

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号訪問事業 重要事項説明書

作成日 令和8年4月1日

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	株式会社 輝	
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	
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	https://www.kaigo-kagayaki.jp/index.html
代表者	氏名	竹森 俊大
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 11年12月22日	
主な実施事業	介護保険法に基づく居宅サービス事業	

2. 事業所の概要

名称	介護サービス寿楽	
所在地	〒048-2672 小樽市塩谷2丁目42番10号	
主な利用交通手段	最寄り駅	J R 函館本線 塩谷駅
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合 J R 函館本線塩谷駅より小樽環状線956号を西に約300m進み左折。徒歩4分。 ② 自動車利用の場合 札幌自動車道小樽塩谷 IC より小樽環状線 956 号を西に約 780m 進み左折。約 1 分。
連絡先	電話番号	0134-26-0500
	FAX番号	0134-26-2911
	ホームページアドレス	https://www.kaigo-kagayaki.jp/index.html
管理者	氏名	田原 孝志
	職名	管理者
訪問介護事業の開始日		昭和・平成 22年 4月 26日
介護保険事業者番号		0172001471
指定した自治体名		小樽市
第1号訪問事業 事業所の指定日		平成30年4月1日
指定の更新日（直近）		令和4年4月27日

※1 最寄りの交通機関からの距離は、1分を80m以下の距離で換算。

3. 利用時の要件

利用時の要件	要支援、介護予防・日常生活支援総合事業対象者
--------	------------------------

4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 ただし、年末年始(12月31日から1月3日)を除く。										
営業時間	月曜日から金曜日 午前9時00分から午後6時00分までとする。										
サービス提供時間	午前0時00分から翌午前0時00分とする。(無休) <table border="1"> <thead> <tr> <th>提供時間帯名</th><th>時間帯</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>早 朝</td><td>午前5時00分～午前9時00分</td></tr> <tr> <td>昼 間</td><td>午前9時00分～午後6時00分</td></tr> <tr> <td>夜 間</td><td>午後6時00分～午後10時00分</td></tr> <tr> <td>深 夜</td><td>午後10時00分～午前5時00分</td></tr> </tbody> </table> ※ サービス提供時間帯が2つにまたがる場合は、サービス開始時刻の区分を優先します。	提供時間帯名	時間帯	早 朝	午前5時00分～午前9時00分	昼 間	午前9時00分～午後6時00分	夜 間	午後6時00分～午後10時00分	深 夜	午後10時00分～午前5時00分
提供時間帯名	時間帯										
早 朝	午前5時00分～午前9時00分										
昼 間	午前9時00分～午後6時00分										
夜 間	午後6時00分～午後10時00分										
深 夜	午後10時00分～午前5時00分										

5. 通常の事業実施地域

通常の事業実施地域	小樽市
-----------	-----

6. 職員体制

	職 員 数	常勤換算後の人数	備 考 (資格・委託等)
管理者	1※ (ー)	1	介護福祉士
サービス提供責任者	1※ (0)	1	介護福祉士
訪問介護員	6 (5)	5.4	
事務員	0 (0)	0.0	
合 計	8 (5)	7.4	

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

2) 他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

7. 利用料

介護保険に係る利用料	法定代理受領サービスに該当する訪問型サービスを提供した際は、利用者は利用料の一部として、訪問型サービスの費用基準額から事業者を支払われる第1号訪問事業サービス費の額を控除して得た利用者負担額及びその他の費用を「訪問型サービス利用料金表」の記載のとおり支払うものとします。ただし、介護保険法に基づく訪問型サービスに要する費用の額は、介護保険法等関係法令が改定された場合には、小樽市が告示する告示上の額とします。
介護保険に係る利用料に含まれない実費負担等	① 介護保険給付費の支給限度額を超えた利用料の全額 ② 利用者の居宅がサービス提供地域外にある場合の交通費は「訪問型サービス利用料金表」の記載のとおり ③ 訪問型サービスが介護保険給付の適用を受けない介護保険外サービス

	スについては、「保険外訪問介護サービス利用契約書」にて別途締結する。 ④ 個別のサービス提供にあたり必要となる薬剤費、医療器具、備品等 ⑤ 介護保険適用サービスの場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の利用料との比較等によって著しく不相当となったときは、1ヶ月前に通知し、利用料等を改定する。
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	☒ 有 ・ 無 有の場合の保険名 （損害保険ジャパン日本興亜株式会社「賠償責任保険」）
消費税の対象外とする利用料等	第1号訪問事業サービス費の自己負担分

8. 利用料の支払方法

費用の支払い方法	第1号訪問事業サービス単位、第1号訪問事業サービス費の利用者負担額及びその他の費用は、次の方法により、前月分（月末締め）のサービス利用料等を事業者を支払うものとする。	
	① 口座振替 株式会社北銀サービスの提供する口座振替サービスにて、ご指定の金融機関の口座から毎月17日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に利用料等の前月分の引落しを行うものとする。 口座振替サービスによる引落し処理開始が利用料等の支払いに間に合わない場合、原則として、翌月17日にそれまでの未払い利用料等をまとめて指定の金融機関口座から引落しを行うものとする。ただし、②銀行振込みまたは③現金払いを指定された場合には、指定された支払方法に従い、未払いの利用料等をまとめて支払うものとする。	
	② 銀行振込 請求書到着月の毎月17日までに（金融機関が休日の場合は翌営業日）に利用料等の前月分を事業者の指定する口座に振り込むものとする。振込手数料は 利用者の負担とする。	
	銀行名	北洋銀行（0501）
	支店名	琴似中央支店（315）
	種別・口座番号	普通預金 4 5 7 7 8 1 6
	口座名義	株式会社 輝 代表取締役 竹森 俊大
	③ 現金払い 請求書到着月の毎月17日までに利用料等の前月分を管理者及び事務担当者等に支払うものとする。	

9. サービスの内容

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
身体介護	排泄介助	排泄の誘導・おむつ交換・後始末等
	食事介助	食事形態の工夫・食事環境を整える・食事介助等
	清拭	更衣・清拭・シーツ交換・ベットメイキング等
	入浴介助	入浴の準備・入浴時の移動・洗身・洗髪の介助・後片付け等
	身体整容	洗顔・口腔ケア・髭剃り・化粧・朝夕の身支度等
	体位変換	体位交換・ベットメイキング等
	移動・移乗介助	車椅子の利用補助・歩行時の見守り等
	外出介助	外出準備・外出先での見守り等
	その他	上記以外で必要な身体介護
生活援助	調理	食事の調理
	洗濯・補修	衣類等の洗濯・物干し・片付け・補修等
	掃除・整理	居室・トイレ・浴室内の掃除や整理整頓等
	買い物	生活必需品の買い物代行等
	その他	上記以外で必要な生活援助
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容		現在委託はしていません。
苦情解決の体制(相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)		利用者及び家族からの苦情は、サービス担当責任者が担当責任者として受付窓口となり、さらに事業所管理者においても対応を受け付ける。 事業所において処理し得ない内容については、下記の行政機関に相談することができる。 各連絡先は「15 事故時の対応、訪問介護提供に関する相談窓口及び苦情対応」のとおり。
事故発生時の対応(医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等)		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。 また、事故についての検証を行い、今後の防止策を講じる。

10 利用・利用の中止等

利用者の条件(年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	介護保険の要支援1～2の認定を受けている方(65歳以上の方、または要介護状態の原因が介護保険で指定する特定疾患である40～64歳の方。)。介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業対象の方。
身元保証人等の条件及び義務等	利用者に債務不履行があったときは、利用契約から生ずる一切の金銭債務について連帯して履行の責を負う。 利用者の契約解除の適用を受ける場合には、利用者の身柄を引き取る責任を負うものとする。
利用者が利用契約を解除する場合の事由及び手続等	利用者は事業者に対し、いつでも本契約の解除を申し入れることができる。この場合、利用者は、7日以上予告期間をもって、文書により事業者へ届け出るものとし、予告期間満了日に本契約は解除されるものとする。

1 1 禁止又は制限される行為（有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅等の入居系サービス利用者が主に対象）

禁止行為	① 銃砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入、使用、保管すること。 ② 大型物品、その他重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付けること。 ③ 排水管その他を腐食させるおそれのある液体等を流すこと。 ④ テレビ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣、他の利用者に著しい迷惑を与えること。 ⑤ 猛獣、毒蛇等の明らかに他の利用者、近隣に迷惑をかける動植物を帯同させること。 ⑥ 目的事業所を反社会的勢力の利用その他の活動の拠点に供すること。 ⑦ 目的事業所又はその周辺において、著しく粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、他の利用者、付近の住民又は通行人に不安を与えること。 ⑧ 目的事業所に反社会的勢力を利用させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせること。
事業者の承諾が必要な行為	① 観賞用の小鳥、魚等を飼育または帯同すること。 ② 犬、猫等の動物を事業所又は敷地内で飼育または帯同すること。 ③ 事業所内及びあらかじめ定められた場所以外の共用施設及び事業所内に物品を置くこと。 ④ 事業所内において営利その他の目的による勧誘、販売、宣伝、広告等の活動を行うこと。 ⑤ 事業所の増築、改築、移転、改造、模様替え等を伴う模様替え、敷地内における工作物を設置すること。 ⑥ その他、事業者がその承諾を必要として運営規程等に定める行為を行うこと。

1 2 事業所利用にあたっての留意事項

送迎時間の連絡	道路事情によりご連絡した訪問時間が前後する場合があります。
体調確認	訪問時に、訪問介護員による体調確認実施に協力するものとする。
サービスの中止	サービス提供日前日の午後5時まで（前日が定休日の場合は定休日前日の午後5時まで）にご連絡をいただいた場合、キャンセル料金は不要です。ただし、既に発生している実費相当額の料金は請求致します。キャンセル料金は、別紙「訪問型サービス利用料金表」のとおりとする。
体調不良等によるサービスの中止・変更	体調不良等によりサービスの提供が困難と判断した場合は、利用の中止をする場合あり。なお、利用を中止した日の振替利用は別途調整することができる。
時間変更	利用日時を変更する場合は、事前に申し出るものとする。

1 3 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
	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
	2 なし		

1 4 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

（１）虐待防止に関する責任者

虐待防止に関する責任者	役職	管理者	氏名	田原 孝志
-------------	----	-----	----	-------

（２）成年後見制度の利用を支援

（３）苦情解決体制を整備

（４）介護職員等に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

15 事故時の対応、訪問介護提供に関する相談窓口及び苦情対応

訪問型サービスの利用実施中等に事故が発生した場合は、身元保証人、利用者の家族や利用者の所在する市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。事業所等の連絡先は下記の通り。

なお、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

事業所窓口 責任者 田原 孝志	所在地 電話番号 FAX番号 受付時間	小樽市塩谷2丁目42番10号 0134-26-0500 0134-26-2911 午前9:00～午後5:00 月曜日から金曜日（土曜日・日曜・祝休日・年末年始（12月31日から1月3日）を除く）
小樽市の方		
小樽市医療保険部 介護保険課	所在地 電話番号 FAX番号 受付時間	北海道小樽市花園2丁目12番1号 0134-32-4111 内線453 0134-27-6711 午前9:00～午後5:20 月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）
北海道国民健康保険連合 会 介護サービス苦情相談 窓口	所在地 苦情相談専用 電話 FAX 受付時間	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階 011-231-5175 011-233-2178 午前9:00～午後5:00 月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）
北海道福祉部 高齢者保健福祉課 介護運営グループ	所在地 電話番号 FAX 受付時間	北海道札幌市中央区北3条西6丁目 011-231-4111 011-232-8308 午前8:45～午後5:30 月曜日から金曜日（土曜・日曜・祝休日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く）

16. 緊急時の対応

訪問型サービス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	(医療機関名)
	及び主治医名	(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	

.....
.

〔 説 明 確 認 欄 〕

重要事項説明年月日 令和____年____月____日

上記内容について、介護保険法の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

(事業者) 所在地 北海道札幌市西区八軒 6 条西 9 丁目 1 番 37 号
 事業者名 株式会社 輝
 代表者名 代表取締役 竹森 俊大 ㊞

(事業所) 事業所所在地 小樽市塩谷 2 丁目 42 番 10 号

 事業所名 介護サービス寿楽

説明者_____

(利用者) 住 所_____

 氏 名_____ ㊞

上記代理人(代理人を選任した場合)

住 所_____

氏 名_____ ㊞

代理人(代理の理由: _____)

(身元保証人) 住 所_____

氏 名_____ ㊞