

# 指定小規模多機能型居宅介護(予防)利用 重 要 事 項 説 明 書

あなたに対する指定小規模多機能型居宅介護(予防)利用サービス提供開始にあたり、指定小規模多機能型居宅介護事業運営規程第23条第4項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    |
| 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, 御利用施設

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| 施設の名称       | 小規模多機能ホーム お多福                     |
| 施設の所在地      | 佐賀市川副町大字福富828-1                   |
| 施設長名        | 松 永 宣 子                           |
| 電話番号・FAX 番号 | TEL 0952-20-3376 FAX 0952-45-3983 |

## 3, 御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<br>佐賀中部広域連合長の事業者指定 |            | 利 用 定 員          |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|------------------|
|          |              | 指 定 年 月 日                      | 指 定 番 号    |                  |
| 施設       | 特別養護老人ホーム    | 12年 4月 1日                      | 4171000054 | 50人              |
| 居宅       | 訪問介護         | 11年10月22日                      | 4171000054 | 70人              |
|          | 訪問入浴介護       | 11年10月22日                      | 4171000054 | 10人              |
|          | 通所介護         | 11年10月22日                      | 4171000054 | 45人／日<br>(月)～(土) |
|          | 短期入所生活介護(予防) | 11年10月22日                      | 4171000054 | 20人              |
|          | 認知症対応型共同生活介護 | 21年 6月 1日                      | 4191000019 | 9人               |
|          | 小規模多機能型居宅介護  | 20年12月1日                       | 4191000019 | 25人              |
| 居宅介護支援事業 |              | 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）者が可能な限り、住み慣れた地域でその人らしい暮らしが実現できるよう、通い、訪問、宿泊等を柔軟に組み合わせることにより、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、必要な日常生活上の援助を行い、利用者がその有する能力に応じた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ことを目的とします。
- 2 提供するサービスは、利用者一人ひとりの人権を尊重し、その人がその人らしく家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるようサービスを提供します。
- 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

##### （１）敷地・建物

| 敷 地 |       |                                             |
|-----|-------|---------------------------------------------|
| 建 物 | 構 造   | 鉄筋造り平屋建て（準耐火建築物）                            |
|     | 延べ床面積 | 4 0 9.5 m <sup>2</sup>                      |
|     | 利用定員  | 登録定員 2 5 人<br>(通いサービス定員 1 5 人 宿泊サービス定員 9 人) |

##### （２）主な設備

| 設備の種類  | 数   | 面 積                      | 1人当たりの面積                 |
|--------|-----|--------------------------|--------------------------|
| 居間及び食堂 | 1 室 | 5 0.8 2 3 m <sup>2</sup> | 5.6 4 7 m <sup>2</sup>   |
| 宿泊室    | 9 室 | 1 3 2.0 7 m <sup>2</sup> | 1 4.6 7 4 m <sup>2</sup> |
| 台所     | 1 室 | 1 1.6 0 7 m <sup>2</sup> |                          |
| 一般浴室   | 1 室 | 7.7 5 m <sup>2</sup>     |                          |
|        |     |                          |                          |

#### 6. 職員体制

| 職員の職種   | 員 数 | 区 分 |    |     |    | 常勤換算<br>後の人員 | 事業者の<br>指定基準 | 保有資格者 |
|---------|-----|-----|----|-----|----|--------------|--------------|-------|
|         |     | 常 勤 |    | 非常勤 |    |              |              |       |
|         |     | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |              |              |       |
| 管理者     | 1   |     | 1  |     |    | 1.0          | 1            | 1     |
| 介護支援専門員 | 1   |     | 1  |     |    | 1.0          | 1            | 1     |
| 看護職員    | 1   | 1   | 0  |     |    | 1.0          | 1            | 1     |
| 介護職員    | 14  | 1   | 8  | 1   | 1  | 8.6          | 6            | 9     |

## 7. 職員の勤務体制

| 職 種     | 勤 務 体 制                                                                                                                                             | 休 暇  |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 管理者     | 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 |
| 看護職員    | 早出の勤務時間帯 7時00分～16時00分まで<br>正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで<br>遅出の勤務時間帯 10時00分～19時00分まで<br>夜間の勤務時間帯 18時00分～9時00分まで<br>※ 早出・遅出については、利用者の状況に応じて時間を変更することがあります。 | 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<br>正規の勤務時間帯 9時00分～18時00分まで<br>遅出の勤務時間帯 10時00分～19時00分まで<br>夜間の勤務時間帯 18時00分～9時00分まで<br>※ 早出・遅出については、利用者の状況に応じて時間を変更することがあります。 | 4週8休 |

## 8 営業日及び利用の予約

|       |                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 営 業 日 | 年中無休                                                                                                         |
| 営業時間  | 通いサービス（基本時間） 9時 ～ 17時<br>宿泊サービス（基本時間） 17時 ～ 9時<br>訪問サービス（基本時間） 24時間<br>※緊急時及び必要時においては柔軟に通い、訪問及び宿泊サービスを提供します。 |

## 9. 事業の実施地域

|         |             |
|---------|-------------|
| 事業の実施地域 | 佐賀中部広域連合管轄内 |
|---------|-------------|

## 10. サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

| 種 類      | 内 容                                                                                                                                                                        |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 通いサービス | 事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。                                                                                                                             |
| 食 事      | <ul style="list-style-type: none"> <li>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、食材費及び調理相当は給付対象外です。</li> </ul> (食事時間) 朝 食 7:30頃～<br>昼 食 12:00頃～<br>夕 食 18:00頃～ |
| 排 泄      | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>おむつを使用する方に対しては、随時交換を行います。</li> </ul>                                         |
| 入 浴      | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴前に入浴が可能かどうか健康診断を必ず行います。</li> <li>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。</li> </ul> リフト付き多機能浴槽 1台                                         |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 機能訓練     | <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の状況に適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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 健康管理     | <ul style="list-style-type: none"> <li>看護師が本人の健康管理を行い、必要に応じ医療機関と連携を図ります。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 相談及び援助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は、利用者及びご家族から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。<br/>相談窓口担当 管理者（主任）江頭 渉 相談員 西村真由美</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>主な娯楽設備<br/>活動内容 絵画、習字、生花、釣り、園芸、調理など<br/>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。</li> <li>主なレクリエーション<br/>年間行事計画に沿って実施します。<br/>誕生会・季節行事などの荘外レク<br/>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。</li> <li>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。</li> </ul> |
| 送 迎      | <ul style="list-style-type: none"> <li>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の送迎を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| イ 訪問サービス | 利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 身体介護     | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴介助…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。</li> <li>排泄介助…排泄の介助、おむつ交換を行います。</li> <li>食事介助…食事の介助を行います。</li> <li>体位交換…体位の交換を行います。</li> <li>整容等…朝夕の着替えや整容を行います。</li> <li>通院・外出介助（公共交通機関等での通院介助）</li> </ul>                                                                                                                               |
| 生活援助     | <ul style="list-style-type: none"> <li>調理…利用者の食事の用意を行います。</li> <li>洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行います。</li> <li>掃除…利用者の日常生活圏域（居室、トイレ、浴室、食堂）における掃除、環境整備を行います。</li> <li>買物…利用者の日常生活に必要な物品の買物を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                          |
| ウ 宿泊サービス | <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の援助や機能回復訓練、健康管理、社会生活上の便宜等のサービスを提供します。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| エ 相談・助言等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者やその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言、申請代行等を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## （２）介護保険給付外サービス

| 種 類        | 内 容                                                                                                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設生活サービス   | <ul style="list-style-type: none"> <li>食事の提供</li> <li>居住空間の提供</li> </ul>                                         |
| 理 髪・美 容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> |
| レクリエーション行事 | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設行事に沿ってレクリエーション行事を企画します。</li> </ul>                                      |

## 1 1 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<br>(介護サービス費の1割、2割、3割のいずれか)<br>負担割合に関しては厚生労働大臣が定める基準に準ずる |
| 法定代理受領分でない場合 | 介護報酬の告示上の額<br>(介護サービス費の基準額に同じ)                                     |

|       | 実費 (1 ヶ月につき)   | 費用負担 (1 割)   | 費用負担 (2 割)   | 費用負担 (3 割)   |
|-------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| 要支援 1 | 3 4, 5 0 0 円   | 3, 4 5 0 円   | 6, 9 0 0 円   | 1 0, 3 5 0 円 |
| 要支援 2 | 6 9, 7 2 0 円   | 6, 9 7 2 円   | 1 3, 9 4 4 円 | 2 0, 9 1 6 円 |
| 要介護 1 | 1 0, 4 5 8 0 円 | 1 0, 4 5 8 円 | 2 0, 9 1 6 円 | 3 1, 3 7 4 円 |
| 要介護 2 | 1 5 3, 7 0 0 円 | 1 5, 3 7 0 円 | 3 0, 7 4 0 円 | 4 6, 1 1 0 円 |
| 要介護 3 | 2 2 3, 5 9 0 円 | 2 2, 3 5 9 円 | 4 4, 7 1 8 円 | 6 7, 0 7 7 円 |
| 要介護 4 | 2 4 6, 7 7 0 円 | 2 4, 6 7 7 円 | 4 9, 3 5 4 円 | 7 4, 0 3 1 円 |
| 要介護 5 | 2 7 2, 0 9 0 円 | 2 7, 2 0 9 円 | 5 4, 4 1 8 円 | 8 1, 6 2 7 円 |

### 各種加算について

#### ◎初期加算

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| 目的         | 小規模多機能ホームを利用開始後、本人の心身の状態の把握を行います。 |
| 算定要件       | 小規模多機能ホーム利用開始後、3 0 日間。            |
| 費用負担 (1 割) | 1 日 3 0 円                         |
| 費用負担 (2 割) | 1 日 6 0 円                         |
| 費用負担 (3 割) | 1 日 9 0 円                         |

#### ◎若年性認知症利用者受入加算

|            |                                                                 |
|------------|-----------------------------------------------------------------|
| 目的         | 若年性認知症利用者やその家族に対する支援を行います。                                      |
| 算定要件       | 若年性認知症利用者を受入れ、本人や家族の希望を踏まえた介護サービスを提供します。受け入れた利用者ごとに担当者を定めておくこと。 |
| 費用負担 (1 割) | 1 ヶ月 8 0 0 円(介護) 4 5 0 円(予防)                                    |
| 費用負担 (2 割) | 1 ヶ月 1, 6 0 0 円(介護) 9 0 0 円(予防)                                 |
| 費用負担 (3 割) | 1 ヶ月 2, 4 0 0 円(介護) 1, 3 5 0 円(予防)                              |

◎総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）

|          |                                                                                                                                                    |     |        |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 目的       | 地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを行えるようサービス計画書について随時、評価・見直しを行ない利用者の生活全般の支援・地域との交流を計画的に行なうことに努めます。 |     |        |
| 算定要件     | 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ多職種により評価されること。計画書の見直しの際に利用者、家族に対して、当該の見直し内容を説明し記録していること。<br>その他、「地域における活動への参加の機会が確保されている」ことなどを要件としている。      |     |        |
| 費用負担（１割） | 総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）                                                                                                                                  | １ヶ月 | ８００円   |
| 費用負担（２割） | 総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）                                                                                                                                  | １ヶ月 | １,６００円 |
| 費用負担（３割） | 総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）                                                                                                                                  | １ヶ月 | ２,４００円 |

◎認知症加算（Ⅱ）（Ⅳ）

|          |                                                                                                                                                                                                         |     |        |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 目的       | 認知症の利用者に対して適切な対応を行います。 ※介護のみ                                                                                                                                                                            |     |        |
| 算定要件     | <p>認知症加算（Ⅱ） 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。</p> <p>認知症加算（Ⅳ） 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者に専門的ケアを実施。要介護２に該当し、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、周囲の者による注意を必要とする認知症の利用者（認知症日常生活自立度Ⅱ）</p> |     |        |
| 費用負担（１割） | 認知症加算（Ⅱ）                                                                                                                                                                                                | １ヵ月 | ８９０円   |
|          | 認知症加算（Ⅳ）                                                                                                                                                                                                | １ヶ月 | ４６０円   |
| 費用負担（２割） | 認知症加算（Ⅱ）                                                                                                                                                                                                | １ヶ月 | １,７８０円 |
|          | 認知症加算（Ⅳ）                                                                                                                                                                                                | １ヵ月 | ９２０円   |
| 費用負担（３割） | 認知症加算（Ⅱ）                                                                                                                                                                                                | １ヶ月 | ２,６７０円 |
|          | 認知症加算（Ⅳ）                                                                                                                                                                                                | １ヵ月 | １,３８０円 |

◎看護職員配置加算（Ⅰ）

|          |                                     |     |        |
|----------|-------------------------------------|-----|--------|
| 目的       | 利用者の医療的な管理を適切に行います。 ※介護のみ           |     |        |
| 算定要件     | 看護職員配置加算（Ⅰ） 専従・常勤の看護師を１名以上配置していること。 |     |        |
| 費用負担（１割） | （Ⅰ）                                 | １ヶ月 | ９００円   |
| 費用負担（２割） | （Ⅰ）                                 | １ヶ月 | １,８００円 |
| 費用負担（３割） | （Ⅰ）                                 | １ヶ月 | ２,７００円 |

◎科学的介護推進体制加算

|          |                                                                                                                                                        |      |  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 目的       | 利用者ごとのデータを活用し、根拠に基づいた介護の提供に努めます。                                                                                                                       |      |  |
| 算定要件     | <p>① 利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況などの基本的な情報を厚生労働省に提出する。</p> <p>② 必要に応じてサービス計画を見直すなどサービスの提供にあたって長期の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。</p> |      |  |
| 費用負担（１割） | １ヶ月                                                                                                                                                    | ４０円  |  |
| 費用負担（２割） | １ヶ月                                                                                                                                                    | ８０円  |  |
| 費用負担（３割） | １ヶ月                                                                                                                                                    | １２０円 |  |

◎サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

|          |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的       | 職員の専門性やキャリアの向上を図り、より良いサービスを提供します。                                                                                                                                                                                                                        |
| 算定要件     | <p>1、従業員に対し、個別の研修計画を作成し研修を実施又は実施を予定していること。</p> <p>2、利用者に関する情報や留意事項の伝達、従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していること。</p> <p>サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 1、2の要件に加え下記①②のいずれかを満たしていること</p> <p>①看護師、准看護師を除いた介護従事者の総数のうち介護福祉士の割合が100分の70以上であること。</p> <p>②勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上であること。</p> |
| 費用負担（1割） | （Ⅰ） 1ヶ月 750円                                                                                                                                                                                                                                             |
| 費用負担（2割） | （Ⅰ） 1ヶ月 1,500円                                                                                                                                                                                                                                           |
| 費用負担（3割） | （Ⅰ） 1ヶ月 2,250円                                                                                                                                                                                                                                           |

◎認知症行動・心理症状緊急対応加算

|          |                                                                                                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的       | 緊急にサービスが必要となった場合、他職種と連携し、安全に受け入れを行います。                                                                                                       |
| 算定要件     | <p>医師が認知症の行動、心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断したものに対しサービスを行った場合、了解した日から起算して7日間を限度として算定。</p> <p>開始した日から起算して7日間を限度として算定</p> |
| 費用負担（1割） | 1日 200円（開始日より7日間を限度）                                                                                                                         |
| 費用負担（2割） | 1日 400円（開始日より7日間を限度）                                                                                                                         |
| 費用負担（3割） | 1日 600円（開始日より7日間を限度）                                                                                                                         |

◎看取り連携体制加算

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的       | 医師が終末期であると判断した利用者について、医師・看護師・介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行ない、可能な限り尊厳と安楽を保ち、安らかな死を迎えることができるようなケア提供に努めます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 算定要件     | <p>（利用者の基準）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が一般に認めている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者。</li> <li>・看取り期における対応方針に基づき、看護職員、介護食員等が入所の状態又は家族の求め等に応じ、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている。</li> </ul> <p>（施設基準）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員配置加算（Ⅰ）常勤の看護師を1名以上配置している。</li> <li>・看護師により24時間連絡できる体制を確保している。</li> <li>・看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている。</li> </ul> |
| 費用負担（1割） | <p>死亡日及び死亡日以前30日以下（死亡月に加算）</p> <p>1日 64円</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 費用負担（2割） | <p>死亡日及び死亡日以前30日以下（死亡月に加算）</p> <p>1日 128円</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 費用負担（3割） | <p>死亡日及び死亡日以前30日以下（死亡月に加算）</p> <p>1日 192円</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

◎介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ

|           |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。                                                                                                                    |                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
| 計 算<br>方法 | 【介護サービス費（要介護、要支援）＋（各種加算）】× 0. 1 8 6                                                                                                                                             |                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
| 費 用       | 1 割                                                                                                                                                                             | 2 割                                                                                                                                        | 3 割                                                                                                                                         |
| 負担        | 要支援 1 1ヶ月 約 9 3 7 円<br>要支援 2 1ヶ月 約 1, 5 9 3 円<br>要介護 1 1ヶ月 約 2, 4 0 8 円<br>要介護 2 1ヶ月 約 3, 3 2 2 円<br>要介護 3 1ヶ月 約 4, 6 2 0 円<br>要介護 4 1ヶ月 約 5, 0 5 3 円<br>要介護 5 1ヶ月 約 5, 5 2 4 円 | 1 月 約 1, 8 7 4 円<br>1 月 約 3, 1 8 6 円<br>1 月 約 4, 8 1 6 円<br>1 月 約 6, 6 4 4 円<br>1 月 約 9, 2 4 0 円<br>1 月約 1 0, 1 0 6 円<br>1 月約 1 1, 0 4 8 円 | 1 月 約 2, 8 1 1 円<br>1 月 約 4, 7 7 9 円<br>1 月 約 7, 2 2 4 円<br>1 月 約 9, 9 6 6 円<br>1 月約 1 3, 8 6 0 円<br>1 月約 1 5, 1 5 9 円<br>1 月約 1 6, 5 7 2 円 |

※加算の状況により費用の変更があります。

（２）法定外給付

| 区 分                   | 利 用 料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設生活サービス費             | <p>（内訳）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食費（食材費、調理費、設備費）として<br/>朝食：４００円、昼食：６００円、おやつ：１００円、<br/>夕食：５３０円 を徴収させていただきます。（１食単位）</li> <li>・日常生活費（水道・光熱費）として、１日２００円を徴収させていただきます。</li> <li>・宿泊された場合は、１泊１，８００円を徴収させていただきます。</li> <li>・個人の選定するレクリエーション、クラブ活動に関する費用（実費）は個人徴収させていただきます。徴収額等については、事前に相談させていただきます。</li> <li>・おむつ代の実費</li> </ul> |
| 教養娯楽施設の利用及びレクリエーション行事 | ・施設利用料及び材料費等の諸経費の実費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 区 分                         | キ ャ ン セ ル 料                                 |
|-----------------------------|---------------------------------------------|
| 利用予定日前日１８：００～及び当日の申し出で欠席の場合 | 昼食３００円、夕食３００円徴収いたします。<br>（台風や大雪等の非常災害時は除く。） |

（３）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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・レクリエーション費用</li> <li>・クラブ活動費用</li> <li>・理容・美容費</li> </ul> |



## 1 2 運営推進会議の設置

|       |                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容   | 事業所のサービスの内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているのかの確認、地域との意見交換・交流等を行います。                             |
| 構 成   | 利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者、小規模多機能型居宅介護の代表、小規模多機能型居宅介護の管理者等 |
| 開 催   | 隔月で開催                                                                                     |
| 会 議 録 | 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。                                                          |

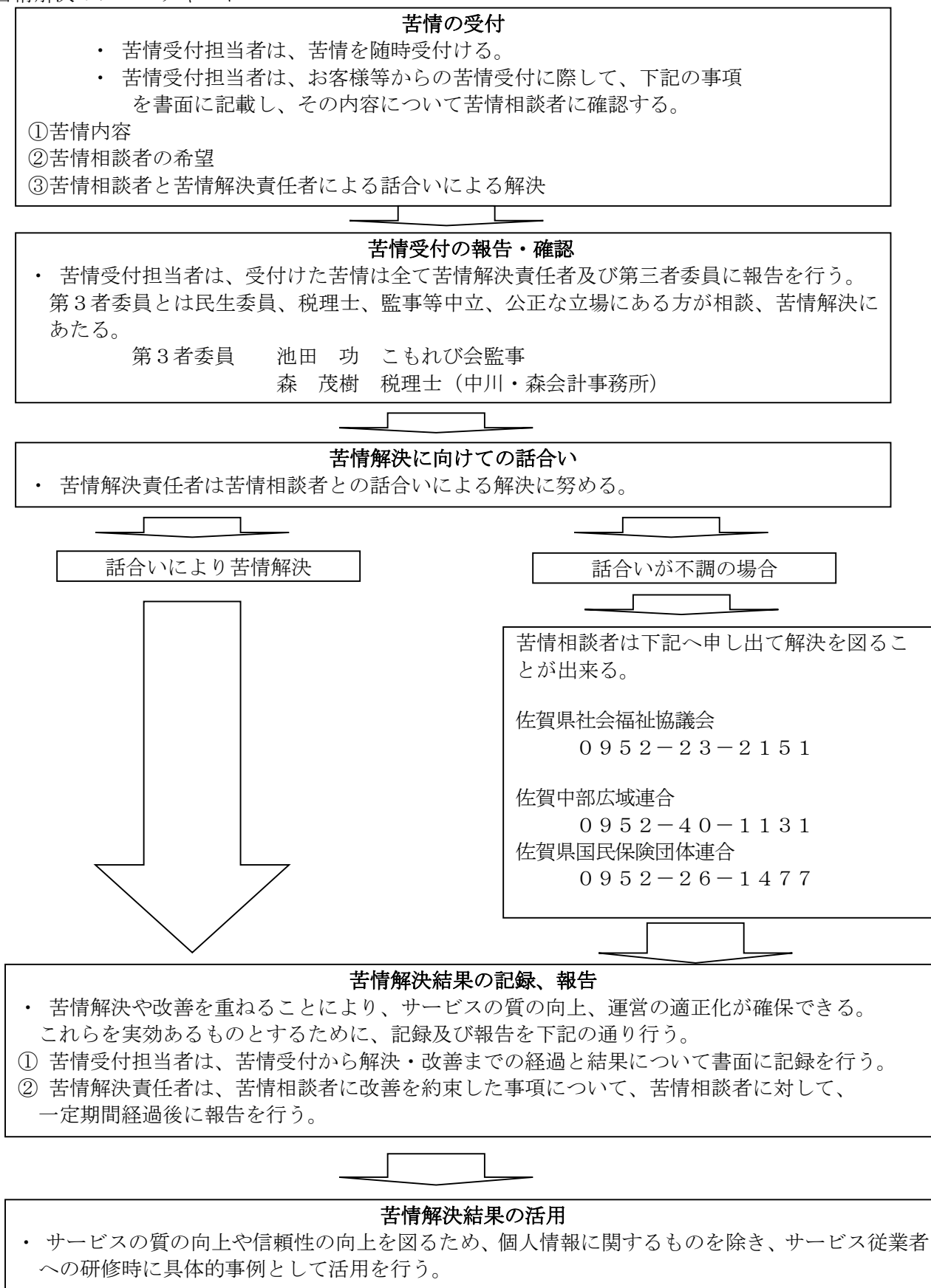
## 1 3 外部評価の実施

|         |                                                                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容（目的） | 第三者の立場から客観的視点で行われる外部評価の結果と、当該評価を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部の評価結果を踏まえて総括的な評価を行うことにより、自らが提供するサービスの質の確保と向上を図ることを目的としています。               |
| 構 成     | 「外部評価 地域かかわりシート①」と「事業所自己評価」の結果を総合した上で、評価結果を決定することにより行います。                                                                                       |
| 開 催     | 毎年 1 回 （運営推進会議内にて実施）                                                                                                                            |
| 第三者評価   | 有り （運営推進会議内にて推進委員より評価）                                                                                                                          |
| 結果の通知   | 利用者及び利用者家族へ提供するとともに「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムでの、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会・情報公表システムでの掲示、市町村内への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターに置いておく、法人のホームページ等への記載により公表します。 |

## 1 4 苦情等申立先

|           |                                                                                                        |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 主任 江頭 渉 副主任 西村 真由美<br>ご利用時間 毎 日 9：00～18：00<br>ご利用方法 電 話 0952-20-3376<br>面 接 相談室<br>苦情箱 施設内に設置    |
| その他の苦情申立先 | 佐賀中部広域連合 給付課 指導係 0952-40-1131<br>(佐賀市白山二丁目1番12号佐賀商工ビル5階)<br>佐賀県国民保険団体連合 0952-26-6123<br>(佐賀市呉服元町7番28号) |

## 苦情解決のフローチャート



#### 1 5 協力医療機関

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 医療機関の名称 | 特定医療法人 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    | 診療内科、精神科                |
| 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 6 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 7 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<br>防災設備<br>消防計画等 | <p>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。</p> <p>消防用設備として以下のものを整備しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自動消火器 ・ 防火扉 ・ 誘導灯 ・ 非常通報装置</li> <li>・ 非常用電源 ・ スプリンクラー</li> </ul> |
|                             | <p>カーテン等は防火性能のあるものを使用しております。</p> <p>消防署への届け出日 令和 5 年 1 2 月 1 日</p> <p>防火管理者 氏 名 北村 康平 職 名 介護支援専門員</p>                                                                                                  |

## 1 8 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<br>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 9 虐待防止について

|                                                                                                                                                                                                                                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <p>当施設では、利用者等の人權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に開催するとともに、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に実施しています。</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> |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 虐待防止責任者 氏 名 松永 宣子 職名 施設長 |

## 2 0 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> |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 相談窓口責任者 各所属主任 |

## 2 1 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 2 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|             |                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------------------|
| 医療機関への受診    | ・利用時に体調の変化が現れた時には、主治医、ご家族への連絡を致します。                                  |
| 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。<br>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し出てください。                                        |
| 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。 |
| 迷惑行為等       | 騒音等他の利用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。                                         |

私は、本書面に基づいて当施設職員（氏名 江頭 渉 ）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

代筆者 住 所

氏 名

印

代筆の理由

利用者の家族 住 所

氏 名

印

続柄