

重要事項説明書

社会福祉法人 日生会
盲養護老人ホーム熊本めぐみの園

【 重要事項説明書 】

(令和6年10月1日 現在)

1 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 日生会
代表者名	佐土原 護
所在地・連絡先	〒861-8030 熊本市東区小山町1781番地 電話番号：096-389-5177 FAX番号：096-380-7037

2 事業所の概要

事業所名	盲養護老人ホーム 熊本めぐみの園
施設長名	佐土原 護
所在地・連絡先	〒861-8030 熊本市東区小山町1781番地 電話番号：096-380-7232 FAX番号：096-273-8859

3 施設理念

共 生 … 利用者とともに今日を生きる。今日一緒に働く仲間たちとともに生きる。

共 育 … 利用者、家族、上司、部下、同僚みんながともに向上しあうことを大切にします。

共 学 … 今！に満足せず常に利用者にとって新しい今！を学び全員で共有します。

4 目 的

社会福祉法人日生会が運営する盲養護老人ホーム熊本めぐみの園（以下「施設」という。）は老人福祉法（昭和38年法律第133号。「以下」法という。）の目的並びに基本理念に基づき、環境上の理由及び経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な者を入所させて養護するとともに、自立した日常生活を営み、社会参加活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とします。

5 施設の概要

(1)構造等

敷 地		5,235.44 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造2階建
	延べ床面積	1,660.86 m ²
	利用定員	50 名

(2)設備の状況

設 備	室 数	面 積	設 備	室 数	面 積
居室(2人部屋)	25室	638.65m ²	一般浴室	1室	26.26m ²
食 堂	1室	181.31m ²	特殊浴槽室	1室	28.47m ²
機能訓練室	1室	78.12m ²	医務室	1室	18.47m ²
静養室	1室	18.34m ²			

6 職員体制・職務内容

1 施設長(管理者)1名(常勤)

施設長は理事長の命を受け、所属職員を指揮監督し施設の業務を統括するとともに老人福祉法の理念と社会福祉法人としての役割を職員に伝え指導します。

2 医師 1名(嘱託医・非常勤)

医師は利用者の診療・健康管理及び保健衛生指導します。

3 主任生活相談員 1名(常勤)

主任生活相談員は、生活相談業務のほかに、入所に際しての調整と他の生活相談員に対する技術指導等の内容の管理を行います。

4 生活相談員 1名(常勤)

生活相談員の主たる業務は“相談”や連携・調整といった間接支援・環境整備等を担うものであり、これらについての知識・技術が必要とされるほか、専門職としての価値・倫理が強く求められ、処遇計画については、入所者の心身の状況や周囲の環境、本人及び家族の希望等を勘案し、他の職員と協議の上で作成致しその他必要な業務を行います。

5 主任支援員1名(常勤)

主任支援員は支援員の業務に加え、他の支援員に対する技術指導等を行う。また、入所者の介護面において、生活相談員等と連携を保ち、介護全般について調整・把握致します。

6 支援員 4名以上(常勤・非常勤 うち1名を主任支援員とする。)

支援員は、養護老人ホームの入所者の生活全般の支援に携わることとなります。生活相談員の作成した処遇計画に基づき、入所者が自立した日常生活を営むために必要な指導及び訓練、家族との交流等の機会の確保、外出の支援、レクリエーション支援等を行うほか、心身機能が低下した者等に対しての食事・入浴・排泄等の介助を担うこともあります。

7 看護職員2名(常勤)

看護師は、入居者の健康管理、医師の指示のもとに適切な医療の補助や看護を行うこと、普段からの健康管理(バイタルサインの観察・健康相談・家族への報告と支援等含む)・服薬管理、健康診断(年2回)・医療機関との連携(受診支援・入院中の面会)、感染症の予防と蔓延の防止に努め、健康管理面での入所者支援に携わるだけでなく、他の職員に対しての意識啓発のための役割を担います。

8 栄養士 1名(常勤)

栄養士は、献立作成・栄養量計算及び給食記録を行い、給食委託業者の管理、監督及び調理員を指導して給食業務を行います。

9 事務員 1名(常勤)

事務員は、施設の運営管理に係る庶務及び財務事務に従事します。
前項の定数の他、必要に応じて職員又は臨時職員を置くことがあります。

7 事故発生時及び緊急時における対応

施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

(1) 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備しております。

(2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、職員に周知徹底します。

(3) 事故発生の防止のための委員会及び支援員その他の職員に対する研修を定期的に行います。

2 施設は、入所者に対する処遇により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の 家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

3 施設は、前項の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。

4 施設は、入所者に対する処遇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。

8 苦情相談の対応

苦情相談の対応

受付手段		解決責任者	佐土原 護
場所	当事業所寮母室	受付担当者	古沢 優子
TEL	(096) - 380 - 7232	対応時間	午前9:00から午後5:00まで
受付方法	電話、面接、職員へお申し出ください 苦情相談箱へ投書 (玄関・エレベーター・仏間に設置)	※受付担当者不在時対応について 対応した職員が担当者に報告致します。	

※「苦情解決の方法」、「苦情処理」は別紙1にくわしく記載しております。

9 非常災害時の対策

非常災害対策	1. 消防計画にのっとり対応を行います。 2. 消防計画にのっとり年2回総合避難訓練を実施します。 3. 毎月自衛避難訓練を実施します。 4. 日々、厨房及び喫煙所の火の元点検をしています。	
重度者への 防災上の配慮	介護度の高い方は一階に入居して頂いております。	
防災設備名称	スプリンクラー 避難階段（12カ所） 誘導灯及び誘導標識（12カ所） 自動火災通報装置	屋内消火栓（4カ所） 防火戸・防火シャッター（2カ所） 火災警報設備 消火器（一階6本、二階4本）

10 処遇の基本

施設は入所者について、その者が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、その心身の状況等に応じて、社会復帰の促進及び自立のために必要な指導及び訓練その他の援助を妥当適切に行います。

11 処遇内容

- | | | |
|---|----------|---|
| 1 | 【食事サービス】 | 栄養士のたてる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮しバラエティに富んだ食事を提供します。 |
| 2 | 【口腔衛生】 | 利用者の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、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。 |
| 3 | 【入浴サービス】 | 利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行うとともに、入浴の自立についても適切な援助を行います。 |
| 4 | 【排泄】 | 利用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。 |
| 5 | 【支援】 | 処遇計画に基づき、入所者が自立した日常生活を営むために必要な指導及び訓練、家族との交流等の機会の確保、外出の支援、レクリエーション支援等を行うほか、心身機能が低下した者等に対しての食事・入浴・排泄等の介助を担うこともあります。入所者の日常生活の介護及び相談、援助します。 |
| 6 | 【健康管理】 | 看護職員は常に利用者の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じます。 |
| 7 | 【相談及び援助】 | 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、利用者の社会生活に必要な支援を行います。 |
| 8 | 【余暇活動】 | ・各種レクリエーションを実施します。
・生活リハビリを兼ねたレクリエーションを実施します。
・認知予防を取り入れたレクリエーションを実施します。 |

12 サービス利用に当たっての留意事項

○面会は原則として午前8時30分から午後9時までです。
時間外につきましては、当直職員にお申し出ください。

○外出・外泊は送迎があれば自由ですが期間等をお申し出ください。

○電話は原則としてお取次ぎは午前8時30分から午後9時までです。
緊急の場合は職員へお申し出ください。

○施設内の設備や備品等は本来の用法に従ってご利用ください。

○決められた場所以外での飲酒・喫煙はご遠慮ください。
但し、健康上問題のある方は、飲酒・喫煙はできません。

○お食事は食堂をご利用ください。
身体状況に応じて居室にお持ちすることもできます。

○金銭・貴重品は、本人又は身元引受人で管理してください。

○所持品の持ち込みは床頭台、ロッカー等に納まる程度にお願い致します。
所持品には全て氏名を記入してください。
寝具類は施設で準備致しますが、電気毛布等個人で持ち込まれる場合は職員にお申し出ください。

○施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

○危険物などの持込はご遠慮ください。

○ペットの持ち込みは、ご遠慮願っております。

○医療については、主治医・協力医療機関が診察します。

13.個人負担(日用品費・衛生費・その他料金一覧)

■電話代

施設の固定電話を使用された場合にお支払い下さい。

3分…10円 15分…50円 30分…100円

■オムツ・パンツ代

施設が用意しておりますオムツ等を使用された場合にお支払い下さい。

個人負担(実費)

■おしりふき代

施設が用意しておりますおしりふきを使用された場合にお支払い下さい。

個人負担(実費)

■電気代(1か月あたり)

※個別にテレビ・冷蔵庫・暖房器具・その他持ち込み家電を使用されている方

※暖房器具等の季節限定品は使用期間のみ徴収します。

月額1,500円

■私物洗濯代

※ご本人、身元引受人等のご希望に限りです。

月額4,000円(税抜)

■クリーニング代

※業者への直接支払いになります。

個人負担(実費)

■レクリエーション材料費

行事・教室等で個人用の材料費がかかる場合はお支払い下さい。

個人負担(実費)

■理容・美容代

※業者への直接支払いになります。

個人負担(実費)

■医療機関への診察代

※医療機関への直接支払いになります。

個人負担(実費)

■補助食品代

補助食品が必要になった場合にお支払い下さい。

個人負担(実費)

■備品管理代

お部屋に入りきれないお荷物について、保管場所が発生した場合にお支払い下さい。

日額 100円

月額 3,100円

■浴衣代

施設でお亡くなりになり、施設で用意した浴衣を使用された場合にお支払いください。

1セット 4,500円

■その他費用

上記以外の費用が発生する場合には市町村と協議し徴収致します。

個人負担(実費)

14 金銭管理について

○入所者の年金受給通帳・印鑑の管理は(施設・身元引受人)がします。

○施設預かりの場合、現金の管理は(本人管理・現金出納簿管理)

※本人での現金管理が難しくなった場合は、現金出納簿管理へ変更することもありますので、ご了承願います。

○施設預かりの場合、預かり金の収支状況を3か月毎に確認していただくこととなりますが、確認は(本人・身元引受人)とする。

15 第三者評価の実施状況

・実施日 令和 年 月 日

・評価機関

・評価結果の開示 あり・なし

重要事項・利用者負担 同意書

盲養護老人ホーム熊本めぐみの園は
令和____年____月____日に重要事項説明書及び、処遇について説明を行いました。

事業所(法人)名	社会福祉法人 日生会	
事業所名	盲養護老人ホーム 熊本めぐみの園	
代表者	佐土原 護	㊞
電話番号	(096)-380-7232	
住 所	熊本市東区小山町1781番地	

説明者名		㊞
------	--	---

私は令和____年____月____日に重要事項説明書及び処遇について担当者より説明を受け、盲養護老人ホーム熊本めぐみの園の重要事項説明書に記載してある入居者負担金を利用した場合には支払う事に同意します。

利用者名		㊞
------	--	---

利用者との続柄		
身元引受人		㊞
住 所		

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

管理者は苦情、相談の窓口担当者を選任し、該当担当者が苦情、相談の対応に当たります。

苦情、相談窓口

場 所	盲養護老人ホーム 熊本めぐみの園
住 所	熊本市東区小山町1781番
T E L	(096)-380-7232
受付日	月曜日から日曜日
対応時間	午前9:00 ～ 午後5:00まで
受付方法	電話、面接、意見箱、職員へ直接お申し出ください
解決責任者	佐土原 護
受付担当者	古沢 優子
受付担当者 不在時対応	対応した職員が担当者に報告し対応いたします。

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①利用者等から苦情等の申し出があった場合、まず上記受付担当者が事実を確認します。

②当事業所において、管理者を含めた会議を開き、苦情解決の為の対応策を検討し、検討結果を、上記受付担当者が利用者へ説明し同意を得ます。また、処遇計画書に対する苦情等又は変更希望については「利用者の希望」、「サービスの提供状況」または「心身状況」を十分に調査検討したうえで、生活相談員が計画の変更を速やかに検討します。上記によって利用者の同意が得られ苦情が解決された場合は、その後も、両者と常時連携を図り、同様な苦情が再発しないように十分配慮します。

③上記によっても、利用者の同意が得られず苦情が解決しない場合は、利用者が希望すれば他の処遇を選択してもらう等の措置を講じます。

④上記で解決が困難な場合は、当該苦情を各市町村の福祉課等に苦情申し立て出来る旨を伝え、本人が各市町村の福祉課等に対し、苦情申し立てを希望する場合には、それに協力します。

⑤第三者委員に直接申し出ることができます。連絡先は施設内に掲示しています。

⑥苦情・相談の処理過程を記録し、再発防止策を作成します。

⑦苦情・相談の受付は、窓口への直接訪問や電話による受付の他、アンケートなども行い利用しやすい環境を作ります。

別紙 2

緊急時等における連絡先

令和 年 月 日現在

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、緊急時連絡先(ご家族等)へ連絡を致しますので、必ずご記入ください。

1.かかりつけ医

病院名	
住所	
担当医	
電話番号	

2.緊急連絡先(身元引受人)

(ご家族等)①

氏名	続柄()	氏名	続柄()
住 所		住 所	
電話番号		電話番号	

協力医療機関

盲養護老人ホーム熊本めぐみの園は、利用者の病状の急変等に備えるため協力医療機関を定めております。

1.嘱託医(内科)

病院名	よしむた総合診療所
住所	熊本市東区小山 6丁目10-15
電話番号	096-380-5442

2.歯科

病院名	こんどう歯科医院
住所	菊池郡大津町陣内 1154-4
電話番号	096-213-4415

3.眼科

病院名	米村眼科医院
住所	熊本市中央区帯山 2丁目4-20
電話番号	096-382-7190

4.外科・整形外科

病院名	江南病院
住所	熊本市中央区渡鹿 5丁目1-37
電話番号	096-375-1112

5.精神科

病院名	くまもと悠心病院
住所	熊本市東区小山町 1808-2
電話番号	096-389-1882

6.泌尿器科

病院名	いけだ泌尿器科
住所	菊池郡菊陽町原水 1166-1
電話番号	096-233-1000

個人情報保護に対する基本方針

盲養護老人ホーム熊本めぐみの園（以下、「事業所」という）は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。

当事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、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を遵守し、個人情報保護を図ることをここに宣言します。

記

1. 個人情報の適切な取得、管理、開示、委託

- ① 個人情報の取得にあたり、利用目的を開示した上で、必要な範囲を取得し、利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用します。
- ② 個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、本人の同意を得ることとします。

2. 個人情報の安全性確保の措置

- ① 当事業所は、個人情報保護の取り組みを全社員等に周知徹底させるために、個人情報保護に関する規定類を整備し、必要な教育を継続的に行います。
- ② 個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失、またはき損の予防及び是正のため、当法人内において規定を整備し安全対策に努めます。

3. 個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除等への対応

当事業所は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除等の申し出がある場合には、速やかに対応します。これらを希望される場合には、
こちら（個人情報相談窓口 電話 096-380-7232）までお問い合わせください。

4. 苦情の処理

当事業所は、個人情報取扱に関する苦情に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。

なお、この個人情報保護方針は、当法人のホームページ(<https://www.k-nisseikai.jp>)で公表するとともに、要望に応じて紙面にて公表いたします。

社会福祉法人 日生会
理事長 佐土原 護
盲養護老人ホーム熊本めぐみの園
施設長 佐土原 護

個人情報を用いる同意書

【目的】

盲養護老人ホーム 熊本めぐみの園では、業務上知り得た利用者及びその後見人又は家族の秘密及び個人情報を用いる必要がある場合には、利用者及びその後見人又は家族に下記の使用目的等を説明し同意を得なければ使用いたしません。

記

【使用目的】

1. 施設内での会議等
2. 処遇計画の作成及び評価の会議
3. 熊本市役所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は他のサービス事業所との連携時において
4. 緊急時において主治医、協力医への連絡を行う場合
5. 主治医、協力医に心身状況等の把握を行う場合
6. 当事業所が発行する HP(ホームページ)又は新聞に、写真(活動風景等)への掲載。

(はい ・ いいえ)

【事業者】

盲養護老人ホーム熊本めぐみの園は令和 年 月 日に使用目的の説明を行いました。

説明者 _____ (印)

住 所 熊本市東区小山町 1781 番地

事業者名 社会福祉法人 日生会

事業所名 盲養護老人ホーム 熊本めぐみの園

代表者名 佐土原 護 (印)

【利用者】

私は令和 年 月 日に個人情報を用いる使用目的について説明者より説明を受け、個人情報を用いる事に同意します。

利用者氏名 _____ (印)

家族代表氏名 _____ (印)

[代理人を選任した場合]

氏 名 _____ (印)