

# 坂戸サークルホーム デイサービスセンター

## 地域密着型通所介護・通所型独自サービス 重要事項説明書

< 令和 年 月 日 現在 >

### 1 提供するサービスについての相談窓口

連絡先 049(282)5053 受付時間 9:00～12:00、13:30～17:00

担当者 生活相談員 内田 純子

### 2 坂戸サークルホームデイサービスセンターの概要

#### (1) 提供できるサービスの種類

地域密着型通所介護サービス及び付随するサービス

通所型独自サービス（要支援並びに事業対象者の方が対象）及び付随するサービス

#### (2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	坂戸サークルホーム デイサービスセンター
所在地	埼玉県坂戸市石井1684
介護保険指定番号	1196000226

#### (3) 職員体制

管理者	1名	サービス管理全般
生活相談員	1名	生活相談、利用相談等
看護職員	3名	医療、健康管理等
介護職員	6名（内介護福祉士3名）	生活介護等
機能訓練指導	1名（兼務）	機能回復訓練等
運転手	2名	送迎車運転等

#### (4) 設備の概要

定員	10名	静養室	1室
食堂・機能訓練室	1室	相談室	1室
浴室	大浴場、個人浴槽	送迎車	3台

(5) サービス提供日時

月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く。祝日営業） 9：00～16：00

3 サービス内容

地域密着型通所介護・通所型独自サービス計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。

4 利用料金

(1) 地域密着型通所介護（通常規模6～7時間）・通所型独自サービス利用料金表

※地域区分割合や処遇改善加算の計算上、利用回数等により差異が生じます。

要支援	通所型独自サービス	通所型独自サービス		食事1日 /円	月額利用の場合（月額）			
		提供加算Ⅱ	処遇改善 加算Ⅰ			1割	2割	3割
1	(436×4=) 1,744	72	167	630	4回	4,557	6,593	8,630
2	(447×8=) 3,576	144	342		8回	9,212	13,384	17,555

要介護	単位	サービス提供 体制強化加算 Ⅱ	入浴介助 加算Ⅰ	処遇改善 加算Ⅰ	食事1日 /円	利用料金（日額）			
							1割	2割	3割
1	678	18	40	68	630	1日	1,456	2,282	3,108
2	801			79			1,594	2,557	3,520
3	925			90			1,732	2,834	3,936
4	1,049			102			1,872	3,114	4,355
5	1,172			113			2,010	3,389	4,768

※ 地域区分割合や処遇改善加算の計算上、利用回数等により差異が生じます。

※ 通所型独自サービスにおける、事業対象者の方の利用料金は、要支援1と同じになります。

※ 地域区分は、1単位につき10.27円となります。

※ 処遇改善加算は、一日分の目安で、所定単位合計の92/1,000です。利用回数等により計算上差異が生じます。

- ※ 入浴介助加算は、入浴サービスを提供した時の単位です。
- ※ 事業所が送迎を行わない場合、片道47単位減算されます。
- ※ 事情により、利用時間が変わった場合は利用単価が変わります。
- ※ おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。
- ※ 介護保険適用の場合でも、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へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

## (2) キャンセル規定

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ① ご利用日の当日8時30分までにご連絡いただいた場合      無料
- ② ご利用日の当日8時30分までにご連絡がなかった場合      利用料金の10%

※介護保険関係法令の改正等により料金を変更する場合は、事前にご説明いたします。

※料金についてご不明なことがございましたらお問合せください。

## (3) 支払方法

毎月、5日までに前月分の請求をいたしますので、15日以内にお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行いたします。お支払方法は、ご契約の際にご相談の上決めさせていただきます。

## 5 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始及びサービス計画

重要事項の説明にご承諾頂きましたら、契約を締結いたします。次に、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「通所介護・通所型独自サービス計画」を作成します。この「通所介護・通所型独自サービス計画」の内容を利用者及びその家族に説明しご承諾をいただきます。

### (2) サービス利用契約の終了

- ① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了される場合  
サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出ください。
- ② 当施設の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

ます。その場合は、終了30日前までに文書で通知いたします。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

ア. 利用者が介護保険施設に入所した場合……その翌日

イ. 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合……非該当となった日

ウ. 利用者がお亡くなりになった場合……その翌日

### ④ その他

当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

利用者が、サービス利用料金の支払いを支払期限（15日間）までに支払うことがなく、30日以上遅延し料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたりサービスができない状態であることが明らかになった場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

## 6 福祉施設サービスの第三者評価について

当施設のサービスに関する第三者評価は実施しておりません。

## 7 緊急時の対応

サービス提供中に容態の急変等があった場合、事前の打ち合わせにより、主治医、救急車手配、ご家族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡し、人命第一に対処いたします。

## 8 事故発生防止の対応方法

事故発生防止のための研修を定期的の実施いたします。

安全対策担当者は、管理者 渡辺 恭一、主任相談員 内田 順子 とします。

## 9 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに、担当の支援事業所、市町村、入所

者の家族等に連絡を行うとともに、施設長が必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに行います。

## 10 苦情、要望等の窓口

当施設のサービスに関する苦情、要望等については、以下までお申し出ください。

### サービス相談窓口

〒350-0212 坂戸市石井 1684 TEL049 (282) 5053

坂戸サークルホームデイサービスセンター

担当者 : 主任相談員 内田 純子

苦情解決責任者: 管理者 渡辺 恭一

- 第三者委員 氏名 ●● ● 様 電話 049 (●●●●) ●●●●●  
氏名 ● ●● 様 電話 049 (●●●●) ●●●●●

### 埼玉県国保連合会

〒338-0002 さいたま市中央区下落合 1704 番 (国保会館 8 階)

介護保険課 苦情対応係 TEL048 (824) 2568 (苦情相談専用)

受付時間 8:30 ~ 12:00、13:00 ~ 17:00 (土、日、祝日は除く)

- 坂戸市役所 高齢者福祉課 介護保険係 TEL049 (283) 1331 (代表)

重要事項説明日 令和 年 月 日

地域密着型通所介護・通所型独自サービスの提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し同意を得ました。

<事業者>

事業者名 社会福祉法人プラモウト・サークルクラブ  
特別養護老人ホーム 坂戸サークルホーム  
指定番号 1196000226

所在地 埼玉県 坂戸市 石井 1684

代表者名 理事長 増井 正彰

立会人 施設長 渡辺 恭一

説明者 所属（職） \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面により、事業者から地域密着型通所介護・通所型独自サービス利用についての重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

<契約者>

**利用者**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 代筆 \_\_\_\_\_

**(代理人)**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印