

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0177200185号)

当施設はご利用者に対して短期入所生活介護サービス及び介護予防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。

※ 当施設の利用は、原則として要介護認定の結果「要支援以上」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利用は可能です。

《 目 次 》

1. 事業所	2
2. ご利用事業所	2
3. ご利用事業所の種類	2
4. 事業所の目的と運営方針	2
5. 事業所の概要	3
6. 職員体制	3
7. 職員の勤務体制	4
8. サービスの内容	4
9. 利用料	5～6
10. 苦情申立先	6～7
11. サービスの第三者評価の実施状況について	7
12. 非常災害時の対策	8
13. ご利用の際に留意いただく事項	8
14. 個人情報の使用等に係る説明書	9

1 施設経営法人

法 人 名	社会福祉法人 赤平友愛会
法 人 所 在 地	〒079-1102 北海道赤平市幌岡町 47 番地
電 話 番 号	0 1 2 5 - 3 2 - 0 5 0 0
代 表 者 氏 名	理事長 西 出 勝 利
設 立 年 月 日	平成 元年 1 月 2 0 日

2 ご利用施設

施 設 の 名 称	特別養護老人ホーム 赤平愛真ホーム
施 設 の 所 在 地	〒079-1153 北海道赤平市豊栄町 1 丁目 7 - 1
施 設 長 名	施設長 井 上 英 智
電 話 番 号	0 1 2 5 - 3 2 - 2 8 8 4
F A X 番 号	0 1 2 5 - 3 4 - 2 3 3 9

3 ご利用施設の種類の

短 期 入 所 生 活 介 護	平成 30 年 10 月 1 日指定 北海道 指定 第 0177200185 号
介護予防短期入所生活介護	平成 30 年 10 月 1 日指定 北海道 指定 第 0177200185 号

4 施設の目的と運営方針

施 設 の 目 的	当施設は、介護保険法令に従い入居者の意思及び人格を尊重し、居宅における生活と利用中の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、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めるよう支援することを目的とし、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉事業所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ために常時の介護を必要とし、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。
施 設 運 営 方 針	社会福祉法人赤平友愛会管理規定を基本として、常に利用者個々のニーズに対応し、各職種間が連携して努力を重ね、処遇の向上と事業所の円滑な運営をはかり、地域における老人福祉の中心となるように努めます。 協力団体等と連携を密にし、ご利用者との交流の場を確立し、地域に開かれた施設運営に努めます。

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物（特別養護老人ホーム赤平愛真ホームを含む）

敷 地		8, 818.34㎡
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 平屋
	延べ床面積	3, 150.33㎡

(2) 居 室

利 用 定 員	8名		
居室の種類	室 数	面 積	備 考
1 人 部 屋	7 室	15.00㎡	
1 人 部 屋	1 室	17.50㎡	

(3) 主な設備

設 備 の 種 類	室 数	面 積	備 考
地域交流室	1 室	57.00㎡	
相 談 室	1 室	10.50㎡	
特 殊 浴 室	1 室	30.00㎡	
看 護 室	1 室	22.50㎡	
医 務 室	1 室	15.50㎡	

6 職員体制（主たる職員）

職 種	配置数	指定基準	保有資格及び備考 (特別養護老人ホーム赤平 愛真ホームを含む)
施設長	1名	1名	ユニット管理者
事務員	1名	必要数	
生活相談員	1名	1名	介護福祉士・介護支援専門員
介護支援専門 員	1名	1名	介護支援専門員
介護職員	15名以上	15名	介護福祉士等
看 護 職 員	3名以上	2名	看護師、准看護師
機能訓練指導 員	1名	1名	看護師
医師	1名	1名	配置医師（嘱託）
管理栄養士	1名	1名	管理栄養士
調理員			委 託

7 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	
管 理 者	勤 務 時 間 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0	
事 務 員		
生 活 相 談 員		
介護支援専門員		
管 理 栄 養 士		
介 護 職 員	早番の勤務時間	6 : 4 5 ~ 1 5 : 4 5
	A 勤の勤務時間	7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0
	B 勤の勤務時間	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
	C 勤の勤務時間	1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
	夜勤の勤務時間	2 1 : 5 0 ~ 翌 6 : 5 0
看 護 職 員	早番の勤務時間	7 : 4 5 ~ 1 6 : 4 5
	遅番の勤務時間	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
機能訓練指導員	看護職員と同様	

8 サービスの内容

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・ 食事は、栄養及び本人の身体の状態に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 朝食 8 : 0 0 昼食 1 2 : 0 0 夕食 1 7 : 0 0
排 泄	・ 利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	・ 身体の清潔を維持し、精神的に快適に過ごせるよう適切な方法により実施します。入浴できなかった場合、清拭を行います。
離床・着替え・整容等	・ 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・ 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。 ・ シーツ交換は、週 1 回行います。
機能訓練	・ 機能訓練指導員等による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	・ 看護職員が健康管理を行ないます。利用中の体調不良及び定期受診などがある場合は、ご家族での送迎、付き添いをお願いします。
相談及び援助	・ 利用者及びその家族からの相談について、誠意を持って対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の便宜	・ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。

9 利用料

(1) 短期入所・介護予防短期入所生活介護費基本部分（1割自己負担）

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料金	529円	656円	704円	772円	847円	918円	987円

(2) 短期入所・介護予防短期入所生活介護費加算部分（1割自己負担）

加算名称	日額	加算条件	備考
サービス提供加算Ⅱ	18円	介護福祉士の資格を保有する職員が基準以上配置されている場合	
送迎加算	184円	ご希望により送迎を行った場合	片道
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	14.0%	基準に適合した介護職員の賃金の改善等を実施している場合	月額

- ※ 送迎につきましては、当施設の通常事業実施地域内に限らせていただきます。
- ※ 上記サービス利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。
- ※ 緊急短期入所受入加算は、利用者都合により緊急で短期入所をご利用になられた場合、7日間加算（事情によっては最長14日間まで）されます。
- ※ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を、一旦、お支払頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。

(3) 居住費 1日あたり

第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
880円		1,370円	2,066円

(4) 食費 1日あたり

第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
300円	600円	1,000円	1,300円	1,445円

(3) (4) は、世帯単位として、所得に応じて減額制度がありますので、介護保険者（市町村）へ請求されますようお願いします。介護保険者（市町村）より、各種減額認定書が発行されている場合は、事業所に提示して頂きその額に応じて請求させていただきます。居住費・食費は、要介護度の違いには関係ありません。

- ※ 食費は朝405円 昼520円 夕520円とし、一食ごとの食費合計が食費限度額を超えない場合は実費額とします。

(5) その他のサービス料金

- ・テレビ・冷蔵庫 各80円／1日（電気代として）
- ※ご利用のない場合は無料となります。

(6) 理容・美容サービス料金 3,000円～（現金精算のみ）

週1回、理容店出張による理髪サービスをご利用いただけます。

(7) 利用料金のお支払い方法

- | |
|--|
| ① 窓口での現金支払または現金書留の送付
② 口座振替（北洋銀行 または ゆうちょ銀行）
③ お振込 下記口座にお振込みください。（振込手数料はご負担願います。）
北洋銀行 赤平支店 普通 3159080
社会福祉法人 赤平友愛会
赤平愛真ホーム 施設長 井 上 英 智 |
|--|

※ 利用料は1か月毎に計算しご請求しますので、上記のいずれかの方法でお支払下さい。

※ 自動口座振替は、原則として月末締めとします。

北洋銀行は翌月20日、ゆうちょ銀行は同27日が振替日となっておりますので、前日までに残高等の確認をお願い致します。

- (8) 利用予定日の前日まで申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただくことがあります。ただし、契約者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

利用予定日の前日まで申し出があった場合	無 料
利用予定日の当日・または無連絡の場合	当日利用の10%（自己負担相当額）

10 苦情の受付と解決の手段

(1) 事業所における苦情の受付

①事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- ・窓口担当者 生活相談員 渡邊 洋平
- ・ご利用時間 毎週月～金曜日 午前8時～午後5時(12/31～1/3、祝祭日を除く)
- ・ご利用方法 面接のほか、電話やFAX、メールでも受け付けます。

電 話 0125-32-2884

FAX 0125-34-2339

E-Mail aisin@galaxy.ocn.ne.jp

- ・苦情・提言箱 正面玄関ロビーに設置しております。
- ・そ の 他 赤平市（介護保険課）又は、国民健康保険団体連合会でも受付ています。（連絡先は次ページ③をご参照ください。）

②苦情解決の為の話し合い

苦情受付担当者及び苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

③赤平市（介護保険課）又は、国民健康保険団体連合会への紹介

当施設で解決出来ない苦情は、赤平市（介護保険課）又は、国民健康保険団体連合会へ申し立てをすることが出来ます。

赤平市（介護保険課）	電話	0 1 2 5－3 2－5 6 6 5
国民健康保険団体連合会	電話	0 1 1－2 3 1－5 1 6 1
北海道社会福祉協議会	電話	0 1 1－2 4 1－3 9 7 6

④「北海道福祉サービス運営適正化委員会」への紹介

当事業所で解決出来ない苦情は、北海道社会福祉協議会に設置された北海道福祉サービス運営適正化委員会に申し立てをすることが出来ます。

電話 0 1 1－2 4 1－3 9 7 9

(2) 苦情解決の手段

①利用者への通知

事業所内への苦情受付の掲示、パンフレットの配布等により、苦情解決責任者は利用者に対して苦情解決責任者、苦情受付担当者の仕組みについて周知します。

②苦情の受付

苦情受付担当者は、利用者等から苦情を随時受け、その内容を書面に記載して確認します。

③苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は、受け付けた苦情は全て苦情解決責任者に報告をします。

④苦情解決に向けての話し合い

苦情解決責任者は、苦情申し出人との話し合いによる解決に努めます。

⑤苦情解決結果の記録・報告

- ・ 苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録します。
- ・ 苦情解決責任者は、苦情申し出人に改善を約束した事項について、一定期間後報告をします。

⑥解決結果の公表

利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図る為、個人情報に関するものを除き「事業報告書」等の実績を掲載し公表します。

1 1 サービスの第三者評価の実施状況について

当施設では、提供しているサービスの内容や課題等について第三者評価機関による評価は受けておりません。

1.2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「社会福祉法人赤平友愛会防災計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	職員は緊急連絡網による非常招集体制を期し、又あかびら市立病院および豊栄町町内会に非常時の協力を依頼しております。			
平常時の訓練等 防火設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋外散水栓	14箇所
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	15箇所	ガス漏れ報知器	あり
	非常用照明	あり	消火器	11箇所
	カーテンは防災性能のあるものを使用しております。			

1.3 ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	面会時間の制限はありませんが、20:00～6:00は消灯時間帯となりますので、防犯上正面玄関は施錠いたします。来訪時は受付に備え付けの面会カードにご記入の上、職員に届け出て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には、行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。また予定が変更になる場合など、必ず職員にお申し出ください。
医療機関への受診	利用者の希望により協力医療機関の受診は、その必要性によって行いますが、受診にあたってはご家族の協力をいただきます。
居室・設備・器具の利用	共用施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損などが生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒・飴等	喫煙は、お断りします。飲酒については、身体上の負担、または他の利用者に迷惑がかからない範囲でお願いいたします。
食品の持ち込み	ご家庭で加工、調理したものににつきましては、食品衛生上の観点から持ち込みをご遠慮願います。又、飴や餅、キャラメル等の喉に詰まりやすい食品は、誤嚥等のおそれがあるため原則禁止とさせていただきます。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
喧嘩・口論・暴力行為等	他の利用者に迷惑を及ぼすような喧嘩、口論、暴力行為はご遠慮願います。
所持品の管理	現金や所持品に対する紛失（盗難）については責任を負いかねますので、多額な現金や、高価な所持品は持ち込まないで下さい。
宗教・政治・営利活動	宗教・政治・営利活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み、飼育は原則としてお断りします。ただし施設長の許可がある場合は例外といたします。

施設サービス提供記録等は、利用者・家族からの希望がありましたら開示する事が出来ます。又、施設の事業計画や財務内容等は閲覧する事も出来ます。

1 4 個人情報の使用等に係る説明書

以下に定める条件のとおり、指定短期入所生活介護 赤平愛真ホームは、利用者ご本人及び身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供又は、収集することをお約束いたします。

- (1) 利用期間 介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。
- (2) 利用目的
 - ① 介護保険における介護認定の更新、変更のため。
 - ② ご利用者に係る介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
 - ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)その他社会福祉団体等の連絡調整のため。
 - ④ 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合。
 - ⑤ 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。
 - ⑥ 行政からの要請などに応える場合。
 - ⑦ その他サービス提供で必要な場合。
 - ⑧ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。
- (3) 使用条件
 - ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
 - ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。
- (4) 肖像権及び施設内におけるボランティア・実習生との交流
 - ① 施設においてはその性格上、他のご利用者のご家族、見学者、ボランティアの方、施設管理に関する業者等の施設への出入があります。
 - ② 当法人では、記念誌・広報紙・ホームページにて、ご利用者の皆様の日常のご様子を関係方面にお知らせしております。その場合、ご利用者のお写真を掲載させていただく場合があります。
 - ③ 当法人では、各種資格取得を目指す学生等の実習を行う場として施設を提供しております。この実習生への情報提供及び実習生による介助を提供する場合があります。
また地域団体等の施設慰問や、小中高校の学生によるインターンシップ（企業訪問、就労体験）で当施設を訪問し、利用者と触れ合う機会がございます。

重要事項説明書及び各事項 同 意 書

特別養護老人ホーム 赤平愛真ホーム
施設長 井 上 英 智 様

指定短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、重要事項・利用料金等・個人情報の使用に関わる事項・介護保険給付外サービス利用等について以下のとおり同意します。

(1) 利用料金等

- ☐ 預金口座から利用料金等を自動口座振替で支払う事に同意します。
- ☐ 家族が現金支払もしくは銀行振込で利用料その他の支払いを致します。

(2) 個人情報に関わる利用目的の説明を受け、その内容に同意します。

- ☐ 顔写真について、下記すべてにおいて使用、掲載および掲示を承諾します。
- ☐ 顔写真について、下記の○で囲んだ物のみ使用、掲載および掲示を承諾します。

テレビ ・ 新聞 ・ 法人記念誌 ・ 法人広報誌 ・ 法人ホームページ ・ 施設内掲示

- ☐ いずれも使用、掲載および掲示をお断りします。

(3) 介護保険給付外サービス利用の説明を受けその内容に同意いたします。

指定短期入所生活介護サービス・介護予防短期入所生活介護サービスの提供の開始に
際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

指定短期入所生活介護
介護予防短期入所生活介護 赤平愛真ホーム

説明者 職 名
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、指定短期入所生活介護
サービス・介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和____年____月____日

利 用 者 住所 _____

氏名 _____

利用者の家族等 住所 _____
(身元引受人)

氏名 _____

続柄 _____

電話番号 _____ () _____

携帯 _____