

愛知県知事指定

指定通所介護事業所 サンライズ高須デイサービス

重要事項説明

令和6年4月現在

1. 当施設は、愛知県知事指定通所介護事業所です

名称	サンライズ高須デイサービス
住所	愛知県西尾市一色町赤羽北荒子20番地1
指定番号	2373200928
管理者	山田直樹

2. 指定通所介護の目的及び運営方針

当施設は、利用者が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世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 職員の職種、員数

当施設勤務する従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりです。

- | | |
|----------|---------------|
| ①管理者 | 1名 |
| ②生活相談員 | 1. 2名以上（常勤換算） |
| ③看護職員 | 1. 1名以上（常勤換算） |
| ④機能訓練指導員 | 1名以上 |
| ⑤介護職員 | 1. 8名以上（常勤換算） |
| ⑥管理栄養士 | 1名以上 |
| ⑦歯科衛生士 | 1名以上 |

4. 従業者の職務内容

- ①管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、通所介護サービス計画の作成を行います。
- ②生活相談員は、利用者の心理的、社会的状況の把握を行うとともに、家族との連絡調整に当たります。
- ③機能訓練指導員は、利用者の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訓練等を行います。
- ④看護・介護職員は、通所介護サービス計画に基づく看護、介護を行うとともに、レクリエーションなどを実施します。

5. 営業日及び営業時間

- ①営業日 月曜日から土曜日です。ただし、1月1日から1月3日までを除きます。
- ②営業時間 午前8時から午後5時までとします。
- ③サービス提供時間 a)午前9時から午後4時10分まで
b)午前9時から午後0時45分まで
- ④送迎時間 【お迎え】 午前8時から午前9時
【お送り】 午後4時15分から午後5時15分
- ご自宅にお迎え又は到着する時間は、送迎の順路や順番により変動します。

6. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、西尾市（佐久島除く）にお住まいの方を対象としています。

7. 利用定員

20名とします

8. サービスの内容

①通所介護

要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、必要な日常生活上の世話をを行います。

②食事の提供

③入浴（一般浴、特別浴）

ご希望により入浴サービスをご利用いただけます。

④日常生活動作の機能訓練

⑤健康チェック

⑥送迎

ご希望により送迎サービスをご利用いただけます。送迎の実施地域は西尾市（佐久島除く）です。

9. 利用料金

保険給付の自己負担額を、以下のとおりお支払いいただきます。

要介護1	676円（1日）
要介護2	798円（ 〃 ）
要介護3	924円（ 〃 ）
要介護4	1,051円（ 〃 ）
要介護5	1,179円（ 〃 ）

※2割負担の方

要介護1	1,352円（1日）
要介護2	1,596円（ 〃 ）
要介護3	1,849円（ 〃 ）
要介護4	2,101円（ 〃 ）
要介護5	2,358円（ 〃 ）

※ 3割負担の方

要介護 1	2, 0 2 7 円 (1 日)
要介護 2	2, 3 9 4 円 (")
要介護 3	2, 7 7 3 円 (")
要介護 4	3, 1 5 2 円 (")
要介護 5	3, 5 3 7 円 (")

【サンライズ高須入居者様】

要介護 1	5 7 9 円 (1 日)
要介護 2	7 0 1 円 (")
要介護 3	8 2 8 円 (")
要介護 4	9 5 4 円 (")
要介護 5	1, 0 8 2 円 (")

※ 2割負担の方

要介護 1	1, 1 5 8 円 (1 日)
要介護 2	1, 4 0 3 円 (")
要介護 3	1, 6 5 6 円 (")
要介護 4	1, 9 0 8 円 (")
要介護 5	2, 1 6 5 円 (")

※ 3割負担の方

要介護 1	1, 7 3 8 円 (1 日)
要介護 2	2, 1 0 4 円 (")
要介護 3	2, 4 8 3 円 (")
要介護 4	2, 8 6 2 円 (")
要介護 5	3, 2 4 7 円 (")

上記の基本料金に、下記が加算されます。

(1 単位あたり 1 0 . 2 7 円で計算されます。自己負担額は 1 割～ 3 割です)

サービス提供体制強化加算	2 2 単位
科学的介護推進体制加算	4 0 単位
A D L 維持等加算Ⅲ	3 単位
介護職員処遇改善加算	× 1 . 0 9 2 倍

※西尾市は地域区分 6 級地に該当するため、介護報酬 1 単位の単価が 1 0 . 2 7 円で計算されます

※負担額は概算額です。加算等により増減しますのでご了承ください。

※サンライズ高須入居者様のうち、歩行困難のため居室からデイサービスまで介助が必要な場合は、ご自宅から通所される方と同じ負担額に変更となる場合があります。

利用者の身体状況やご希望に応じてかかる主な費用として、下記のものがあります。

項 目	自己負担 概算額	自己負担概算 額（２割）	自己負担概算 額（３割）
個別機能訓練加算Ⅰイ	５８円	１１５円	１７３円
個別機能訓練換算Ⅰロ	８７円	１７５円	２６２円
個別機能訓練加算Ⅱ	２１円	４１円	６２円
生活機能向上連携加算Ⅱ	２０５円	４１１円	６１６円
栄養改善加算	２０５円	４１１円	６１６円
栄養アセスメント加算	５１円	１０３円	１５４円
口腔機能向上加算Ⅰ	１５４円	３０８円	４６２円
口腔機能向上加算Ⅱ	１６４円	３２９円	４９３円
入浴介助加算Ⅰ	４１円	８２円	１２３円
入浴介助加算Ⅱ	５６円	１１３円	１６９円

※自己負担額は概算額です。加算等による増減しますのでご了承ください。

③その他の費用

食費 ８００円（１日）

日用品費 １００円（１日）

教養娯楽費 １５０円（１日）

オムツ代 ２００円

パット代 ５０円

サービス提供時間外のご利用 ３０分当たり ５００円

交通費

通常の事業の実施地域を超えてから片道１キロメートルごとに ５５円（消費税込）

- ④利用予定当日の午前８時までに連絡がなく、利用者の都合でサービスを中止する場合、また利用予定時間に不在の場合はキャンセル料を請求します。ただし、利用者の急な体調悪化など、やむを得ない事情がある場合は請求しません。

キャンセル料 ６００円

１０．施設の利用に当たっての留意事項

- ①ご利用に当たっては職員の指示にしたがってサービス提供を受けてください。
- ②気分が悪くなったときは速やかに職員まで申し出てください。
- ③共有の施設・設備は他の迷惑にならないようご利用ください。
- ④時間に遅れた場合は利用できない場合があります。事前にご連絡をお願いします。
- ⑤飲酒及び火気の取り扱いは禁止します。
- ⑥所持品、備品等の持ち込みは施設内で規定されたもの以外は禁止します。
- ⑦金銭、貴重品の持ち込みは最小限とし、自己の責任で管理していただきます。
- ⑧宗教活動、政治活動、営利行為は禁止します。
- ⑨ペットの持ち込みは禁止します。
- ⑩職員に金品を与えたり、金品に関する頼み事をするを禁止します。

１１．利用の解除、終了

〈利用者からの解除〉

- ①利用者およびご家族は、施設に対して1週間の予告期間をおいて文書で通知することにより利用を解除することができます。
- ②次に掲げる事由に該当した場合は、利用者およびご家族は文書で通知することにより直ちに利用を終了することができます。
 - (1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - (2) 事業者が守秘義務に違反した場合
 - (3) 事業者が利用者やその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - (4) 事業者が破産した場合

〈事業者からの解除〉

事業者は次に掲げる事由の場合、文書で通知することにより直ちに利用を終了することができます。

- (1) 利用者のサービス利用料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
- (2) 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかな場合
- (3) 利用者またはご家族が、施設や職員または他の利用者に対して、サービス提供を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

12. 緊急時の対応

- ①当施設は、利用者に対し必要と認める場合、協力医療機関、協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- ②サービス提供中に利用者の心身の状態が急変した場合は、利用者及びご家族が指定する連絡先に緊急に連絡するとともに、必要な措置をとります。

13. 相談窓口

利用者、ご家族は、当施設の提供するサービスに対する要望又は苦情について、以下の担当者へ申し出ることができます。

担当：山田直樹 TEL 0563-74-9785

受付時間 月～土（祝日除く） 9:00～18:00

【その他の相談窓口】

西尾市役所 健康福祉部 長寿課 0563-65-2119

安城市役所 保健福祉部 介護保険課 介護審査係 0566-71-2257

碧南市役所 健康推進部 高齢介護課 介護係 0566-41-3311

岡崎市役所 福祉部 長寿課 介護サービス室介護給付班 0564-23-6682

蒲郡市役所 市民福祉部 長寿課 介護保険係 0533-66-1176

愛知県国保連合会 介護保険課内 苦情相談室 052-971-4165

14. サービス提供の記録

- ①当施設では、通所介護サービスの提供日、サービスの内容、利用者に代わって支払を受ける施設サービスの額、その他必要な事項を記録し、これを5年間保存します。
- ②利用者からの申し出があった場合には、上記のサービス提供の記録を文書の交付、その他適切な方法によりその情報を提供します。

15. 個人情報の利用

当施設で得た個人情報は、下記の目的に限り使用します。

- ①看護、介護サービスの提供
- ②介護給付費の請求事務
- ③運営管理のうち、利用開始・終了等の管理、会計・経理、事故等の報告、医療・看護・介護サービスの向上にかかる業務、業務改善・サービス維持のための基礎資料
- ④施設内で行う検討等
- ⑤施設案内等の送付
- ⑥医療法人社団福祉会内部での情報共有
- ⑦審査支払機関への診療報酬明細書等の提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧他の保健医療関連業種との連携
- ⑨家族等への利用者の状況説明
- ⑩賠償責任保険などに係る専門団体、保険会社等への相談、届出

なお、生命の危機等重大な危険が迫っている場合等はこの限りではありません。また、利用目的が変更される場合には、事前に変更事由を説明し、同意を得た上で利用変更します。

16. 賠償責任

- ①通所介護サービスの提供に伴って、当事業所の責に帰すべき事由によって利用者が損害を被った場合、当事業所は利用者に対して損害を賠償するものとします。
- ②利用者の責に帰すべき事由によって当事業所が損害を被った場合、利用者及びご家族は連帯して当事業所に対してその損害を賠償するものとします。

17. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する通所介護の提供により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。

18. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止に関する担当者を選定しています。

管理者：山田直樹

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底

底を図っています。

- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

19. 業務継続計画の策定について

- ①感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するため、及び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、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②従業者に対し、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定期的実施します。

20. ハラスメント対策について

当事業所は、職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント防止に向けて取り組みます。

- ①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該事業所の職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

- ②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。
- ③従業者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

21. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

通所介護サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

西尾市一色町赤羽北荒子20番地1

サンライズ高須デイサービス

説明者 氏 名 _____ 印

私は、本書面により事業者から通所介護サービスについて、重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(続 柄) _____

(代書した理由) _____