

# 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    | 1名 | 常勤兼務(機能訓練指導員)        | 准看護師            |
|         | 1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 | 1名 | 常勤兼務(看護職員)           | 准看護師            |
|         | 1名 | 非常勤兼務(看護職員)          | 正看護師            |
| 介護職員    | 4名 | 非常勤専従 3名<br>非常勤兼務 1名 | 介護福祉士<br>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<br>護<br>給<br>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Ⅱ      |      | 月総単位         | 左記の    | 左記の    | 左記の    |        |

|  | × 9 %<br>× 1 0 . 1 4 | 合計額の 1<br>割 | 合計額の<br>2 割 | 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<br>号通<br>所費 | 事業対象者及び<br>要支援 1 | 3 5 9                        | 3 6 4 円            | 7 2 8 円            | 1 0 9 2 円          | 月 3 回まで |
|                 |                  | 1 4 3 8                      | 1 4 5 8 円          | 2 9 1 6 円          | 4 3 7 4 円          | 月 4 回以上 |
|                 | 要支援 2            | 3 6 1                        | 3 6 6 円            | 7 3 2 円            | 1 0 9 8 円          | 月 7 回まで |
|                 |                  | 2 8 9 6                      | 2 9 3 6 円          | 5 8 7 2 円          | 8 8 0 8 円          | 月 8 回以上 |
| サービス提供体制加<br>算Ⅱ |                  | 7 2                          | 7 3 円              | 1 4 6 円            | 2 1 6 円            |         |
|                 |                  | 1 4 4                        | 1 4 6 円            | 2 9 2 円            | 4 3 8 円            |         |
|                 |                  |                              |                    |                    |                    |         |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ     |                  | 月総単位<br>× 9 %<br>× 1 0 . 1 4 | 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）   | 4 0 0 0 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 1 k mにつき 2 0 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 3 0 分～午後 5 時 3 0 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上げます。（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、  
入浴を控えて頂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 7年 7月 23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 : 札幌市豊平区美園9条4丁目2番7号コンフォルト美園C-103号

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 : \_\_\_\_\_