ご契約者：　　様

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　ノマド福祉会
指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム　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0170512446号　）

当施設はご契約者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. 提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・ 4～10
6. 入居中の医療の提供について・・・・・・・・・・・・・ 11
7. 施設を退去していただく場合・・・・・・・・・・ 11～12
8. 身元保証人及び残置物引取り人・・・・・・・・・・・・12
9. 苦情及びサービス要望等の受付について・・・・・・・13
10. 施設利用の留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
11. ハラスメント対策について・・・・・・・・・・・・・・ 14

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　　指定介護老人福祉施設（平成29年3月29日　札幌市指定 第0170512446号）
（2）施設の目的　　指定介護老人福祉施設は、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、身体上又は精神上著しい障害がある為に常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
（3）施設の名称　　特別養護老人ホーム　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）施　設　長　　早　川　め　ぐ　み
（7）運 営 方 針　　1．事業所の職員（以下「従業員」という）は要介護状態等になったご契約者が日常生活において、その有する能力に応じた自立生活を送れるように、当施設内の施設・設備を活用しながら生活リハビリを取り入れた介護（入浴・食事等）・レクリエーション等を提供する。
2．すべてのご契約者について、施設サービス計画（ケアプラン）を作成し、個別的かつ自立支援を目指すケアを実践するものとする。
（8）開設年月日　　平成29年4月3日
（9）入 居 定 員　　80人（ユニット型）

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。ご自宅でご使用されていた使い慣れたベッドの持込や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）	8～10室（短期入所の居室数により異なる）	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。

※各ユニット共通概要についての説明

設備の種類	室　数	備　考
相　談　室	2　室	面談等で利用。
特殊浴室(ｽﾄﾚｯﾁｬｰ)	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（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ内）。
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

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
01. 施設長	1名	施設全体の統括
02. 事務職員	必要な人員数	総務・経理業務の全般
03. 生活相談員	1名以上	生活相談の全般
04. 介護支援専門員	1名以上	介護計画の全般
05. 介護職員	34名以上（常勤換算）	生活介護の全般
06. 看護職員	3名以上	健康管理と療養
07. 機能訓練指導員	1名以上	機能維持訓練の実施
08. 栄養士	1名以上	給食業務の統括
09. 調理職員（外部委託）	必要な人員数	調理業務の全般
10. 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. 施設長 1. 事務職員 1. 生活相談員 1. 介護支援専門員 1. 看護職員 1. 機能訓練指導員 1. 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　／　07：15　～　16：15 日　勤　／　08：30　～　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 0：00　～　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. 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、2割、3割負担）
（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、別に特殊浴室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 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・整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、「療養食」「看取り」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。
なお、初期及び入院、外泊時には対象となりますのであらかじめご了承ください。

《サービス利用料金》

下記の料金表によって、ご契約者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（１～3 割＝自己負担額）をお支払い下さい。

尚、利用料金の自己負担額には、個別機能訓練加算（Ⅰ）・栄養マネジメント強化加算・日常生活継続支援加算・看護体制加算（Ⅰ・Ⅱ）・夜勤職員配置加算（Ⅱ）・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）・地域加算（※）が含まれております。

※地域加算：札幌市は地域区分が「７級地」となり、１単位＝10.14 円として計算しています。

要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１割	890 円	970 円	1,057 円	1,139 円	1,219 円
２割	1,779 円	1,939 円	2,113 円	2,278 円	2,438 円
３割	2,668 円	2,908 円	3,170 円	3,417 円	3,657 円

《各加算の内容》

種類	単位	内容
個別機能訓練加算Ⅰ	１２単位/日	機能訓練指導員の職務に従事する職員を 1 名以上配置し、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に機能訓練を行っている場合に算定される加算。
個別機能訓練加算Ⅱ	２０単位/月	個別機能訓練加算Ⅰを算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施を行っている場合に算定される加算。
ADL 維持等加算Ⅰ	３０単位/月	利用者の総数が 10 人以上で、専用の書式に ADL 値（生活の動作）を記入し、ある一定期間で評価を行い、ADL 値の平均が向上している場合に算定される加算。
ADL 維持等加算Ⅱ	６０単位/月	評価対象利用者等の ADL 値の平均がある一定以上みたす場合に算定される加算。 ※ADL 維持等加算は対象月の状況によりいずれかを算定します。
栄養マネジメント 強化加算	１１単位/日	管理栄養士による栄養マネジメントや低栄養状態の改善に向けた取組を実施し、入所者の栄養状態の改善、維持に努めた場合に算定される加算
日常生活継続支援加算	４６単位/日	① 入所者のうち、要介護４～５の割合が 70%以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 65%以上であること。 ② 介護福祉士を入所者の数が６又はその端数を増すごとに１名以上配置していること。
看護体制加算（Ⅰ） （Ⅱ）	４単位/日 ８単位/日	（Ⅰ）常勤の看護師を１名以上配置していること。 （Ⅱ）①２４時間の連絡体制を確保していること。 ③ 看護職員が常勤換算で入居者 25 名又はその端数を増すごとに対し１人以上配置していること。 ④ 最低基準を 1 人以上上回って看護職員を配置していること。
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	１８単位/日	夜勤を行う介護職員の数が、最低基準を１人以上上回っている場合。

《その他、個別に該当した場合に加算される内容》

下記事項が個別に発生・該当した場合には、改めてご説明・ご相談いたします。

種類	単位	内容
初期加算 （30 日限度）	３０単位/日	新入居者について、指定介護老人福祉施設へ入居した当初には、施設での生活に慣れる為に、さまざまな支援を必要とすることから入居から 30 日間に限って、料金が算定されます。又、30 日を超える入院後に再入所した場合も同様。
外泊時加算	２46 単位/日	入院か居宅に外泊の場合に算定（１か月に６日を限度）
療養食加算 １回につき６単位 （１日に３回を限度）	６単位	医師の発行する食事箋に基づいて糖尿病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓病食・高脂血症食・痛風食・肝臓病食・減塩食等を提供した場合。
排せつ支援加算Ⅰ	１０単位/月	排せつに介護を要する方に対して、医師または医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも６月に１回、評価を行い、その結果を厚生労働省に提出した場合に算定される加算。
排せつ支援加算Ⅱ	１５単位/月	排せつ支援加算Ⅰの要件を満たしており、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれも悪化がない、**または**おむつ使用ありから使用なしに改善されている場合に算定される加算。
排せつ支援加算Ⅲ	２０単位/月	排せつ支援加算Ⅰの要件を満たしており、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれも悪化がない、**かつ**おむつ使用ありから使用なしに改善されている場合に算定される加算。 ※排せつ支援加算は本人の状態によりいずれかを算定となります。
経口維持加算Ⅰ	400 単位/月	多職種が共同して入所者の食事を観察したり、会議を行ったりする等して、経口による継続的な摂食を行えるように経口維持計画を作成し、実施した場合に算定される加算。
経口維持加算Ⅱ	100 単位/月	経口維持加算Ⅰを算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂食を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に算定される加算。
看取り介護加算Ⅰ	① ７２単位/日 ② 144 単位/日 ③ 680 単位/日 ④ 1,280 単位/日	① 死亡日以前31 日以上４５日以下について１日につき算定 ② 死亡日以前４日以上 30 日以下について 1 日につき加算 ③ 死亡日前日及び前々日について１日につき加算 ④ 死亡日について 1 日につき加算 医師が回復の見込がないと判断したご利用者に対し人生の最期の時までその人らしさを維持できるように、ご利用者やご家族の意思を尊重し多職種が連携を保ちながら看取りをする場合に算定される加算。
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	３単位/月	入所者等ごとに褥瘡の発生に係るリスクについて、施設入所時及び少なくとも３月に１回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用することで算定される加算。

褥瘡マネジメント加算Ⅱ	１３単位/月	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の要件に加え、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生がないことが条件。 ※褥瘡マネジメント加算は毎月の状況に応じていずれかを算定となります。
自立支援促進加算	２８０単位/月	医師および多職種が共同して、自立支援にかかる支援計画等を策定し、支援計画に従ったケアを実施した際に算定される加算。
科学的介護推進体制加算Ⅰ	４０単位/月	入所者ごとの ADL 値（日常生活の動作）・栄養状態・口腔機能・認知症の状況、その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している時に算定される加算。
科学的介護推進体制加算Ⅱ	５０単位/月	科学的介護推進体制加算Ⅰに加えて疾病状況の情報を厚生労働省に提出している場合に算定される加算
安全対策体制加算	２０単位 （入居時に１回算定）	研修を受けた担当者が施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に算定される加算。
若年性認知症入所者受入加算	１２０単位/日	・受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。 ・個別の担当者を中心に若年性認知症利用者のニーズに応じたサービスを提供すること。
配置医師緊急時対応加算	通常 （325 単位/回） 早朝・夜間 （650 単位/回） 深夜 （1300 単位/回）	配置医師が施設の求めに応じ、早朝（午前６時から午前８時まで）夜間（午後６時から午後１０時まで）深夜（午後１０時から午前６時まで）又は配置医師の通常の勤務時間外（早朝、夜間及び深夜を除く）に施設に訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に所定単位数を算定される加算。
退所時情報提供加算Ⅱ	２５０単位/回	医療機関へ退所する入所者等について退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等１人につき１回限り算定される加算。
生産性向上推進体制加算Ⅰ・Ⅱ	（Ⅰ） １００単位/月 （Ⅱ） １０単位/月	（Ⅰ）生産性向上推進体制加算Ⅱの要件を満たし、業務改善の取り組みによる成果が確認されている。 （Ⅰ）見守り機器等のテクノロジーを複数導入。 ・職員間の適切な役割分担の取組等をおこなっている。 （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、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的におこなっていること。 （Ⅱ）見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入。 ・１年以内ごとに１回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供をおこなうことで算定される加算。
新興感染症等施設療養費	２４０単位/日	入所者等が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、１月に１回、連続する５日を限度として算定される加算。

協力医療機関連携加算	５０単位/月	協力医療機関と急変時などの連携体制を整え、連絡体制を確保し診療や入院の体制を確保している。入居者等の情報を定期的な会議で共有することで算定される加算。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	サービス総単位数合計×17.6%	処遇改善計画を立案している、または既に処遇改善を行っており、適切に報告している。 労働基準法等の違反、労働保険の未納が無いこと。 キャリアパス要件 1～3と職場環境等の要件を満たしている。
口腔衛生管理加算Ⅰ	90 単位/月	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、口腔衛生等の管理に係る計画を作成し、歯科衛生士が月２回以上、口腔衛生の管理を実施し介護職員に対し助言や指導を、相談に応じ対応することで算定される加算。
口腔衛生管理加算Ⅱ	110 単位/月	口腔衛生管理加算Ⅰに加えて口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している際に算定される加算。
個別機能訓練加算Ⅲ	２０単位/月	個別機能訓練加算Ⅱを算定しなおかつ、口腔衛生管理加算Ⅱおよび栄養マネジメント強化加算が算定され、入居者毎に機能訓練員等が個別機能訓練計画の内容等の情報や口腔の健康状態や栄養状態について相互に共有する。共有した内容を基に計画の見直しを作業療法士等の関係職種で共有することで算定される加算。

（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	1ヶ月あたり （30日の場合）
・利用者負担　第4段階以上 （下記以外の方）	2,000円	60,000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）	1,420円	42,600円
・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）	680円	20,400円
・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）	390円	11,700円
・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）	300円	9,000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。

・利用者負担段階 （対象者）	1日あたり	1ヶ月あたり （30日の場合）
・利用者負担　第4段階以上 （下記以外の方）	2,390円	71,700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、 下記第2段階以外の方）	1,470円	44,100円
・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、 下記第2段階以外の方）	1,370円	41,100円
・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）	880円	26,400円
・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）	880円	26,400円

■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。

③ 財産管理

・当施設へ現金や預金通帳、年金証書等の金銭管理をご依頼された場合、1ヶ月1,000円を
お支払いいただきます。

・各種保険証を預けられている方についてはお支払いの必要はありません。

④ 外泊及び入院中の居住費

外泊や入院等で居室を空けられる場合、6日目までは介護保険給付「入院、外泊時加算」の
対象となります。それ以降は1日あたり2,350円をお支払いいただきます。

⑤ 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	￥7，200

	すめ）	
	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。

■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要相談となります。

（4）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いづ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　3780149
口　座　名　義	社会福祉法人　ノマド福祉会 特別養護老人ホーム　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。

引き落とし対象口座一覧
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

6. 入居中の医療の提供について

嘱託医の判断により医療が必要となった場合

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や入院治療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・入院治療を保障するものではなく、また、協力医療機関での診療・入院を義務付けるものでもありませんので、ご希望される医療機関への受診も可能です（この場合の当施設での受診送迎対応等については応相談となります）。
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、身元保証人等に状況の説明等を行っています。

① **定山渓病院**　：札幌市南区定山渓温泉西3丁目71番地　℡）011-598-3323
【診療科目】：内科・脳神経内科・リハビリテーション科・歯科

② **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　℡）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

③ **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　℡）011-252-9623
【診療科目】：内科・訪問診療

④ **札幌共立五輪橋病院**：札幌市南区川沿2条1丁目2番54号　℡）011-571-8221
【診療科目】：一般内科・消化器内科・消化器外科・乳腺内科
呼吸器・アレルギー科・血液・腫瘍内科・腎臓内科・循環器内科・糖尿病内科・麻酔科
リハビリテーション科

⑤ **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　℡）011-826-4817
【診療科目】：歯科

⑥ **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　℡）011-584-5848
【診療科】：歯科

7. 施設を退去していただく場合（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は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退去していただくことになります。

① ご契約者および身元保証人等から退去の申し出があった場合
② 事業所から退去の申し出を行った場合
③ 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が「自立」または「要支援」と判断された場合
④ 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
⑤ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
⑥ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合、または指定を辞退した場合

（1）ご契約者等からの退去の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者等から、当施設の退去をお申し出ることができます。その場合には、退去を希望する日の７日前までに生活相談員へお申し出ください。
但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退去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ができない場合。
② ご契約者が入院された場合。
③ 事業者もしくはサービス従事者が不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 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご契約者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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 他のご入居者がご契約者の身体・財産・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐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去していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退去をしていただくことがあります。

① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、また不実の告知を行い、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 ご契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の入居者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、また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。
③ ご契約者によるサービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合。
④ ご契約者が継続して３ヶ月を超えて病院または診療所等に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合。
⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養施設に入院した場合。

⑥ ご契約者が死亡された場合又は要介護認定によりご契約者の心身が自立もしくは要支援１、２、又は要介護１、２と判定され特例入居の要件（※）を満たしていない場合

※ⅰ）認知症である者であって、日常生活も支障を来すような症状・意思疎通の困難さが頻繁に見られる事。

ⅱ）知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すよう症状・意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる事。

ⅲ）家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である事。

ⅳ）単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等による支援が期待できず、かつ、介護サービスや生活支援の供給が不十分である事。

（3）円滑な退去のための援助

ご契約者が当施設を退去する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、円滑な退去のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

○適切な病院もしくは診療所また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または福祉サービス提供者の紹介。

8. 身元保証人及び残置物引取り人について

原則として、入居契約時の身元保証人等の方に残置物引取り人をお願いします。残置物引取りは、入居契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）を引き取っていただく方です。当施設においては身元保証人（残置物引取り人）等に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しに係る費用は、ご契約者または身元保証人等にご負担いただきます。

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（わだちあき）　本間　朋子（ほんまともこ）

○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

〇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
〇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。

(ア) 持込の制限

季節により、なま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。

(イ) 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。

(ウ) 外出・外泊

体調等に問題がなければ基本的に自由となります。お食事の中止や再開の都合、職員へお知らせいただき伝票を起こさせていただきます。

(エ) 喫煙

2階の喫煙所以外での喫煙はできません。

(オ) その他

ご契約者の離設防止等安全確保のため、個人写真を撮影させていただきます。

(カ) 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

指定介護老人福祉施設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。

指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム　らいらっく

説明者職名　生活相談員　　氏　名　　㊞

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、指定介護老人福祉施設サービス提供開始に同意しました。

＜契約者＞
住　　所

氏　　名　　印

＜署名代行者＞
住　　所

氏　　名　　印

契約者との関係

＜身元保証人＞
住　　所

氏　　名　　印

契約者との関係