

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（指定相当通所型サービス）重要事項説明書

令和7年4月1日現在

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人六郷仙南福祉会
主たる事務所の所在地	秋田県仙北郡美郷町六郷字作山187
代表者（職名・氏名）	理事長 照井富士男
設立年月日	平成4年6月17日
電話番号	0187-84-3636

2. ご利用事業所の概要

ご 利 用 事 業 所 の 名 称	デイサービスセンター緑泉通所介護事業所	
サ ー ビ ス の 種 類	第 1 号通所事業（指定相当通所型サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	秋田県仙北郡美郷町六郷字作山 1 8 7	
電 話 番 号	0 1 8 7－8 4－3 6 3 6	
指定年月日・事業所番号	平成 2 7 年 4 月 1 日 指定	0 5 7 2 6 0 5 8 5 5
実 施 単 位	1 単 位	
利 用 定 員	3 0 名	
通常の事業の実施地域	美郷町、大仙市下深井、大仙市和合、大仙市橋本	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日および営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日
営 業 し な い 日	日曜日
営 業 時 間 帯	午前8時30分から午後5時30分まで
利 用 定 員	30名
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで
※ただし、利用者またはその家族から希望があり、それに対応可能な場合はこの限りではありません。	

6. 事業所の職員体制

※（ ）は兼務

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	社会福祉主事	1		1	業務の統括
生活相談員	社会福祉主事 介護支援専門員	1（3）		1（3）	サービス調整
看護職員	看護師	1	（1）	1（1）	健康管理
介護職員	介護福祉士	4（3）	1	5（3）	介護
機能訓練指導員	看護師		（1）	（1）	日常動作訓練

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	管理者 加藤正子
--------	----------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。

（1）基本部分

サービス内容	区 分	単価 （1割負担分）
イ 1週あたりの標準的な回数を定める 場合（1月につき）	(1) 事業対象者・要支援1	1, 798円
	(2) 事業対象者・要支援2	3, 621円
ロ 1月あたりの回数を定める場合 （1回につき）	(1) 事業対象者・要支援1	436円
	(2) 事業対象者・要支援2	447円

※通常の事業実施地域（美郷町）以外でサービス提供した場合には、上記金額に単価の5％が加算される場合もあります。

※上記の基本利用料は、大曲仙北広域市町村圏組合管理者が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) 加算（減算）部分

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算名称	内 容	単価 (1割負担分)
生活機能向上グループ 活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1 0 0 円
口腔機能向上加算	個別的に口腔清掃の指導・実施を行った場合に算定されます。	1 回につき 1 5 0 円 (1 月に 2 回まで)
若年性認知症利用者 受入加算	若年性認知症患者へ希望をふまえたサービスを提供した場合	2 4 0 円
サービス提供体制強化 加算 (Ⅰ)	介護福祉士を 7 割以上配置している場合	要支援 1 8 8 円 要支援 2 1 7 6 円
サービス提供体制強化 加算 (Ⅱ)	介護福祉士を 5 割以上配置している場合	要支援 1 7 2 円 要支援 2 1 4 4 円
サービス提供体制強化 加算 (Ⅲ)	介護福祉士を 4 割以上配置している場合	要支援 1 2 4 円 要支援 2 4 8 円
口腔・栄養 スクリーニング加算	利用者の口腔の健康状態または栄養状態を確認している場合に加算されます。	6 ヶ月に 1 回 2 0 円 または 6 ヶ月に 1 回 5 円
科学的介護推進体制 加算	利用者の身体状況等の評価を行い、情報提供を行っている場合	4 0 円
介護職員等 処遇改善加算 (Ⅰ)	総単位の 9. 2 % 介護職員等の待遇を改善するために加算されるものです	一円
同一建物減算	事業所と同一の建物からサービスを提供する場合	イ(1) △ 3 7 6 円／月 イ(2) △ 7 5 2 円／月 ロ △ 9 4 円／回

※サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ) については、いずれか 1 つを算定しますので、月により請求額が異なる場合があります。

(3) 実費負担部分

項 目	内 容	負担金額
食 費	食事回数分の料金をお支払いいただきます	朝食 1 食 2 0 0 円 昼食 1 食 5 5 0 円
紙おむつ	デイサービスの紙おむつを使用した場合にお支払いいただきます	1 枚 1 0 0 円
レクリエーション・クラブ活動費	利用者の選定により参加するレクリエーション費用やクラブ活動の材料費等は実費負担となります	実 費
延長利用料	サービス提供時間外にサービスを	3 0 分 1 5 0 円

	利用した場合に2時間を限度にお 支払いいただきます。	
--	-------------------------------	--

(4) 利用者負担金

利用者の負担金は、介護保険の適用がある場合は介護保険負担割合証により、介護保険の法定利用料（または介護保険の法定利用料の範囲内で事業者が設定した利用料）に基づく金額の1割、2割または3割となります。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。また、提供を受ける介護予防通所介護相当サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額お支払いいただきます。

(5) キャンセル料

利用者の都合により欠席しても、キャンセル料は一切かかりません。

但し、事前に休むことが分かっている場合、利用日前日までに連絡してください。

9. 利用料金の支払方法

上記利用料金は、毎月10日頃に月単位で請求しますので、次のいずれかの方法により、毎月お支払いいただきますようお願いいたします。

①自動口座引き落とし

（指定金融機関の口座から毎月25日に引き落とします。金融機関が休業日の場合は翌営業日となります。）

②銀行振込み

（手数料は利用者負担となります。毎月末日までお支払ください。）

10. サービス内容に関する苦情処理体制

①指定場所における「意見箱」の設置

②苦情申出窓口

担 当 者	職 名	氏 名	連 絡 先
苦情解決責任者	管 理 者	加 藤 正 子	0 1 8 7 （ 8 4 ） 3 6 3 6
苦情受付担当者	生活相談員	西 鳥 羽 真 聡	0 1 8 7 （ 8 4 ） 3 6 3 6

③苦情解決委員会

- ・当法人では苦情解決第三者委員を選任し、「苦情解決委員会」において適切に苦情解決に努めております。

・苦情解決第三者委員

法 人 監 事 小貫三枝子（美郷町） TEL 0 1 8 7 （ 8 4 ） 0 6 7 9

法 人 監 事 吉方昭子（美郷町） TEL 0 1 8 7 （ 8 3 ） 2 4 9 4

※苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受付けます。なお、苦情解決第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

④行政機関その他苦情受付機関

- ・大曲仙北広域市町村圏組合介護保険事務所

所在地 大仙市高梨字田茂木10（大仙市役所仙北庁舎内）

TEL 0187（86）3910

- ・美郷町役場福祉保健課

所在地 美郷町土崎字上野乙170-10

TEL 0187（84）4907

- ・秋田県国民健康保険団体連合会

所在地 秋田市山王四丁目2-3（秋田県市町村会館4F）

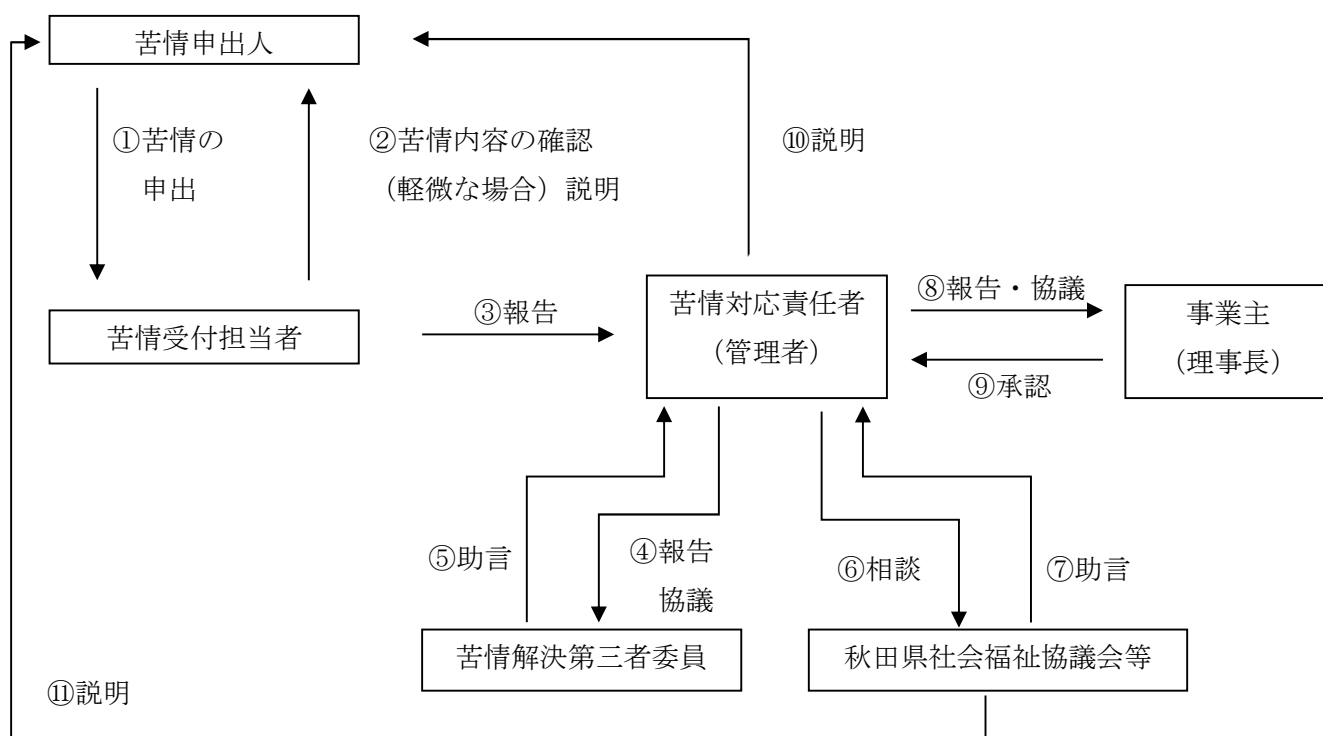
TEL 018（883）1550

- ・秋田県社会福祉協議会（運営適正化委員会）

所在地 秋田市旭北栄町1-5

TEL 018（864）2726

⑤苦情処理の概要手順



※苦情が軽微な場合には、苦情解決第三者委員、事業主（理事長）への報告・協議並びに苦情対応責任者から苦情申出人への説明は省略できます。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、発生した事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1 2．身体拘束廃止への取り組み

事業者は、利用者の身体拘束の廃止に努めます。ただし、緊急やむを得ず身体拘束をする場合は、「身体拘束廃止に関する指針」によるものとします。

1 3．虐待防止への取り組み

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

1 4．第三者評価の実施の有無

なし

デイサービスセンター緑泉 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（指定相当通所型サービス）のサービス提供開始に際し、下記利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

デイサービスセンター緑泉通所介護事業所

説明者職名 _____

説明者氏名 _____

私は、デイサービスセンター緑泉 介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（指定相当通所型サービス）のサービス利用開始にあたり、上記説明者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、当サービスの提供を受けることについて同意しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

(身元引受人)

住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 _____