

1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人 呉同濟義会
(2) 法人所在地	広島県呉市中央5丁目12番21号
(3) 電話番号	0823-21-5395
(4) 代表者氏名	三宅 清嗣
(5) 設立年月	大正10年6月16日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類	指定通所介護	平成12年2月8日指定
	指定介護予防通所介護	平成18年4月1日指定
	指定総合事業通所介護	平成30年4月1日指定
	広島県指定第3470500418号	
	定員35名（通所介護及び総合事業通所介護と併用）	
※	当事業所は介護老人福祉施設温養院に併設されています。 (通所介護及び総合事業通所介護併用)	
(2) 事業所の目的	介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことと社会参加ができるよう支援することを目的として、ご契約者に、通所介護サービス及び総合事業通所介護サービスを提供します。	
(3) 事業所の名称	デイサービスセンターあおぎり荘（通所介護及び総合事業通所介護）	
(4) 事業所の所在地	呉市焼山中央6丁目6番13号	
(5) 電話番号	(0823) 33-3883	
(6) 事業所長（管理者）氏名	江口 広美	
(7) 当事業所の運営方針	「運営目標」	
	我々は、地域に開かれた、地域に根ざした、地域に必要される施設作りを目指します。	
	「運営方針」	
	我々は、利用者に向かって前向き（利用者本位）の施設運営を目指します。	
(8) 開設（サービス開始）年月	通所介護 平成12年4月1日	総合事業通所介護 平成30年4月1日

(9) 同敷地内に併設される事業所

【居宅介護支援事業】	平成 11 年 9 月 6 日	広島県 3470500079 号
【訪問介護事業】	平成 12 年 2 月 3 日	広島県 3470500350 号
【短期入所生活介護】	平成 12 年 2 月 8 日	広島県 3470500434 号
【介護老人福祉施設】	平成 12 年 4 月 1 日	広島県 3470500442 号
【指定通所介護事業】	平成 12 年 4 月 1 日	広島県 3470500418 号
【総合事業通所介護事業】	平成 30 年 4 月 1 日	広島県 3470500418 号

(10) 通常の事業の実施地域

呉市、安芸郡熊野町、広島市安芸区矢野町寺屋敷。
ただし、呉市においては、音戸町、倉橋町、川尻町、
安浦町、下蒲刈町、蒲刈町、豊浜町、豊町を除く。

(11) 営業日及び営業時間

	営業日	受付時間	サービス提供時間帯
通所介護	月～土 祝日	月～土 8:15～17:15	月～土 8:45～15:00

(12) 利用定員 35 人（通所介護及び総合事業通所介護と併用）

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービス及び総合事業通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	配置人員数
1. 事業所長（管理者）	1
2. 介護職員	12
3. 生活相談員	4
4. 看護職員	2
5. 機能訓練指導員	3

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務時間等
1. 介護職員	8:15～17:15
2. 看護職員	8:15～17:15
3. 生活相談員	8:15～17:15
4. 機能訓練指導員	毎週土曜日 13:00～15:00

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して通所介護サービス及び総合事業通所介護サービスを提供します。また、サービスについて、利用料が介護保険から給付されない場合においては、利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

☆ 共通的サービス

ご契約者が自立した生活を送る為に、能力に応じて食事・入浴・排泄等の必要な介助を行います。

① 食事の介助

- ・ 食事の準備、介助を行います。（食費は別途実費をお支払い頂きます）
- ・ 当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事を摂って頂く事を原則としています。
- ・ 食事時間 12時00分から13時00分を予定しています。

② 入浴介助

- ・ 入浴を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴を行う事ができます。事情により入浴できないご契約者は、清拭を行います。

③ 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員又は理学療法士、看護師等により、ご契約者の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。送迎を行わない場合は片道につき減算となります。

☆ その他

以下のサービスは、介護報酬の加算の対象となっております。ご利用の際には加算額の1割を加算料金としてご負担頂きます。

① サービス提供体制強化加算（II）

- 直接提供する職員の総数のうち介護福祉士資格者が5割以上いる場合

② 介護職員等処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

「通所介護サービス」

＜サービス利用料金（1回あたり）＞

（所要時間6時間以上7時間未満の場合）

介護度	利用料金	サービス利用料金	介護保険からの給付金額	利用者ご自身の自己負担金額
要介護1	5,840円	5,256円		584円
要介護2	6,890円	6,201円		689円
要介護3	7,960円	7,164円		796円
要介護4	9,010円	8,109円		901円
要介護5	10,080円	9,072円		1,008円

※ 基本料金にそれぞれ加算がつきます。

	サービス利用料金	自己負担額
入浴介助加算(I)	400円／回	40円／回
サービス提供体制強化加算(II)	180円／回	18円／回
介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数に9.2%を乗じた単位数で算定	
事業所が送迎を実施しない場合（ご家族の送迎等）		△47円／片道につき

「総合事業通所介護サービス」

＜サービス利用料金（1月あたり）＞

要支援度	利用料金	サービス利用料金	介護保険からの給付金額	利用者ご自身の自己負担金額
要支援1・事業対象者（週1回程度）	17,980円	16,182円		1,798円
要支援2（週1回程度）	18,110円	16,299円		1,811円
要支援2・事業対象者（週2回程度）	36,210円	32,589円		3,621円

※サービスを利用した場合、基本料金にそれぞれ加算がつきます。

	サービス利用料金	自己負担額
サービス提供体制強化加算(II 1) (支援 1・事業対象者)	720円／月	72円／月
サービス提供体制強化加算(II / 22) (要支援 2※週 1 回程度)	720円／月	72円／月
サービス提供体制強化加算(II 2) (要支援 2・事業対象者※週 2 回程度)	1, 440円／月	144円／月
介護職員等処遇改善加算(I)	所定単位数に 9. 2 %を乗じた単位数で算定	
事業所が送迎を実施しない場合 (ご家族の送迎等)	△47円／片道につき	

- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護又は要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます「以下（償還払い）という。」また、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画書が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
 - ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
 - ☆ 利用者負担割合が、上記表の通り一律 1 割から、一定以上の所得がある方は 2 割もしくは 3 割になります。（平成 30 年 8 月 1 日付※介護保険負担割合証に記載されています）
- (2) 介護保険の給付対象とならないサービス
- 以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

- ① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービスの利用
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が、ご契約者の負担となります。
- ② 食事
当事業所で昼食を実費で提供しております。
1 食 500 円

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には交付いたします。

④ レクリエーション

ご契約者の希望等によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。
利用料金：材料代等の実費をいただく場合もあります。

⑤ サービス利用中に必要となる諸費用実費

ご契約者に適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

- ・おむつ代：紙オムツ代 120 円、紙パンツ代 90 円、パット代 20 円
- ・喫茶代：1 回 50 円

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する理由について、変更を行う 2 カ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記 (1) (2) の料金、費用は、次の通りお支払い下さい。

1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振込み

- ・ 呉信用金庫 燐山支店 普通預金 0333689

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：吳信用金庫 郵便局

ウ. あおぎり荘への直接現金払い

(4) 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、もしくは新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、利用予定日の前日までに事業者に申し出て下さい。

○ サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提示して協議します。

(※総合事業通所介護のみ)

- 月のサービス利用日や回数については、ご契約者の状態の変化、総合事業通所介護事業サービス計画表に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更する事があります。
- ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が総合事業通所介護サービス計画書に定めた利用回数、時間数等を大幅に上回る場合には、総合事業支援事業者と調整の上（総合事業通所介護）サービス計画書の変更又は要支援等の認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

5. 身体拘束について

- (1) 当事業所では、基本的にご契約者の身体拘束は行いません。
- (2) ご契約者の身体状態により、やむを得ず身体拘束を行う場合は下記の通りご契約者及びご家族にご説明・ご了承頂き実施致します。
 - ① 身体拘束が必要な事情説明
 - ② 身体拘束を行った経過記録
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を行った場合も、上記①・②の説明を行います。

6. 虐待防止について

当施設は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底すること。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備。
- (3) 虐待の防止のための研修を定期的に実施（年2回以上）。
- (4) 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置（生活相談員：梅河内）。

7. 介護職員による服薬等について

当事業所では、利用者の状態が以下の3条件をみたしていることを、医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができる利用者又は家族に伝えている場合に、事前の利用者又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により利用者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助します。

- (1) 利用者が利用して治療する必要がなく容態が安定していること。
- (2) 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと。
- (3) 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用そのものについて専門的な配慮が必要な場合でないこと。

(具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。)

8. 情報提供について

当事業所が、サービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者が有する解決すべき課題等の個人情報や家族に関する情報等を介護支援専門員や他のサービス担当者と共有する事の必要性がある際には、当事業所が必要と判断した情報を、介護支援専門員、他のサービス担当者に情報提供、収集することとします。

9. ハラスメントの防止対策について

当施設の利用者又はその家族等からの苦情・ハラスメントに対して、迅速かつ適切に対応するため受付窓口の設置、担当者の配置（生活相談員：梅河内）、事実関係の調査の実施、改善措置、利用者又は家族に対する説明、記録の整備その他必要措を講ずるものとする。また、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

10. 苦情の受付について

入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	デイサービスセンター あおぎり荘
申請するサービス種類	通所介護・総合事業通所介護
措置の概要	
1 入所者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当者 生活相談員 梅河内 啓 ・ 連絡先 呉市焼山中央六丁目6番13号 電話（0823）33-3883 FAX（0823）33-3314 ・ 受付時間 月曜日～土曜日 8時15分～17時15分 <p>※ 24時間対応（時間外は併設の特別養護老人ホーム 温養院にて電話受付）</p> <p>※ 担当者不在の場合は他の職員が対応することとし、苦情等の内容については速やかに担当者に伝えます。</p>	
2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順	
<p>苦情相談窓口</p> <p style="text-align: center;"><苦情受付担当者></p> <pre> graph TD A[利用者への回答 (結果伝達と理解確認)] <--> B[苦情解決責任者] B <--> C[<事業所において解決できるもの>] C <--> D[入所者] D <--> E[苦情解決責任者] E <--> F[<事業所において解決できない苦情>] F <--> G[入所者] G <--> H[苦情処理委員会] H <--> I[広島県福祉サービス運営適正委員会等] I <--> J[利用者への回答] J <--> K[苦情解決総責任者] K <--> L[常務執行役 工田 隆] L <--> M[苦情解決責任者 江口 広美] M <--> N[苦情処理委員会（第三者委員）] N <--> O[吳市社会福祉協議会] O <--> P[常務理事兼事務局長] P <--> Q[河野 隆司] Q <--> R[0823-25-7006] </pre>	
<p>苦情相談窓口</p> <p style="text-align: center;"><苦情受付担当者></p> <p style="text-align: center;">↑ ↓ (事情聴取)</p> <p style="text-align: center;">↑ ↓ (利用者への回答 (結果伝達と理解確認))</p> <p>苦情解決責任者</p> <p style="text-align: center;">↓ ↑ <事業所において解決できるもの></p> <p style="text-align: center;">↓ (結果伝達)</p> <p style="text-align: center;">↓ (改善等の申し入れ)</p> <p>苦情処理委員会</p> <p style="text-align: center;">↓ ↑ <事業所において解決できない苦情></p> <p style="text-align: center;">↓ (結果伝達)</p> <p style="text-align: center;">↓ (第三者機関)</p> <p style="text-align: center;">(解決の斡旋)</p> <p>広島県福祉サービス運営適正委員会等</p> <p style="text-align: center;">↓ <苦情処理委員会において解決できない苦情></p> <p>利用者への回答</p>	
<p>【関係行政機関の窓口】苦情があった事業所に対する対応方針等処理概要に記入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 呉市介護保険課 0823-25-2626 ・ 広島県国民健康保険団体連合会 082-554-0783 ・ 広島県福祉サービス運営適正委員会 082-254-3419 <p>3 その他参考事項</p> <p>※苦情又は重要事項は、台帳に記録の上保存し、再発防止に役立てる。</p> <p>※サービスの提供に係る入所者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては必要な改善を行う。</p>	

1.1. 緊急時の対応について

(1) 当施設利用中、体調の急変や事故により緊急の対応が必要な場合

急変及び事故に遭遇したご契約者への対応を行うに際して、介護職員、看護職員にて判断が難しい場合、協力医療機関あるいはかかりつけの医師の指示を仰ぎ、対応を行います。その結果、あおぎり荘で対応が不可能な場合は、あおぎり荘送迎車か救急車にて協力医療機関あるいはかかりつけ医療機関へ搬送します。その際、ご家族の緊急連絡先に連絡を行います。

令和 年 月 日

指定通所介護サービス及び指定総合事業通所介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 デイサービスセンターあおぎり荘 管理者 江口 広美 印

説明者職名 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、指定通所介護サービス及び指定総合事業通所介護の提供開始に同意しました。

利用者住所 氏名 印

利用者代理人 氏名 印