

ご契約者： \_\_\_\_\_ 様

令和    年    月    日

社会福祉法人 ノマド福祉会  
「指定介護予防短期入所生活介護及び指定短期入所生活介護  
短期入所生活介護施設 らいらっく」

## 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。  
( 札幌市指定 第 0170512412 号 )

当施設はご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護  
及び指定短期入所生活介護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  
次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「**要支援**」「**要介護**」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◇◆目 次◆◇

1. 施設経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2. 施設概要・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3. 居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・	2～3
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・	3
5. ご利用期間中の持参品及び貸し出し備品の目安・・・・・・・・	4
6. 提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・	4～10
7. 利用中の医療の提供について・・・・・・・・・・・・・・・・	10
8. 利用の中止・変更・追加について・・・・・・・・・・・・・・・・	11
9. 苦情及びサービス要望等の受付について・・・・・・・・	11
10. 施設利用の留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・	12
11. ハラスメント対策について・・・・・・・・・・・・・・・・	12

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 ノマド福祉会  
(2) 法人所在地 小樽市赤岩2丁目66番7  
(3) 電話番号 TEL：0134-31-2222  
(4) 代表者氏名 理事長 田 尻 稲 雄  
(5) 設立年月 平成8年3月27日

## 2. 施設概要

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護（平成29年3月27日 札幌市指定 第0170512412号）  
※該当事業所は特別養護老人ホームらいらっくに併設されています。
- (2) 施設の目的 指定短期入所生活介護施設及び指定予防短期入所生活介護施設は、介護保険法令に従い、ご契約者が、そ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て、ご契約者に日常生活を営む為に必要な居室及び共用施設等ご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 短期入所生活介護施設 らいらっく
- (4) 所在地 札幌市南区藤野4条4丁目20番30号
- (5) 電話番号 TEL：011-591-9000 FAX：011-591-9100
- (6) 管理者 早 川 め ぐ み
- (7) 運営方針 ご契約者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行なうことにより、ご契約者の心身の機能の維持並びにご契約者の身元保証人等の心身的及び精神的負担の軽減を図るものとします。
- (8) 開設年月日 平成29年4月3日
- (9) 入 居 定 員 20人（ユニット型：1ユニットに10室の利用居室×1ユニット、2室の利用居室×2ユニット、1室の利用居室×6ユニット）

## 3. 居室の概要

- ・当施設では以下の居室・設備をご用意しています。居室は、全室個室です。
- ・各ユニット内での居室割り当てにつきましては、ご契約者の心身状況や介護状況等に応じて決めさせていただいております。お申し出によるユニット・居室変更について、対応しかねる場合もございます。
- ・各居室には介護用ベッド（手動・電動）を完備しております。和床利用のご要望にもご相談に応じます。

※ユニット内概要についての説明

居室・設備の種類	室 数	備 考
居室（個室）	1～10室	洗面台・パネルヒーター・除湿機・ナースコール・長押・カーテン等完備。
共同生活室・食堂	2ヶ所	リビング・ダイニング・キッチンとして利用。
浴 室	1ヶ所	ユニットバス・汚物処理槽・洗濯機等完備。
ト イ レ	3ヶ所	車椅子対応スペース確保。

※各ユニット外共用設備についての説明

設備の種類	室 数	備 考
相 談 室	2 室	面談等で利用。
特殊浴室(スリッパ)	1 室	特殊寝台浴槽2台完備。
特殊浴槽(リフト)	1 室	特殊座浴槽1台完備（デｲｯﾁｰｽｴｯｶｰ内）。
医 務 室	1 室	1階に設置、嘱託医等の診察で利用。
介護ステーション	2ヶ所	各階に設置。
理 美 容 室	1ヶ所	2階に設置、定期的に理容師が来訪。
喫茶・売店コーナー	1ヶ所	1階に設置、外部業者へ委託。
喫 煙 室	1ヶ所	2階に設置。

#### 4. 職員の配置状況(特別養護老人ホームとの共有事項を含む)

当施設では、ご契約者に対して「ユニット型介護福祉サービス」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》※職員の配置については指定基準を遵守しています。

職 種	人員配置	職務概要
1. 管理者	1 名	施設全体の統括
2. 事務職員	必要な人員数	総務・経理業務の全般
3. 生活相談員	1 名以上	生活相談の全般
4. 介護支援専門員	1 名以上	介護計画の全般
5. 介護職員及び看護職員	34 名以上 (常勤換算)	生活介護の全般 健康管理と療養
6. 機能訓練指導員	1 名以上	機能維持訓練の実施
7. 栄養士	1 名以上	給食業務の統括
8. 調理職員（外部委託）	必要な人員数	調理業務の全般
9. 医師	1 名	健康管理と指導

《主な職種の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制
1. 管理者 事務職員 生活相談員 介護支援専門員 看護職員 機能訓練指導員 管理栄養士	日 勤 / 08:30 ～ 17:30 但し、土・日・祝日・年末年始は交代勤務となります
2. 介護職員	早 番 / 7:15 ～ 16:15 日 勤 / 8:30 ～ 17:30 遅 番 / 10:00 ～ 19:00 11:00 ～ 20:00 (1 ユニット毎での生活単位=8 名～10 名) 夜 勤 / 17:00 ～ 10:00 20:45 ～ 7:30 00:00 ～ 9:00 (2 ユニット毎での生活単位=16 名～20 名)
3. 医師	水曜日(毎週) 14:00 ～ 15:00

## 5. ご利用期間中の持参品及び貸し出し備品の目安

### ①ご持参品

下表を参考にご準備ください。ご持参品については利用開始時に数量確認をさせていただきますので、利用期間内で間に合う数量をご考慮のうえお持込ください。

衣 類 関 係	上衣	洗 面 関 係	カップ	自 助 具	車椅子
	下衣		歯ブラシ		歩行器
	下着類		歯磨き粉		杖
	靴下		義歯洗浄剤		義歯
	羽織物		電気剃刀（※男性のみ）		眼鏡
	寝衣	靴	上靴 （※スリッパ <sup>ハ</sup> は転倒の危険 があります。）	そ の 他	介護保険証・医療保険証
	その他、寒暖対策で必要 と思われるもの				利用期間中の定期薬
					箱ティッシュ
					市販薬（解熱剤など）

※ご持参品には名前は不要ですが、多数の方が利用されていますので紛失や誤配を防止するためにご心配なことがあれば記載をお願いします。

※介護保険証・医療保険証の更新や変更があった場合にはご持参ください。控えとして複写を取らせていただきます。

※ご自身で金銭管理ができない方の現金のご持参は事前にご相談ください。当施設での生活にかかわる売店利用料等は請求書に合算し請求可能となります。

### ②貸し出し備品

下表の品は施設で貸し出し可能です。

※車椅子・歩行器	※ポータブルトイレ	※テレビ	※冷蔵庫
寝具一式	箸・スプーン		

※印の備品は数に限りがございますので事前にご相談ください。尚、電化製品については別途使用料の請求を行います。

## 6. 提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- |   |
|---|
| (1) 介護保険から給付されるサービス（1割または2割負担）<br>(2) 介護保険の給付対象外のサービス（全額自己負担） |
|---|

### (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》

#### ① 食 事

- 当施設では、管理栄養士が作成する献立により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ご契約者の自立支援のために離床してユニット内の共同生活室（兼食堂）にて食事を摂っていただくことを原則としています。

（食事提供時間）※厨房から各ユニットへの配膳開始時間となります。

朝 食 / 07:30 ～

昼 食 / 12:00 ～

夕 食 / 17:30 ～

## ② 入 浴

- ・入浴は体調等を確認しながら、原則ユニット内の個浴にてお入りいただきます。1週間に2回以上機会を設け、体調不良時等の際には清拭等にて衛生への配慮を行います。
- ・お身体状況からユニット内の個浴での入浴が困難な場合は、別に特殊浴槽をご用意しています。

## ③ 排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した支援を行います。
- ・お身体状況からユニット内のトイレを使用することが困難な場合は、ポータブルトイレの設置（購入は自費）や紙おむつ（サービス費用内）を使用します。

※トイレは全箇所ウォシュレット付きトイレを完備しています。

## ④ 生活相談

- ・生活相談員がご相談に応じます。生きがい・対人関係・心理・財産・各種制度・苦情やサービス要望等のご相談のほか、身元保証人等との連絡調整等にも対応します。

## ⑤ 健康管理

- ・医師や看護職員が定期・随時に心身状態を観察し、必要な処置や検査等の健康管理を行います。

## ⑥ 送 迎

- (1) 対象地域の方については、当施設から自宅までの送迎を行います。

対象地域：札幌市南区・豊平区・中央区全域

- (2) 送迎時間は下記時間が目安となります。目安時間外の対応については事前にご相談ください。

利用開始時（自宅到着）： 午前 09:00 ～ 午前 10:00 頃

利用終了時（自宅到着）： 午後 04:00 ～ 午後 05:00 頃

- (3) 基本的には身元保証人等の都合に合わせていますが、緊急対応時や送迎車輛の調整困難時、冬期間の天候によっては時間が変更となる可能性もございます。

## ⑦ そ の 他

- ・目的のある離床に配慮し、寝たきりの防止に努めます。
- ・生活リズムを大切に着替え・清潔・清容の支援を行います。
- ・ユニット単位での催し物等を通じ、生活の楽しみに配慮します。

### 《加算要素》

ご契約者のご要望及び状態により、「送迎」「療養食」「看取り連携体制加算」「口腔連携強化加算」「緊急短期受入加算」等の対応を行ないます。但し、これらの対応については別途「加算費用」を申し受けます。

### 《サービス利用料金（1日あたり）》

右記の料金表によって、ご契約者の要支援及び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）をお支払いください。サービスの利用料金は、ご契約者の要支援及び要介護度に応じて異なります。

ユニット型短期入所生活介護費

		予 防 給 付		介 護 給 付				
1.	ご 契 約 者 の 要 介 護 度 と サービス単位数	要支援 1 529単位	要支援 2 656単位	要介護 1 704単位	要介護 2 772単位	要介護 3 847単位	要介護 4 918単位	要介護 5 987単位
2.	機 能 訓 練 体 制 加 算	12単位						
3.	サービス提供体 制強化加算（Ⅱ）	18単位						
4.	夜 間 職 員 配置加算（Ⅱ）	無		18単位（要支援除く）				
5.	看 護 体 制 加 算 （Ⅲ）	無		12単位（要支援除く）				
6.	看 護 体 制 加 算 （Ⅳ）	無		23単位（要支援除く）				
7.	介護職員等処遇 改善加算（Ⅰ）	上記単位数の合計（1～6）×14.0%						
8.	地 域 区 分	上記の合計（1～7）×10.17 （小数点以下切り捨て）						
9.	合 計 金 額 （ 1 0 割 ）	6,478円	7,952円	9,122円	9,915円	10,780円	11,603円	12,407円
10.	自 己 負 担 額 （1割の場合）	648円	796円	913円	992円	1,078円	1,161円	1,241円
11.	自 己 負 担 額 （2割の場合）	1,296円	1,591円	1,825円	1,983円	2,156円	2,321円	2,482円
12.	自 己 負 担 額 （3割の場合）	1,944円	2,386円	2,737円	2,975円	3,234円	3,481円	3,723円

★自己負担額を差し引いた9割分・8割分または7割分については介護保険より給付されます。

その他の加算

・送迎加算～ ご自宅から施設間の送迎を行った場合、片道につき1割負担の場合は214円、2割負担の場合は427円、3割負担の場合は641円お支払いいただきます。

・生産性向上推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）～

（Ⅰ）（Ⅱ）の要件を満たし、データーを厚生労働省へ提出していること、見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。職員間の適切な役割分担の取組を行っていることにより一月につき（Ⅰ）：1割負担の場合は116円、2割負担の場合は232円、3割負担の場合は348円

（Ⅱ）利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会の開催や必要な安全対策を講じた上でガイドラインに基づいた改善活動を行うことと、見守り機器等のテクノロジーを導入しているため、一月につき（Ⅱ）：1割負担の場合は12円、2割負担の場合は23円、3割負担の場合は34円、お支払いいただきます。

- ・療養食加算～医師からの指示にて疾患治療を目的に療養食を提供する場合、1食につき1割負担の場合は10円、2割負担の場合は19円、3割負担の場合は28円、お支払いいただきます。
- ・看取り連携体制加算～看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に利用者又はその家族に対して方針内容を説明し同意を得ている。看護体制が整っており、病院や診療所、訪問看護ステーション等と24時間連携できる体制を確保している際に1割負担の場合は75円、2割負担の場合は149円、3割負担の場合は223円お支払いいただきます。
- ・口腔連携強化加算～事業所の従業員が口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を提供した場合に1月に1回限り1割負担の場合は58円、2割負担の場合は116円、3割負担の場合は174円お支払いいただきます。
- ・緊急短期受入加算～利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス契約に位置付けられていない短期入所生活介護をおこなった日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話を行う介護の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日）間を限度に1割負担の場合は105円、2割負担の場合は210円、3割負担の場合は315円をお支払いいただきます。

※要介護認定を受けていない場合は、利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。認定後に自己負担額を除く金額が介護保険料から払い戻されます（償還払い）。

※要介護度の変更や介護保険からの給付額に変更があった場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

## （2）介護保険の対象とならないサービス

- ①食費 食材料費及び調理費について実費相当額の範囲内にて負担していただきます。但し、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のご負担となります。

・利用者負担段階 （対象者）	1日あたり
・利用者負担 第4段階以上 （下記以外の方）	負担限度額 1,700円 朝食 483円 昼食 615円 夕食 602円
・利用者負担 第3段階② （世帯全員が市区町村税を課税されていない、合計所得合計と公的年金等収入額の合計が年間120万円超の方） ※預貯金額も要件に含まれます。 単身500万円 夫婦1500万円	負担限度額 1,300円 朝食 483円 昼食 615円 夕食 602円

<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 第3段階① （世帯全員が市区町村税を課税されていない、合計所得合計と公的年金等収入額の合計が年間80万円超120万円以下の方） ※預貯金額も要件に含まれます。 単身550万円 夫婦1550万円</li> </ul>	負担限度額 1,000円 朝食 483円 昼食 615円 夕食 602円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 第2段階 （世帯全員が市区町村税を課税されていない、合計所得合計と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方） ※預貯金額も要件に含まれます。 単身650万円 夫婦1650万円</li> </ul>	負担限度額 600円 朝食 483円 昼食 615円 夕食 602円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 第1段階 （世帯全員が市区町村税を課税されていない、 老齢福祉年金受給者、生活保護受給者の方）</li> </ul>	300円

②居住費 当施設は、ユニット型特別養護老人ホームとして基準を満たしております。つきましては、居住費として別途費用をご負担いただきます。

但し、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のご負担となります。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担段階 （対象者）</li> </ul>	1日あたり
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 第4段階以上 （下記以外の方）</li> </ul>	2,350円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 第3段階 （世帯全員が市区町村税を課税されていない、 下記第2段階以外の方）</li> </ul>	1,370円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 第2段階 （世帯全員が市区町村税を課税されていない、合計所得合計と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方）</li> </ul>	880円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担 第1段階 （世帯全員が市区町村税を課税されていない、 老齢福祉年金受給者、生活保護受給者の方）</li> </ul>	880円

### ③対象区域外への送迎費用

・事業所からの片道費用	300円
-------------	------



#### ④その他

##### ・訪問理美容代

定期的に理容師の来訪があります。毎月の請求書にて合算しお支払いいただきます。

	種 類	料 金
女性美容 サービス	カット(ブロー込み)	¥2,300
	パーマ(普通のパーマ)	¥5,200
	SPパーマ(髪を傷めないパーマとなります)	¥6,200
	クリニックパーマ(ダメージヘアにおすすめ)	¥7,200
	毛染め	¥4,000
	毛染め+カット	¥5,800
	オーガニックカラー(毛染め料金にプラス)	¥1,200
	シャンプー・ブロー	¥1,700
	顔そりのみ(電気トリマー)	¥500
	前髪カット・えり足カットのみ	¥1,000
男性理容 サービス	調髪	¥2,000
	洗髪のみ	¥1,200
	プラスシェービング	¥700
共 通	顔そりのみ(シェービング)	¥1,600
	プラスシャンプー	¥500

※カット・パーマ・毛染め時は、電気トリマーによる顔そりサービスいたします。

※パーマ・毛染め時、セミロングの方はプラス500円、ロングの方はプラス1,000円になります。

※豆ロッド(細かいロッド)の場合はプラス1,000円になります。

##### ・電気製品持込に関する料金

ご希望の方には床頭台と一体化になっているテレビ・冷蔵庫をご利用いただけます。

詳細については事前にご相談ください。

品 名	月 額
テレビ	1日あたり 50円
冷蔵庫	1日あたり 50円

※その他、お持込の電化製品により請求させていただく場合があります。

★ご契約者等による希望があった特別なお食事の提供費、行事・教養娯楽費、売店利用料、病院代費用等については実費お支払いいただきます。

★紙おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、お支払いの必要はありません。但し、特定の銘柄や形状の指定がある場合は実費購入となります。

### (3) お支払い方法

料金・費用は、月末締めで翌月の中旬頃に請求書を発行しますので、27日までに①②いずれか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します。)

#### ① 指定口座へのお振込み

銀行名	北洋銀行
支店名	藻岩支店
口座番号	普通預金 3780297
口座名義	社会福祉法人 ノマド福祉会 短期入所生活介護施設 らいらっく 理事長 田尻稲雄

※お振込み手数料については支払者様の負担となります。

#### ② 指定通帳より引き落とし

北洋銀行の通帳をお持ちの方は手続きを行うと、ご指定の口座(ご契約者や身元保証人等の名義)より引き落としによるお支払いが可能となります。

また、北洋銀行のサービスを利用して各金融機関から引き落としのお支払いも可能となります。引き落とし手数料については支払い者様の負担となります。

※北洋銀行の引き落とし手数料は55円となります。その他、金融機関について、引き落とし手数料は165円となります。

対象口座一覧
北洋銀行・ゆうちょ銀行・北海道銀行・北陸銀行・北海道労働金庫 道内の各信用金庫・信用組合・北海道信連・道内の農業協同組合 道外の都市銀行・地方銀行・信託銀行・新生銀行・あおぞら銀行 商工中金・道外の労働金庫・信用金庫・信用組合・道外の農業協同組合 全国の漁業協同組合

## 7. 利用中の医療の提供について

利用期間中の受診対応については、原則身元保証人等対応となります。体調不良時等にはご連絡いたしますので、日頃かかっている病院への受診をお願いいたします。

急変や緊急時等の嘱託医の判断により医療が必要となった場合は、協力医療機関においての診療等を受けることができます。但し、協力医療機関での優先的な診療等を保障するものではなく、また、協力医療機関での診療等を義務付けるものでもありません。

また状態が急変した場合、当施設では救急車を要請しています。基本的に施設職員が救急車に同乗しますが、夜間帯につきましては施設職員が救急車に同乗できない場合があります。施設職員が同乗できない場合は搬送先の病院に行き、身元保証人等へ状況の説明等を行っています。

①札幌ライラック病院 札幌市豊平区豊平6条8丁目2番18号 TEL) 011-812-8822

診療科目：内科・消化器科・整形外科・神経内科・リハビリテーション科

②札幌さがクリニック 札幌市南区川沿1条2丁目7番13号 TEL) 011-252-9623

診療科目：内科・訪問診療

③しらかばデンタルクリニック 札幌市豊平区平岸3条3丁目5番17号 TEL) 011-826-4817

診療科目：歯科

④日之出歯科真駒内診療所 札幌市南区真駒内南町4丁目6番9号 TEL) 011-584-5848

診療科目：歯科

## 8. 利用の中止・変更・追加について

- ①利用予定期間前に、ご契約者等のご都合で短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更することができますので、すみやかにお申し出ください。但し、変更の場合、当施設の居室状況によってはご希望に沿うことができない場合もございますのでご了承ください。
- ②ご利用当日に中止の申し出をされた場合であってもキャンセル料は徴収しません。
- ③サービス利用の変更・追加のお申し出に対して、当施設の居室状況によりご希望に沿うことができない場合もございます。その際には、他の利用可能日をご提示いたします。
- ④サービス利用期間中に、ご契約者等のご都合で利用を中止することができます。この場合、既に提供したサービス費用に係る利用料金はお支払いいただきます。

## 9. 苦情及びサービス要望等の受付について

### (1) 当施設における受付

当施設における苦情やサービス要望等のご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者 生活相談員 和田千秋 本間朋子

○苦 情 受 付 時 間 月曜日～金曜日 8:30～17:30

○苦情受付連絡先 TEL 011-591-9000 FAX 011-591-9100

○そ の 他 「ご意見箱・メッセージ箱」を1・2階の各公衆電話置き場に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

○札幌市各区役所保健福祉課

【南 区】住所：札幌市南区真駒内幸町2丁目 TEL:011-581-2400

【中央区】住所：札幌市中央区南3条西11丁目 TEL:011-231-2400

【豊平区】住所：札幌市豊平区平岸6条10丁目 TEL:011-822-2400

【清田区】住所：札幌市清田区平岡1条1丁目 TEL:011-889-2400

【白石区】住所：札幌市白石区南郷通1丁目南 TEL:011-861-2400

【厚別区】住所：札幌市厚別区厚別中央1条5丁目 TEL:011-895-2400

【東 区】住所：札幌市東区北11条東7丁目 TEL:011-741-2400

【北 区】住所：札幌市北区北24条西6丁目 TEL:011-757-2400

【西 区】住所：札幌市西区琴似2条7丁目 TEL:011-641-2400

【手稲区】住所：札幌市手稲区前田1条11丁目 TEL:011-681-2400

○国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課苦情処理係

住所：札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 TEL:011-231-5161

○北海道福祉サービス運営適正化委員会

住所：札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 TEL:011-204-6310

## 10. 施設利用の留意事項

当施設のご利用に当たって、ご契約者の共同の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ください。

### (1) 持込の制限

季節により、生もの等はお持込を制限させていただく場合がございます。

### (2) 面会

面会時間 8:00～20:00 ※正面玄関を左記時間以外は施錠しております。来訪時には「来訪カード」をご記載いただき「入館証」をお受け取りください。なお、滞在中は入館証のご提示をお願いします。

### (3) 喫煙

医師からの制限等がない方については、2階の喫煙所に限り喫煙可能となります。詳細については事前にご相談ください。

### (4) 飲酒

医師からの制限等がなく、他者への影響がない方については持込により飲酒可能となります。詳細については事前にご相談ください。

### (5) 金銭等の授受について

契約者又は身元保証人等からの飲食、物品、金銭等の授受は当法人の就業規則の職員禁止行為にあたりますことから、ご遠慮させていただきます。

また、サービス利用中における利用者間での飲食、物品、金銭等の授受もご遠慮していただいております。

## 11. ハラスメント対策について

事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。ご契約者および身元保証人、その他ご家族が事業者の職員に対して次のようなハラスメント等行為を行ったことが確認された場合は、改善を求め、それでも解消されない場合は、契約書の規定に基づき、この契約を解除する場合があります。

### ① 身体的暴力

叩く、蹴る、手を払いのける、物を投げつける 等

### ② 精神的暴力

罵倒や威嚇、脅迫、無視、理不尽な要求を繰り返す、威圧的な態度をとる、命令の乱用、長時間の叱責 等

### ③ セクシュアルハラスメント

必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、性的・卑猥な言動をする 等

### ④ その他（前各号に準ずる行為）

職員への誹謗中傷、人格を否定する発言、合理的な理由のない長時間の拘束や謝罪の要求、社会的理念上相当程度を超えるサービス提供の要求 等

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護及び指定短期入所生活介護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。

指定介護予防短期入所生活介護及び指定短期入所生活介護  
短期入所生活介護施設 らいらっく

説明者職名 生活相談員 氏名 \_\_\_\_\_ (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、指定介護予防短期入所生活介護及び指定短期入所生活介護サービス提供開始に同意しました。

【契約者（利用者）】

住所

氏 名



連絡先 自宅： - -  
携帯： - -

【署名代行者】

住所

氏 名



## 契約者との関係

署名代行理由

連絡先 自宅： - -  
携帯： - -

【身元保証人】

住所

氏 名



## 契約者との関係

連絡先 自宅： - -  
携帯： - -

