

重 要 事 項 説 明 書

〈令和 7 年 10 月 1 日現在〉

1. 事業の目的・運営方針

社会福祉法人大幸会が開設する指定通所介護及び指定第 1 号通所事業所「デイサービスセンター彩幸の杜」が行う指定通所介護事業及び指定第 1 号通所介護事業の適切な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護状態又は要支援にある高齢者に対し、適正な通所介護及び第 1 号通所介護を提供することを目的とする。

事業の実施に当たっては、利用者である要介護者又は事業対象者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

事業所の従業員は、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。

事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

2. デイサービスセンター 彩幸の杜の概要

(1) 提供できるサービスの種類

第 1 号通所介護及び通所介護

(2) 名称及び所在地等

施 設 名 称	デイサービスセンター 彩幸の杜
所 在 地	埼玉県さいたま市岩槻区増長 378 番地 1
介護保険指定番号	第 1 号通所介護 通所介護 1176508222 号

(3) 職員体制

	常 勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1 名	名	サービス管理全般	1 名
医 師	名	名	診療、健康管理等	名
生活相談員	2 名	名	生活上の相談等	2 名
管理栄養士	1 名	名	栄養管理等	1 名
機能訓練指導員	1 名	1 名(兼)	リハビリテーション・ 機能回復訓練等	2 名

介護支援専門員		名	名	サービス計画の立案・管理等	名
事務職員		1 名	名	一般事務・料金請求等	1 名
看護介護職員	看護師	0 名	1 名	医療・健康管理業務等	1 名
	准看護師	1 名（兼）	名		1 名
	介護福祉士	6 名	名	日常介護業務等	6 名
	1～2 級修了者	2 名	1 名		3 名
	3 級修了者	名	名		名
	その他	名	名		名

（４）勤務時間帯

職 名	形 態	始業時間		終業時間
管理者	日勤	8 時 30 分	～	17 時 30 分
事務職	日勤	8 時 30 分	～	17 時 30 分
栄養士	日勤	8 時 30 分	～	17 時 30 分
相談員	日勤	8 時 30 分	～	17 時 30 分
看護職員	日勤	8 時 30 分	～	17 時 30 分
介護職員	早番	8 時 00 分	～	17 時 00 分
	日勤	8 時 30 分	～	17 時 30 分
	遅番	9 時 00 分	～	18 時 00 分

（５）設備の概要

定 員 30 名			
食堂・機能訓練室		1 室	
医務室	1 室	相談室	1 室
一般浴室	1 室	特殊浴室	1 室

（６）営業時間

月～土	午前 8：30～午後 5：30
日曜日・12 月 30 日～1 月 3 日	定休

3. 当施設が提供するサービスについての相談の窓口

電 話 048-792-1113

受付時間 (9 時～17 時)

担 当 生活相談員 新井 美名子 早川 彩

4. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、さいたま市岩槻区、春日部市の区域とする。

※ 岩槻区以外の方もご相談に応じます。

5. 非常災害対策

施設は、消防法等の規程に基づき非常災害に関する具体的な計画を立てて、非常災害に備える為に、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

6. 事故発生時の対応

事故発生時には、事故発生時の対応手順に基づき、医師へ連絡すると共に、119 番・110 番への連絡、家族への連絡、必要に応じさいたま市介護保険課へ連絡する等適切に対応する。

7. サービス利用に当たっての留意事項

利用者は、次に掲げる事項を順守することとする。

ア 共同生活の秩序を保ち、規律ある生活をする事。

イ 火気の取扱いに注意すること。

ウ けんか、口論、泥酔、中傷、その他、他人の迷惑となるような行為をしないこと。

エ その他管理上必要な指示に従うこと。

8. サービス内容

通所介護計画に沿って、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。

9. 料 金

① 第1号通所介護・通所介護サービス費

要介護度	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要支援1・事業対象者	1,798 円／月	3,596 円／月	5,394 円／月
要支援2	3,621 円／月	7,242 円／月	10,863 円／月
要介護1	658 円／日	1,316 円／日	1,976 円／日
要介護2	777 円／日	1,554 円／日	2,331 円／日
要介護3	900 円／日	1,800 円／日	2,700 円／日
要介護4	1,023 円／日	2,046 円／日	3,069 円／日
要介護5	1,148 円／日	2,296 円／日	3,444 円／日

② 介護サービス加算

項 目	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
サービス提供体制強化加算Ⅰ（支援 1）	88 円／月	176 円／月	264 円／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ（支援 2）	176 円／月	352 円／月	528 円／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要介護）	22 円／日	44 円／日	66 円／日
入浴介助加算Ⅰ（要介護）	40 円／日	80 円／日	120 円／日
科学的介護推進体制加算	40 円／月	80 円／月	120 円／月
A D L 維持等加算	30 円／月	60 円／月	90 円／月
個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	56 円／日	112 円／日	168 円／日
個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	76 円／日	152 円／日	228 円／日

※負担割合は介護保険負担割合証に応じた割合となります。

※事業所が送迎を行わない場合、-47 円（片道）となります。

※単位計算しているため、単価×介護職員処遇改善加算Ⅰ(1.092)×地域加算（さいたま市 1.068、春日部市 1.027）が実際にかかる費用となります。

※加算は該当するものに限ります。

③ 食 費

昼 食
680 円 （おやつ含む）

④ その他費用

教 養 娛 楽 費
100 円 （材料代）

レクリエーションに係る費用。

入浴タオル・紙オムツ・リハビリパンツ・尿取パッドは持参下さい。尚、ご持参なき場合は実費負担となります。

通常の実施地域を越えて行う送迎に要する費用	
通常の実施地域から、片道概ね 20km 未満	1,000 円
通常の実施地域から、片道概ね 20km 以上	1,500 円

通常の時間を超え通所介護を受ける場合（1 時間当たり）	
要介護 1 又は要介護 2	940 円
要介護 3 又は要介護 4 又は要介護 5	1,300 円

⑤ キャンセル料金

【取り消しのご連絡時間】	キャンセル料
ご利用日の前日の午後 5 時までに ご連絡をいただいた場合	無 料
ご利用日の前日の午後 5 時までに ご連絡がなかった場合	1 日の利用料金の 自己負担分

10. 緊急時の対応

健康状態によりサービスの提供をお断りすることがあります。当日の健康チェックの結果が悪い場合、利用中に体調が悪くなった場合、サービスの中止を行うことがあります。その場合、あらかじめ届けられた連絡先等に可能な限り速やかに連絡し、適切に対応致します。体調の変化等、緊急の場合は、下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先 ①	氏 名	
	住 所	
	電話番号	(携帯)
	続 柄	
緊急連絡先 ②	氏 名	
	住 所	
	電話番号	(携帯)
	続 柄	

11. 支払方法

翌月に前月分の請求を致しますので、15 日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

12. 料金の変更等

介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合は、事前にご説明をし、ご承諾をいただきます。

13. サービス利用の手続き

(1) サービス利用契約手続

- ①「居宅サービス計画」、「介護予防サービス計画」及び「介護予防ケアマネジメント」の作成を依頼している場合は、事前にご説明をし、ご承諾をいただきます。
- ②重要事項の説明を行い、契約します。
- ③事前調査の結果に基づきサービスの提供を開始いたします。

(2) サービス利用契約の終了手続

- 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 日前までにお申し出ください。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合・・・その翌日・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、自立（非該当）と認定された場合は、所定の期間の経過を持って退所していただくことになります。
- ・利用者がお亡くなりになった場合・・・・・・・・・・その翌日

③ その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを支払い期限までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払われない場合、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は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・上記①から③による退所が行われ、契約が終了した場合であって、利用者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降ホームを利用することとなるときは、その利用に要する実費を請求します。

14. 第三者評価の実施状況

(実施の有無)	無	(実施年月日)
(評価機関)		(結果の開示)

15. サービス内容に関する相談・苦情

①当施設ご利用者相談・苦情担当

担当：生活相談員	新井 美名子	
	早川 彩	電話 048-792-1113
苦情解決責任者：施設長	羽富 裕介	電話 048-792-1111
第三者委員：	小島 玲子	電話 048-799-1010

②その他

当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会等でも受け付けています。

さいたま市 介護保険課	電話 048-829-1264
岩槻区 高齢介護課	電話 048-790-0169
春日部市 介護保険課	電話 048-736-1111
埼玉県国民健康保険団体連合会	電話 048-824-2568（直通）

16. 虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：施設長 羽富 裕介 電話 048-792-1111
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 職員に対する虐待防止のための研修を実施しています。
- ⑤ 利用中に、当該事業者職員又は擁護者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通報します。

第1号通所介護及び通所介護にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

〈説明者〉 氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から第1号通所介護及び通所介護についての重要事項の説明を受けました。

〈利用者〉 住 所

氏 名 印

〈身元引受人〉 住 所
()
氏 名 印

※身元引受人の方は利用者とのご関係を（ ）にご記入ください。