

指定通所介護・第1号通所事業

重要事項説明書〔 2024年 10月 1日現在〕

1 事業所業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人社団 愛友会
代表者役職・氏名	理事長 中村 康彦
法人所在地	〒362-0075 埼玉県上尾市柏座1丁目10番10号
電話番号	048-773-1111

2 サービスを提供する事業所の概要

（1）事業所の名称等

名 称	ふじなみデイサービスセンター
事業所番号	通所介護・第1号通所事業 (指定事業所番号：1171601972)
所在地	〒362-0061 埼玉県上尾市藤波3丁目266番地1
電話番号	048-789-5121
FAX番号	048-789-5122
通常の事業の実施地域	上尾市、桶川市、北本市

（2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで（12月31日～1月3日までを除く）
営業時間	8時30分から17時30分まで
サービス提供時間	一日利用 9時15分から16時20分まで 短時間利用 9時15分から11時20分まで

（3）事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人数
管 理 者	・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1人
生活相談員	・利用申込に係る調整を行います。 ・生活相談、入浴、排泄、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	常 勤 1人以上
看 護 職 員	・利用者の健康状態・心理状態のチェックと把握・保健衛生上の指導や看護を行います。 ・利用者の病状が急変した場合に利用者の主治の医師の指示を受けて、必要な看護を行います。	常 勤 1人以上 (非常勤含め)
介 護 職 員	・必要な日常生活のお世話及び介護を行います。	常 勤 13人以上 (非常勤含め)
機能訓練指導員	・日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行います。	常 勤 2人以上

3 サービス内容

- ・食事の提供
- ・入浴（一般浴・機械浴）
- ・日常生活の世話
- ・日常生活動作の機能訓練
- ・送迎
- ・個別機能訓練
- ・若年性認知症利用者受入
- ・口腔機能向上
- ・栄養管理

4 利用料、その他の費用の額

（１）通所介護の利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【通所介護費（大規模Ⅱ事業所）】 ＊地域区分１単位の単価を含む（１０．２７円）（６級地）

１回当たりの 所要時間	介護度	１０割負担額	１割負担額	２割負担額	３割負担額
７時間以上 ８時間未満	要介護１	６，２３３円	６２４円	１，２４７円	１，８７０円
	要介護２	７，３５３円	７３６円	１，４７１円	２，２０６円
	要介護３	８，５２４円	８５３円	１，７０５円	２，５５８円
	要介護４	９，７１５円	９７２円	１，９４３円	２，９１５円
	要介護５	１０，８７５円	１，０８８円	２，１７５円	３，２６３円

１回当たりの 所要時間	介護度	１０割負担額	１割負担額	２割負担額	３割負担額
２時間以上 ３時間未満	要介護１	２，５９８円	２６０円	５２０円	７８０円
	要介護２	２，９７８円	２９８円	５９６円	８９４円
	要介護３	３，３６８円	３３７円	６７４円	１，０１１円
	要介護４	３，７４８円	３７５円	７５０円	１，１２５円
	要介護５	４，１３８円	４１４円	８２８円	１，２４２円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

① サービスの実施による加算

加算の種類	要件	10割負担額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
入浴介助加算Ⅰ	入浴介助に関わる職員に対し入浴介助に関する研修等を行い、利用者の入浴介助を行った場合	1日につき 410円	1日につき 41円	1日につき 82円	1日につき 123円
入浴介助加算Ⅱ	加算（Ⅰ）に加えて訪問により利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し事業所において個別の入浴介助を行った場合	1日につき 564円	1日につき 57円	1日につき 113円	1日につき 170円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	サービス提供時間帯において専従1名以上配置し利用者の心身の状況に応じた身体機能及び生活機能訓練が提供された場合	1日につき 780円	1日につき 78円	1日につき 156円	1日につき 234円
個別機能訓練加算Ⅱ	加算（Ⅰ）に加えて個別機能訓練計画書等の内容を厚生労働省に提出しフィードバックを受けていること	1月につき 205円	1月につき 21円	1月につき 41円	1月につき 62円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	口腔清掃や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能を行った場合 (1月に2回を限度)	1回につき 1,540円	1回につき 154円	1回につき 308円	1回につき 462円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	加算（Ⅰ）に加えて、情報を厚生労働省へ提出している場合 (1月に2回を限度)	1回につき 1,643円	1回につき 165円	1回につき 329円	1回につき 493円
栄養アセスメント加算	利用者ごとに他職種が共同してアセスメントを実施し利用者又は家族に結果を説明し情報を厚生労働省に提出していること	1月につき 513円	1月につき 52円	1月につき 103円	1月につき 154円
栄養改善加算	低栄養状態またはその恐れのある利用者に対して栄養管理し栄養改善を行った場合 (1月に2回を限度)	1回につき 2,054円	1回につき 206円	1回につき 411円	1回につき 617円

口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	利用開始時及び利用中 6月ごとに利用者の栄養状態と口腔の健康状態について確認し情報を介護支援専門員に提供していること (6月に1回を限度)	1回につき 205円	1回につき 21円	1回につき 41円	1回につき 62円
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に口腔の健康状態もしくは栄養状態のいずれかを確認し情報を介護支援専門員に提供していること (6月に1回を限度)	1回につき 51円	1回につき 6円	1回につき 11円	1回につき 16円
若年性認知症加算	若年性認知症の利用者を受け入れた場合	1日につき 616円	1日につき 62円	1日につき 124円	1日につき 185円
科学的介護推進体制加算	利用者に係る情報を厚労省に提出しフィードバックを受け事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取り組みを行っていること	1月につき 410円	1月につき 41円	1月につき 82円	1月につき 123円
送迎減算	事業所で送迎を行わない場合(片道)	1回につき -485円	1回につき -49円	1回につき -97円	1回につき -146円

②加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	介護職員のうち介護福祉士が7割を超えている場合	1日につき 23円	1日につき 45円	1日につき 68円
感染症や災害の影響による特例措置	前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合 (区分支給限度額の範囲外)	1月につき 3%	1月につき 3%	1月につき 3%

※介護職員処遇改善加算として所定単位数にサービス別加算率(9.2%)に乗じた金額を加算致します。

(2) 第一号通所事業の利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

* 地域区分1単位の単価を含む（10,27円）（6級地）

区分	10割負担額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
事業対象者	1月につき 要支援1又は2と同額	1月につき 要支援1又は2と同額	1月につき 要支援1又は2と同額	1月につき 要支援1又は2と同額
要支援1	1月につき 18,465円	1月につき 1,847円	1月につき 3,693円	1月につき 5,540円
要支援2	1月につき 37,187円	1月につき 3,719円	1月につき 7,438円	1月につき 11,157円

※【事業対象者】 介護保険負担割合証に記載の割合に応じ、1月につき要支援1又は2と同額

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

① サービスの実施による加算

加算の種類	要件	10割負担額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
口腔機能向上 加算（Ⅰ）	口腔清掃や摂食・嚥下機能訓練などの口腔機能を行った場合 (1月に2回を限度)	1回につき 1,540円	1回につき 154円	1回につき 308円	1回につき 462円
口腔機能向上 加算（Ⅱ）	加算（Ⅰ）に加えて情報を厚生労働省へ提出している場合 (1月に2回を限度)	1回につき 1,643円	1回につき 165円	1回につき 329円	1回につき 493円
栄養アセスメント加算	利用者ごとに他職種が共同してアセスメントを実施し利用者又は家族に結果を説明し情報を厚生労働省に提出している場合	1月につき 513円	1月につき 52円	1月につき 103円	1月につき 154円
栄養改善加算	低栄養状態またはその恐れのある利用者に対して栄養管理を行い栄養改善を行った場合 (1月に2回を限度)	1月につき 2,054円	1月につき 206円	1月につき 411円	1月につき 617円
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態と口腔の健康状態について確認し情報を介護支援専門員に提供している場合(6月に1回を限度)	1回につき 205円	1回につき 21円	1回につき 41円	1回につき 62円

一体的サービス提供加算	栄養改善、口腔機能をいづれも実施した場合	1月につき 4, 929円	1月につき 493円	1月につき 986円	1月につき 1, 479円
科学的介護推進体制加算	利用者に係る情報を厚労省に提出しフィードバックを受け事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取り組みを行っていること	1月につき 410円	1月につき 41円	1月につき 82円	1月につき 123円
若年性認知症加算	若年性認知症の利用者を受け入れた場合	1月につき 2, 464円	1月につき 247円	1月につき 493円	1月につき 740円
事業所評価加算	利用者の身体機能改善実績及び取り組みに対する評価	1月につき 1, 232円	1月につき 124円	1月につき 247円	1月につき 370円
送迎減算	事業所で送迎を行わない場合（片道）	1回につき -485円	1回につき -49円	1回につき -97円	1回につき -146円

② 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員のうち介護福祉士が7割を超えている場合	要支援1の場合、 1月に 91円 要支援2の場合、 1月に181円	要支援1の場合、 1月に181円 要支援2の場合、 1月に362円	要支援1の場合、 1月に271円 要支援2の場合、 1月に543円
感染症や災害の影響による特例措置	前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合 (区分支給限度額の範囲外)	1月につき 3%	1月につき 3%	1月につき 3%

※介護職員処遇改善加算として所定単位数にサービス別加算率（9.2%）に乗じた金額を加算致します。

（３）その他の費用

送 迎 費	通常の事業所の実施地域にお住まいの方は無料です。 (通常の実施地域：上尾市、桶川市、北本市)
食 費	1食につき 720円（昼食代）
日用品費	入浴に要するタオル代等 180円（利用に応じ請求）
おむつ代	1枚につき 実費 テープ型おむつ 120円 パンツ型おむつ 150円 尿取りパット 30円
教養娯楽費	実費 利用者の希望により提供するレクリエーションに必要な材料費

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

- ① 利用者が指定する口座から引き落としさせていただきます。
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください。
(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

6 個人情報の利用目的

当施設では利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念のもと、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

① 利用者等への療養の提供に必要な利用目的

【当施設での利用】

- ・当施設で利用者等（検診・健診を含む）に提供する療養
- ・介護保険事務
- ・利用者に係る管理運営業務のうち、
 - －入退所等の療養棟管理
 - －会計・経理
 - －質向上・安全確保・療養事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - －利用者等への療養サービスの向上

【他の事業者等への情報提供】

- ・当施設が利用者等に提供する療養のうち、
 - －他の老健施設、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等との連携
 - －他の医療機関等からの照会への回答
 - －利用者等の療養等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託・その他の業務委託
 - －家族等への療養状況説明
- ・介護保険事務のうち、
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・事業所等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結果の通知
- ・医師賠償責任保険などに係る、医療、介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- ・第三者機関への質向上・安全確保・医療事故対応・未然防止等のための報告
- ・感染管理・安全対策および医療・介護の質向上のため、上尾中央医科グループの病院・施設からの照会があった場合

② 上記以外での利用目的

【当施設での利用】

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究
 - －利用者への満足度調査や業務改善のためのアンケート調査

【学会・医学誌等への発表】

- ・特定の利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。

【他の事業者等への情報提供を伴う事例】

- ・当施設の管理運営業務のうち、
 - －外部監査機関への情報提供
 - －当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 1 (家族等)	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 2 (家族等)	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電 話 番 号	

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、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、速やかに損害賠償いたします。

保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社

保 険 名：全日病団体保険

9 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。 防火責任者：佐々木 陽介
- (2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

10 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

(2) 苦情相談窓口

担 当	管理者：本田 まゆみ 生活相談員：前島 望友紀
電話番号	048-789-5121
受付時間	8時30分から17時30分まで
受 付 日	月曜日から土曜日（12月31日から1月3日までを除く。）

※ 市町村、国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

上尾市役所 高齢介護課	048-775-6473（直通）
桶川市役所 健康福祉部 高齢介護課	048-786-3211（代表）
北本市役所 高齢介護課	048-594-5539（直通）
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係	048-824-2568 （苦情相談専用）

10 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。

11 福祉サービス第三者評価受審

評価受審日 平成26年1月22日
評価機関 株式会社 フィールズ

年 月 日

指定通所介護、第1号通所事業の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県上尾市柏座1丁目10番10号

法人名 医療法人社団 愛友会

代表者名 理事長 中村 康彦 印

説明者

事業所名 埼玉県上尾市藤波3丁目266-1

医療法人社団 愛友会

ふじなみデイサービスセンター

氏 名 生活相談員 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所
氏 名 印

代理人 住所
氏 名 印