

**小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能居宅介護
重要事項説明書**

作成日 令和 7 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	町田 知尚
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 1 1 年 1 2 月 2 2 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	小規模多機能型居宅介護 かがやき西宮の沢	
所在地	〒006-0003 札幌市手稲区西宮の沢 3 条 1 丁目 13 番 20	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 函館本線 発寒駅
	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合 JR 函館本線発寒駅南口を北西に約 100m 進み、「発寒九条 13 丁目」左折し、約 675m 南西進。二十四軒手稲通「区宮の沢一条 5 丁目 9」を右折し、約 615m 北西進（追分通を越える）し右手。徒歩 20 分（約 1.6 km） ② 自動車利用の場合 札幌西 IC より追分通を約 875m 北進。「宮の沢 3-1」を左折し、追分通を北西に約 270m 進み右手。約 1.2 km。
連絡先	電話番号	011-676-5790
	FAX番号	011-676-5792
	ホームページアドレス	https://www.kaigo-kagayaki.jp/index.html
管理者	氏名	時田 浩輔
	職名	管理者
介護保険事業者番号		0 1 9 0 4 0 0 7 8 8
指定した自治体名		札幌市
小規模多機能型居宅介護事業（予防含む）の指定日		平成 2 9 年 1 1 月 1 日
指定の更新日（直近）		令和 5 年 8 月 1 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. 利用定員・利用時の要件

利用定員	29名
通いサービス（1日）	15名
宿泊サービス（1日）	6名
利用時の要件	要支援・要介護

4. 営業日及び営業時間

営業日	年中無休		
営業時間	24時間		
サービス提供時間	通いサービス （基本時間）	午前9時00分から午後6時00分まで	
	宿泊サービス （基本時間）	午後6時00分から午後9時00分まで	
	訪問サービス （基本時間）	24時間	

5. 通常の事業実施地域

通常の事業実施地域	札幌市
-----------	-----

6. 設備概要

土地	敷地面積	1,509.00㎡	
	所有関係	1	事業者が自ら所有する土地
		2	事業者が賃借する土地
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (2017年10月17日～2042年10月16日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし
建物	建物の竣工日	昭和・平成 29年10月17日	
	延床面積	全体	1,606.16㎡
		うち、小規模多機能の部分	151.92㎡（共用含む）
	耐火構造	1	耐火建築物
		2	準耐火建築物
		3	その他
	構造	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
		2	事業者が賃借する建物
		抵当権の設定	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (2017年10月17日～2042年10月16日) 2 なし

			契約の自動更新		1 あり 2 なし		
宿泊室の 状況	宿泊室区分 【表示事項】	1 全室個室					
		2 相部屋あり					
		最少		1人部屋			
		最大		4人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
	タイプ 1	有/無	有/無	7.44㎡	5	宿泊室	
	タイプ 2	有/無	有/無	7.95㎡	1	宿泊室	
	タイプ 3	有/無	有/無	㎡			
共用施設	共用便所における便房		2ヶ所		うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所
			(1ヶ所併設事業所兼用)		うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所
	廊下幅		片廊下		なし		
			中廊下		2000cm		
	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
食堂		1 あり 73.69㎡		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	相談室、機能訓練室 (食堂兼用)、厨房 (併設事業所兼用)、静養室						

7 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※ (一)	0.5	介護員と兼務
介護支援専門員	1※ (1)	0.5	
直接処遇職員	12 (8)	6.5	
介護職員	11 (6)	6.0	
看護職員	0 (2)	0.5	
その他	0 (0)	0.0	
合 計	13 (8)	—	

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者、要支援者及び自立者に対して介護サービスを提供する職員の合計数。

3) 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。

8. 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小規模多機能型居宅介護または介護予防小規模多機能型居宅介護（以下「小規模多機能型居宅介護等」という。）サービス（以下「小規模多機能型居宅介護等のサービス」という。）を提供した際は、利用者は利用料の一部として、小規模多機能型居宅介護等のサービスの費用基準額から事業者を支払われる小規模多機能型居宅介護等の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「小規模多機能型居宅介護利用料金表」及び「介護予防小規模多機能型居宅介護利用料金表」（以下「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等」という。）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小規模多機能型居宅介護等の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、介護保険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 宿泊費「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等の記載のとおり ② 食費「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等の記載のとおり ③ おむつ代 当事業所が提供する場合「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等の記載のとおり ④ 個人的に外部サービスを利用した場合の料金 ⑤ 個人的な生活用品 ⑥ アクティビティにかかる費用 ⑦ 医療費（緊急受診などにより立替えた場合） ⑧ 来訪者に提供される食事サービス「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等の記載のとおり ⑨ 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提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。 ⑩ 通常の事業実施地域を越えて行う送迎の交通費「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等の記載のとおり

	⑪ 上記の他、個人的な利用品、嗜好品等
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	☒ ・ 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	介護保険の自己負担分、食費及びおやつ代

9. 利用料の支払方法

費用の支払い方法	介護給付費単位、小規模多機能型居宅介護等の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と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 4807137
	口座名義	株式会社 輝 代表取締役 町田 知尚
	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。	

10. サービスの内容

送迎	ご自身で通所・宿泊されない方には、自宅への送迎を実施
食事	管理栄養士による献立の作成を行い、自社で調理した食事を提供。また、必要に応じ食事介助を実施。
入浴	入浴ご希望の方には、入浴を提供すると共に、心身状態に応じ入浴介助を実施。
機能訓練	介護・看護職員等が小規模多機能型居宅介護計画に基づいて実施。
生活相談	介護支援専門員は利用者及び家族等の相談に応じる。
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、管理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。また、適切な場所に「ご意見・ご要望カード」等を設置し、迅速かつ適切に対応できるよう努力する。 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「14 事故時の対応、小規模多機能型居宅介護等の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・收拾する。 1、事業所の緊急連絡体制に沿って関係機関、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。

11 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）	介護保険の要介護1～5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。）
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。
体験利用の期間及び費用負担等	通いサービスのみ可。1日。昼食費及び実費として要した費用を徴収。料金は「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等のとおり。 前述の他、利用者の利用時における個人的な生活用品（おむつ等）は利用者の実費負担。

見学の期間及び費用負担等	期間の定めなし。アクティビティへの参加、介護サービスの提供はできない他、食事の提供も出来ませんので費用負担の発生無し。
--------------	---

1 2 禁止又は制限される行為

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 3 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送迎時間が前後する場合があります。
体調確認	来所時に、介護・看護職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「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等のおりとする。 サービス提供日前日の午後5時以降のご連絡についてはキャンセル料金として食事代を請求致します。

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。
食事のキャンセル	利用日の食事が不要となった場合は、前日の午後５時までに申し出るものとする。キャンセル料は「小規模多機能型居宅介護利用料金表」等のとおり。
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。
設備、器具の利用	事業所の設備、器具を利用する場合は、安全のため職員に確認後利用するものとする。心身状況により利用を中止する場合あり。

14 事故時の対応、小規模多機能型居宅介護等提供に関する相談窓口及び苦情対応

小規模多機能型居宅介護等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 時田 浩輔	所在地 札幌市手稲区西宮の沢3条1丁目13番20 電話番号 011-676-5790 FAX番号 011-676-5792 受付時間 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）
札幌市の方	
札幌市保健福祉局 高齢保健福祉部 介護保険課	所在地 札幌市中央区北1条西2丁目 札幌市役所本庁舎3階 電話番号 011-211-2547 011-211-2972 （居宅サービス、有料老人ホーム等） FAX番号 011-218-5117 受付時間 午前8:45～午後5:15 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 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階 苦情専用 電話番号 011-231-5175 FAX 011-233-2178 受付時間 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）

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)	所在地 札幌市中央区大通西19丁目 札幌市社会福祉総合センター2階 (札幌市社会福祉協議会内) 電話番号 011-632-0550 受付時間 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 北海道札幌市中央区北3条西6丁目 電話番号 011-231-4111 FAX 011-232-8308 受付時間 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)

15. 緊急時の対応

小規模多機能型居宅介護等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、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）」第3条の7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 町田 知尚 ㊞

(事業所) 事業所所在地 札幌市手稲区西宮の沢3条1丁目13番20

 事業所名 小規模多機能型居宅介護 かがやき西宮の沢

 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 _____ ㊞