

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

【北海道指定 第0173200676号】

当施設は利用者さまに対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◇ 目 次 ◇◆

1. 施設運営法人.....	2
2. ご利用施設.....	2
3. 施設・設備の概要.....	2
4. 職員の配置状況.....	3
5. 当施設が提供するサービス内容と利用料金.....	4
6. 衛生管理について.....	8
7. 業務継続計画の策定について.....	8
8. 施設利用の留意事項.....	8
9. サービス提供時における事業者の責務.....	9
10. 個人情報の使用および管理について.....	9
11. 損害賠償について.....	10
12. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）.....	10
13. 利用者さまが病院等に入院された場合の対応について.....	11
14. 残置物引き取りについて.....	11
15. 苦情の受付について.....	11
16. 虐待防止について.....	12
17. 身体拘束について.....	12
18. 事故発生時の対応について.....	12
19. 非常災害対策について.....	13
20. ハラスメント対応の強化について.....	13
21. 第三者評価の実施状況.....	13

1. 施設運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 名寄市社会福祉事業団
(2) 法人所在地 北海道名寄市東8条南8丁目117番地
(3) 電話番号 01654-3-3228
(4) 代表者氏名 理事長 橋本 正道
(5) 設立年月日 昭和48年 5月23日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設（平成18年 3月27日指定）
北海道指定 第0173200676号
- (2) 施設の目的 介護保険法令に従い、利用者さまの意志及び人格を尊重し、その者の有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とし、利用者さまに日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。
- この施設は、身体上又は精神上に障害があるために常時の介護を必要とし、かつ自宅においてこれを受けることが困難な方が入所することができます。
- (3) 施設の名称 名寄市風連特別養護老人ホームしらかばハイツ
(4) 施設の所在地 北海道名寄市風連町北栄町51番地1
(5) 電話番号 01655-3-2971
(6) 施設長（管理者） 木村 百恵
(7) 施設の運営方針 明るく家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきを重視した運営と、施設サービス計画書に基づき、利用者さまの意思および人格を尊重し、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排せつ、食事等の介護、相談および援助、社会生活上の便宜の供与、健康管理および療養上の世話をを行うことにより利用者さまがその能力に応じ、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すものとする。
- (8) 開設年月日 昭和63年 4月 1日
(9) 入所定員 80人

3. 施設・設備の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 平屋建て
(2) 建物の延べ床面積 3,492.43㎡
(3) 併設事業
[短期入所生活介護] 平成18年 3月27日指定 定員10名（1日）
[通所介護] 平成18年 3月27日指定 定員20名（1日）

（４）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。利用者さまの心身の状況や居室の空き状況により居室を変更する場合があります。

なお、居室には洗面台・ベッド・床頭台・タンス・各ユニットには冷蔵庫が備えてあります。また、必要に応じてポータブルトイレ・小テーブル・椅子をご用意します。テレビや家具などご家庭で使い慣れた物を持ち込まれる方についてはご相談下さい。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個 室	4 室	
二人部屋	1 8 室	
四人部屋	1 0 室	
合 計	3 2 室	
食 堂	1 室	
機能訓練室	1 室	〔主な設置機器〕 平行棒・歩行器 ほか
浴 室	2 室	機械浴槽・一般浴槽
医 務 室	1 室	

※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。

4. 職員の配置状況

当施設では、利用者さまに対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況及び職務内容》※職員配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準	職務内容
施設長（管理者）	1 名	（兼可）1 名	施設の管理・運営を行います。
生活相談員	1 名	1 名	日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介 護 職 員	3 0 名	2 4 名	日常生活上の介護及び健康保持のための相談・助言等を行います。
看 護 職 員	4 名	3 名	主に利用者さまの健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
介護支援専門員	1 名	（兼可）1 名	利用者さまに係る施設サービス計画書（ケアプラン）を作成します。主に生活相談員が兼務します。
医 師	1 名	必要数	健康管理及び療養上の指導を行います。
栄 養 士	2 名	1 名	利用者さまの状態にあった食事の献立を作成します。
機能訓練指導員	1 名	（兼可）1 名	機能訓練を担当します。他の職種が兼ねる場合もあります。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 3 8 . 7 5 時間）で除した数です。

《主な職種の勤務体制》

職 種	勤務体制
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出： 6：45～15：30 4名 日勤： 9：00～17：45 6～7名 遅出： 9：45～18：30 2名 夜勤：16：15～ 9：15 3～4名
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤： 8：45～17：30 2～4名
医 師	週1回 （水曜日の概ね13：30～14：30）

5. 当施設が提供するサービス内容と利用料金

当施設では、利用者さまに対して以下のサービスを提供します。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス

《サービスの概要》

サービス区分と種類	サービスの内容
施設サービス計画の作成	1 介護支援専門員が、利用者さまの心身の状況や、生活状況の把握（アセスメント）を行い、利用者さま及びそのご家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、援助の目標、サービス内容、サービスを提供する上での留意事項などを記載した施設サービス計画書を作成します。 2 作成した施設サービス計画書の内容について、利用者さま又はその家族に対して、説明し文章により同意を得ます。 3 施設サービス計画書を作成した際には、利用者さまに交付します。 4 計画作成後においても、施設サービス計画書の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行います。
食 事 朝食： 8：00～ 昼食：12：00～ 夕食：17：00～	1 栄養士の立てる献立表により、栄養及び利用者の身体状況ならびに嗜好を考慮した食事を提供します。 2 可能な限り離床して食事を摂っていただくことを支援します。
入 浴	1 入浴または清拭を週2回以上行います。 2 寝たきりの方も機械浴槽を使用して入浴することができます。
排せつ	排泄の自立を促すため、利用者さまの身体能力を最大限活用した援助を行います。
機能訓練	日常生活を送るための必要な身体機能の維持や低下を防止するた

	め、利用者さまの心身等の状況に応じた訓練や活動を行うよう努めます。
口腔衛生の管理	利用者さま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、各利用者さまの状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。
栄養管理	栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各利用者さまの状態に応じた栄養管理を行います。
健康管理	医師や看護職員が、健康管理を行います。 市外への受診が必要な場合は、ご家族の付き添いをお願いします。
看取り介護	利用者さまの看取りについては、医師の診断のもと、ご本人の意志ならびにご家族の意向により、当施設が最期を迎える場所としての役割を果たし、その人らしい人生を全うできるよう支援させていただきます（別紙：看取り指針より説明）。
看護職員と介護職員の連携による医療的ケア	1 口腔内のたんの吸引・胃ろうによる経管栄養（以下「医療的ケア」という）が必要になっても、引き続き施設での生活が続けられるよう、医師・看護職員の指示のもと、看護職員と介護職員が協働し、医療的ケアの一部を介護職員が実施します。 2 安全性の確保のための委員会設置や研修を定期的に行い、利用者さまの安全確保に努めます。 3 実際に医療的ケアが必要になった方には、別途実施体制等を説明した上で、介護職員が医療的ケアを行うことについて書面にて同意を得て実施します。
その他自立への支援	1 寝たきり防止のため、できる限りベッドから離れて生活できるよう努めます。 2 生活のリズムを整え、規則正しい生活を送れるよう援助します。 3 清潔で快適な生活を送るため、適切な整容が行われるよう援助します。

《サービス利用料金》

料金表（別紙参照）によって、利用者さまの要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額：サービス利用料金の1割または2割または3割）と食費及び居住費の合計金額をお支払い下さい。

※介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせてご利用者の負担額を変更します。

※各種加算については、基準や要件を満たした場合に発生し算定されます。

① 食 費

・利用者さまに提供する食事の材料および調理にかかる費用です。ただし、介護保険負担

限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（一日あたり）の負担となります。

※その他、個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は別途実費負担となります。

② 居住費

・この施設および設備を利用し滞在されるにあたり、いただく室料や光熱費です。ただし介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された居住費の金額（一日あたり）の負担となります。

※外泊・入院などで居室を空けておく場合は、6日目まで上記の居住費をいただきます。その場合、介護保険負担限度額認定証の受けている方につきましては、その認定証に記載された金額（一日あたり）の負担となります。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金をご契約者の負担となります。

	項 目	内 容	利用料金
1	理美容代	理美容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。	実費
2	インフルエンザ予防対策	利用者さま、ご家族の意向を確認し、インフルエンザ予防接種を行います。（助成金が受けられる場合があります）	実費
3	肺炎球菌ワクチン	利用者さま、ご家族の意向を確認し、肺炎球菌予防接種を行います。（助成金が受けられる場合があります）	実費
4	金銭管理費	通帳を預かり、管理します。	当面無料
5	日常生活上必要となる諸費用	医療費、薬代、口腔ケア物品、カテーテル、ストマ備品、保湿剤、嗜好品など。	実費

※ 日常生活費用支払い代行と貴重品の管理について

・原則として施設の指定する金融機関の利用者さまご本人名義の通帳をお預かりし、日常生活にかかる諸費用の支払い代行を行います。また、ご希望により貴重品の預かりを行うこともできます。

- 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預貯金等
- お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関への届出印、年金証書等
- 保 管 責 任 者：施設長
- 保管および出納方法：保管責任者の許可に従い、預貯金通帳、印鑑等の保管サービスのほか、預金の預け入れおよび引き出しを行います。また、出入金の都度、出入金記録を作成し、3ヶ月毎にその写しをご契約者へ交付します。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、1ヶ月毎に計算し請求します。翌月末日までに下記の方法でお支払いください（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数

に基づいて計算した金額となります。また、その他、日常生活を送る上でかかる諸費用（嗜好品・医療費等）については、別途下記アの方法にて引き落としとなります）。

ア．施設でお預かりしている本人名義の通帳からの自動引き落とし。
 イ．当事業団指定の金融機関の口座からの自動引き落とし。
 （引き落とし日：翌月末日）
 ※特に希望がない限り、原則アの支払い方法とさせていただきます。

（４）入所中の医療の提供について

当施設に置いて、サービス提供を行っている際に、利用者さまの状態の急変が生じた場合は、速やかに嘱託医及び協力医療機関へ連絡及び必要な処置を講じます。医療を必要とする場合は、利用者さまの希望により、嘱託医師の診療や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（ただし、医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません）。
 ※医療機関に入院となった場合の手続き、衣類等の洗濯、オムツ等の生活用品の提供は、原則としてご家族の対応となります。

① 当施設の嘱託医師

医 師	松田 好人、松田 卓也
医療機関の名称	名寄市風連国民健康保険診療所
所在地	名寄市風連町本町 7 6 番地 1 TEL（0 1 6 5 5）3－2 5 4 5
診療科	内科・外科
回診日時	毎週月・木曜日（祝日除く） 13 時 00 分～14 時 30 分

② 協力医療機関

医療機関の名称	名寄市立総合病院
所在地	名寄市西 7 条南 8 丁目 TEL（0 1 6 5 4）3－3 1 0 1
診療科	内科・循環器内科・呼吸器内科・神経内科・消化器内科・小児科 外科・心臓血管外科・呼吸器外科・整形外科・皮膚科・泌尿器科 眼科・心療内科・産婦人科・神経科・麻酔科・精神科 耳鼻咽喉科・脳神経外科
病 床	あり（3 5 9 床）

③ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	風連歯科診療所
所在地	名寄市風連町西町 7 8 番地 6 1 TEL（0 1 6 5 5）3－4 1 5 5

医療機関の名称	みなみまち歯科医院
所在地	名寄市風連町南町 2 3 番地 TEL（0 1 6 5 5）3－4 1 1 1

6. 衛生管理について

- (1) 利用者さまの使用する食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 当施設において感染症または食中毒が発生し、又はまん延しないよう次に掲げる措置を講じます。
 - ① 感染症の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する委員会を概ね2月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
 - ② 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

7. 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者さまに対する介護福祉施設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ついて従って、必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に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。

8. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者さまの共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ・医師より制限されているもの(タバコ・酒類・お菓子等)
- ・果物ナイフ、ハサミ等の刃物類

(2) 面 会

面会時間： 9：00～20：00

※面会者は、必ず入館者カードの記入をお願いします。

※持ち込みをされる方は、必ず職員に申し出て下さい。特に飲食物については、調理したものや生ものなど日持ちのしないものなどは、その日のうちに喫食できる量を持参いただくようお願いします。

(3) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、事前に職員にお申し出ください。

(4) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室および共用施設、敷地をその本来の用途に従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、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、もしくは相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・利用者さまに対するサービスの実施および安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者さまの居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員や他の利用者さまに対し、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。

(5) 喫 煙

施設内は原則禁煙となっており、喫煙はできません。

9. サービス提供時における事業者の責務

当施設は、利用者さまにサービスを提供するにあたり、次のことを守ります。

- (1) 利用者さまの生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- (2) 利用者さまの体調、健康状態を見て、必要な場合には医師または看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- (3) 利用者さまが受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。

10. 個人情報の使用および管理について

事業所およびサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得た利用者さままたはご家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません（守秘義務）。これは、従業者が退職後においてもこれらの秘密保持を保守すべき旨を雇用契約の内容としています。

当施設では、事業所で扱う個人情報の重要性を認識し、「個人情報保護に関する方針」に基づき、利用者さま等の個人情報の保護に努めます。なお、あらかじめ利用者さま等の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

ここで言う利用目的の必要な範囲とは、

- ① サービス担当者会議等の利用者の生活支援について検討をする場合
- ② 利用者さまの円滑な退所のため、他居宅介護支援事業所等へ情報提供する場合
- ③ 事故等による病院受診など、医療上の必要性があり、医療機関等へ情報提供する場合
- ④ 厚生労働省で行う個人データの収集（L I F E）へ協力をする場合
- ⑤ その他、理事長が必要と判断した場合

となります。

また、事業者は、サービスの提供について記録を作成し、利用者さまおよびご契約者に事由に閲覧させるものとします。また、それを2年間保管し、利用者さまおよびご契約者の請求に応じて、被写物を交付するものとします。

※「個人情報保護に関する方針」は施設内に掲示いたします。

11. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者さまに与えた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者さまに故意または過失が認められる場合には、利用者さまの置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

12. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では、契約が終了する期日を特に定めていません。以下のような事由があった場合には、当施設との契約は終了し、利用者さまに退所していただくことになります。

- ① 入所後、要介護更新認定により、利用者さまの心身の状況が自立又は要支援、要介護1、2と判定された場合。（ただし、要介護1、2の方で特例入所の要件に該当すると判断された場合は入所が認められます）
- 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事業所を閉鎖した場合。
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者さま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。

（1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所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 利用者さまが長期入院された場合（下記13. 参照）。
- ③ 事業者およびサービス従事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。
- ④ 事業者およびサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 事業者およびサービス従事者が故意又は過失により利用者さまの身体・財物・信用等を傷つけ、もしくは著しい不信行為、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。
- ⑥ 他の利用者さまが利用者さまの身体・財物・信用等を傷つけた場合、又は傷つけるおそれがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

（2）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご契約者および利用者さまが、契約締結時にその心身の状況ならびに病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実な告知を行い、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 サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、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 利用者さまが、故意又は重大な過失により事業者もしくはサービス従事者、あるいは他の利用者さま等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ 利用者さまが連続して3ヶ月を超えて入院すると見込まれる場合又は入院した場合（下記13. 参照）。
- ⑤ 利用者さまが介護老人保健施設等に入所した場合。
- ⑥ 利用者さまの外泊期間が1ヶ月間6日を超えた場合。

（3）円滑な退所のための援助

利用者さまが当施設を退所する場合には、利用者さまの希望により、事業者は利用者さまの心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のための援助を速やかに行います。

- 適切な病院又は診療所もしくは介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

13. 利用者さまが病院等に入院された場合の対応について

入所中に医療機関への入院の必要が生じた場合は、以下のとおりです。

（1）検査入院等、7日間以内の入院の場合

7日間以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院期間中であっても所定の利用料金をご負担いただきます（外泊時加算参照）。

（2）7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に当施設の受け入れ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ご利用いただく場合があります。この場合、入院期間中にかかる利用料金をご負担いただく必要はありません。

（3）3ヶ月以上の退院が見込まれない場合

3ヶ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。退院に際し、当施設に再び優先的に入所できるように配慮いたしますが、医療的な処置等が必要な場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

14. 残置物引き取りについて

入所契約が終了した後、当施設に残された利用者の所持品（残置物）はご契約者に引き取っていただきます。

また、引き渡しにかかる費用についても、ご契約者のご負担となります。

15. 苦情の受付について

当施設における苦情やご相談の受付および行政機関その他の苦情受付機関は次のとおりです。

名寄市社会福祉事業団	受付担当者 主幹 蓮 田 裕 子 電 話 番 号 (0 1 6 5 5) 3 - 2 9 7 1 F A X 番 号 (0 1 6 5 5) 3 - 2 9 7 2 受 付 時 間 8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0
名寄市役所 健康福祉部高齢者支援課 介護保険係	所 在 地 名寄市大通南1丁目 電 話 番 号 (0 1 6 5 4) 3 - 2 1 1 1 F A X 番 号 (0 1 6 5 4) 9 - 2 0 8 9 受 付 時 間 8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0
国民健康保険団体連合会	所 在 地 札幌市中央区南2条西14丁目 電 話 番 号 (0 1 1) 2 3 1 - 5 1 6 1

16. 虐待防止について

事業者は利用者さまの人権擁護、虐待の防止等のために次のとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に関する責任者を配置します。

虐待防止責任者 施設長 木 村 百 恵

- ・虐待に関する相談体制を整備します。
- ・従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

17. 身体拘束について

当施設では、利用者さま、または他の利用者さま等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の行動制限は行いません。緊急やむを得ない場合とは、次の三つの要件を全て満たしていると判断された場合に限りです。

- ① 切 迫 性 : 利用者さま本人、または他の利用者さまの生命、または身体が危険にさらされる可能性が高いこと。
- ② 非代替性 : 身体拘束、その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと。
- ③ 一 時 性 : 身体拘束、その他の行動制限が一時的なものであること。

緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討した上で判断します。その後、利用者さま本人やご家族に対して、身体拘束の内容・理由・拘束の時間や期限等を明記した文書をもって説明と同意をいただきます。また、身体拘束を行っている期間中でも定期的に見直しを行い、それを記録として残します。

18. 事故発生時の対応について

当施設は、施設における安全対策について、リスクマネジメント委員会を設置し、安全対策担当者を中心に安全管理体制を組織化しています。

利用者さまに対するサービスの提供により介護事故が発生した場合は、速やかにご契約者および行政機関に連絡を行うとともに介護事故の再発防止のための措置を講じます。

19. 非常災害対策について

当施設は、非常災害対策に関する具体的計画（火災、風水害、地震など）を作成し、防火管理者および火気、消防等についての責任者を定めておくとともに、非常災害に備えるため年3回、定期的に避難・消火訓練を行います。

20. ハラスメント対応の強化について

当施設は、適切な介護サービスを提供するため、職場において行われる性的な言動または、優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、事業所職員の就業環境が害される事を防止するための方針を明確にするとともに、その内容について職員に周知徹底します。

21. 第三者評価の実施状況（あり・なし）

〈実施年月日〉

〈評価機関〉

〈評価結果〉

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 名寄市風連特別養護老人ホームしらかばハイツ

説明者 職 名
氏 名

印

私は、本書面に基つき事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所
氏 名

印

利用者 氏 名

印