代行できます。</p>
理美容に要する費用	<ul style="list-style-type: none"> ご利用者のご希望により、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。
預かり金管理について	<ul style="list-style-type: none"> ご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。 <p>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。</p> <p>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。</p> <p>管理責任者：施設長 松岡 洋助</p>

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 (ご利用者)	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	<ol style="list-style-type: none"> 1) 毎月の利用料 2) 御幸病院医療費・内服代 3) 新規の入所時健診代(実費) 4) 理美容代(みゆき園契約業者) 5) その他

8. 苦情等申立先

苦情処理体制	<p>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。</p> <p>2. 苦情申し出先は、苦情受付担当者に限らず、みゆき園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。</p> <p>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できます。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
申立先	当施設	苦情受付担当者： 相談員 内田 奈津子 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
	熊本市介護事業指導課	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
所在地	熊本県熊本市中央区子飼本町4-14
電話番号	096-343-0377
入院設備	あり

10. 緊急時の対応等

(1) 緊急時、事故発生時等の対応

<ol style="list-style-type: none"> 1. 事故発生時、発見者は速やかに多職種へ（看護師、介護支援専門員）連絡します。なお、当施設はAEDを設置しております。 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おおぎ、必要に応じて受診等行います。 3. 職員は必要な情報について、速やかにご家族等へ連絡するとともに、施設長に報告します。 4. 職員は、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とった処置について記録します。 7. 施設は、事故担当者を置きます。担当者は、事故の記録に基づいて、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、ご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「特別養護老人ホーム みゆき園防災計画」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「特別養護老人ホーム みゆき園防災計画」に添って年2回夜間又は昼間を想定した避難訓練を、ご利用者の方や地域住民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	防火シャッター	1箇所
	避難階段	4箇所	室内消火栓	4箇所
	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
	ガス漏れ報知機	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	消防署への届出日：令和5年3月1日 防火管理者： 山城 勉			

(3) その他

感染症の発生及びまん延等、及び、自然災害などの場合も、業務継続計画に基づき、業務の継続ができるよう努めます。

11. 当施設ご利用の際に留意していただく事項（感染症対策並びに災害等により以下の限りではない。）

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、ご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・暴行等及び他のご利用者や職員の迷惑になる行為、又は業務に支障をきたす行為（頻回もしくは長時間のお電話、SNS等による誹謗中傷など）はご遠慮願います。また、むやみに他のご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。
携帯電話の利用	原則、時間と場所を守っていただくことを条件に使用は可能です。ただし、料金は別途いただきます。（料金表参照） 時間：9時～17時 場所：携帯電話スペースの表示がある場所 ※時間と場所のご協力をしていただけない場合は、ご使用をお断りさせていただきますことでもあります。
宗教活動等	施設内で他のご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) 入退所について

入所について	<p>① 入所は、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。（入所対象者とは、要介護3以上で、病状が安定期であり、入院加療を必要としない方です。）</p> <p>② 入所時には、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。</p> <p>③ 入所時にお持ちいただくもの 〈書類関係〉 <input type="checkbox"/>健康保険被保険証 <input type="checkbox"/>後期高齢者被保険者証 <input type="checkbox"/>介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/>介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/>身体障害者手帳 <input type="checkbox"/>年金手帳 <input type="checkbox"/>療育手帳 <input type="checkbox"/>重度心身障がい者医療受給者証 <input type="checkbox"/>公害認定手帳関係 <input type="checkbox"/>精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/>介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/>印鑑 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
--------	--

	<p>〈身の回りの品〉</p> <p><input type="checkbox"/> 衣類（日常着） 寝間着（パジャマ等） <input type="checkbox"/> 肌着 <input type="checkbox"/> 下着</p> <p><input type="checkbox"/> 靴下 <input type="checkbox"/> バスタオル <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 室内履き</p> <p><input type="checkbox"/> 歯ブラシ（歯磨き） <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 電動ひげそり（男性）</p> <p><input type="checkbox"/> 電動顔そり（女性） <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> その他</p> <p>（ ）</p> <p>※衣類には、必ず名前を付けてください。</p> <p>※衣類は季節毎の入れ替えが必要です。</p>
退所について	<p>① おおむね3ヶ月以上の入院が必要と見込まれる場合は退所となります。</p> <p>② 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は、退所となります。</p> <p>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。</p> <p>④ 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。</p> <p>⑤ 2か月以上の利用料金を滞納された場合は退所となります。</p>
その他	<p>入院期間中の空きベッドを、地域のご利用者や他のご利用者に一時的に提供させていただくことがあります。その場合は、居住費をご負担いただく必要はありませんが、居室の提供がなかった場合は、居室料（多床室：900円、個室：1200円）をお支払いいただくこととなります。</p>

(2) その他

個人情報の取り扱いについて	<p>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、業務上知り得たご利用者及びご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、ご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、ご利用者の個人情報を提供しません。</p>
記録の整備について	<p>施設は、ご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。</p> <p>ご利用者又はご家族等は、所定の手続きにより記録書類の閲覧及び謄写を求めることができます。</p>
お問い合わせ	<p>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。</p> <p>担当者：生活相談員・介護支援専門員</p>

(令和6年4月1日現在)

年 月 日

<ご利用者>

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、ご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、ご利用者及び代理人に説明を行いました。

(職 名) _____ (氏 名) _____