

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（予防給付型）重要事項説明書

予防給付型通所サービスを提供するにあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、
当事業所があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。＜令和7年6月28日現在＞

1. 当事業所の概要

事業所の種類	介護予防・日常生活支援総合事業・第1号通所事業（予防給付型）
事業所名称	社会福祉法人 暁 会 フェニックスデイサービスセンター
利用定員	1単位 70名・2単位 15名 合計 85名
代 表 者	社会福祉法人 暁 会 理事長 吉水 千賀子
所 在 地	〒751-0887 山口県下関市大字小野64番地の1
電話番号	TEL 083-256-0077 FAX 083-256-5025

2. 居宅サービス事業者の指定番号および通常のサービス提供地域

介護保険指定番号	3570100473（下関市）
サービスを提供する 通常の実施地域	通常の事業の実施地域は下関市の区域とする。 （豊北町、豊田町及び離島を除く）

＊ 上記地域以外の場合でも、ご希望の方はご相談ください。

3. 当事業所の事業目的と運営方針

事業目的	要支援状態及び基本チェックリスト対象にある高齢者（事業対象者）に対し、適正な第1号通所事業「予防給付型」を提供する。
運営方針	1. 利用者の状態を踏まえその有する能力に応じ自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を行う。 2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努める。

4. 営業日および営業時間

営業日	月～土（祝日含む）	緊急連絡先	083-256-0077
営業時間	8:00～18:00	サービス提供時間	1単位目 9:30～15:30 2単位目 9:30～12:40

※ 12/31～1/3は《休祭日》の扱いとなります。

5. 職員の体制

	資 格	常 勤	非常勤
管 理 者		1 名	
生 活 相 談 員		2 名以上	
管 理 栄 養 士	管 理 栄 養 士	1 名以上	
機能訓練指導員	作 業 療 法 士 理 学 療 法 士 マ ッ サ ー ジ 師	3 名以上	
看 護 職	准 看 護 師	2 名以上	1 名以上
介護職(運転手含)		14 名以上	2 名以上
事 務 職			1 名
備 考	常勤は 8:00～17:00・8:30～17:30・9:00～18:00 勤務		

6. 当事業所が提供するサービスの利用料金

(1) 利用者負担額

- ① サービスの利用に対して介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割(一定以上所得者の場合は2割又は3割)をお支払いいただきます。ただし介護保険法令に基づいて保険給付を償還払い(いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から9割分(8割分又は7割分)の払戻しを受ける方法)する方法をご希望の場合はお申し出ください。(指定介護予防通所介護提供証明書を交付いたします。)

原則として各サービス内容別算定単位数×10円					
要支援度	予防給付型 通所サービス費	サービス提供 体制加算Ⅱ	加 算		
			栄養アセスメント加算	口腔機能 向上加算(Ⅰ)	科学的介護 推進体制加算
要支援1 事業対象者	1,798円/月 436円/回	72円/人・月	50円/月	150円/月	40円/月
要支援2 事業対象者	3,621円/月 447円/回	144円/人・月			

- ※ 介護費については、1回あたりの回数単価報酬とする。ただし、要支援1・事業対象者の利用回数が月4回超 要支援2・事業対象者の利用回数が月8回超の場合は、月の上限額となります。
- ※ 送迎を行わない場合の減算 片道47単位
- ※ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 一月につき +所定単位×59/1000
- ※ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) 一月につき +所定単位×10/1000
- ※ 介護職員等ベースアップ等支援加算 一月につき +所定単位×11/1000
- ※ 利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。

② サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する次の費用は、保険給付の対象ではありませんので実費をいただきます。

- イ 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は職員が送迎するための交通費をいただきます。(サービス利用料とともに1ヶ月ごとにお支払いただきます。)

移動手段	交通費
公共交通手段	実 費
車	送迎距離片道 3 k m を超える 10 k m 未満 1 回につき 5 0 0 円
	送迎距離片道 10 k m を超える 1 回につき 1, 0 0 0 円

ロ 食材料費及び調理費

1 食あたり 7 5 0 円

ハ オムツ代

実費（事業所の所有するおむつを提供した場合）

ニ その他の日常生活費

実費

（2）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記（1）の①、②の利用者負担額及び実費負担額は 1 ヶ月ごとに計算します。ご利用月の翌月 1 0 日前後に請求書を発行しますので次のいずれかの方法でお支払下さい。

イ 金融機関口座からの口座振替

ご利用月の翌月末日（土日祝日の場合はその翌営業日）に、ゆうちょ銀行もしくは山口銀行の指定口座から口座振替をします。

ロ 振込

ご利用月の翌月末日までに、指定口座へお振込みください。（振込手数料はご負担ください。）

※口座振替が出来なかった場合、指定口座へお振込み下さい。その際の振替手数料はご負担下さい。現金での受領は原則お断りしております。

（3）利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、利用者の都合により通所型個別サービス計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することが出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日 1 0 時までに事業所に申し出てください。

② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消し料として下記の料金をお支払いただく場合があります。但し利用者の体調不良等、やむをえない場合、取消し料はいただきません。

利用予定日の前日 10 時までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日 10 時までに申し出がなかった場合	利用者負担相当額

③ サービス利用の変更・追加は、第 1 号通所事業（予防給付型）の利用状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整を致します。

（4）実費負担額(交通費等)の変更

実費負担額（交通費等）を変更する場合は、原則としてその 2 ヶ月前までにご説明します。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) 従業者について

- ＊ サービス提供時に担当職員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては複数の職員が交替してサービスを提供します。担当の職員が交替する場合は予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。
- ＊ 利用者から特定の担当職員を指名することはできませんが、担当職員についてお気づきの点やご要望がありましたらお客様相談窓口にご遠慮なく相談ください。

(2) サービス提供について

- ＊ サービスは、「予防給付型通所サービス計画」にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業所が行います。但し実際の提供にあたってはサービス利用時十分に配慮します。

(3) サービス内容の変更

- ＊ 予防給付型通所サービス提供時に、利用者の体調等の理由で予防給付型通所サービス計画の予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得てサービス内容の変更をします。その場合、事業所は変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(4) 介護保険証の確認

- ＊ 「住所」及び「要支援度」など「介護保険証」の記載内容の変更があった場合は速やかに職員にお知らせください。また、担当職員や責任者が「介護保険証」の確認をさせていただく場合にはご提示くださいますようお願いいたします。

(5) 介護保険負担割合証の確認

- ＊ 「「介護保険負担割合証」の記載内容の変更があった場合は速やかに職員にお知らせください。また、担当職員や責任者が「介護保険負担割合証」の確認をさせていただく場合にはご提示くださいますようお願いいたします。

(6) 職員の禁止行為

職員は、サービスの提供にあたって次に該当する行為は行いません。

- ① 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり。
- ② 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受。
- ③ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合を除く）。
- ④ その他、利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為。

8. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者から要望があればその内容のご確認をいただきます。内容に間違いやご意見があればいつでもお申し出下さい。なお、予防給付型通所サービス計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より2年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します（開示に際して必要な複写料などの諸費用は利用者の負担となります）。

9. 福祉サービス第三者評価事業の活用について

介護サービス事業者は、利用者に良質かつ適切なサービス提供を行うため、自らが提供するサービスの質の向上に資することを目的に、「福祉サービス第三者評価事業」を必要に応じて活用することとしております。

第三者評価の受審の有無	あり ・ <u>なし</u>
受審した直近の年月日	令和 年 月 日
評価機関の名称	
評価結果の掲示状況	

10. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談(お客様相談係)

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付担当者	窓口担当者	サービス管理責任者	濱田 節恵
	受付時間	毎週月曜日～土曜日	8:00～18:00
	電話番号	(083) 256-0077	
	FAX	(083) 256-5025	
苦情解決責任者	理事長	吉水 千賀子	
第三者委員		橋本 サチ子	
		山尾 未明	

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

下関市役所	所在地	山口県下関市南部町1番1号
長寿支援課支援係	電話番号	(083) - 231-1340

	受付時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
山口県国民健康保険 団体連合会 介護保険課	所 在 地	山口県山口市大字朝田 1 9 8 0 - 7
	電話番号	(0 8 3) - 9 9 5 - 1 0 1 0
	FAX 番号	(0 8 3) - 9 3 4 - 3 6 6 5 (土、日、祝日、年末年始を除く)

(3) 苦情解決の手順

- ① 上司に報告し、対応策を協議します。
- ② 担当者は解決方法をご利用者に説明します。

11. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業所の協力医療機関への連絡を行い医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏 名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 茜 会 勝山クリニック
	所在地	山口県下関市田倉 2 2 1 - 1 1
	電話番号	0 8 3 - 2 5 6 - 8 8 6 6
	診療科目	内 科
緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
下関市	長 寿 支 援 課	山口県下関市南部町 1 番 1 号
	支援係	0 8 3 - 2 3 1 - 1 3 4 0

12. 虐待防止について

事業所は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、次の措置を講じます。

- (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	管理者：濱田 節恵
-------------	-----------

- (2) 虐待を防止するための従業者に対する研修を年 2 回以上実施します。
- (3) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。

また事業所は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報します。

13. 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 非常災害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及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

14. 業務継続計画の策定等

感染症又は非常災害の発生において、利用者に対する予防給付型通所サービスの提供を継続的に実施するための計画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」）を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。

事業者は職員に対し業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を実施します。
事業者は定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行います。

15. 秘密の保持

- ① 当事業所は、業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を厳守します。
- ② 当事業所は、従業員であった者から業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密が漏れることのないよう管理を徹底いたします。

16. 事故発生時の対応等

当事業所がご利用者に対して行う予防給付型通所サービスの提供により、事故及び緊急時が発生した場合には速やかにご利用者のご家族、市に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、事業所はサービスの提供にともなって事業所の責めに帰すべき事由によって利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

- ① 本事業所は、損害賠償保険に加入しています。

（賠償責任保険）

保険会社	東京海上日動火災保険株式会社
保 険 名	業務災害総合保険（経営ダブルアシスト）

令和 年 月 日

予防給付型通所サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 山口県下関市大字小野 6 4 番地の 1

名 称 社会福祉法人 暁 会

フェニックスデイサービスセンター

印

説明者 氏名

印

私は、契約書および本書面により事業所から予防給付型通所サービスについての重要事項の説明を受け同意の上、交付を受けました。

(利用者)

【 住 所 】

【 氏 名 】

印

(署名代行者)

【 住 所 】

【 氏 名 】

印

(続柄:)

(身元保証人)

【 住 所 】

【 氏 名 】

印

(続柄:)