

指定特定施設入居者生活介護
指定介護予防特定施設入居者生活介護
重 要 事 項 説 明 書

サービス付き高齢者向け住宅マイラシーク塩谷

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第 0172003121 号)

当事業所は、利用者に対して、指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供します。利用者に対するサービスの提供開始にあたり、介護保険法その他関係法令に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

また、サービスを利用するにあたり、サービス付き高齢者向け住宅マイラシーク塩谷への入居が前提となるため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 17 条に基づき、サービス付き高齢者向け住宅マイラシーク塩谷の登録事項等について、当該説明書面を別途交付して、あわせて説明いたします。

※ 指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護の利用は、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。ただし、要介護認定をまだ受けていない手続前や手続中の方でもサービスの利用は可能ですが、認定結果が自立となった場合は、利用料が全額自己負担となりますので注意してください。

◇◆目次◆◇

| | | |
|----|--|----|
| 1 | 指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供する事業者について | 1 |
| 2 | 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について | 1 |
| 3 | 提供するサービスの内容及び費用について | 3 |
| 4 | 利用料、利用者負担額その他の費用の請求及び支払い方法について | 7 |
| 5 | 虐待の防止について | 8 |
| 6 | 秘密の保持と個人情報の保護について | 8 |
| 7 | 緊急時の対応方法について | 9 |
| 8 | 事故発生時の対応方法について | 9 |
| 9 | 衛生管理等について | 9 |
| 10 | 損害賠償等について | 9 |
| 11 | サービス提供に関する相談、苦情について | 9 |
| 12 | 第三者評価実施状況について | 10 |
| 13 | 重要事項説明の年月日 | 11 |

あなたが利用しようと考えている指定特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供する事業者について

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 事業者名称 | マイラシーライフサポート株式会社 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 戸井 宣夫 |
| 本社所在地 (連絡先及び電話番号等) | 札幌市中央区北二条東二丁目1番地16 011-596-8001 |
| 法人設立年月日 | 令和7年6月1日 |

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|-----------------|---------------|
| 事業所名称 | マイラシーク塩谷 |
| 管理者 | 福江 恵 |
| 介護保険指定 事業所番号 | 0172003121 |
| 事業所所在地 | 小樽市塩谷2丁目2番21号 |
| 連絡先 | 0134-64-1185 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | <p>特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、入居者が指定特定施設入居者生活介護又は指定介護予防特定施設入居者生活介護を利用することによって、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。</p> |
| 運営の方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1 事業所は、指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供することにより、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活に必要な援助を妥当、適切に行うよう努めます。 2 事業所は、指定特定施設サービス計画又は指定介護予防特定施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なサービスの提供とならないよう努めます。 3 事業所は、サービスの提供に際しては懇切、丁寧を旨とし、理解しやすい説明を心がけます。 4 事業所は、利用者本人又は他の利用者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。 5 事業所は、自ら提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めます。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|---|
| 営業日 | 年中無休 |
| 営業時間 | 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分までとします。 電話等により、24 時間連絡可能な体制とします。 |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|-------|
| サービス提供日 | 年中無休 |
| サービス提供時間 | 24 時間 |

(5) 事業所の職員体制

| 職種 | 職務内容 | 人員数 |
|---------|---|------------------------------|
| 管理者 | 業務の実施状況について把握し、業務の管理を一元的に行うとともに事業所の従業者が遵守すべき事項について指揮命令を行います。 | 1 名 |
| 生活相談員 | 入居者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、入居者の社会生活に必要な支援を行います。 | 常勤換算 1.0 名以上 |
| 介護職員 | 入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行います。 | 常勤換算 14.0 名以上 (看護職員含む) |
| 看護職員 | 入居者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じます。 | 常勤換算 2.0 名以上 |
| 機能訓練指導員 | 入居者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための訓練を行います。 | 1 名以上 |
| 計画作成担当者 | 入居者又は家族の希望、入居者について把握された解決すべき課題に基づき、他の従業者と協議の上、サービスの目標、サービスの内容等を盛り込んだサービス計画を作成します。 | 1 名以上 |
| 管理栄養士 | 入居者の栄養や心身の状況及び嗜好を考慮した献立の作成及び栄養指導を行うとともに、栄養管理関係書類の整備及び食品衛生法の定めるところによる衛生管理を行います。 | 1 名以上 |
| 事務職員 | 一般事務及び、庶務、会計経理、人事管理等を行います。 | 1 名以上 |

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
|------------------------|--|
| (介護予防)特定施設サービス計画の作成 | <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、その有する能力、置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握します。 2 利用者及び家族の希望と把握された解決すべき課題に基づき、他の従業者と協議の上、サービスの目標及びその達成期間、サービス内容並びにサービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ(介護予防)特定施設サービス計画の原案を作成します。 3 その原案を利用者及び家族に説明して、文書により同意を得た上で(介護予防)特定施設サービス計画を作成し、利用者に交付します。 4 作成後は、他の従業者との連絡を継続的に行うことにより(介護予防)特定施設サービス計画の実施状況の把握を行い、変更が必要であると認められる場合は、そのことについて利用者及び家族に説明し同意を得て変更します。 |
| 指定(介護予防)特定施設入居者生活介護の提供 | <p>(介護予防)特定施設サービス計画に基づき、指定(介護予防)特定施設入居者生活介護を提供します。</p> <p>具体的なサービスの内容は次のとおりです。</p> <p>① 食事</p> <p style="margin-left: 40px;">朝食 7:30 より 昼食 12:00 より 夕食 17:30 より</p> <p>食事は利用者の摂取状況に合わせて調理を工夫します。</p> <p>食事介助は原則として食堂で、特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に沿って、サービス提供します。</p> <p>② 入浴</p> <p>入浴又は清拭は身体状況に応じて、特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に沿って、最低でも週2回以上行います。</p> <p>③ 日常の介護</p> <p>日常生活上の更衣、整容、排せつ、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等を、特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に沿って行います。</p> <p>④ 機能訓練</p> <p>日常生活動作の維持又は向上に係る機能訓練を、個別訓練及びグループ訓練として実施します。特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に沿って対応します。</p> <p>⑤ 健康管理</p> <p>事業所内で健康相談サービス等を行っています。特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に沿って、必要なりハビリテーション、医療措置、健康相談等を行います。</p> |

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

下記の料金表によって、利用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額を除いた金額（定められた自己負担額）をお支払いいただきます。

■基本介護費（1日につき）

上段：1割、中段：2割、下段：3割

| 区 分 | | 利用料 (単位数) | 自己負担額 |
|------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|
| 基本介護費 (1日につき) | 要支援 | 1 | 183 円 366 円 549 円 |
| | | 2 | 313 円 626 円 939 円 |
| | 要介護 | 1 | 542 円 1,084 円 1,626 円 |
| | | 2 | 609 円 1,218 円 1,827 円 |
| | | 3 | 679 円 1,358 円 2,037 円 |
| | | 4 | 744 円 1,488 円 2,232 円 |
| 5 | 813 円 1,626 円 2,439 円 | | |

■加算 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

上段：1割、中段：2割、下段：3割

| 加算の種類 | 加算の要件（概要） | 加算額 | |
|-----------------|---|----------------|-------------------|
| | | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| 個別機能訓練 加算（Ⅰ） | 常勤専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、利用者に対して、機能訓練指導員、看護職員、介護職員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成して機能訓練を実施している場合に算定（1日につき） | (12単位) 120円 | 12円 24円 36円 |
| 個別機能訓練 加算（Ⅱ） | 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している利用者について、個別訓練情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって適切かつ有効な情報を活用している場合に算定（Ⅰ・Ⅱ併算可 1月につき） | (20単位) 200円 | 20円 40円 60円 |

| 加算の種類 | 加算の要件（概要） | 加算額 | |
|---|--|-------------------|----------------------|
| | | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| ADL維持等加算 (I) 「ADLとは、日常生活を送るために最低限必要な日常的な移動、食事、排泄、入浴等のことです。」 | 次の要件を満たしている場合に算定（1月につき） イ 利用者の評価対象期間が6月を超える方の総数が10人以上であること ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）においてADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること（科学的介護情報システムへのデータ提出とフィードバックの活用） ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況に応じて一定の値を加えたADL利得の上位及び下位それぞれ1割を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が1以上であること | (30単位) 300円 | 30円 60円 90円 |
| ADL維持等加算 (II) | 次の要件を満たしている場合に算定（1月につき） ・加算(I)のイとロの要件を満たすこと ・ADL利得を平均して得た値が3以上であること | (60単位) 600円 | 60円 120円 360円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用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、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定（1月につき） | (40単位) 400円 | 40円 80円 120円 |
| 夜間看護体制加算(II) | 常勤の看護師1名以上を配置し看護に係る責任者を定め、24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している場合等に算定（1日につき） | (9単位) 90円 | 9円 18円 27円 |
| 協力医療機関連携加算（相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合） | 次の「協力医療機関連携加算（上記以外の協力医療機関と連携している場合）」の要件に加え、協力医療機関と次の①及び②の体制を確保している場合に算定（1月につき） ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること | (100単位) 1,000円 | 100円 200円 300円 |
| 協力医療機関連携加算（上記以外の協力医療機関と連携している場合） | 協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合に算定（1月につき） | (40単位) 400円 | 40円 80円 120円 |

| 加算の種類 | 加算の要件（概要） | 加算額 | |
|---------------------------|---|---|---|
| | | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 （1回/6月） | 看護職員、介護職員等が利用開始時及び利用中6月ごとに栄養状態を確認し、当該利用者の栄養状態に関する情報を担当する介護支援専門員に提供した場合に算定（6月に1回を限度） | (20単位) 200円 | 20円 40円 60円 |
| 退院・退所時連携加算 | 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院から入居した場合30日以内の期間について算定（1日につき） | (30単位) 300円 | 30円 60円 90円 |
| 退居時情報提供加算 | 利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活暦等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に算定（1回限り） | (250単位) 2,500円 | 250円 500円 750円 |
| 看取り介護加算 | 医師の診断に基づきターミナルケアを希望する利用者に「人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿って看取り介護を行った場合に算定（1日につき） ※夜間看護体制加算を算定していない場合は算定しません。 | *死亡日以前31日以上 45日以内 (72単位) 720円 *死亡日以前4日以上 30日以内 (144単位) 1,440円 *死亡日の前日及び 前々日 (680単位) 6,800円 *死亡日 (1,280単位) 12,800円 | 72円 144円 216円 144円 288円 432円 680円 1,360円 2,040円 6,800円 1,280円 2,560円 3,840円 |
| 新興感染症等施設療養費加算 | 利用者が別に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、診察、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した利用者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護を行った場合に算定（1月に1回、連続する5日を限度） | (240単位) 2,400円 | 240円 480円 720円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | サービスを提供させていただく介護福祉士の割合が70%以上を占めている場合等に算定（1日につき） | (22単位) 220円 | 22円 44円 66円 |

☆ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ口）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして北海道知事に届け出た事業所が、利用者に対してサービスを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、上記（基本介護費及び加算の表）までに算定した額の1,000分の159に相当する額を掲げる額を算定します。

☆ 身体拘束廃止未実施減算、高齢者虐待防止措置未実施減算及び業務継続計画未算定減算別に厚生労働省が定める基準を満たさない場合は、所定単位数からそれぞれ定められた相当額を減算します。

☆ 利用者が要介護又は要支援認定を受ける以前にサービスを利用した場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行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。

(3) その他の利用者負担額について

次に掲げる項目については以下に定める利用料金の支払いを受けるものとします。

- ① 家賃 51,000 円/月（単身用・北西向き）
 53,000 円/月（単身用・南東向き）
 101,000 円/月（夫婦用・北西向き）
 103,000 円/月（夫婦用・南東向き）
- ② 共益費 22,500 円/月（単身用）、30,000 円/月（夫婦用）
 令和6年6月30日までは以下を適用します。
 21,000 円/月（単身用）、28,500 円/月（夫婦用）
- ③ 冬季暖房費 9,900 円/月（単身用・11月～4月）
 14,300 円/月（夫婦用・11月～4月）
 令和6年6月30日までは以下を適用します。
 8,800 円/月（単身用・11月～4月）
 13,200 円/月（夫婦用・11月～4月）
- ④ 水道使用料 1,100 円/月（単身用）
 2,200 円/月（夫婦用）
- ⑤ 食費 朝食 395 円/食、昼食 615 円/食、686 円/食、療養食 242 円/日
- ⑥ 複写物 利用者は請求により、サービス提供について記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。
 1 枚につき、白黒 10 円、カラー 50 円

その他日常生活において通常必要となるものに係る費用で、入居者が負担することが適当と認められるものの実費について徴収します。

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

料金・費用は、1 か月ごとに計算して翌月 10 日までに請求し、毎月 20 日（20 日が銀行の営業日でない場合は翌営業日）にあらかじめご指定いただいた金融機関口座より自動引き落としにてお支払いいただきます。（引落手数料は当社で負担いたします）。

なお、やむを得ない事情で引落としができない場合には、下記のいずれかの方法でお支払いいただきます。その場合は、お手数をお掛けしますが、必ず事前に事務室へ、下記の方法により納付する旨をお申し出下さいますようお願いいたします。

ア. 下記指定口座への振り込み（振り込み手数料は利用者負担となります）

北洋銀行 小樽中央支店 普通預金 7221516

口座名義 マイラシーライフサポート株式会社

代表取締役 戸井 宣夫

イ. 事務室への現金納付

月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

5 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 福江 恵 |
|-------------|----------|

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 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。

(4) 介護相談員を受入れます。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

6 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|----------------------------|--|
| (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>① 事業所は、利用者の個人情報について、事業所が別に定める個人情報保護規程に基づき、「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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業所及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ 事業所は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
| (2) 個人情報の保護について | <p>① 事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、その個人情報を用いません。</p> <p>② 事業所は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業所が管理する情報については、個人情報保護規程の定めに従い、利用者の求めに応じて必要な開示、訂正等を行うものとします。</p> |

7 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、及び必要な場合には監督官庁に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

9 衛生管理等について

- ① 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

10 損害賠償等について

介護保険サービスの賠償事故の場合

身体賠償・財物賠償 限度額 2億円（1事故につき）

人格権侵害 限度額 5百万円（1名につき）

医療保険サービスの賠償事故の場合

身体賠償・財物賠償 限度額 1億円（1事故につき）

人格権侵害 限度額 5百万円（1名につき）

11 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定（介護予防）特定施設入居者生活介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口及び苦情解決責任者を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

① 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

・ 苦情に対する常設の窓口として、苦情受付担当者を置きます。

（電話番号）0134-64-1185 F A X 0134-64-1191

（苦情受付担当者） 福江 恵、奈良田 智子

（受付時間）月曜日～金曜日 平日の午前9時から午後5時まで

② 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順、苦情解決責任者の設置

・ 苦情の速やかな解決処理のために苦情解決責任者を置きます。

（電話番号）0134-64-1185 F A X 0134-64-1191

（苦情解決責任者） 平野 元

・ 苦情があった場合は、直ちに担当者が相手方に連絡を取り、直接出向くなどして、詳しい事情を聞くとともに、職員からも事情を確認します。

・ 苦情解決責任者が関係職員を招集して検討会議を行います。

（検討会議を行わない場合も、必ず苦情解決責任者まで処理結果を報告します）

・ 検討後、速やかに具体的な対応を行います。

・ 記録を台帳に保管し、再発防止に役立てます。

③ その他参考事項

- ・ 普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がけます。
(毎日の朝礼等で確認、職員研修の実施)

(2) 苦情申立の窓口

| | |
|---------------------------------------|--|
| 【事業所の窓口】 サービス付き高齢者向け住宅 マイラシーク塩谷 | 所在地 小樽市塩谷2丁目2番21号 TEL 0134-64-1185 FAX 0134-64-1191 受付時間 9:00~17:00 |
| 【小樽市（保険者）の窓口】 小樽市福祉保険部介護保険課 | 所在地 小樽市花園2丁目12番1号 TEL 0134-32-4111 (内線 453) FAX 0136-27-6711 e-mail kaigo@city.otaru.lg.jp |
| 【公的団体の窓口】 北海道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 TEL 011-231-5161 FAX 011-233-2178 |
| 【公的団体の窓口】 北海道福祉サービス運営適正化委員会 | 所在地 札幌市中央区北2条西7丁目かでの 2.7 TEL 011-204-6310 FAX 011-204-6311 |
| 【参考～指定権者窓口】 北海道後志振興局 保健環境部社会福祉課 | 所在地 虻田郡倶知安町北1条東2丁目 後志合同庁舎内 TEL 0136-23-1931 FAX 0136-22-5846 |

1.2 第三者評価実施状況について

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

13 重要事項説明の年月日

| | |
|-----------------|-------------------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 年 月 日 |
|-----------------|-------------------------|

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第178条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | | |
|-----|-------|---------------------|---|
| 事業者 | 所在地 | 小樽市塩谷2丁目2番21号 | |
| | 法人名 | マイラシーライフサポート株式会社 | |
| | 代表者名 | 代表取締役 戸井 宣夫 | 印 |
| | 事業所名 | 指定（介護予防）特定施設入居者生活介護 | |
| | 説明者氏名 | | 印 |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| | 続柄 | |

代理人が署名する理由 (_____)