

重要事項説明書

		記入年月日	令和7年4月1日
記入者名	高野 知佐子	所属・職名	グループホームかがやき八軒 管理者

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(かぶしきがいしゃ かがやき) 株式会社 輝	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒063-0846	
	北海道札幌市西区	八軒6条西9丁目1番37号
事業主体の連絡先	電話番号	011-623-0027
	FAX 番号	011-612-0092
	ホームページアドレス	なし
		あり https://www.kaigo-kagayaki.jp/index.html
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	町田 知尚
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成11年12月22日	
主な実施事業	※別添1（別を実施する介護サービス一覧表）	

2. 施設概要

(住まいの概要)

名称	(ぐるーぷほーむ かがやき はちけん) グループホームかがやき八軒	
所在地	〒063-0846 札幌市西区八軒6条西9丁目1番37号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 函館本線 発寒中央駅
	交通手段と所用時間	① 電車利用の場合 JR 函館本線発寒中央駅より、鉄工団地通を南東に約 200m進み左折し、新琴似通を約 900m北東進。下手稲通を越えて 100mほど進み、通り沿い左手。 ② 自動車利用の場合 札幌自動車道新川 IC を出て、すぐの「新川 2-7」を左折（札幌新道南西進）。新川通を約 75m南東進、新琴似通を南西に約 680m進み、通り沿い右手。
連絡先	電話番号	011-612-0074
	FAX 番号	011-688-6677
	ホームページアドレス	なし あり https://www.kaigo-kagayaki.jp/index.html
	氏名	時田 浩輔
管理者	職名	管理者
建物の竣工日		令和 1 年 4 月 24 日
グループホーム事業の開始日		令和 1 年 6 月 1 日

(類型) 【表示事項】

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護		
1 又は 2 に該当する 場合	介護保険事業所番号	0 1 9 0 4 0 1 0 4 2
	指定した自治体名	北海道/札幌市
	事業所の指定日	令和 1 年 6 月 1 日
	指定の更新年月日 (直近)	令和 1 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	1,959.81 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2019年6月1日～2039年5月31日) 2 なし			
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
建 物	延床面積	全体	3,387.45 m ²			
		うち、グループホーム部分	551.55 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他				
		4 その他 ()				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 ()				
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2019年6月1日～2039年5月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	1人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.65 m ²	18	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入						

共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所	
	廊下幅	片廊下	なし		
		中廊下	最大 1.816m・最少 1.616m		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
居間・食堂	1 あり 2 なし				
台所	1 あり 2 なし				
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし				
消防用設備等	消火器	1 あり 2 なし			
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし			
	スプリンクラー	1 あり 2 なし			
	防火管理者	1 あり 2 なし			
	防災計画	1 あり 2 なし			
その他	洗濯・乾燥室				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1 老人福祉法等の関連法令に準拠した「運営規程」に従って、事業の円滑な運営を行います。 2 要介護認定を受けた入居者に対し、食事、入浴、排泄等の介護、その他の日常生活上のお世話を通じて、入居者がホームにおいて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、心身機能および生活機能の維持又は回復を目指して支援します。 3 介護等の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又は身元保証人に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとします。 4 介護等の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うものとします。 5 事業所の管理者及び従業者は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供するものとする。特に、認知症（法第五条の二に規定する認知症をいう。以下同じ。）である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えるものとする。 6 個人情報保護法の精神に立って、個人情報の管理を行います。
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。 2 北海道と各地域の恵みを感じる、心を込めた手作り料理を提供。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容)

認知症対応型共同生活介護の 加算の対象となるサービスの 体制の有無	入院時費用	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	初期加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり (I・II・III) <input type="checkbox"/> 2 なし	
	退去時相談援助加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	1 あり (I・II) <input type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間支援体制加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(I) ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
認知症対応型処遇改善加算	1 あり (I・II・III・IV・V) 2 なし		
認知症対応型医療連携体制加算	1 あり (I1・I2・I3・なし)		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 (訪問診療医の確保)
協力医療機関	1	名称 医療法人新産健会ことに・メディカルサポートクリニック

		住所	札幌市西区八軒1条西1丁目2-10 ザ・タワープレイス1階
		診療科目	内科、消化器科、循環器科
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療、往診
協力医療機関	2	名称	医療法人社団 きよみず公園クリニック
		住所	札幌市白石区東札幌4条3丁目6-1
		診療科目	内科
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療、往診
協力医療機関	3	名称	医療法人札幌宮の沢病院
		住所	札幌市手稲区西宮の沢1条4丁目14番35号
		診療科目	内科（療養型）
		協力内容	健康相談、健康診断
協力歯科医療機関		名称	ラビット歯科
		住所	北海道札幌市北区北二十四条西4-1-21 モンレーブ24-4F
		協力内容	歯科健康相談、訪問歯科診療、往診

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 <input checked="" type="checkbox"/> その他（同一ホーム内の他の居室に移る場合）	
判断基準の内容	利用者間のトラブル、利用者の都合等により、居室を変更する場合があります。	
手続きの内容	① 事業者の指定する医師の意見を聴取する ② 入居者及びその家族の意見を聴取する ③ 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	居室の変更及び住み替え後の居室に移行	
敷金調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との使用の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
その他の変更	1 あり (変更内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし						
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (要支援 2 のみ) 2 なし						
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし						
留意事項	要介護者(要支援 2・要介護)であって、認知症の確定診断のある方							
契約の解除の内容	入居契約書第 30 条による							
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 29 条による						
	解約予告期間	1 ヶ月						
入居者から解約予告期間	30 日							
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
	期 間	7 泊 8 日まで						
	夏 季 (4 月～9 月)	① 体験入居料 (税込) 1 日 1,000 円 ② 食事代 (税込) 日額 1,100 円 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>朝食</td> <td>昼食</td> <td>夕食</td> </tr> <tr> <td>300 円</td> <td>400 円</td> <td>400 円</td> </tr> </table> ③ (夏季: 2 泊 3 日 6 食喫食) (1,000 円×3 日) + 食事 (朝・昼・夜各 2 回) =5,200 円	朝食	昼食	夕食	300 円	400 円	400 円
	朝食	昼食	夕食					
	300 円	400 円	400 円					
冬 季 (10 月～3 月)	① 体験入居料 (税込) 1 日 1,500 円 ② 食事代 (税込) 日額 1,100 円 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>朝食</td> <td>昼食</td> <td>夕食</td> </tr> <tr> <td>300 円</td> <td>400 円</td> <td>400 円</td> </tr> </table> ③ 例 (冬季: 2 泊 3 日 6 食喫食) (1,500 円×8 日) + 食事 (朝・昼・夜各 2 回) =6,700 円	朝食	昼食	夕食	300 円	400 円	400 円	
朝食	昼食	夕食						
300 円	400 円	400 円						
<input type="checkbox"/> 2 なし								

入居定員	2ユニット 18人
その他	

5. 職員体制
(職員別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ^{※1}
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員				0.0
直接処遇職員				0.0
介護職員	14	6	8	12
看護職員	1	0	2	0.8
機能訓練指導員				0.0
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士				0.0
その他職員				0.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				40時間
^{※1} 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	7	5	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師及び准看護師	2	0	2
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18 時 ~ 翌 6 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	2人

(認知症対応型共同生活介護等の提供体制)

認知症対応型共同生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合	契約上の職員配置比率【表示事項】	3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	3 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし		
	業務に係る資格等	1 あり			
		資格等の名称	認知症介護実践者研修		
		2 なし			
	看護職員	介護職員	生活相談員	機能訓練指導員	計画作成担当者
	常勤 非常勤	常勤 非常勤	常勤 非常勤	常勤 非常勤	常勤 非常勤
前年度1年間の採用者数					
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0
	1年未満	0	0	0	0

業務に従事した職員の経験年数に応じ	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし				

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	利用権方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	月払い方式	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	<ul style="list-style-type: none"> ・月額施設利用料および有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営推進会議の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・介護保険法に基づく介護サービスを利用した場合、介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合には、それに応じて変動します。 ・敷金、家賃相当額、水道光熱費（共益費）および介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用は税法に則り消費税を負担していただきます。消費税率が改定になった場合は、改定内容及び法令等の定めにしたがい、利用料も変更になります。
	手続き	運営推進会議にて説明を行い、料金を改定する。

(利用料金額)

費目	算定根拠								
家賃（非課税）	<p>【全額月払い方式】</p> <table border="1"> <tr> <td>家賃</td> <td>55,000円</td> </tr> <tr> <td>管理費</td> <td>18,000円</td> </tr> </table> <p>※月の中途に入居する場合、入居月の家賃のうち入居日数相当分を支払うものとする。この場合、年額から1年を365日として日割計算し、1円未満の端数は四捨五入するものとする。</p>	家賃	55,000円	管理費	18,000円				
家賃	55,000円								
管理費	18,000円								
敷金（非課税）	家賃の1ヶ月分 55,000円（非課税）								
介護費用	認知症対応型共同生活介護費等の介護給付費自己負担額								
水道光熱費（共益費） （非課税）	<p>管理部門の人件費・事務費、備品、消耗品費、維持管理費、水道光熱費、冬季除雪費</p> <p>【夏季・冬季】</p> <table border="1"> <tr> <td>夏季(4月～9月)</td> <td>冬季(10月～3月)</td> </tr> <tr> <td>21,000円</td> <td>21,000円</td> </tr> </table>	夏季(4月～9月)	冬季(10月～3月)	21,000円	21,000円				
夏季(4月～9月)	冬季(10月～3月)								
21,000円	21,000円								
その他（非課税）	冬季（10月～3月） 共用部暖房費 10,000円（非課税）								
食材費（非課税）	<p>食材費、厨房管理費により算定</p> <p>日額 1,100円（朝食 300円、昼食 400円、夕食 400円）</p> <table border="1"> <tr> <td>1ヶ月 28日の場合は</td> <td>30,800円（非課税）</td> </tr> <tr> <td>29日の場合は</td> <td>31,900円（非課税）</td> </tr> <tr> <td>30日の場合は</td> <td>33,000円（非課税）</td> </tr> <tr> <td>31日の場合は</td> <td>34,100円（非課税）</td> </tr> </table>	1ヶ月 28日の場合は	30,800円（非課税）	29日の場合は	31,900円（非課税）	30日の場合は	33,000円（非課税）	31日の場合は	34,100円（非課税）
1ヶ月 28日の場合は	30,800円（非課税）								
29日の場合は	31,900円（非課税）								
30日の場合は	33,000円（非課税）								
31日の場合は	34,100円（非課税）								
その他のサービス利用料	<p>(1) おむつ代（実費）</p> <p>(2) 趣味活動の材料費（実費）</p> <p>(3) 個人で使用するティッシュペーパー等の日用品（実費）</p> <p>(4) 個人の趣味・趣向、特注品での福祉用具の購入費（自己負担）</p>								

7. 入居者の状況【冒頭に記載した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	0人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上	10人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	4人
	要介護2	4人
	要介護3	6人
	要介護4	3人
入居期間別	要介護5	0人
	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	0人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86.00歳
入居者数の合計	17人
入居率※	94.4%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	事業所側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入こと。

窓口の名称		株式会社輝 お客様相談室
電話番号		0120-915-631
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日・祝休日・年末年始(12月31日から1月3日)を除く)
窓口の名称		札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課
電話番号		011-211-2547 011-211-2972(居宅サービス、有料老人ホーム等)

対応している 時間	平日	8:45～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（1月29日から1月3日）を除く）	

窓口の名称		北海道国民健康保険連合会介護サービス苦情相談窓口
電話番号		011-231-5175
対応している 時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（1月29日から1月3日）を除く）	
窓口の名称		高齢者・障がい者生活あんしん支援センター （あんしんセンター）
電話番号		011-632-0550
対応している 時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（1月29日から1月3日）を除く）	
窓口の名称		北海道福祉部高齢者保健福祉課介護運営グループ
電話番号		011-231-4111
対応している 時間	平日	8:45～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（1月29日から1月3日）を除く）	

（サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応）

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社「賠償責任保険」
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故発生時には、事業所は以下の段階を経て事態を処理・収拾する。 ① 事業所の緊急連絡体制に沿って担当介護支援専門員、主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る。 ② 指定の身元保証人、家族連絡先、代理人等へ事態を報告し、対応方法を相談・確認を行う。 ③ また、事故についての検証を行い、今後の防止策を講じる。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する取組の 状況	1 あり	実施日	常設
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
----------	---------------------------------------

運営規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 2 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. 運営推進会議

運営推進会議	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 6 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	

11. 緊急時の対応

当ホームの利用実施中等に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに身元保証人の他、下記の家族等の緊急連絡先及び、主治医又は協力医療機関と連絡を取り、救急治療、救急入院など必要な措置を講じます。

主治医 またはかかりつけ医療機関	医療機関名及び 主治医名	(医療機関名) (主治医名)
	住所	
	連絡先	
ご家族 (医療行為に同意のできる方)	氏名	(続柄)
	住所	
	連絡先	

担当介護支援専門員	氏名	
	住所	
	連絡先	
成年後見人 または代理人が 家族ではない場合	氏名	
	住所	
	連絡先	

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）

契約の締結に当たり、本重要事項説明書により説明を受けました。

説明年月日 年 月 日

署 名

説明者署名

別添1 事業主体が札幌市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	介護サービス かがやき 札幌市西区八軒6条西9丁目1番37号かがやき八軒
訪問入浴介護	あり	なし	
訪問看護	あり	なし	
訪問リハビリテーション	あり	なし	
居宅療養管理指導	あり	なし	
通所介護	あり	なし	
通所リハビリテーション	あり	なし	
短期入所生活介護	あり	なし	
短期入所療養介護	あり	なし	
特定施設入居者生活介護	あり	なし	
福祉用具貸与	あり	なし	
特定福祉用具販売	あり	なし	
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし	
夜間対応型訪問介護	あり	なし	
認知症対応型通所介護	あり	なし	
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	小規模多機能型居宅介護 かがやき西宮の沢 札幌市手稲区西宮の沢3条1丁目13番20号かがやき西宮の沢
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	かがやき西町デイサービス 札幌市西区西町南21丁目1番5号
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	ケアセンター かがやき八軒 札幌市西区八軒6条西9丁目1番37号
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	なし	
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	
介護予防訪問看護	あり	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	
介護予防通所介護	あり	なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	

＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		