

当事業者はご利用者に対して彦根市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容等について、次の通り説明します。

### 1. 施設経営法人

|               |                  |
|---------------|------------------|
| 法 人 名         | 社会福祉法人さざなみ会      |
| 法 人 所 在 地     | 滋賀県彦根市城町二丁目13番3号 |
| 代 表 者 名       | 理事長 上田 曜成        |
| 法 人 設 立 年 月 日 | 平成13年7月27日       |
| 電 話 番 号       | 0749-27-1411     |

### 2. ご利用施設の概要

|               |  |            |
|---------------|--|------------|
| 施 設 の 名 称     | さざなみ苑デイサービスセンター  |            |
| 施 設 の 所 在 地   | 滋賀県彦根市城町二丁目13番3号   |            |
| 電 話 番 号       | 0749-27-1563   |            |
| 施 設 管 理 者 名   | 施設長 上田 曜成  |            |
| サ ー ビ ス の 種 類 | 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）                                      |            |
| 指定年月日・事業所番号   | 平成30年4月1日指定  | 2570200341 |
| 利 用 定 員       | 定員135人   |            |
| 事 業 の 実 施 地 域 | 彦根市内   |            |
| 併 設 事 業 所     | 介護老人福祉施設（従来型、ユニット型）<br>短期入所介護施設、通所介護施設、グループホーム<br>居宅介護支援センター |            |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要支援状態等の利用者に対し、適切な介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。   |
| 運営の方針 | 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援および機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指します。サービスの提供に当たっては利用者の意思および人格を尊重して常に利用者の立場に立った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サービス）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、健康状態の確認や食事サービス、入浴サービス、生活等に関する相談及び助言、レクリエーション活動、栄養改善サービス、口腔機能向上サービス等、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

|          |  |
|----------|--|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで。<br>ただし、日曜日、1月1日～3日は休日とします。 |
| 営業時間     | 午前8時15分から午後5時00分までとします。                |
| サービス提供時間 | 午前9時30分から午後3時40分までとします。                |

#### 6. 事業所の職員体制

| 区分   |         | 配置人数             |
|------|---------|------------------|
| 職員   | 管理 者    | 1名               |
|      | 生活相談員   | 2名以上             |
|      | 介護職員    | 5名以上             |
|      | 看護職員    | 2名以上             |
|      | 機能訓練指導員 | 1名以上（兼務）         |
| 体制勤務 | 介護職員    | 日勤（H） 8：15～17：00 |
|      | 看護職員    | 日勤（H） 8：15～17：00 |

#### 7. 施設が提供する介護サービス

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。

| 項目        | サービス内容   |
|-----------|--|
| 1. 食事     | ・ケアプランにおいて食事の提供が予定されている方に管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。また、管理栄養士が栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切な栄養改善サービスを提供します。<br>・食事提供時間　昼食　12：00～ |
| 2. 排泄     | ・ご利用者の排泄の介助を行います。  |
| 3. 入浴     | ・ご利用者のケアプランに基づき、入浴または清拭を行います。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。   |
| 4. 機能訓練   | ・ご利用者の心身の状況に応じて日常生活を営むのに必要な機能を回復し、またはその減退を防止するため運動器機能向上サービスを提供します。   |
| 5. 口腔機能向上 | ・歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成しこれに基づく適切なサービスを提供します。   |
| 6. 健康管理   | ・看護職員により必要に応じてバイタルチェックを行います。   |
| 7. 生活相談   | ・ご利用者とその家族からのご相談に応じます。   |

## 8. 福祉サービス第三者評価事業の受審状況

| 受審の有無 |       | 有・無   |     |
|-------|-------|-------|-----|
| 受審内容  | 評価機関  |       |     |
|       | 結果の公表 | 公表の有無 | 有・無 |
|       |       | 公表の方法 |     |

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

## 10. 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、ご家族、彦根市、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な処置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、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。

ただし、事業所及び従業者の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

## 11. 利用料金及びお支払い方法

利用料金・費用は「重要事項説明書別紙」の記載のとおりです。

(1) 支払い方法は下記のとおりです。

- ア. 窓口での現金支払
  - イ. 下記指定口座への振込み
- 長浜信用金庫 本店営業部 普通預金 553248  
名義: 社会福祉法人 さざなみ会 理事長 上田暁成
- ウ. 各種金融機関口座からの自動引き落とし

(2) 料金の変更

- ① 介護報酬等の変更が行われた場合は、新たな料金に基づき「重要事項説明書別紙」を作成交付します。
- ② 利用者は、料金の変更に同意することができない場合、事業者に対し文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

## 12. 苦情・相談等の受付について

当施設のサービスについて、苦情・相談等は、以下の専用窓口で受付けます。

(1) 当施設における苦情・相談等受付窓口

居宅介護課 (生活相談員) 秋山 優希  
居宅介護課 電話番号 0749-271411  
FAX 0749-271429

当施設では、第三者委員を設置しています。連絡いただければ取り次ぎいたします。

第三者委員 川合 一弘 ・ 若林 圭子

(2) 行政機関その他苦情・相談受付機関

| 機 関 名                 | 連 絡 先   |
|-----------------------|---|
| 彦根市役所福祉保健部<br>高齢福祉推進課 | 彦根市平田町 670 番地<br>電話番号 (0749) 23-9660<br>FAX (0749) 30-9231              |
| 滋賀県国民健康保険団体連合会        | 大津市中央4丁目5番9号<br>電話番号 077-510-6605<br>FAX 077-510-6606                   |
| 彦根市社会福祉協議会            | 彦根市平田町 670 番地<br>福祉保健センター別館<br>電話番号 0749-22-2821<br>FAX 0749-22-2841    |
| 滋賀県運営適正化委員会           | 草津市笠山7丁目8-138<br>県立長寿社会福祉センター内<br>電話番号 077-567-4107<br>FAX 077-561-3061 |

- ※ 上記以外で、各保険者の介護保険担当課も苦情受付窓口がございます。
- ※ 成年後見制度・権利擁護においても、受付機関がありますので、相談いただければ紹介いたします。

13. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

14. その他

|                      |  |
|----------------------|--|
| 喫 煙                  | ・施設内は全面禁煙となっています。  |
| 貴重品の持<br>ち込み         | ・貴重品の持ち込みはお断りします。  |
| 動物の持<br>ち込み          | ・施設内へのペットの持ち込みはお断りします。   |
| 施設・設備<br>の使用上<br>の注意 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の設備、備品等についてはその本来の用途に従って利用してください。</li> <li>・故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合にはご利用者に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。</li> <li>・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシーの保護や安全確保について十分な配慮を行います。</li> <li>・当施設の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、営利活動を行うことはできません。</li> </ul> |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 感染症発生時のサービス提供について | <ul style="list-style-type: none"><li>ご利用中に、下痢や嘔吐などの症状（ノロウィルス）が現れた時には、他のご利用者への感染を予防するためにも、一旦、利用を打ち切って自宅へお帰りいただきます。その後、病院等を受診され、ノロウィルス検査を受けられ、検査結果が（-）であった場合、ご本人の症状が落ち着いたら、サービスをご利用していただけます。<br/>しかしながら、ノロウィルス検査が（+）であったり、ご本人は大丈夫でも同居のご家族に下痢や嘔吐などの症状がある場合には、ご本人やご家族の症状が治まって、10日以上経過した後から、サービスをご利用していただく事となります。</li><li>インフルエンザの予防接種を受けていただいております。なお、接種を済まされた方には、接種証明書（コピーでも可）をサービス利用時に、苑の方へ提出していただきます。発熱などの症状が現れた場合には、ノロウィルスと同様に対応していただく事となります。</li></ul> |
|-------------------|--|

令和 年 月 日

彦根市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の内容について本書面に基づき重要事項の説明行いました。

さざなみ苑デイサービスセンター

説明者職・氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

本人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 【重要事項説明書別紙】

彦根市介護予防・日常生活支援総合事業  
 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）  
 「サービス利用料金表」

令和6年6月1日  
 (彦根市: 地域区分6級地)

| 項目  | 利用料金  |                                      |        |         |  |  |  |
|---|---|--------------------------------------|--------|---------|--|--|--|
| 1. 基本サービス料金   | ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい  |                                      |        |         |  |  |  |
|   | 区分  | 負担割合（1月あたり）（円）                       |        |         |  |  |  |
|   |   | 1割                                   | 2割     | 3割      |  |  |  |
| 要支援1<br>(1,798単位)                                     |   | 1, 847                               | 3, 693 | 5, 540  |  |  |  |
| 要支援2<br>(3,621単位)                                     |   | 3, 719                               | 7, 438 | 11, 157 |  |  |  |
| 2. 若年性認知症利用者<br>受入加算（240単位）                           | 1割  | 247円（1月あたり）対象者に限り                    |        |         |  |  |  |
|   | 2割  | 493円（1月あたり）対象者に限り                    |        |         |  |  |  |
|   | 3割  | 740円（1月あたり）対象者に限り                    |        |         |  |  |  |
| 3. サービス提供体制<br>強化加算（I）<br>（要支援1：88単位）<br>（要支援2：176単位） | 1割  | 要支援1：91円（1月あたり）<br>要支援2：181円（1月あたり）  |        |         |  |  |  |
|   | 2割  | 要支援1：181円（1月あたり）<br>要支援2：362円（1月あたり） |        |         |  |  |  |
|   | 3割  | 要支援1：271円（1月あたり）<br>要支援2：543円（1月あたり） |        |         |  |  |  |
| 4. 科学的介護推進体制加算<br>(40単位)                              | 1割  | 41円（1月あたり）                           |        |         |  |  |  |
|   | 2割  | 82円（1月あたり）                           |        |         |  |  |  |
|   | 3割  | 123円（1月あたり）                          |        |         |  |  |  |
| 5. 介護職員等処遇改善加算（I）                                     | (1~4)の計に9.2%を乗じた金額  |                                      |        |         |  |  |  |
| 6. 食事サービス   | 食事の提供を受けた場合、1回につき670円（おやつを含む）の食費をいただきます。キャンセルされる場合は、当日の11時までにご連絡ください。それを過ぎますと料金をいただくこととなりますのでご注意ください。 |                                      |        |         |  |  |  |
| 7. おむつ・パット代   | 基本的にご持参頂きますが、苑のものを使用した場合、実費を頂きます。   |                                      |        |         |  |  |  |
| 8. サービス提供時間外見守料                                       | 600円/30分（※午後4時30分以降の利用についてご負担いただきます。）   |                                      |        |         |  |  |  |
| 9. 複写物  | 1枚 10円  |                                      |        |         |  |  |  |
| 10. その他   | 日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用に負担いただくことが適当であるものにつきましては、その実費をご負担いただきます。                                |                                      |        |         |  |  |  |

## (加算の概要)

### 若年性認知症利用者受入加算

- ・若年性認知症利用者に対してサービスを行った場合に加算します。

### サービス提供体制強化加算（I）

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上である場合に加算します。

### 科学的介護推進体制加算

- ・利用者のADL値、栄養状態、口腔機能、認知症、その他の利用者の心身に係る基本的な情報を厚労省に提出し、その情報を有効に活用している場合に加算します。

### 介護職員等処遇改善加算（I）

- ・介護人材の安定的確保及び資質の向上を図ることを目的として加算します。