

# 通所介護サービス重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業含む)

デイサービス ワンエフ  
<令和8年1月7日から適用>

当事業者はご契約者に対して通所介護サービスを提供します。利用される事業所の概要や、提供されるサービスの内容について、次の通り説明します。

## 1. 事業者

事業者の名称	有限会社ワンエフ
事業者の所在地	山口県防府市石が口1-3-42
代表者名	代表取締役 一階 さやか
電話番号	(0835) 27-6203

## 2. 利用施設（指定通所介護事業所）

山口県指定 事業所番号	平成15年6月1日 3570600662
名称および所在地等	山口県防府市石が口1-3-42
管理者	一階 清子
利用者の定員	25名

## 3. 職員体制

職種	サービスの種類、業務	人員
管理者	事業所の従業員の管理及び業務の管理を行う	1名
生活相談員	通所介護の利用の申し込みに係る調整、他の通所介護従事者に対する相談助言及び技術指導を行い、又他の従業員と協力して通所介護計画の作成等を行う	2名（常勤1名、 兼務1名）
看護職員		2名（非常勤）
介護職員		2名（常勤） 3名（非常勤）
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予防するための訓練指導、助言を行う	1名（非常勤） 2名（非常勤・兼務）

## 4. 運営方針

① 本事業において提供する通所介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示

の趣旨及び内容に沿ったものとする

- ② 通所介護の提供にあたっては利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、利用者が必要とする適切なサービスを提供するものとする
- ③ 適切な介護技術をもってサービスを提供するものとする
- ④ 居宅サービス計画に沿った通所介護を提供するものとする
- ⑤ 介護予防事業については、利用者が可能な限り、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支援及び機能訓練等の援助を行う

## 5. 営業日

営業日	月曜日～金曜日 但し、5月ゴールデンウィークおよび12月30日～1月4日までの年末年始を除く
受付時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間帯	9時30分～16時40分

## 6. 当施設が提供するサービス

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 食事時間：12時～13時</li><li>・ 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態を考慮した食事を提供し、身体状態に応じた援助をします</li><li>・ 喫茶時間：15時頃 簡単な菓子等の提供と水分補給を行います</li></ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 個別の入浴を行います</li><li>・ お湯は一人ごとに入れ替えます</li></ul>
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います
機能訓練	機能訓練指導員による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます
健康管理	看護職員が健康管理、服薬管理を行います
送迎	必要な方に対して、送迎を行います

## 7. 利用料金

介護保険サービス料金の負担割合については、介護保険負担割合証の負担割合分（1割または2割または3割）に応じた金額をお支払いいただきます。負担割合については、保

険者より交付されます「介護保険負担割合証」にて確認をお願いします。

① 介護保険給付対象サービス利用料金

○基本サービス料【通常規模型通所介護費】（利用1回につき）

サービス提供時間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	3,700円	4,230円	4,790円	5,330円	5,880円
4時間以上5時間未満	3,880円	4,440円	5,020円	5,600円	6,170円
5時間以上6時間未満	5,700円	6,730円	7,770円	8,800円	9,840円
6時間以上7時間未満	5,840円	6,890円	7,960円	9,010円	10,080円
7時間以上8時間未満	6,580円	7,770円	9,000円	10,230円	11,480円
8時間以上9時間未満	6,690円	7,910円	9,150円	10,410円	11,680円

※利用料金の総額は基本サービス費・各加算・食費・保険外費用が加えられた金額となります

○加算減算項目及びサービス利用料

- ・入浴介助加算（Ⅰ）（1回） 400円、入浴介助加算（Ⅱ）（1回） 550円
- ・送迎減算（片道1回） -470円 送迎を実施しない場合に減算されます

○支給限度額管理の対象外加算

- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位の9.0%（月）

介護職員等の処遇改善として、安定的人材の確保および資質向上の取り組み、雇用管理や労働環境の改善の取り組みを行う事業所を対象に上記が加算されます

- ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 60円（1日）
- ・科学的介護推進体制加算 400円（月）
- ・個別機能訓練加算Ⅰロ 760円（1日）、個別機能訓練加算Ⅱ 200円（月）

② 予防介護・日常生活支援総合事業第一号通所事業サービス利用料金

○基本サービス費（送迎・入浴は基本料金に含まれる）

	要支援1	要支援2
月ごとに包括されたサービス費	17,980円/月	36,210円/月

○加算項目及びサービス利用料

- ・該当項目なし

○支給限度額管理の対象外加算

- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位の9.0%（月）
- ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 60円（1日）
- ・科学的介護推進体制加算 400円（月）
- ・個別機能訓練加算Ⅰロ 760円（1日）、個別機能訓練加算Ⅱ 200円（月）

③ 介護保険対象外サービス

食材料費（750円）、おむつ代、紙パッド、その他アクティビティサービスにかかる

諸経費については、全額自己負担となります。

## 8. サービス利用料金の支払い

- ① 利用者は、要介護度に応じて所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：介護保険負担割合証による）を事業者を支払うものとします
- ② 前項の他、利用者は食費等の諸経費実費を事業者を支払うものとします
- ③ サービスに関する利用料金は、現金払い（サービス提供時に毎回、又は月一回定められた日）によりお支払いただきます
- ④ 介護保険外のサービスとなる場合（介護保険支給限度額を超えた場合を含む）は、全額自己負担となります

## 9. 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくはあらたなサービスの利用を追加することができます。

この場合、利用予定日の8時30分までに事業者申し出てください。

## 10. 苦情の受付

- ① 当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます  
○苦情相談受付窓口（担当者） 生活相談員 一階 さやか
- ② 行政機関その他苦情受付機関

山口県国民健康保険団体 連合会 国保会館 1 階 苦情相談室	所在地：山口市朝田1980番地7 電話番号：083-995-1010 受付時間：月曜日～金曜日（祝日を除く） 午前9:00～午後5:00まで
防府市健康福祉部 高齢福祉課	所在地：防府市寿町7番1号 電話番号：0835-25-2967 受付時間：月曜日～金曜日（祝日を除く） 午前9:00～午後5:00まで

## 11. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、とるべき措置についてあらかじめ対策を講じ、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

## 12. 緊急時における対応方法

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関、利用者の家族への連絡等必要な措置を講じます。

### 13. 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には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

### 14. 守秘義務

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

### 15. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

### 16. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

### 17. 損害賠償

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合、またご利用者様の置かれた心身の状況等を考慮して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名：センター長 氏名：一階さやか）から  
契約書及び重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

利 用 者 (甲)	住 所	〒
	氏 名	⑩
	電話番号	
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の意思を確認しました。	
	本人との関係	
	住 所	〒
	氏 名	⑩
	電話番号	

当事業者は、指定通所介護事業者として甲の申し込みを受託し、  
この重要事項説明書に定める通所介護サービスを、誠実に責任を持って行います。

事 業 者	所在地	〒747-0806 山口県防府市石が口1-3-42
	事業者名 介護機関名	有限会社ワンエフ デイサービス ワンエフ
	管理者名	一階 清子 ⑩
	電話・FAX	0835-27-6203 FAX 0835-27-6208