

通所型サービス デイサービスセンターさくら重要事項説明書

【令和8年8月1日現在】

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

（電話）03-5691-7055

（担当）生活相談員（月曜日～土曜日【祝日可】）

※ご不明な点等ございましたら、何なりとお尋ねください。

2. 施設の概要

施設の名称	デイサービスセンターさくら
施設の種類	通所型サービス（総合事業）
事業所番号	1372101889
施設の目的	通所型サービス計画の目標に基づき支援及び相談援助を行い、利用者がその能力を向上させ、自立した生活を営めるよう、さらに社会的孤独感の解消やその家族の負担軽減を図るための援助を目的とする。
施設開設年月日	平成12年 4月 1日
施設の敷地面積	3,017.48㎡
施設の延床面積	4,917.48㎡（うち「デイさくら」590.57㎡）
利用定員	1日あたり 28名（指定通常規模型通所介護含む）
第三者評価等の実施状況	・東京都福祉サービス第三者評価を実施 ・評価機関：NPO 法人 メイアイヘルプユー ・実施年月日：令和5年2月28日 ・介護サービス情報の公表制度による公表を実施
職員の研修実施状況	・採用時研修 採用後2ヶ月以内 ・継続研修 年2回以上 ・施設内研修 年3回以上

3. 施設の職員体制・勤務体制

職 種	現職数	基準数	勤務時間	備考
管理者	1名	1名	8時30分～17時30分	
生活相談員	1名	1名	8時30分～17時30分	どちらか1名常勤
介護職員	4名	4名	8時30分～17時30分	
看護職員	1名	1名	8時45分～17時45分	特養さくらと兼務
機能訓練指導員	1名	1名	8時45分～17時45分	看護業務と兼務
管理栄養士	1名		8時45分～17時45分	特養さくらと兼務

※ 送迎は生活相談員、介護職員が兼務し、一部委託となります。

4. 施設設備等の概要

設備の種類	室数	広さ	備考
食堂	1室	96.55㎡	
浴室	1室	58.06㎡	かえでと共用（一般浴槽、機械浴槽あり）
日常生活訓練室	1室	98.84㎡	
相談室	1室	16.48㎡	特養さくらと共用
娯楽スペース		81.44㎡	

5. 提供するサービスの内容

営業日	毎週 月～土曜日【祝日営業】（1月1日～1月3日は休業）
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	①9時10分～16時15分②9時45分～16時55分③その他
サービス計画の立案	個別目標に応じて、介護予防通所介護サービス計画の立案を行い、利用者・ご家族の同意に基づいて作成しています。地域において自立した生活ができるよう心身の特性に応じた必要な支援を行います。
介護	上記の介護予防通所介護サービス計画に基づいた介護を行います。
食事（食事時間等）	昼食 12時00分～（おやつ 15時00分） ※主菜については、事前に選択できます。 ※制限食や糖尿食等も希望によりご用意いたします。 ※昼食時の服薬等がある方は、事前にご相談ください。 ※昼食開始の時間は活動内容により変更する場合があります。
入浴	一般浴と機械浴いずれかでの対応が可能です。 ※但し、体調不良等によって中止させていただくことがあります。
排泄	利用者の心身能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を実施いたします。
健康管理	看護職員を中心に行います。服薬・塗り薬等は事前にご相談ください。 緊急対応マニュアルを作成し、日々対応に注意を払っていきます。
機能訓練	活動の中で、利用者に適合した機能訓練を行います。
生活相談	生活相談員等が生活についてのご相談に応じます。
レクリエーション等	月毎に予定表を作成し、実施いたします。
行事	大小に関わらず、時節にあった行事を実施いたします。
送迎サービス	原則として足立区内（おおむね西部・北部・中部地区）のみ行います。

6. 地域との交流・その他

会報の発行	当法人の会報（Heart to Heart）を年4回、デイサービスの会報（ふうせんかずら）を年3回発行いたします。
ボランティア	各行事・日常生活での援助等、様々な活動でボランティアのご協力をいただいております。ボランティアの受付も常時行っています。
福祉教育	近隣小中学校等の総合教育や福祉専門職の学習の場として、当施設を積極的に提供します。
カフェさくら	1階にて喫茶店を営業しています。 （月～金。正午を挟んで4時間前後） （都合により、休業する場合があります。）

7. 利用料金

(1) 基本料金（一日あたりの負担額）

① 通所型サービス介護費（区独自基準）

単位数×10.90

	単位数	介護報酬額	利用者負担額
要支援1 事業対象者 (週1回利用)	417単位	4,090円	455円
要支援2 事業対象者 (週2回利用)	417単位	4,090円	455円

※表は利用者負担が1割の場合です。日単位の回数制となります。

※行き帰りの送迎及び入浴は上記の負担額に含まれます。(送迎減算：片道につき47単位)

② その他の体制加算 体制が整っている場合、基本料金に算定される加算・減算

項 目		単位数	利用者負担額	備考
		要件		
サービス提供 体制強化加算 (Ⅰ)	支援1	88単位	96円/月	
	支援2	176単位	192円/月	
		以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上		
サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ)	支援1	72単位	79円/月	
	支援2	144単位	157円/月	
		介護福祉士50%以上		
サービス提供 体制強化加算 (Ⅲ)	支援1	24単位	27円/月	
	支援2	48単位	53円/月	
		以下のいずれかに該当すること ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上職員30%以上		
業務継続計画 未実施減算	支援1	－4単位	－5円/回	
	支援2	－4単位	－5円/回	
		・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること		
高齢者虐待 防止措置 未実施減算	支援1	－4単位	－5円/回	
	支援2	－4単位	－5円/回	
		・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 ・虐待の防止のための指針を整備すること。 ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。		
介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)イ 19人以上	支援1	200単位	218円/月	
	支援2	402単位	439円/月	
介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)ロ 19人以上	支援1	216単位	236円/月	
	支援2	435単位	475円/月	

介護職員等 処遇改善加 算(Ⅱ)イ 19人以上	支援1	196単位	214円/月	
	支援2	395単位	431円/月	
介護職員等 処遇改善加 算(Ⅱ)ロ 19人以上	支援1	212単位	231円/月	
	支援2	427単位	466円/月	
介護職員等 処遇改善加 算(Ⅲ) 19人以上	支援1	178単位	194円/月	
	支援2	358単位	391円/月	
介護職員等 処遇改善加 算(Ⅳ) 19人以上	支援1	149単位	163円/月	
	支援2	301単位	328円/月	

③ その他の加算 対象の方のみ算定される加算・減算

項 目	単位数	利用者負担額	備考
	要件		
若年性認知症利用者 受入加算	240単位	262円/月	
	受け入れた若年性認知症利用者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定めていること。		
栄養改善加算	200単位	218円/月	
	管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成し実施及び評価を行った場合		
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150単位	164円/月	
	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護師を1名以上配置。口腔ケア計画を作成し実施及び評価を行った場合		
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位	175円/月	
	口腔機能向上加算（Ⅰ）の取り組みに加え、口腔機能改善管理指導計画などの情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって該当情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。		
科学的介護推進体制 加算	40単位	44円/月	
	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出していること 必要に応じて通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること		
栄養アセスメント加算	50単位	55円/月	
	当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。 利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定通所介護事業所であること。		

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20単位	22円/月	
	事業所の従業者が利用開始時及び利用中6ヵ月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者の担当ケアマネジャーに提供していること。		
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位	6円/月	
	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者の担当ケアマネジャーに提供していること。 栄養アセスメント加算又は栄養改善加算を算定の場合、口腔項目のスクリーニングのみ実施。 口腔機能向上加算を算定の場合、栄養項目のスクリーニングのみ実施。		

（２） 介護保険給付対象外サービスの利用料金

食 費	690 円	昼食代（おやつ含む） / 1 食
おむつ代	100 円	臨時、希望された場合 / 1 枚

※創作活動費がかかる活動については、事前に参加の確認をします。費用は実費をいただきます。

外食・外出行事も同様に、実費を頂く事があります。

※このほか、利用者の事情により必要となる日用品等は、実費をいただきます。

※通常の実施地域を超えて行う送迎の交通費、営業時間帯を超えて通所介護を提供する場合の利用料、食費、おむつ代等の諸経費については、実費をいただきます。

※送迎ポイントへの到着時間については、送迎時間通知書によりお知らせいたします。

但し、交通事情等の不可抗力により到着時間が変更になる場合は、速やかにご連絡いたしますが、その場合に発生したヘルパー事業所等への延長料金については、利用者の負担とさせていただきます。

（３） 支払方法

- ・ 当月分を1ヶ月ごとに精算し、翌月15日までにご請求します。お支払いは、原則として郵便局の自動引き落としとしてお願いいたします。引き落とし日は、翌月20日となり、再引き落とし日は28日となります。（土・日・祝日の際は、翌日の取り扱いとなります。）

但し、これによりがたい場合は、ご相談に応じます。

（４） キャンセル料金

- ・ 正当な理由なく、サービス提供日の8時30分までに連絡せずサービスの中止を申し出た場合、又は連絡がなかった場合は、食費の全額をキャンセル料としてお支払いいただきます。

8. ご利用について

（１） ご利用について

- ① 当該区市町村より要支援認定を受けた方で、ご利用を希望される方は地域包括支援センターを通じて当事業所にご連絡ください。利用定員に空きがある場合は、ご利用の予約ができます。
- ② ご利用の予約を受け付けた際には、事前面接（家庭訪問）を行います。その後、ご利用が決定した場合は、契約となります。

※ ご利用日・時間については、できる限りご希望を考慮した上で決定し、事前にお知らせいたします。

- ※ 受け入れ定員や送迎車等の関係でご希望日に添えない場合があります。
- ※ ご利用に際して、適切なサービスを提供するために、心身状況・病歴・生育歴等を把握させていただきます。
- ※ ご利用当日のご利用者の健康状態により、ご利用をお断りする場合があります。また、計画に基づくサービスの利用が困難な場合は、サービス内容を変更または中止することがあります。その場合は、ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。
- ※ ご利用終了時に、サービス提供の確認をお願いいたします。

(2) サービス利用の終了・中止について

- ① 利用者が利用料金等の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず、30日以内にお支払いいただけない場合。
 - ② 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、又は、利用者が入院もしくは病気で明らかに3ヶ月にわたりサービスの利用ができない状態にあることが明らかになった場合。
 - ③ 利用者又は、ご家族が当事業所や当事業所職員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。(この場合、以後のご利用も無効とさせていただきます。)
 - ④ やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小する場合。
- ※ なお、利用者からのご利用の取り消しは常時可能です。

(3) 契約の自動終了について

以下の場合、双方の通知がなくても契約を自動的に終了します。

- ① 利用者が他の介護老人福祉施設等に入所した場合。
- ② 要介護認定区分が非該当(自立)又は要介護になった場合。
- ③ 利用者が亡くなった場合。

9. 施設の利用に際しての留意事項

送迎時間の確認	利用開始時や変更時には通知書等にて連絡いたします。
喫煙	所定の場所での喫煙にご協力ください。
設備・器具の利用	施設内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。また、他の利用者等に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。
金銭・貴重品の管理	原則として、利用者の責任において管理していただきます。必要以外のものは、お持込みにならないようお願いいたします。
宗教・政治活動	施設内で、他の利用者に対する宗教及び政治活動はご遠慮下さい。

10. 緊急時の対応

利用者の様態に急変があった場合は、主治医に連絡する等の必要な処置を講ずる他、事前にお伺いする緊急連絡先のご家族へ速やかにご連絡します。

1 1. 非常災害時対策

非常時の対応	別途定める「防災計画」により対応いたします。
防災管理責任者	管理課 伊藤 剛
自衛消防訓練	年12回実施いたします。〔利用者が参加する場合もあります。〕
防災設備	自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・非常食等

1 2. 個人情報の取り扱いについて

当施設はご利用者の福祉サービスの申し込みおよび福祉サービスを通じて、ご利用者等の個人情報を保有しております。そのため年度ごとに、個人情報保護法に基づき、ご利用者やご家族(代理人)の皆様に、別紙「個人情報取扱いについての意向のおたずね」を用いて、情報提供について確認させていただいております。

1 3. この契約に関する相談・苦情窓口及び虐待通報窓口

① 当施設窓口

責任者	所長 金井 正憲
電話番号	03-5691-7055
メールアドレス	sakura@houeikai.gr.jp

※なお、さらに率直なご意見がいただけるよう意見箱（エレベーター横）、第三者委員を設置し、プライバシーに配慮した苦情の受付・公表を行っています。
 （第三者委員の連絡先等は施設内掲示板をご覧ください。）

②当施設以外の利用相談・苦情窓口及び虐待通報窓口

- ・ 足立区 介護保険課 （電話）03-3880-5887
 （受付時間）月～金曜日 9時00分～17時00分
- ・ 権利擁護センターあだち（電話）03-5813-3551
 （受付時間）月～金曜日 9時00分～17時00分
- ・ 足立区社会福祉協議会 基幹包括支援センター
 （電話）03-6807-2460
 （受付時間）月～土曜日 9時00分～17時00分
- ・ 東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部 介護相談指導係
 （電話）03-6238-0177
 （受付時間）
 土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く 9時00分～17時00分

14. 事業所の概要

名 称	足立邦栄会
法 人 種 別	社会福祉法人
法人所在地	東京都足立区皿沼2丁目8番8号
電 話 番 号	03-5691-7150
代表者氏名	理事長 新井 五輪子
法人の沿革	平成11年 1月 社会福祉法人設立認可 平成12年 4月 事業開始
法人が所有する 施設・拠点	【本部所在地内】 特別養護老人ホームさくら (定員65名) 特別養護老人ホームさくらショートステイ (定員 7名) デイサービスセンターさくら〔高齢一般型〕 (定員28名) 障害者支援施設かえで 〔生活介護〕 (定員20名) 〔施設入所支援〕 (定員10名) ショートステйкаえで 〔短期入所〕 (定員 2名) 居宅介護支援事業所 デイサービスセンターさくら 【東京都足立区皿沼2丁目8番9号】 足立区地域支援事業指定 地域包括支援センター鹿浜 【東京都足立区古千谷本町4丁目1番16号】 介護付有料老人ホーム リブインさくら 〔特定施設入居者生活介護〕 (定員41名) 【東京都府中市朝日町3丁目17番地5】 障害者支援施設みずき 〔生活介護Ⅰ・施設入所支援〕 (定員32名) 〔生活介護Ⅱ・重症心身障害児(者)通所事業〕 (定員20名) 短期入所みずき 〔短期入所〕 (定員 2名) 日中一時支援事業 市委託型短期入所事業 【東京都狛江市元和泉2丁目35番1号 あいとぴあセンター4階】 ポンテ 〔生活介護〕 (定員20名) 【東京都狛江市元和泉2丁目35番1号 あいとぴあセンター3階】 みずきケアセンター狛江〔居宅介護/重度訪問介護/移動支援〕 あいとぴあ日中一時支援室 【東京都狛江市東和泉1丁目32番21号】 多機能型事業所 こまえ工房 〔生活介護〕 (定員20名) 〔就労継続支援B型〕 (定員20名) 相談支援センターみずき〔計画相談支援/障害児相談支援/地域定着/地域移行〕 【東京都狛江市中和泉3丁目】 パンダ／えだまめ／やまぼうし 〔共同生活援助・短期入所〕 【東京都狛江市中和泉4丁目23番1号リバーサイドハイツ1階】 こまほっとシルバー相談室多摩川住宅

総合事業 通所型サービス利用にあたり、利用者に対して本書面にに基づき重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

【所在地】東京都足立区皿沼2丁目8番8号

【名 称】社会福祉法人 足立邦栄会
デイサービスセンターさくら

【代表者】理事長 新井 五輪子 ㊞

【説明者】 _____ ㊞

私は、契約書及び本書面により、これから利用する通所型サービスについての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ ㊞

【代理人氏名】 _____ ㊞

(続柄: _____)