

指定短期入所生活介護(予防)利用 重要事項説明書

あなたに対する指定短期入所生活介護(予防)利用サービス提供開始にあたり、指定短期入所生活介護事業運営規程に基づいて当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1, 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 こもれび会 けやき荘ショートステイサービス
法人所在地	佐賀市川副町大字福富828-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	松 永 啓 介
電話番号	0952-45-5193

2, ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人 こもれび会 けやき荘ショートステイサービス
施設の所在地	佐賀市川副町大字福富866-1
施設長名	松 永 宣 子
電話番号・FAX番号	TEL 0952-45-5193 FAX 0952-45-2942

3, ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		佐賀県知事の事業者指定		利 用 定 員
		指 定 年 月 日	指 定 番 号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年 4月 1日	4171000054	50人
居宅 (介護 予防)	訪問介護 介護予防訪問介護	平成11年10月22日 平成18年 4月 1日	4171000054	70人
	訪問入浴介護	平成11年10月22日	4171000054	10人
	通所介護 介護予防通所介護	平成11年10月22日 平成18年 4月 1日	4171000054	45人/日 (月)～(日)
	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護	平成11年10月22日 平成18年 4月 1日	4171000054	20人
地域 密着	小規模多機能型居宅介護 (介護予防)	平成20年12月 1日	4191000019	登録定員25人 通い15人/日 泊まり9人/日
	認知症対応型共同生活介護	平成21年 6月 1日	4191000019	9人
居宅介護支援事業		平成11年 8月13日	4171000054	200人

4. 事業の目的及び運営方針

1. この事業は、要介護（要支援）状態等となった場合においても、その利用者が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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の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ります。
2. 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
3. 事業を運営するに当たって、地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

5. 施設の概要（特別養護老人ホーム）

（1）敷地・建物

敷 地		1 4 9 0 1 m ²
建 物	構 造	鉄筋造り平屋建て（準耐火建築物）
	延べ床面積	3 3 1 2.1 6 m ²
	利用定員	2 0 人

（2）居 室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたりの面積
1人部屋	20室	274 m ²	13.7 m ²

※ 指定基準は、居室1人当たり

（3）主な設備

設備の種類	数	面 積	1人当たりの面積
共同生活室	8室	35.82 m ²	3.98 m ²
機能訓練室 （食堂兼用）	8室	5.85 m ²	0.65 m ²
一般浴室	4室	11.06 m ²	1.22 m ²
特殊機械浴室	1室	17.09 m ²	
医務室・静養室	1室	14.69 m ²	

6. 職員体制

職員の職種	員 数	区 分				常勤換算 後の人員	事業者の 指定基準	保有資格者
		常 勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	非常			
施設長	1		1					
事務員	5		5					
生活相談員	3		3					
介護職員	42		38		4			
看護職員	5	1	2		2			
機能訓練指導員	1		1					
介護支援専門員	2		2					
医師	1				1			
管理栄養士	2		2					
調理員	7		7					

7. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制	休 暇
施設長	正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで 常勤で勤務	4週8休
事務員	正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで 常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで 常勤で勤務	4週8休
介護職員	早出の勤務時間帯 7時00分～16時00分まで 正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで 遅出の勤務時間帯 A 10時00分～19時00分まで 夜間の勤務時間帯 18時00分～ 9時00分まで	4週8休
看護職員	早出の勤務時間帯 8時30分～16時30分まで 正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで 遅出の勤務時間帯 10時00分～19時00分まで 原則として1日3名体制で勤務します。 夜間については、交代で自宅待機を行い緊急時に備えます。	4週8休
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで	4週8休
医師	週 3日 (毎週火・水・金曜日)	

管理栄養士	正規の勤務時間帯 常勤で勤務します。	9時00分～18時00分まで	4週8休
調理員	早出の勤務時間帯 早出Bの勤務時間帯 正規の勤務時間帯	6時00分～15時00分まで 7時30分～16時30分まで 9時00分～18時00分まで	4週8休

8 営業日及び利用の予約

営業日	年中無休
ご予約の方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の3ヶ月前から受け付けます。

9. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。ただし、食材料費は給付対象外です。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただくよう配慮します。 (食事時間) 朝 食 8:00頃～ 昼 食 12:00頃～ 夕 食 18:00頃～
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・おむつを使用する方に対しては、1日6回の交換を行うとともに必要な場合はこれを超えて交換を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週3回の入浴又は清拭を行います。 (入浴日) 毎週 月曜日～土曜日 ・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。 特殊浴槽 臥位式 1台 リフト式浴槽 4台 (入浴日) 毎週 月曜日～土曜日
離床、着替え、整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週1回、布団の交換は季節毎に実施します。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員（看護師）による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・当施設の保有するリハビリ器具 歩行器 ホットパック 車椅子 平行棒

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 当施設の嘱託医師により週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 当施設の嘱託医師 所属病院名 医療法人 樟風会 早津江病院 医師氏名 医師 米村 智弘 診療科目 内科 医師の診察日 水曜日 10:00～12:00 金曜日 10:00～12:00 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 協力医療機関 早津江病院 診療科目 精神神経科 内科
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、利用者及びご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 相談窓口担当 生活相談員 (原田清美・山田芳生・杉光研吾)
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽設備 活動内容 絵画、習字、生花、釣り、園芸、調理など 活動によっては活動費用を本人に負担していただく場合があります。 主なレクリエーション 年間施設行事計画に沿って実施します。 誕生日会・季節行事などの荘外レク レクリエーションによってはレクリエーション経費を本人に負担していただく場合があります。 行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及びご家族の状況によっては代行いたします。
送迎	<ul style="list-style-type: none"> 身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
施設生活サービス	<ul style="list-style-type: none"> 食事の提供 居住空間の提供
理髪・美容	<ul style="list-style-type: none"> 理容・美容については毎月1回訪問の理美容院に来て頂いています。 ご希望がありましたら実費負担にて理美容院をご利用いただけます
日常生活用品の購入代行	<p>施設の購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用いただく場合は止む得ない場合を除き、7日前までに購入代金を添えて担当者へお申し込みください。</p> <p>担当者 介護長：原田清美 生活相談員：山田芳生・杉光研吾</p> <p>購入代金を添えて申込まれた場合は、購入代金の受領預書を利用者に交付します。</p>
レクリエーション行事	<ul style="list-style-type: none"> 施設行事に沿ってレクリエーション行事を企画します。

10 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (介護サービス費の1割、2割、3割のいずれか) 負担割合に関しては、厚生労働大臣が定める基準に準じる
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の基準額に同じ)

	実費	費用負担1割	費用負担2割	費用負担3割
要支援1	5290円	529円	1058円	1587円
要支援2	6560円	656円	1312円	1968円
要介護1	7040円	704円	1408円	2112円
要介護2	7720円	772円	1544円	2316円
要介護3	8470円	847円	1694円	2541円
要介護4	9180円	918円	1836円	2754円
要介護5	9870円	987円	1974円	2961円

※連続利用1日目～60日目まで

	実費	費用負担1割	費用負担2割	費用負担3割
要支援1	5030円	503円	1006円	1509円
要支援2	6230円	623円	1246円	1869円
要介護1	6700円	670円	1340円	2010円
要介護2	7400円	740円	1480円	2220円
要介護3	8150円	815円	1630円	2445円
要介護4	8860円	886円	1772円	2658円
要介護5	9550円	955円	1910円	2865円

※連続利用61日目以降

各種加算について

◎個別機能訓練加算

目的	専従として配置された機能訓練指導員が、利用者の住まいを訪問して個別の機能訓練計画を作成した上で、日常生活動作等の維持向上を目的として機能訓練を実施します。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・専従の機能訓練指導員の職務に従事する作業療法士等を1名以上配置している。 ・個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、作業療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練計画を適切に提供している。 ・機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、その後3月毎に1回以上利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等を行っている。
費用負担1割	1日 56円
費用負担2割	1日 112円
費用負担3割	1日 168円

◎機能訓練加算

目的	個々の状態に適切に対応する為、個別の機能訓練に対する計画を立て、実施し、一人一人の利用者の心身の状況に合った機能訓練を行う事を目的とします。
算定要件	機能訓練指導員を配置し、入荘者に対して6ヶ月に1度もしくは契約者その家族の要請に応じて機能訓練指導員に変更の必要があると判断した時に個別に機能訓練計画を作成する。
費用負担1割	1日 12円
費用負担2割	1日 24円
費用負担3割	1日 36円

◎サービス提供体制強化加算Ⅰ

目的	介護福祉士資格を有する職員を手厚く配置することにより、可能な限り個人の尊厳を保持しつつ日常生活を継続することができるよう支援します。
算定要件	介護職員の内、介護福祉士が80%以上いる。
費用負担1割	1日 22円
費用負担2割	1日 44円
費用負担3割	1日 66円

◎看護体制加算(Ⅲ) + (Ⅳ)

目的	病院等と連携を取ることで、入所者の方が日常生活の中で健康に過ごしていただくよう支援します。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の看護師を1名以上配置していること。 ・利用者の数が25又はその端数を増すごとに常勤の看護職員を1名以上配置する ・利用定員が29名以下であること。 ・算定日が属する年度の前年度又は算定日が属する月の前三月間の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4、要介護5である者の占める割合が百分の七十以上であること。
費用負担1割	1日 35円
費用負担2割	1日 70円
費用負担3割	1日 105円

◎送迎加算

目的	ショートステイ利用時家族より送迎の希望があった場合は施設から自宅までの送迎を行います。
算定要件	ショートステイ利用時、自宅までの送り迎えを行う。
費用負担1割	1回(片道) 184円
費用負担2割	1回(〃) 368円
費用負担3割	1回(〃) 552円

◎療養食加算

目的	医師の食事せんに基づき、糖尿病食等の療養食を提供し、糖尿病等の悪化防止に努めることを目的とします。
算定要件	・主治医より利用者に対し、疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき厚生労働省が定める利用者等に療養食を提供すること。 ・療養食の献立を作成すること。
費用負担1割	1回 8円(1日につき3回を限度)
費用負担2割	1回 16円(同じく)
費用負担3割	1回 24円(同じく)

◎認知症専門ケア加算(Ⅰ)

目的	認知症に関する専門的な研修を受けた職員が中心となり、認知症に関する伝達や研修などを行う事で、認知症に関する理解を深め、認知症ケアに活かします。
算定要件	認知症日常生活自立度 III 以上の者が、利用者総数の 1/2 以上 認知症に関する専門的研修を修了した職員を配置し、職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的実施する。
費用負担1割	1日 3円
費用負担2割	1日 6円
費用負担3割	1日 9円

◎認知症専門ケア加算(Ⅱ)

目的	認知症に関する指導者の研修を受けた職員が中心となり、介護・看護職員毎に研修計画を作成し認知症に関する伝達や研修などを行う事で、認知症に関する理解を深め、認知症ケアに活かします。
算定要件	認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たしており、認知症介護指導者研修終了者を1名以上配置している。また、介護・看護職員ごとの研修計画を作成、実施する事で計画的に認知症に関する研修を行い認知症に関する理解を深める。
費用負担1割	1日 4円
費用負担2割	1日 8円
費用負担3割	1日 12円

◎若年性認知症入所者受入加算

目的	受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該入所者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
算定要件	・若年性認知症利用者に対して行った場合 ・受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別の担当者を定めている
費用負担1割	1日 120円
費用負担2割	1日 240円
費用負担3割	1日 360円

◎認知症行動・心理症状緊急対応加算

目的	医師が認知症の行動、心理症状が認められ在宅での生活が困難で緊急に指定短期入所生活介護を利用することが適当であると判断した場合、空床などで受入可能な時に短期入所生活介護を利用できます。
算定要件	医師が認知症行動や心理症状により在宅介護が困難で緊急に短期入所を利用する事が適当と判断した場合。
費用負担1割	1日 200円（7日間を限度）
費用負担2割	1日 400円（7日間を限度）
費用負担3割	1日 600円（7日間を限度）

◎夜勤職員配置加算（Ⅱ）

目的	夜間の介護職員の配置が国の基準を満たしており、夜間の入荘者の状態の把握の徹底や、より安全に休んで頂けるよう配慮します。
算定要件	厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する夜勤を行う介護職員又は看護職員の数に1を加えた数以上の数の介護職員又は看護職員を配置すること。
費用負担1割	1日 18円
費用負担2割	1日 36円
費用負担3割	1日 54円

◎医療連携強化加算

目的	利用者の状態急変の予測や早期発見ができるよう、看護師が定期的、随時で利用者の状態を観察し、医師と連携し緊急時の対応の取り決めを行い、医療的依存度の高い方の受け入れを行います。
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 急変の予測や早期発見等の為、看護職員による定期的な巡視を行っていること。 主治医と連絡が取れない等の場合に備えて、あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行っていること。 急変時の医療提供の方針について、利用者から合意を得ていること。
費用負担1割	1日 58円
費用負担2割	1日 106円
費用負担3割	1日 174円

◎口腔連携強化加算

目的	事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下での歯科医療機関及び介護支援専門員へ情報提供する
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> 口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。
費用負担1割	1回 50円 ※1月に1回を限度
費用負担2割	1日 100円 ※1月に1回を限度
費用負担3割	1日 150円 ※1月に1回を限度

◎緊急短期入所受入加算

目的	介護を行う者が疾病にかかっていることその他やむを得ない理由により、介護をうけることができない者であること等、緊急でのショートステイの受け入れを行うようにします。
算定要件	利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合。
費用負担1割	1日 90単位（14日を限度）
費用負担2割	1日 180単位（14日を限度）
費用負担3割	1日 270単位（14日を限度）

◎看取り連携体制加算

目的	看取り期の利用者に対して病院等と連携して24時間連絡できる体制を確保し手厚い対応を行います。
算定要件	1. 次のいずれかに該当すること ○ 看護体制加算（II）、または（IV）を算定していること ○ 看護体制加算（I）、または（III）を算定しており、ショートステイの看護職員か病院、診療所、訪問看護ステーション、本体施設の看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること 2. 看取り期の対応方針を定め、利用開始の際に利用者・家族らに対応方針を説明し、同意を得ていること
費用負担1割	1日 64円 死亡日及び死亡日以前30日以下に限る
費用負担2割	1日 128円 死亡日及び死亡日以前30日以下に限る
費用負担3割	1月 192円 死亡日及び死亡日以前30日以下に限る

◎介護職員等処遇改善加算（I）

目的	加算算定要件を満たす施設において、介護職員の根本的な処遇を改善する為に加算を算定し、適切なサービスの質の保持に努めます。
加算計算方法	基本サービス費（要介護 ）+各種加算×0.140

(2) 食事代のキャンセル料について

- ① 利用予定日の前日 18 時以降に利用中止の連絡を受けた場合。(台風や大雪など自然災害にて利用中止となった場合を除く)
- ② ショートステイ利用中、前日 18 時以降に欠食の連絡を受けた場合。
上記①②の場合は当日欠食となった食事代を 1 食 300 円、キャンセル料として徴収する。

(3) 法定外給付

区 分	利 用 料																											
日常生活用品の購入代行サービス	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活用品の購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費 																											
施設生活サービス費	<p>(内訳)</p> <ul style="list-style-type: none"> 食費(食材料費、調理費、設備費)として、1日1,545円(朝食395円、昼食575円、夕食575円)を徴収させていただきます。(1食単位) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="4">負担限度額</th> <th>基準費用額</th> </tr> <tr> <th>利用者負担第1段階</th> <th>利用者負担第2段階</th> <th>利用者負担第3段階①</th> <th>利用者負担第3段階②</th> <th>利用者負担第4段階</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">300円</td> <td style="text-align: center;">600円</td> <td style="text-align: center;">1,000円</td> <td style="text-align: center;">1,300円</td> <td style="text-align: center;">1,545円</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> 居住費(居室代、水光熱費)として1日2066円を徴収させていただきます。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="3">負担限度額</th> <th>基準費用額</th> </tr> <tr> <th>利用者負担第1段階</th> <th>利用者負担第2段階</th> <th>利用者負担第3段階</th> <th>利用者負担第4段階</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">880円</td> <td style="text-align: center;">880円</td> <td style="text-align: center;">1,370円</td> <td style="text-align: center;">2,066円</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> クラブ活動費、個人材料費については個人徴収することがあります。 レクリエーション費の実費 	負担限度額				基準費用額	利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階①	利用者負担第3段階②	利用者負担第4段階	300円	600円	1,000円	1,300円	1,545円	負担限度額			基準費用額	利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階	利用者負担第4段階	880円	880円	1,370円	2,066円
負担限度額				基準費用額																								
利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階①	利用者負担第3段階②	利用者負担第4段階																								
300円	600円	1,000円	1,300円	1,545円																								
負担限度額			基準費用額																									
利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階	利用者負担第4段階																									
880円	880円	1,370円	2,066円																									
教養娯楽施設の利用及びレクリエーション行事	<ul style="list-style-type: none"> 施設利用料及び材料費等の諸経費の実費 																											

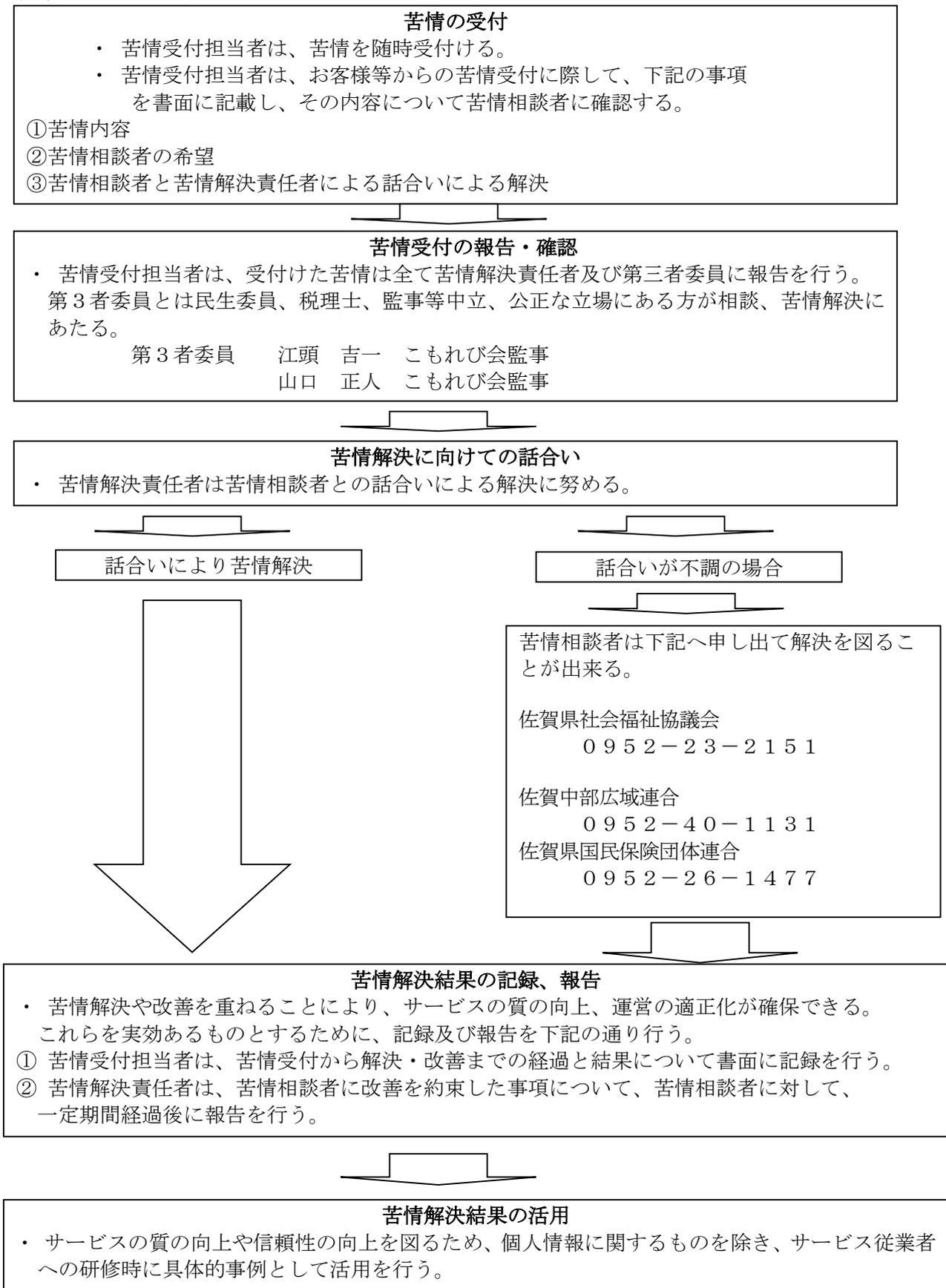
(4) 利用者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
特 別 な 食 事	要した費用の実費
日常生活に要する費用で 本人に負担いただくこと が適当であるもの	・レクリエーション費用 ・クラブ活動費用

1 1 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	窓口担当者	生活相談員	原田 清美・山田 芳生・杉光 研吾
	ご利用時間	毎 日	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
	ご利用方法	電 話	0 9 5 2 - 4 5 - 5 1 9 3
		面 接	応接室
	苦情箱	地域交流スペースに設置	
その他の苦情申立先	佐賀中部広域連合	0 9 5 2 - 4 0 - 1 1 3 1	
	佐賀県国民保険団体連合	0 9 5 2 - 2 6 - 1 4 7 7	

苦情解決のフローチャート



1.3 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 樟風会 早津江病院
院長名	松 永 高 政
所在地	佐賀市川副町大字福富 8 2 7
電話番号	0 9 5 2 - 4 5 - 1 3 3 1
診療科目	精神神経科、内科
入院設備	ベッド数 3 0 0 床
救急指定の有無	無
契約の概要	利用者に病状の急変が合った場合、診療を依頼

1.4 協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	こいで歯科
院長名	小井手 秀久
所在地	佐賀市川副町大字福富 8 2 9 - 5
電話番号	0 9 5 2 - 4 5 - 8 8 1 0

1.5 火災時の対策

非常時の対応	別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。		
近隣との協力関係	地域の消防団との協力連携を図り、非常時には相互の応援を仰ぐ。また、施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行える体制を図っています。		
平常時の避難訓練及び 防災設備	別途定める当施設の消防計画にのっとり年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。		
消防計画等	自動火災報知機	2 1 4	防火扉 1
	誘導灯	3 3	非常通報装置 1
	非常用電源	1	
	スプリンクラー設備もしております。		
	カーテン等は防火性能のあるものを使用しております。		
	消防署への届け出日 平成 17年 4月 1日		
	防火管理者	氏 名	職 名

1.6 感染症、自然災害による業務継続に向けた取り組みについて

非常時の対応	別途定める「当施設業務継続計画」に沿って対応します。			
平常時の訓練及び研修	別途定める「当施設業務継続計画」に沿って研修と訓練を各々年1回以上実施します。			
災害時用備蓄品	非常食、飲料水 ※3日分以上 ガウン、マスク、消毒用アルコール等感染症対策物品 ※当施設規定分			
設備	非常用発電機	1	受水槽	1
定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じ業務継続計画の変更を行います。				

1.7 虐待防止について

<p>当施設では、利用者等の人権の擁護及び虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。</p> <p>② 虐待の防止のための指針を整備しています。</p> <p>③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。</p> <p>虐待防止のための措置に関する責任者を選定しています。</p>	
	<p>虐待防止責任者 氏名 松永 宣子 職名 管理者</p>

1.8 ハラスメント対策について

<p>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。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>上記は、当該法人職員、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。</p> <p>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、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。</p> <p>③ 職員に対し、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、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。</p> <p>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。</p>	
	<p>相談窓口責任者 介護長・各所属主任</p>

1.9 衛生管理等について

施設では、施設内において感染症及び食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（感染症対策委員会）をおおむね毎月開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- ③ 施設において、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

2.0 事故発生時の対応方法について

- (1) 事故が発生した場合の対応について、(2)に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
- (3) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- (4) 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を配置しています。
- (5) 施設は、入所者に対する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、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (6) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (7) 施設は、入所者に対するサービス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。

<p>【市町村（保険者）の窓口】 佐賀中部広域連合</p>	<p>所在地 佐賀市白山二丁目1番12号 （佐賀商工ビル5階） 電話番号 0952-40-1111 ファックス番号 0952-40-1165 受付時間 8：30～17：15（土日祝は休み）</p>
<p>【家族等緊急連絡先】</p>	<p>氏名 続柄（ ） 住所 電話番号 身元引受者 携帯番号 勤務先</p>

2 1 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来 訪 ・ 面 会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外 出	外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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、賠償していただくことがあります。
喫 煙 ・ 飲 酒	喫煙は、決められた場所をお願い致します。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	貴重品は、なるべく、お持ちにならないようにお願いします。

2 1 第三者評価実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施の年月日（直近実施日）	令和 年 月 日
実施評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

私は、本書面に基づいて当施設職員（氏名 ）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

利用者の家族 住 所
氏 名 印
続 柄

代筆者 住 所
氏 名 印
続 柄
代筆の理由