

## 介護福祉施設サービス 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	北海道空知郡奈井江町字奈井江町 161 番地 1	電話番号	0 1 2 5 - 6 5 - 2 8 6 6
代表者氏名	理事長 対馬 徳昭	設立年月	平成29年3月

### 2. 施設の概要

施設の名称	特別養護老人ホーム やすらぎの家		
指定日	平成29年4月1日	指定番号	北海道0177100765号
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、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な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	北海道空知郡奈井江町字奈井江町 161 番地 1	電話番号	0 1 2 5 - 6 5 - 2 8 6 6
代表者氏名	施設長 齋藤 美貴子	開設年月	平成29年4月1日
入所定員	50人	施設の種類	指定介護老人福祉施設

### 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。入居される居室は個室と、2人部屋ですが、居室種類の希望がある場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備 考
個室	8室	1室（1室18.00㎡、洗面所及び便所含む）
2人部屋	16室	(1人あたり12.90㎡、洗面所及び便所含まない)
4人部屋	5室	(1人あたり12.25～14.0㎡、洗面所含まない)
食堂・機能訓練室	各1コーナー	
浴室	2室	特殊浴槽・1室 一般浴室・1室
医務室	1室	1階
静養室	1室	看護師室及び寮母室に隣接

※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配置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議の上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5年5月1日現在 併設事業所・兼務を含む)

職 種	配置人員 (常勤／非常勤)	職 種	配置人員 (常勤／非常勤)
施設長(管理者)	常勤1名	管理栄養士	常勤1名
介護職員	常勤20名 非常勤1名	医師	非常勤1名
看護職員	常勤3名	機能訓練指導員	常勤1名 (看護職員が兼務)
生活相談員	常勤1名	事務職員	常勤3名
介護支援専門員	常勤1名		

※ 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

職 種	勤 務 体 制			
1. 施設長(管理者)	・日勤	8：30～17：30		
2. 介護職員	・早出	7：00～16：00	・日勤	8：30～17：30
	・遅出(1)	11：00～20：00	・夜勤	22：00～ 7：00
	(2)	13：00～22：00		

2025.12.10 改訂 社会福祉法人日本介護事業団 特別養護老人ホームやすらぎの家

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

#### (1) サービスの概要

食事	・管理栄養士が作成する献立表により、栄養、利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 利用者の自立援助のため食堂において食事をとって頂きます。但し、家族の来訪や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。 食事時間の目安 (朝食) 7：30～ (昼食) 11：30～ (夕食) 17：30～
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。
入浴	・入浴又は清拭を最低週2回行います。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。
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。
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。(相談窓口) 生活相談員
その他自立への支援	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、個人としての尊厳に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう援助します。

#### (2) 協力医療機関

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もありません。

医療機関の名称	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	医療法人社団滋佑会 方波見医院	アダチ歯科
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 番地	空知郡奈井江町141	空知郡奈井江町本町1区
診療科	内科、整形外科、眼科 小児科	内科、精神科、神経内科	内科、呼吸器内科、老年内科、 老年呼吸器内科	歯科

### 7. 入所中の入院の取り扱い

入居者の入院等により居室が空いた場合、その居室を短期入所生活介護のご利用者が使用する場合がございます。その場合、入居者の荷物は一時的に居室内のクローゼット等の中に置かせていただきます。

#### ■ 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)】＝各利用者負担段階区分の居室料金＋福祉施設外泊時加算 ※負担割合による
---

#### ■ 7日以上3か月以内の入院の場合

3か月以内に退院が見込まれるときは、利用者及びその家族の希望を勘案し退院後再び施設に入所することができます。尚、入院期間中、下記の通り居室料を負担頂きます。 【従来型個室】 1日あたり 1,231円 【2人部屋】 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か月以内に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居要件に満たない場合等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、利用相談者の意向を踏まえて他サービスの紹介、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のとおり。

10. 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） 斎藤 美貴子	受 付 時 間	8：30～17：30
苦情受付担当者	生活相談員 熊田 朋美	電 話 番 号	0126-65-2866

(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、当施設従業員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等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) 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：（ 年 月 日） 評価機関：（ ）  
評価結果の開示状況（ ）

(4) 行政機関その他苦情受付期間

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
奈井江町健康保健福祉課	0125-65-2119
北海道国民健康保険団体連合会	011-231-5161

11. 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、と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を行います。

12. 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。

13. 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生を防ぐための対策を講じます。

14. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、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。

15. 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）

16. 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。

17. 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。

18. 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、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。

19. 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、外泊の連続する機関については、原則として月のうち最長6日間とさせていただきます。
- (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
  - 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)

介護福祉施設のサービスの提供開始に際し、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 所 在 地 代 表 者	社会福祉法人 日本介護事業団 北海道空知郡奈井江町字奈井江町161番地1 対 馬 徳 昭
施 設	施 設 名 施 設 長 説 明 者	特別養護老人ホーム やすらぎの家 斎 藤 美 貴 子 _____ ㊞

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、介護福祉施設サービスの利用開始に同意しました。

利 用 者	住 所	_____ ㊞
	氏 名	_____ ㊞
代 理 人 (家族・身元引受人)	住 所	_____ ㊞
	氏 名	_____ ㊞ (続柄 )
連帯保証人	住 所	_____ ㊞
	氏 名	_____ ㊞ (続柄 )

【 連帯保証の極度額 300万円 】