

## 地域密着型通所介護・通所型サービス(独自) 重要事項説明書

### 1 事業所の概要

事業所名 デイサービスセンター ローズマリーの家  
所在地 山梨市小原西968-6番地  
事業所指定番号 1990200097  
管理者 吉澤 ゆきの  
電話番号 0553-39-8708  
FAX 0553-39-8716  
サービス提供地域 山梨市、笛吹市(総合事業の対象者のみ)

### 2 事業所の運営方針

当事業所は、要介護者または要支援者の心身の特性を踏まえ、有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減に努めるとともに、適切な通所介護サービスの提供を行います。

### 3 営業日及び営業時間

営業日 月曜日から土曜日。  
但し、祝祭日は営業日とし、5月5日及び年末年始の12月31日から1月3日は休日とする。なお、1月4日が土曜日の場合は営業日とする。  
営業時間 午前8時30分～午後5時30分  
サービス提供時間 午前9時15分～午後4時15分

### 4 事業所の職員体制

管理者 1名  
生活相談員 1名以上  
介護職員 1名以上  
機能訓練指導員 1名以上

### 5 通所介護サービスの主な内容

- ①サービスの内容:送迎・健康状態の確認・食事・入浴・日常生活の援助・個別機能訓練等を行います。
- ②次に掲げる料金は、利用者の負担になります。
  - 通常の事業の実施地域を超えたところに居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
  - 食費 750円(実費)
  - 尿取りパッド、リハビリパンツ等 300円(実費)
- ③上記①②のほか、通所介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当とも認められる費用は実費とします。
- ④前項の費用を含むサービスを提供する際には、事前に利用者又はその家族に対して必要な資料を提示し、当該サービスの内容及び費用を説明した上で、利用者の同意を得、併せてその支払いに同意する旨の文書に署名、押印を受けることとします。

### 6 利用料金

- ①利用料金表(別紙参照)  
利用者の要介護度に応じたサービス利用料金のうち、負担割合証に記載のある割合が自己負担分となります。
- ②利用料の支払い方法  
利用料金は1ヶ月毎に計算し翌20日に利用者様の指定口座より振替えさせていただきます。  
(ご負担金250円)

### 7 サービス利用に関する留意事項

- ①利用者の都合により、利用予定日前に利用中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合は、サービスの実施日の前日までにお申し出ください。
- ②当日迎えに伺った時点で利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料を頂くことがあります。(キャンセル料金は、当日の自己負担相当額となります。)ただし、利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。
- ③健康上の理由による中止
  - 風邪、病気(感染症含む)の際は、サービスの提供をお断りする場合があります。
  - 当日の健康チェックの結果、体調が悪いと思われるときは、サービスの内容の変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡し、必要に応じて速やかに主治医等に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

④サービスが中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。

8 苦情の受付について

①当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者) 吉澤 ゆきの

○受付時間 月曜日～土曜日(午前8時30分～午後5時30分)

○電話:0553-39-8708 FAX:0553-39-8716

②行政機関その他の苦情受付期間

○山梨市 高齢者・介護支援課 電話:0553-22-1111(代表)

○笛吹市 保健福祉部 長寿介護課 電話:055-261-1903

○甲州市 介護支援課 電話:0553-34-5434

○山梨県国民健康保険団体連合会苦情処理窓口 電話:055-233-9201

9 緊急時、事故発生時の対応

利用者に病状の急変など緊急の事態や事故が発生した場合は、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡し、必要な措置を講じます。

通所介護サービス契約の締結に当たり、重要事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 山梨市小原西968-6番地  
名称 デイサービスセンター ローズマリーの家  
説明者 氏名 吉澤 ゆきの ㊞

サービス契約の締結に当たり重要事項の説明を受けました。

利用者 住所  
氏名 ㊞

代理人 住所  
氏名 ㊞

<利用料金表>

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金のうち、負担割合証に記載のある割合が自己負担分となります。

通所1回につきの算定金額は以下の通りです。

【要介護の場合】

算定科目 地域密着型通所介護		介護給付額	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担 (3割)
7時間以上 8時間未満	要介護1	7,390円	739円	1,478円	2,217円
	要介護2	8,730円	873円	1,746円	2,619円
	要介護3	10,120円	1,012円	2,024円	3,036円
	要介護4	11,500円	1,150円	2,300円	3,450円
	要介護5	12,880円	1,288円	2,576円	3,864円
入浴介助加算		500円加算	50円	100円	150円
処遇改善加算		5.9%加算	ご利用者負担額に5.9%を乗じた額		
特定処遇改善加算		1.2%加算	ご利用者様負担額に1.2%を乗じた額		
サービス提供体制強化加算		180円	18円	36円	54円

【要支援の場合】

支援度	介護給付額 (月額)	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
要支援1	16,550円	1,655円	3,310円	4,965円
要支援2	33,930円	3,393円	6,786円	10,179円
処遇改善加算	5.9%	ご利用者負担額に5.9%を乗じた額		
特定処遇改善加算	1.2%	ご利用者様負担額に1.2%を乗じた額		
サービス提供体制強化加算	180円	18円	36円	36円

(別途) 昼食、お茶菓子代・・・1回 650円

事務手数料・・・・・・1月 250円