

介護老人福祉施設 重要事項説明書

1. 事業者概要

法人名	社会福祉法人 日本介護事業団		
法人所在地	空知郡奈井江町字奈井江町161番地1	電話番号	0125-65-2866
代表者氏名	理事長 対馬 徳昭	設立年月	平成29年3月25日

2. 施設の概要

施設の名称	地域密着型特別養護老人ホーム やすらぎの家		
指定日	令和7年12月1日	指定番号	0197100118
運営方針	地域や家族との結びつきを大切にしながら、法人理念である「誰もが ごくふつうに くらせる し あわせ」の創造を目指します。		
施設の目的	利用者一人一人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、入所前の居宅における生活と入所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利用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を目的とします。 指定介護老人福祉施設は家庭的な雰囲気のもと、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。施設サービス計画に基づき日常生活に必要となる介護や健康管理を行い、利用者の心身の状況に応じた自立支援と在宅支援を目標としてサービスを提供します。		
施設所在地	空知郡奈井江町字奈井江町161番地1	電話番号	0125-74-6150
代表者氏名	施設長 斎藤 美貴子	開設年月	令和7年12月10日
入所定員	20人	施設の種類	地域密着型介護老人福祉施設

3. 居室等の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入所される居室は、多床室(1人部屋)であり共用の洗面所および便所を備えています。

居室・設備の種類	室 数	備 考
居 室	20室	1人あたり 12.90 m ² 、洗面所および便所は含まない
浴 室	1室	一般浴室兼個浴室(介護リフト使用)
食堂・機能訓練室	1コニー	
静 養 室	1室	介護職員室に併設

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。

※ 利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際は、利用者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置

(1) 主な職員の配置状況 (令和7年12月10日現在)

職 种	配置人員(常勤換算)	職 种	配置人員(常勤換算)
施設長(管理者)	(兼務) 1名	機能訓練指導員	(看護職員兼務) 1名以上
介護職員	6名以上	介護支援専門員	(本体施設兼務) 1名以上
看護職員	1名以上	医師	(嘱託) 1名以上
生活相談員	1名以上	管理栄養士	本体施設のみ

※ 配置については、指定基準を遵守しています。

(2) 主な職種の勤務体制 (標準勤務時間帯)

職 种	勤 务 体 制		
1. 管理者(施設長)	日 勤	8:30~17:30	
	早 出	7:00~16:00	日 勤 8:30~17:30
2. 介護職員	遅 出(1)	10:00~19:00	
	遅 出(2)	13:00~22:00	夜 勤 22:00~7:00
3. 看護職員	日 勤	8:30~17:30	夜 勤 16:00~10:00
4. 生活相談員	日 勤	8:30~17:30	
5. 機能訓練指導員	日 勤	8:30~17:30	
6. 介護支援専門員	日 勤	8:30~17:30	
7. 医師	非常勤	週2回程度	
8. 管理栄養士	日 勤	8:30~17:30	

5. 施設サービス計画の作成と変更

利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後に作成する「施設サービス計画」に定めます。

①介護支援専門員が施設サービス計画原案作成やそのために必要な評価等の業務を担当します。

②施設サービス計画は、利用者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。その内容を書面で交付します。

③介護支援専門員は、利用者の特性に応じて、または利用者及びその家族の要請に応じ、施設サービス計画の変更の必要があるかどうかを確認します。変更の必要がある場合には、利用者及びその家族等と協議して施設サービス計画を変更します。

④施設サービス計画が変更された場合は、利用者及びその家族に対して書面を交付し、その内容の確認と同意をいただきます。

6. 当施設が提供するサービス

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) サービスの概要

食 事	① 管理栄養士が作成する献立表により、栄養、利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ② 利用者の自立援助のため、食堂において食事をとって頂くことを原則としています。但し、利用者の体調などによって、居室等で食事をして頂くことができます。 ③ 食事時間の目安 (朝食) 7:30~ (昼食) 11:30~ (夕食) 17:30~
入 浴	① 入浴又は清拭を最低2回行います。 ② 利用者の身体の状況に合わせて入浴することができます。
排 せ つ	排せつの自立を促すため、利用者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。
機能訓練	指導員が利用者の心身等の状況に応じて、機能の回復又は減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	医師や看護職員が健康管理を行います。
相談援助	介護保険や医療・福祉に関する各種相談に応じます。
栄養管理	栄養ケアマネジメントを通じて栄養状態の管理を行います。
その他自立への支援	① 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ② 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。 ③ 清潔で快適な生活が送れるよう援助します。

(2) 入居中の医療の提供

医療を必要とする場合は、利用者の希望により下記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、下記協力医療機関での優先的な診療及び入院治療を保証するものではありません。又、下記協力医療機関での診療や入院治療を義務づけるものではありません。

	協力病院	協力歯科医院
病院の名称	奈井江町立国民健康保険病院 社会医療法人博友会 平岸病院	アダチ歯科医院
所 在 地	空知郡奈井江町字奈井江12番地 赤平市平岸新光町2丁目1	奈井江町本町1区
電 話	0125-65-2221 0125-38-8331	0125-65-2659
診 療 科	内科・整形外科・眼科 内科・精神科・神経内科	歯科、口腔外科

7. 入所中の入院の取り扱い

■ 検査入院等、6日間以内の短期入院等の場合

6日以内に退院された場合は、再び施設に入所することができます。

但し、入院期間中であっても所定の料金を負担頂きます。また、外泊をされた場合も所定の料金を負担頂きます。

短期入院又は外泊の場合のサービス利用料金

【自己負担額(1日あたり料金)】=入院・外泊時費用及び居住費の合計額

■ 7日以上3か月以内の入院の場合

3か月以内に退院された場合は、再び施設に入所することができます。

但し、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時に施設の受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等を利用頂く場合があります。尚、入院期間中、下記の通り居室料を負担頂きます。

【従来型多床室】利用者負担段階1~3段階：1日あたり 0~430円/4段階以上：1日あたり 915円

■ 3か月以内の退院が見込まれない場合

3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

8. サービス提供困難時の対応

サービス利用相談にあたり、すでに満室である場合や被保険者資格が入所要件に満たない場合など正当な理由がある場合を除き、サービス提供を行います。サービス提供が困難な場合は、利用相談者の意向を踏まえて他のサービスの紹介、要介護認定の申請に係る援助を行います。

9. 利用料金

重要事項説明書別紙利用料金表をご確認下さい。

10. 退所時の遺留金品の引取等

入居契約が終了した後、施設に残された利用者の所持品（残置物）を利用者又は連帯保証人に引き渡します。

11. 苦情の受付について

（1）苦情の受付担当者等

苦情解決責任者	管理者（施設長）齋藤 美貴子	受付時間	8:30～17:30
苦情受付担当者	生活相談員 本庄 マナミ	電話番号	0125-74-6150

（2）円滑かつ迅速に苦情処理を行う為の処理手順

①連絡体制の整備	苦情受付者は速やかに苦情解決責任者へ報告（文書及び口頭）します。
②処理と解決	苦情解決責任者は、必要に応じて苦情申出人などから詳しい事情を伺うとともに、当施設従業者から事情を聴取して問題点を把握し、解決策の検討と調整を行います。また、苦情解決にあたっては、その解決策を苦情申出人などに説明し十分な理解を頂くとともに同意を得るよう努めます。
③事後処理	記録を台帳に保管するとともに再発防止に役立てます。

（3）行政機関その他苦情受付機関

次の機関で苦情を受け付けております。

機関名称	電話番号
奈井江町健康保険福祉課	0125-65-2119
北海道国民健康保険団体連合会	011-231-5161
北海道福祉サービス運営適正化委員会	011-204-6310

12. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、るべき措置について防災計画を作成します。また、防災計画に基づき、年2回以上利用者及び従業員等による避難訓練等を行います。

13. 緊急時の対応

利用者の状態が急変した場合などには、速やかに主治医、協力医療機関及び家族への報告等必要な措置を講じます。

14. 事故発生時の対応

介護事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸機関等へ報告を行うなど必要な措置を講じます。また事故の状況やとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。また事故の原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

15. 守秘義務に関する対策

施設及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、退所後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

16. 個人情報の保護

施設では、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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」を遵守し適切な取り扱いに努めます。施設が得た利用者の個人情報については、施設での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとします。但し、例外として以下については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うものとします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
- ② 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

17. 記録の整備

利用者に提供したサービスについての記録を作成し、契約終了後5年間保管するとともに利用者又は代理人の請求に応じて閲覧に応え、必要な場合は複写物を交付します。

18. 入居者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

19. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行いません。但し、利用者、他の利用者等の生命又は身体を保護するために、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分説明し同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

20. 第三者評価の実施の状況

第三者評価の実施（有・無）直近実施年月日：（ ） 評価機関：（ ）

評価結果の開示状況（ ）

21. サービス利用にあたっての留意事項

施設を利用するにあたって、共同生活の場としての快適性・安全性を確保するため次の事項をお守り下さい。

（1）持ち込みの制限

入所にあたり、危険物又は危険を及ぼす恐れのある物を持ち込むことはできません。

（2）面 会

面会時間は、午前8:30から午後8:00までとします。来訪者は、施設入口にある面会カードに必要事項を記入下さい。

（3）外出・外泊

外出・外泊される場合には、外泊される予定日の3日前までに事前の申し出が必要です。

また、外泊の連続する期間については、原則として月のうち最長6日間とさせて頂きます。

（4）食 事

食事が不要な場合は、事前にお申し出下さい。

但し、申出日によっては食材がすでに納品されている場合もあり、その際は通常の食費がかかります。

（5）施設・設備の使用上の注意

① 居室、共用施設及び敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

② 施設内の機械及び器具類を利用される場合は、必ず従業員に声をかけて下さい。

③ 故意、又は、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、利用者の自己負担により原状に復して頂くか相当の代価をお支払い頂く場合があります。

（6）喫 煙

施設内は原則禁煙です。

（7）その他の

① 事業者及び従業員への心遣いは、ご遠慮下さい。

② 利用者の所持品については、氏名の記入をお願い致します。

③ 利用者同士の金銭及び食べ物等のやり取りは、ご遠慮下さい。

④ 利用者又はその家族は、利用者の体調に変化があった場合には、速やかに従業員にご連絡下さい。

（例：熱っぽい、食事でむせた、尻もちをついた等）

地域密着型介護老人福祉施設サービスの開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事 業 者 法人名 社会福祉法人日本介護事業団
所在地 空知郡奈井江町字奈井江町161番地1
代 表 者 代表者 対馬 徳昭

施 設 名 地域密着型特別養護老人ホーム やすらぎの家
施 設 長 施設長 齋藤 美貴子

説 明 者 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型介護老人福祉施設サービスの開始に同意しました。

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代 理 人(家族・身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(続柄)

)