

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型特別養護老人ホーム みゆきの郷

重要事項説明書

社会福祉法人 天宣会

域密着型特別養護老人ホーム みゆきの郷

〒923-0982 石川県小松市松崎町赤場1番1

TEL 0761-43-1123

FAX 0761-43-4123

2024年8月改定

社会福祉法人 天宣会

地域密着型特別養護老人ホームみゆきの郷 重要事項説明書

当事業所は介護保険事業者の指定を受けています

(介護保険事業所番号 1790300121)

◆◆目 次◆◆

1. 事業者
2. ご利用施設
3. 事業所の目的と運営方針
4. 施設設備
5. 職員の配置状況
6. 職員の勤務体制
7. 施設サービスの概要
8. 施設を退去していただく場合
9. 身元引受人
10. 事故発生時の対応
11. サービス内容に関する苦情の受付について
12. サービスの第三者評価の実施状況について
13. 非常災害時の対策
14. 当施設ご利用の際の留意事項
15. 個人情報の取り扱いについて

1. 事業者

法人名	社会福祉法人天宣会
住所	石川県小松市松崎町赤場1番1
電話番号	0761-43-1123
ファックス番号	0761-43-4123
代表者氏名	理事長 西浦 天宣
設立年月日	平成16年10月14日
実施する事業	特別養護老人ホーム みゆきの郷 老人短期入所事業 「指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所 みゆきの郷」 老人デイサービス事業「指定通所介護サービス事業所 及び指定はつらつシニア支援事業所 デイサービスセンター みゆき」 居宅介護支援事業「みゆきの郷居宅介護支援事業所」

2. ご利用施設

施設の種類	指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
施設の名称	地域密着型特別養護老人ホームみゆきの郷
住所	石川県小松市松崎町赤場1番1
電話番号	0761-43-1123
ファックス番号	0761-43-4123
施設長氏名	坂越 亘
設立年月日	平成18年1月20日
建物構造	鉄筋コンクリート
延床面積	6238.93㎡
入居定員	20名
併設施設	短期入所生活介護施設「みゆきの郷」定員20名 介護老人福祉施設「みゆきの郷」定員80名 通所介護事業所「みゆき」定員30名

3. 施設の目的と運営方針

目 的	<p>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護「みゆきの郷」（以下「施設」という）が行う指定介護福祉施設サービス（以下「施設サービス」という）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や従業者が要介護状態にある高齢者に対し、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、適切なサービス提供をすることを目的とする。</p> <p>特に施設としては、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うことにより、入居者の意思と自己決定を尊重したサービス提供をすることを目的とする。</p>
運 営 方 針	<p>施設は、入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、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となるよう配慮しながら各ユニットにおいて入居者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します。</p> <p>施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつ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、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る。</p> <p>地域社会で営まれる普通の生活が継続・実現できることを目標に、福祉サービスの質の向上を目指します。</p>

4. 施設設備

居室・主な設備

居室・設備の種類	室 数	備 考
居 室	6 室	4人部屋4室 2人部屋2室 面積10.7㎡以上 ※洗面設備完備
食堂及び機能訓練室	2 室	2・3階に各1箇所
浴 室	6 箇所	1階 機械浴槽、座位浴槽 2階 家庭浴槽、座位浴槽 3階 家庭浴槽、座位浴槽
レクリエーションスペース	1 室	本館1階
医 務 室	1 室	本館1階
理 美 容 室	1 室	本館1階
静 養 室	1 室	本館1階

5. 職員の配置状況 ※職員の配置については、指定規準を遵守しています。

職 種	員 数	職 務 内 容
施 設 長 (管理者)	1名	常勤にて専ら施設の職務に従事し、施設職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。
介 護 職 員	7名以上	入居者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・援助等を行う。
看 護 職 員	1名以上	主に、入居者の健康管理及び療養上のお世話をを行う。
生 活 相 談 員	1名以上	入居者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行う。
介護支援専門員	1名以上	入居者に係る施設サービス計画を作成する。
機能訓練指導員	1名以上	主に入居者の機能訓練計画を作成し評価を行う。
嘱 託 医	1名	入居者の健康管理及び療養上の指導を行う。
管 理 栄 養 士 (栄養士)	1名	入居者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じた栄養ケアマネジメントを行う。
事 務 員	必要数	必要な事務を行う。

6. 職員の勤務体制

※但し、職員の勤務時間については変更になることがあります。

職 種	勤務体制（標準的な時間帯）	
施 設 長 (管理者)	正規の勤務時間帯	8：30～17：30
介 護 職 員	早番	7：00～16：00
	日勤	8：30～17：30
	遅番	12：00～21：00
	夜勤	21：00～ 7：00
看 護 職 員	早番	8：00～17：00
	日勤	8：30～17：30
	※上記に関わらず、24時間の連絡体制を確保しています。	
生 活 相 談 員	正規の勤務時間帯	8：30～17：30
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯	8：30～17：30
介護支援専門員	正規の勤務時間帯	8：30～17：30
嘱 託 医	週1回毎週水曜日	13：30～15：30
管 理 栄 養 士 (栄 養 士)	正規の勤務時間帯	8：30～17：30
事 務 員	正規の勤務時間帯	8：30～17：30

7. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

サービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。介護保険負担割合証に提示されている負担割合によって利用料金が個々人により異なりますので、介護保険負担割合証のご提示が義務となっています。

サービスの種類	サービス内容	自己負担額
食事	食事時間 朝食 7:30～8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00 おやつ 15:00～15:30 管理栄養士（栄養士）が入居者の栄養状態についてアセスメントし、その状態及び嗜好を考慮した食事を適時適温、また場所を考慮し提供する。疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき特別食を提供する。適切な方法により食事の自立について必要な支援を行う。	※重要事項説明書 別紙1 参照
家事	日常生活における家事を入居者が、その心身状況等に応じてそれぞれの役割をもって行うよう支援する。	
入浴	入浴又は清拭を週2回以上行う。身体の状態に応じた浴槽を使用する。	
排泄	排泄の自立を促すため、入居者の身体機能を最大限に活用した援助を行う。	
機能訓練	入居者の意向にそって、日常生活の中で行われる機能訓練やレクリエーション、行事等を通じた機能訓練を行う。	
健康管理	嘱託医や看護職員による健康管理を行う。	
褥瘡予防	褥瘡の発生を予防するための体制を整備する。	
離床	寝たきり防止のために、できる限りベッドから離れた生活を送っていただくよう配慮する。	
着替え	生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮する。	
整容	清潔で快適な生活を送っていただけるよう、適切な整容が行われるよう援助する。	

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスについては、利用料金の全額が入居者様のご負担となります（重要事項説明書別紙1参照）。

サービスの種類	備 考
食 事 の 提 供	食材料費及び調理費用相当をご負担いただきます。
居 住 の 提 供	光熱水費相当と室料をご負担いただきます。
教 養 娯 楽 費 等	ご希望により、レクリエーションや行事、クラブ活動にかかる実費分をご負担いただきます。
健 康 管 理 費	ご希望により、インフルエンザ予防接種等にかかる実費分をご負担いただきます。なお、インフルエンザ予防接種等にかかる実費分をご負担いただきます。
私 物 の 洗 濯	ご希望により、外部のクリーニング店に取り次ぐこともできます。
受 診 時 の 送 迎 費	ご希望により医療機関を受診する場合、小松市以遠の医療機関を受診する場合、別途費用を請求することがあります。

※他、サービスとは関係ない費用についても入居者様のご負担となります。

種 類	備 考
個人の嗜好・希望に基づく日用品	いわゆる「贅沢品」や個人の希望に応じて立て替え払いで購入した費用。ただし、個人用の日用品は基本的にご家族様で準備をお願いします。(注) オムツは介護保険給付対象となります。
個人専用家電製品の電気代	重要事項説明書別紙1参照
個別の希望による新聞・雑誌等	個別の希望に応じた新聞・雑誌等の代金。
理美容の利用	重要事項説明書別紙1参照
学習療法教材費	ご希望により、MSS E検査、FAB検査実施後、学習療法に参加される場合。

(3) 利用料金のお支払い方法

料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し翌月15日までに請求しますので、翌々月2日までに金融機関の預金口座からの自動引き落としによりお支払い下さい。

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とされる方は、ご希望により、下記の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。但し、下記の医療機関での優先的な診療・入院等を保障するものではありません。また、下記の医療機関での診療・入院治療を義務付けるものではありません。

医療機関の名称	国民健康保険 小松市民病院
所在地	石川県小松市向本折町木60番地
診療科	内科、精神科、神経科、呼吸器科、消化器科、循環器科、神経内科、外科、小児科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、産婦人科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科、歯科口腔外科、放射線科、麻酔科

医療機関の名称	小泉医院
所在地	石川県小松市大文字町135番地1
診療科	内科、外科、消化器科（胃腸科）、肛門科

医療機関の名称	あまいわ歯科医院
所在地	石川県小松市本折町109
診療科	歯科

※施設入居にあたり可能な方は主治医が嘱託医に変更となります。嘱託医による健康管理や療養指導については、介護保険給付サービスの対象となります。

※施設入居にあたり、口腔内（義歯等）の状態を確認する為、協力歯科医（もとむら歯科医院）に診察を受けていただく場合があります。

8. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退居していただきます。

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ⑤ ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）。
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）。

（1）ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者からの当施設からの退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の7日前までに退居届をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に解約・解除し、施設を退居することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- ② 施設の運営規程の変更に同意できない場合。
- ③ ご利用者が入院された場合。
- ④ 事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合。
- ⑤ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合。
- ⑥ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ⑦ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合。

(2) 事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合。
- ④ ご利用者が入院後2ヶ月以内の退院ができないもしくは見込まれない場合は、契約が解除されます。
- ⑤ ご利用者が連続して60日以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合。
なお、ご利用者が退院し、7日以内に再び同一又は類似の疾患により入院した場合は、前後の入院は連続するものとします。
- ⑥ ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。
- ⑦ ご利用者の医療依存度が高くなり、常時医療的管理が必要になった場合。

(3) 円滑な退居のための援助

ご利用者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助をご契約者に対して速やかに行います。

9. 身元引受人

契約締結に当たり、身元引受人をお願いすることがあります。但し、社会通念上、契約者に身元引受人を立てることができない相当な理由が認められる場合は、その限りではありません。

(1) 身元引受人の責任

身元引受人は、この契約に基づく契約者の事業者にたいする一切の債務について契約者と連帯して履行の責任を負います。

(2) 身元引受人の前項以外の責任

- ① 利用者が医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
- ② 契約の中途解約又は契約解除の場合、契約者と連帯して利用者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めること。
- ③ 利用者が死亡した場合、遺体及び所持品（残置物）の処理その他必要な措置。
また、引き渡しに係る費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

10. 事故発生時の対応

みゆきの郷の入居者に対し、施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに入居者の家族等、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。また、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には、損害賠償を速やかに行う。

1 1. サービス内容に関する苦情の受付について

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

①苦情解決責任者：施設長

②苦情受付担当者：生活相談員

③第三者委員：永江 庸悦

石川県小松市串町チ 4 3

電話番号 0761-44-2232

にし
：西 サナエ

石川県小松市串町チ 1 2

電話番号 0761-44-1991

(2) 当施設以外の苦情申し立て窓口

①石川県福祉サービス運営適正化委員会

所在地：石川県金沢市本多町3丁目1番10号（石川県社会福祉協議会内）

電話 076-234-2556 FAX：076-234-2558

受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日、年末年始を除く）

②石川県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地：石川県金沢市幸町12番1号 石川県幸町庁舎4階

電話：076-231-1110 FAX：076-231-1601

受付時間：午前9時～午後5時（土日祝日を除く）

④小松市役所 長寿介護課

所在地：石川県小松市小馬出町91

電話：0761-24-8149 FAX：0761-23-3243

受付時間：午前8時30分～午後5時15分（土日祝日、年末年始を除く）

1 2. サービスの第三者評価の実施状況について

【実施の有無】	無
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

1 3. 非常災害時の対応

災害時の対応	別途に定める「特別養護老人ホームみゆきの郷 消防計画」に則り対応を行います。	
平常時の訓練	別途に定める「特別養護老人ホームみゆきの郷 消防計画」に則り、年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を実施する。	
防災設備及び消防設備	防災設備 避難階段 消防用設備 消火器 スプリンクラー 非常通報装置 非常電源設備	非常口 屋内消火栓設備 自動火災報知設備 誘導灯及び誘導標識

14. 当施設ご利用の際の留意事項

<p>訪問・電話について</p>	<p>訪問・電話の受付時間は8:30～20:00。 訪問時間及び電話時間に関して、上記時間をお守りください。 また、訪問の際は、面会届出書の記入をお願いします。 ※感染状況その他の影響により、受付時間を短縮する場合があります。</p> <p>新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染防止の為、施設への訪問をお断りすることがあります。 ※面会についてはテレビ会議システムを用いることにより代える場合や、実施を制限する場合があります。</p>
<p>外出・外泊</p>	<p>外出・外泊の際は、事前に職員にお伝え下さい。 感染症予防のため、外出・外泊についても制限する場合があります。</p>
<p>居室・設備・器具の利用</p>	<p>居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用して下さい。 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。</p>
<p>喫煙</p>	<p>指定された場所以外での喫煙はお断りします。</p>
<p>迷惑行為</p>	<p>当施設の職員や他のご利用者に対し、ハラスメントその他迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。 介護現場におけるハラスメントとは、『身体的暴力』、『精神的暴力』及び『セクシュアルハラスメント』を言います。末尾記載の例のとおり。</p> <p>介護現場での職員へのハラスメントが全国的な問題になっています。 ハラスメントを防止することが、介護サービスを継続して円滑に利用できるようご協力をお願いします。(厚生労働省老健局通達)</p>
<p>持込を禁止するもの</p>	<p>入居者の専用居室は、8畳程度です。介護する際の障害となるような大型家具やマッチ・ライター・ストーブ・線香・ローソク、刃物類など、事故や火災の危険性のあるものの持込は禁止いたします。 おもちゃ等のどに詰まりやすい食べ物やなまものの持ち込みもご遠慮ください。</p>
<p>衣類の洗濯</p>	<p>当施設では、入居者の衣類の洗濯、乾燥を行います。洗濯機を使用し、衣類をまとめて洗濯、乾燥することになりますので、洗濯機で洗えないもの、縮まない素材の物をご準備下さい。(当施設での洗濯、乾燥で衣類の損傷等が生じた場合につきましては、当施設での責任は負いかねますのでご了承下さい。) 紛失や間違い防止のため持ち物には必ずお名前を書いて下さい。</p>

みゆきの郷 からのお願い	当施設の方針として、入居者様・ご家族様からの、職員へのご惠贈はすべてお断りさせていただいております。ご理解いただき、お許しください。万一、ご惠贈くださいましても拝辞させていただきますので、悪しからずご了承の程お願い申し上げます。
居室変更	当施設の運営状況、入居者様の心身状況、他の入居者様との関係性などの理由により居室移動することがあります。
事故について	24時間常に職員が付き添うこと、若しくは見守りすることは不可能なため、安全対策を施したにもかかわらず、転倒や転落等の事故が起こる可能性があることをご理解下さい。

★介護現場におけるハラスメント

1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。(職員が回避したため危害を免れたケースを含む)

- 例：○コップをなげつける ○蹴られる ○手を払いのけられる
○たたかれる ○手をひっかく、つねる ○首を絞める
○唾を吐く ○服を引きちぎられる

2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

- 例：○大声を発する ○サービスの状況をのぞき見する ○怒鳴る
○気に入っている職員以外に批判的な言動をする
○威圧的な態度で文句を言い続ける ○刃物を胸元からちらつかせる
○「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
○家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする
○利用料金の支払を求めたところ、手渡しせずに、お金を床に並べてそれを拾って受け取るように求められた。
○利用料金を数か月滞納。「請求しなかった事業所にも責任がある」と支払いを拒否する
○長電話で職員を拘束する
○尿量の測定、体調管理等過度な要求を行う

3) セクシュアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

- 例：○必要もなく手や腕をさわる ○抱きしめる ○異性の裸の写真を見せる
○入浴介助中、あからさまに性的な話をする ○卑猥な言動を繰り返す
○サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる
○活動中の職員のジャージに手を入れる

(三菱総合研究所引用)

15. 個人情報の取扱いについて

1. 当施設では個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインに基づいて、当法人で規定する諸規則等により保有する利用者の個人情報について適切に管理し、利用者の求めに応じて内容を開示します。また、個人情報の使用に関しては予め個人情報の使用に係る同意書により同意の上、使用します。

2. 当施設は、事業活動にとどまらず地域における活動や社会保障制度の改善のための取組等を行っており、事業所の各種活動・取り組みにおいて、広報をはじめ広く情報を発信するにあたり、入居者またそのご家族の写真（顔写真を含む）を使用させていただく場合があります。写真の使用については予めホームページ及び広報誌等への写真の使用に係る同意書により同意の上、使用します。

年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

事業者	住 所 石川県小松市松崎町赤場1番1 事業者名 社会福祉法人天宣会 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 地域密着型特別養護老人ホームみゆきの郷 説 明 者 _____
-----	--

私は、契約書及び本書面により、指定介護老人福祉施設サービスの提供に関する重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意します。

入居者	住 所 _____ 氏 名 _____
署名代行者	私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名を行いました。 私は、 <u>利用者本人の利用意志を確認しました。</u> 住 所 _____ 氏 名 _____ 本人との関係（ _____ ） 署名代行の理由 1. 入院中等により本人不在の為 2. 字が書けないまたは書きにくい為 3. その他（ _____ ）