

デイサービスセンター 六じょう家 重要事項説明書

＜令和 8 年 6 月 1 日現在＞

1 (介護予防) 認知症対応型通所介護事業者 (法人) の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	株式会社 サン・ドリームナゴヤ
代 表 者 名	廣石 勝巳
所在地・連絡先	463 - 0801 名古屋市守山区竜泉寺一丁目 1303 番地 電話 : 0 5 2 - 7 9 4 - 8 8 8 8 FAX : 0 5 2 - 7 9 4 - 8 8 2 5

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	デイサービスセンター六じょう家
所在地・連絡先	489-0884 瀬戸市西茨町 28 番地 電話 : 0 5 6 1 - 8 7 - 1 1 3 8 FAX : 0 5 6 1 - 7 6 - 2 1 3 7
事 業 所 番 号	2 3 9 2 3 0 0 1 4 7
管 理 者 の 氏 名	矢萩 礼子
利 用 定 員	1 2 人

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の 人 数 (人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管 理 者	1	1		0. 5	併設認知症対応型 共同生活介護管理 者と兼務
生活相談員	2	1	1	1	
介護職員及び 看護職員	7	2	5	2. 0 5	
機能訓練指導員	1		1	0. 0 7	看護職員と兼務
事 務 職 員 等					

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休憩
管 理 者	常勤で勤務	勤務内で1時間
生活相談員	常勤又は非常勤で勤務	勤務内で1時間
介護職員及び 看護職員	常勤又は非常勤で勤務	勤務内で1時間
機能訓練指導員	常勤又は非常勤で勤務	
事務職員等		

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	瀬戸市
---------	-----

(5) 営業日

営 業 日	月曜日から金曜日
営 業 時 間	9:00～17:00
営業しない日	土曜日・日曜日・1月1日～1月3日

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。 食事サービスは、おやつ代を含み710円です。
入 浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
生 活 指 導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の負担割合証に応じた額が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、【別紙】サービス内容説明書に記載します。

【料金表】

令和6年4月1日厚生労働省（1日の単位）

※地域区分は6級地。1単位＝10．33円

所要時間 介護度	7時間以上8時間未満	6時間以上7時間未満
要支援1	861単位	761単位
要支援2	961単位	851単位
要介護1	994単位	880単位
要介護2	1102単位	974単位
要介護3	1210単位	1066単位
要介護4	1319単位	1162単位
要介護5	1427単位	1256単位

○ 自己負担分（1日につき）

種 類	利用料
食事（おやつ代含む）	710円

加算について

- ・入浴介助加算 40単位
- ・若年性認知症利用者受入加算 60単位
- ・生活機能向上連携加算 200単位（1月につき）
- ・介護職員等処遇改善加算 18．5％

- ・ 介護保険の自己負担額は、現在の負担割合証に記載された割合を乗じた額となります。
- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画及び介護予防サービス・支援計画（以下「居宅サービス計画等」という。）に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用金額全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 通常要する時間を超えるサービス

お客様の希望により、通常提供する（介護予防）認知症対応型通所介護の所要時間を超えて、サービスを提供する場合は、3-(1)-イの【料金表】により、該当する所要時間の利用料から通常要する所要時間の利用料を差し引いた額の全額を負担していただきます。

○ 食事の提供に要する費用

食事サービスを受ける方は、食費が必要となります。

○ おむつについて

おむつを使用される方は、おむつを持参して下さい。緊急時には提供いたしますが、次回サービス利用時にお持ち下さい。

○ 事業の実施地域外の送迎

2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は瀬戸市を超えた地点から1キロ40円の送迎費が必要となります。2-(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料で送迎いたします。

○ その他の費用

（介護予防）認知症対応型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、キャンセル料をいただく場合がございます。

○ サービス提供記録等の閲覧

当事業所では、サービス提供記録を整備し、契約終了の日から5年間これを保存します。ご本人およびご家族のうち希望される方には記録の閲覧および実費を支払っての写しの交付が可能です。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要支援・要介護状態の方々に対し、居宅サービス計画等に沿った（介護予防）認知症対応型通所介護計画に基づき、利用者の心身状態を踏まえて可能な限り、その居宅において、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支援を行うことにより、社会的孤独感の解消や心身機能の維持向上を図ると同時に、介護者であるご家族の心身的な負担の軽減を図ります。

(2) 運営方針

前項の目的を達成するため、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(3) その他

事 項	内 容
(介護予防) 認知症対応型 通所介護計画の作成 及び事後評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等 を評価し、お客様の希望を踏まえて、(介護予防) 認知症対応型通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、 その結果を書面(サービス報告書)に記載してお客 様に説明のうえ交付します。
従 業 員 研 修	毎朝のミーティング・月1回の研修

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当 施 設		担当者 矢萩 礼子 電話(0561)87-1138
瀬戸市役所	高齢者福祉課	電話(0561)88-2620
愛知県国民健康 保険団体連合会	介護保険課	電話(052)971-4165

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画等を作成した居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者へ連絡をします。

主 治 医	病院名 及び 所在地	
主 治 医	病院名 及び 所在地	

緊急時連絡先(家族等)	氏 名 (続柄)	
	住 所	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先(家族等)	氏 名 (続柄)	
	住 所	
	電 話 番 号	

7 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。
--------	------------------------

避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり避難訓練を行います。			
	設 備 名 称	個数等	設 備 名 称	個数等
	スプリンクラー	あり	火災通報装置	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘 導 灯	あり	緊急時通報装置	あり
	カーテンは防炎性のものを使用しています。			

8 サービス利用にあたっての留意事項

- 一 サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 二 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 三 決められた場所以外での喫煙行為はご遠慮ください。
- 四 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 五 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 六 施設内で他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

9 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
-------	----

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、（介護予防）認知症対応型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業所	会社名	株式会社 サン・ドリームナゴヤ
	所在地	名古屋市守山区竜泉寺一丁目 1 3 0 3 番地
	代表者職・氏名	代表取締役社長 廣石 勝巳 印

事業所名	デイサービスセンター六じょう家
所在地	瀬戸市西茨町 2 8 番地
(事業所番号)	2 3 9 2 3 0 0 1 4 7
管理者氏名	矢萩 礼子 印

説明者	職 名	
	氏 名	印

上記内容について説明を受け、同意しました。また、上記同意の証として、本重要事項説明書 2 通を作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、1 通ずつを保有します。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人（選任した場合）	住 所	
	氏 名	印

