# 重　要　事　項　説　明　書

１．施設概要

事業主体名　：　株式会社ＳＫ介護　代表取締役　大竹口　毅

施　設　名　：　デイサービスセンターゆのゆ

責　任　者　：　齋藤　彩香

開設年月日　：　平成　２４年　５月　１日

事業所番号　：　地域密着型通所介護
第１号通所事業（時間短縮型）

所　在　地　：　札幌市白石区南郷通３丁目北１番２３号

電 話 番 号　：　ＴＥＬ　０１１－７９９－４６７０
ＦＡＸ　０１１－７９９－４６７６

設　備　等　：　機能訓練室、静養室、生活相談室、便所（車椅子対応）

損害賠償責任保険加入先　：　東京海上日動火災保険株式会社

２．通所介護の内容

利　用　日　　：　月曜日～土曜日（祝祭日を含む）

営 業 時 間　　：　午前８時３０分から午後５時３０分

サービス提供時間：午前９時３０分から午後１２時３０分（３時間以上４時間未満）
午後１時４０分から午後４時４０分（３時間以上４時間未満）

利 用 定 員　　：　１日　１８名　（１単位）

サービス内容　　：通所介護計画に沿って、送迎、入浴、機能訓練、体操、その他必要な介護等を行ないます。

３．職員体制

| 職種 | 員数 | 勤務形態 | 資格 |
|---|---|---|---|
| 管理者 | １名 | 常勤兼務 | 社会福祉士 |
| 看護職員 | ２名 | 常勤兼務（機能訓練指導員） | 准看護師 |
| | ２名 | 非常勤兼務（機能訓練指導員） | 正看護師 |
| 生活相談員 | １名 | 常勤兼務（管理者） | 社会福祉士 |
| | １名 | 常勤兼務（介護職員） | 介護福祉士 |
| 機能訓練指導員 | ２名 | 常勤兼務（看護職員） | 准看護師 |
| | ２名 | 非常勤兼務（看護職員） | 正看護師 |
| 介護職員 | ３名 | 常勤専従　１名 | 介護福祉士 |
| | | 非常勤専従　２名 | ヘルパー2 級 |

４．利用料金

利用料金表

＜基本料金＞　料金の１～３割が自己負担となります。（令和６年６月現在）

| 地域密着型通所介護 | | （３時間以上４時間未満） | | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用料 | | 単位 | 自己負担１割 | 自己負担２割 | 自己負担３割 | |
| 介護給付 | 要介護１ | ４１６ | ４２１円 | ８４２円 | １２６３円 | １回 |
| | 要介護２ | ４７８ | ４８４円 | ９６８円 | １４５２円 | １回 |
| | 要介護３ | ５４０ | ５４７円 | １０９４円 | １６４１円 | １回 |
| | 要介護４ | ６００ | ６０８円 | １２１６円 | １８２４円 | １回 |
| | 要介護５ | ６６３ | ６７２円 | １３４４円 | ２０１６円 | １回 |
| 入浴介助加算Ⅰ | | ４０ | ４１円 | ８２円 | １２３円 | 入浴サービス |
| サービス提供体制加算Ⅱ | | １８ | １８円 | ３６円 | ５４円 | １回 |
| | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | | 月総単位<br>×9.2%<br>×１０．１４ | 左記の<br>合計額の<br>１割 | 左記の<br>合計額の<br>２割 | 左記の<br>合計額の<br>３割 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 総合事業通所型サービス | | （時間短縮型４時間未満） | | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用料 | | 単位 | 自己負担１割 | 自己負担２割 | 自己負担３割 | |
| 第１号通所費 | 事業対象者及び要支援１ | ３５９<br>１４３８ | ３６４円<br>１４５８円 | ７２８円<br>２９１６円 | １０９２円<br>４３７４円 | 月３回まで<br>月４回以上 |
| | 要支援２ | ３６１<br>２８９６ | ３６６円<br>２９３６円 | ７３２円<br>５８７２円 | １０９８円<br>８８０８円 | 月７回まで<br>月８回以上 |
| サービス提供体制加算Ⅱ | | ７２ | ７３円 | １４６円 | ２１６円 | |
| | | １４４ | １４６円 | ２９２円 | ４３８円 | |
| | | | | | | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | | 月総単位<br>×9.2%<br>×１０．１４ | 左記の<br>合計額の<br>１割 | 左記の<br>合計額の<br>２割 | 左記の<br>合計額の<br>３割 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

＜その他＞　　利用者の実費負担となります。

| 項　　目 | 料　　金 |
|---|---|
| 実費通所利用（認定の効力がなくなったときなどに限る） | ４０００円（税別）/回 |
| サービス提供地域を越えて行なう通所介護の送迎に要した費用 | 通常の事業の実施地域外地点から１ｋｍにつき２０円 |
| 備　考 | 別途実費頂く場合はお知らせいたします |

５．キャンセルについて

利用者がサービスの日時、時間の短縮、変更、キャンセル等をご希望の際には、前日の営業時間までに、生活相談員までご連絡をください。

受付時間：　月～土曜日（祝日含む）　午前８時３０分～午後５時３０分

連絡先　：　０１１－７９９－４６７０

６．事故発生時の対応

①事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講ずる。

②当該事故の状況及び事故に際してとった措置について記録する。

③利用者に対する指定通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

④事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

７．苦情相談機関

・デイサービスセンターゆのゆ苦情相談窓口

担当者氏名　：　齋藤　彩香

連絡先電話　：　０１１－７９９－４６７０

・外部苦情申立機関

機関名　　：　札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課　事業指導係

連絡先電話　：　０１１－２１１－２９７２

ＦＡＸ　　：　０１１－２１８－５１１７

８．ご利用にあたっての注意事項

①当センターでは金品の授受を禁止しております。（職員、各利用者様同士等）

②サービス中の外出やご自宅以外の送迎は行えませんのでご了承ください。

（例：施設近隣の郵便局・店舗・コンビニエンスストア等）

③サービス時間前に帰宅や用事が出来た場合は、基本センターでの送迎は行えません。タクシーなどの交通機関を使用して頂くか家族に迎えに来て頂く対応をお願い申しあげます。（緊急時は除く）

④体調不良や血圧等の異変やアルコールによる体調変化があった場合は、入浴を控えていただく場合がございますのでご了承ください。

⑤皮膚疾患や感染の恐れが判断される場合は、シャワー浴対応の場合がございます。

令和　　年　　月　　日

私は、本書面に基づいて、重要事項の説明を受けたことを確認し、内容に際し同意します。

（利用者）

住　　所　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代筆者又は代理人等）

代筆の理由　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿