

重要事項説明書

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業所
ケアハウスアニスティ深川

利用者に対し外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護サービス及び外部サービス型指定介護予防特定施設入居者生活介護サービス（以下、「外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護サービス等」といいます。）を提供するにあたり、当事業者の運営規程の概要や勤務体制、その他重要事項を記したものです。

利用者及びその家族等（身元保証人）に対して、この文書を交付してご説明申し上げますことは事業者の義務とされております。

1 法人の概要

法人名	社会福祉法人北海道中央病院
法人所在地	北海道深川市西町1番7号
電話番号	0164-22-2135
代表者名	理事長 大西 道祥
設立年月日	昭和27年5月30日

2 事業所の概要

事業所名	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護 ケアハウスアニスティ深川
所在地	北海道深川市2条4番3号
施設長名	施設長 菅野 美奈子
電話番号	0164-26-0051
ファクシミリ番号	0164-23-0032
介護保険指定事業者番号	0177400355
開設年月日	平成18年10月1日
併設しているサービス	デイサービスセンター アニスティ深川 ヘルパーステーション アニスティ深川 指定居宅介護支援事業所アニスティ深川

3 事業の目的

事業の目的	当事業所において、自立した生活を営むことができるよう、入居者の能力に応じた外部サービス利用型特定施設入居者生活介護サービス等を提供することを目的といたします。
運営方針	<p>当事業所にあつては、要介護、要支援状態になった入居者が当該施設において、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、特定施設サービス計画に基づき、当該施設が委託する外部サービス事業者より提供される入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話、機能訓練等が適切かつ円滑に行われるための必要な措置並びにその他の日常生活における必要な援助を行います。</p> <p>事業の実施に当たっては、医療機関や地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図りながら、総合的なサービス提供に努めるものとします。</p>

4 外部サービス委託業者

所在地	深川市2条4番3号
名称	デイサービスセンターアニスティ深川
代表者名	管理者 山田 弥佳
電話番号	0164-26-0052
事業の内容	通所介護事業
委託の内容	要介護、要支援状態の利用者に対し、特定施設サービス計画に基づき、全体的な日常生活動作の維持や回復を図る機能訓練や孤立感の解消、身体・精神的負担の軽減を図る。

所在地	深川市2条4番3号
名称	ヘルパーステーションアニスティ深川
代表者名	管理者 菅野 美奈子
電話番号	0164-26-0053
事業の内容	訪問介護事業
委託の内容	要介護、要支援状態の利用者に対し、特定施設サービス計画に基づき身体介護・生活援助を行う。(入居者の能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、直接身体に接して行うサービスや掃除など本人や家族が行うことが困難と思われるサービス)

所在地	砂川市西7条北22丁目122-9
名称	株式会社マルベリーさわやかセンター空知
代表者名	センター長 加我 裕一
電話番号	0125-74-6654
事業の内容	福祉用具貸与
委託の内容	要介護、要支援状態の利用者に対し、特定施設サービス計画に基づき、福祉用具の貸与を行う。

所在地	深川市2条17番3号 健康福祉センター1階 デ・アイ
名称	一般社団法人 北海道総合在宅ケア事業団 深川地域訪問看護ステーション
代表者名	所長 太田 規子
電話番号	0164-22-6700
事業の内容	訪問看護
委託の内容	要介護、要支援状態の利用者に対し、特定施設サービス計画に基づき、健康管理や健康増進への助言や機能訓練等自立への支援、精神・心理状態のケアを行う。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造6階建（耐火建築）
	延べ床面積	3385.60㎡
	利用定員	50名

(2) 主な設備

設備の種類	数	設備の種類	数
食 堂	1	居室(個室)	50室
機能訓練室	1	便 所	全居室完備
一般浴室	1	共用便所	9
介護用浴室	2	談 話 室	6
娯楽室 (一時介護室共用)	1	多目的室	1

6 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
	常勤	非常勤	専従	兼務			
管理者	1			1	—	1	社会福祉士1名
生活相談員	1			1	—	1	介護支援専門員1名
計画作成担当者	1			1	—	1	介護支援専門員1名
介護職員		3	3		1.5	1	介護福祉士3名

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務
生活相談員 計画作成担当者 介護職員	① 早番（7：45～16：45） ② 日勤（9：00～18：00） ③ 遅番（10：00～19：00）
夜間介護職員	17：00～9：00 常勤で勤務

8 施設サービスの概要

種類	内容
食事	・管理栄養士の作成したメニューを3食提供致します。 （食事時間） 朝食 8：00 ～ 9：00 昼食 12：00 ～ 13：00 夕食 17：30 ～ 18：30
入浴	・自分で入浴ができる方は月、火、木、金、土曜日に入浴出来ます。困難な方はデイサービス又はヘルパーにて身体の状態に合わせた方法で入浴頂けます。
安否確認	・利用者に対し声かけや居室訪問、必要に応じて血圧測定等の体調確認を実施、心身・生活状況を把握する。
健康管理	・訪問看護サービスを受けられるよう、病院と契約をしています。 ・緊急時等必要な場合には協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。
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もって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

9 サービス利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス（要介護1～5の方）

① 基本サービス利用料

	1割負担	2割負担	3割負担
1日あたり	84円	168円	252円

② 受託居宅サービス利用料

ア 「指定訪問介護」

身体介護中心である場合（1サービス利用あたり）

時 間	1割負担	2割負担	3割負担
15分未満	94円	188円	282円
15分以上30分未満	189円	378円	567円
30分以上45分未満	256円	512円	768円
45分以上1時間未満	341円	682円	1,023円
1時間以上1時間15分未満	426円	852円	1,278円
1時間以上1時間30分未満	511円	1,022円	1,533円

○ 1時間30分以上については、548単位に所要時間1時間30分から計算して所要時間15分増すごとに36単位を加算した単位です。

生活援助が中心である場合（1サービス利用あたり）

時 間	1割負担	2割負担	3割負担
15分未満	48円	96円	144円
15分以上30分未満	94円	188円	282円
30分以上45分未満	142円	284円	426円
45分以上1時間未満	190円	380円	570円
1時間以上1時間15分未満	214円	428円	642円
1時間15分以上	256円	512円	768円

イ 「指定通所介護」（通常規模型：6時間以上7時間未満）

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	526円	1,052円	1,578円
要介護2	620円	1,240円	1,860円
要介護3	716円	1,432円	2,148円
要介護4	811円	1,622円	2,433円
要介護5	907円	1,814円	2,721円

ウ 「指定福祉用具貸与」

現に福祉用具貸与に要した単位で、料金はその単位に10円を乗じた額。自己負担額は、利用者の負担割合によって定まります。（1～3割）

③ 介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として、上記①基本サービス利用料+②受託居宅サービス利用料の合算単位数の12.8%を加算させていただきます。

④ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1割負担	2割負担	3割負担
1日あたり	22円	44円	66円

(2) 介護保険限度額

要介護度	1ヶ月に利用できる単位
要支援1	5,032単位
要支援2	10,531単位
要介護1	16,355単位
要介護2	18,362単位
要介護3	20,490単位
要介護4	22,435単位
要介護5	24,533単位

(3) 介護保険給付対象外サービス(全額利用者負担となります。)

※ 介護保険外なので要介護度、要支援度は関係ありません。保険外費用についてはサービス提供事業所へ直接お支払い下さい。

ア 特別な介護費用

おむつ代等

イ 記録等の複写物に関する費用

サービス提供に関する記録の複写物に関する実費です。

ウ デイサービス利用時の昼食費

1回につき680円いただきます。

利用日当日に利用中止となった場合は、食費680円は、いただきます。

エ ホームヘルプサービス利用のキャンセル料

サービスの利用をキャンセルする際には、すみやかに担当者までご連絡ください。

サービス利用の前日正午を過ぎてキャンセルされる場合は、以下のキャンセル料がかかりますのでご注意ください。

キャンセル料：一律1,000円(税込み)

※サービス利用日の前日正午までにご連絡いただいた場合、及び緊急入院等により連絡ができない止むを得ない事情があった場合にはキャンセル料はいただきません。

オ その他 実費

行事参加費等

(4) 支払い方法

利用者は、当月請求額を毎翌月 15 日に利用者名義の口座より銀行振替にてお支払いいただきます。（金融機関が休業日の場合は、翌営業日となります。）

10 事故発生時の対応

利用者に対する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護サービス等の提供により事故が発生した場合には、速やかに家族及び市町村関係等に連絡を行うと共に、必要な措置をとります。

本人への対応	症状把握し、救急処置等の処置をとる。必要に応じ医療機関に転送する
家族への対応	生活相談員が家族（緊急連絡先）へ連絡し状況報告する。状況の変化等があった際は随時報告する
施設側への対応	事故発生を施設長に報告。事故報告書を速やかに記入、提出し今後の対応を協議する
関係機関への届出	必要に応じて市役所や警察、保険会社等の機関へ事故発生を報告する。

11 居室の変更

施設は、利用者が次の各号の一つに該当するときは、居室の変更をすることができます。

- (1) 2人居室の利用者がいずれか一方の死亡等により一人となったとき
- (2) 利用者の身体状況低下等、居室を変更することが適当と認められたとき
- (3) その他、施設が必要であると認めたとき。

12 協力医療機関

医療機関の名称	社会福祉法人 北海道中央病院
院長名	院長 渡 邊 真 司
所在地	深川市西町1番7号
電話番号	0164-22-2135
診療科	内科・消化器科

医療機関の名称	杉村歯科医院
院長名	院長 杉 村 修
所在地	深川市4条9番28号
電話番号	0164-22-2323
診療科	歯科

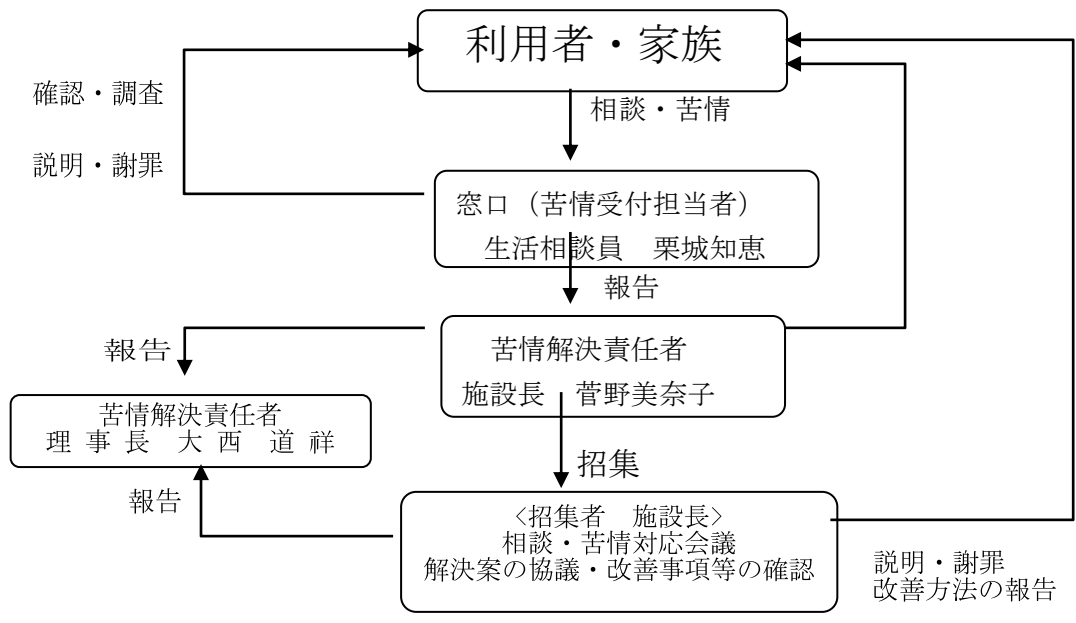
13 非常災害時の対策

非常時の対応	非常災害等に対し、消防計画等の防災計画を立て、職員及び入居者が参加する消火、通報及び避難訓練を実施するものとします。別途定める「アニスティ消防計画」に則り対応を行います。
設 備 等	施設の火災通報装置は、煙感知や熱感知の作動によって、自動的に消防署に通報される装置となっています。また、居室の全てにスプリンクラー装置が設置されています。

14 苦情等受付

苦情・相談受付窓口	解決責任者 理事長 大西道祥 解決責任者 施設長 菅野美奈子 受付担当者 生活相談員 栗城知恵
受 付 時 間	原則 9:00～18:00（生活相談員勤務日に限る）
苦 情 処 理 の 方 法	<p>苦情は、面接・書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。</p> <p>受付けた苦情を苦情解決責任者に報告し、苦情対応会議を開き改善事項の確認並びに解決案の協議を行い申出のあった利用者及び家族と誠意を持って話し合い解決に努めます。</p> <p>当事業所で解決できない苦情は、下記の苦情受付機関に申し立てることができます。</p>
その他の苦情受付機関	機関名 深川市 高齢者支援課 所在地 深川市 2条 17番 17号 電話番号 0164-26-2238 受付時間 8:45～17:15（土日祝日除く）
	機関名 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 011-231-5175 受付時間 9:00～17:00（土日祝日除く）
	機関名 北海道福祉サービス運営化適正委員会 所在地 札幌市中央区北 2条西 7丁目 電話番号 011-204-6310 受付時間 9:00～17:00（土日祝日除く）

苦情解決の過程



令和 年 月 日

外部サービス型指定特定施設入居者生活介護サービス等の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

私は、本書面に基ついて事業者からの重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

利用者の家族等

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

※ この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申し込み者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。