

スマイルショートステイ

(指定短期入所生活介護・指定介護予防短期入所生活介護)

重 要 事 項 説 明 書

スマイルショートステイ

重要事項説明書

弊事業所はご利用者の方に対して（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供します。
弊事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します

1. 施設経営法人

| | |
|------|--------------------|
| 事業者名 | 社会福祉法人 近江薫風会 |
| 代表者名 | 田中 薫 |
| 所在地 | 滋賀県米原市寺倉 603 番地の 1 |
| 主な事業 | 社会福祉事業 |
| 電話番号 | 0749-54-8200 |
| 設立年月 | 平成 17 年 9 月設立 |

2. ご利用施設の概要

| | |
|----------|--|
| 施設の名称 | スマイルショートステイ |
| 施設の所在地 | 滋賀県米原市寺倉 603 番地の 1 |
| 管理者 | 金森 亮 |
| 電話番号 | 0749-54-8201 |
| F A X 番号 | 0749-54-8211 |
| 開設年月 | 平成 28 年 7 月 1 日 |
| 指定番号 | (2572400535) |
| 入所定員 | 10 人 |
| 施設の目的 | 介護保険法に従い、ご利用者の方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ができるように支援することを目的として、ご利用者の方に日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。 |
| 施設の方針 | 弊事業所では、ご利用者の方に対し、ノーマライゼーションと人権尊重の理念に基づき、専門的サービスを提供いたします。 |
| 身体拘束等 | 原則として弊事業所での身体拘束等は禁止しておりますが、ご利用者の方の安全確保のために、安全ベルト等を使用させていただく場合があります。その際はご利用者の方本人、またはご家族の方の了解を得た上で使用いたします。 また、身体拘束等を行う場合には、その態様および時間、その他ご利用の方の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。 |

3. 施設併設事業

弊事業所には、次の施設が併設されています。

| 区 分 | 事業所指定番号 | 利用定員 | 事業開始年月日 |
|-----------------|-------------------|------|-----------|
| 介護老人福祉施設(ユニット型) | 滋賀県指定第2572400535号 | 30人 | 平成28年7月1日 |

4. 営業日および営業時間等

| | |
|----------|-----------------|
| 営業日と受付時間 | 年中無休 9:00~17:00 |
| サービス提供時間 | 24時間 |

5. 居室の概要

(介護予防) 短期入所生活介護サービスのご利用にあたり、弊事業所では以下の居室・設備をご用意しています。ご利用される居室は、すべて個室となっております。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備 考 |
|----------|-----|--|
| 居室 | 10室 | 1室14.43㎡～15.70㎡ |
| 居間 | 1か所 | ・設備については、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）との共用設備を含みます。 |
| 浴室 | 2室 | |
| 機械浴室 | 1室 | |
| 医務室 | 1室 | |
| 便所 | 4室 | |

6. 職員の配置状況と勤務体制

弊事業所では、ご利用の方に対して（介護予防）短期入所生活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。（2024年11月1日現在）

| 区 分 | | 配置人数 | | |
|------|---------------|-----------------------|---------|-------------|
| 職員 | 管 理 者 | 1名（併設の指定介護老人福祉施設長が兼務） | | |
| | 医 師 | 1名（嘱託医・兼務） | | |
| | 生 活 相 談 員 | 2名 | | |
| | 介 護 職 員 | 5名（生活相談員と兼務3名） | | |
| | 栄 養 職 員 | 2名（併設の指定介護老人福祉施設が兼務） | | |
| | 機 能 訓 練 指 導 員 | 4名（併設の指定介護老人福祉施設が兼務） | | |
| 勤務体制 | 勤 務 時 間 | | 勤 務 時 間 | |
| | N早勤 | 7：00～18：00 | N日勤③ | 8：30～17：30 |
| | N日勤 | 7：30～18：30 | N遅勤⑤ | 12：30～21：30 |
| | N遅勤 | 9：40～20：40 | N遅勤⑥ | 13：00～22：00 |
| | N夜勤 | 20：35～翌7：35 | N夜勤② | 21：55～翌6：55 |

※介護支援専門員を併設する介護老人福祉施設に1名配置しています。

※看護職員については、24時間連絡体制を設けており、服薬管理を行なっています。

7. 施設が提供する介護サービス

弊事業所では、ご契約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 | 備 考 |
|----------|---|-----|
| 1. 居室の提供 | ・洗面設備が施された居室で滞在いただけます。 | |
| 2. 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の作成する献立表により、栄養並びにご利用者の方の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご利用者の方の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。 ・職員の見守りが可能な範囲であれば、好きなフロアで好きな方と食事を取っていただくことができます。 ・また、食事の時間を下記の時間以前にしたい場合は、最大30分まで早めることができます。食事の時間を下記の時間以降にしたい場合も、最大2時間まで遅らせることができます。 ・食事提供時間 朝食7：30～ 昼食12：00～ 夕食18：00～ | |
| 3. 排 泄 | ・ご利用者の方の排泄の介助を行います。 | |
| 4. 入 浴 | ・入浴または清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。 | 週2日 |
| 5. 機能訓練 | ・ご利用者の方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看護職員等が訓練を行います | |
| 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 | ・ご利用者の方とご家族の方からのご相談に応じます。 | |

8. 介護サービス利用料

ご利用者の方にご提供したサービスに対し利用料をご負担いただきます。

利用料には、介護保険から給付される場合と、その全額をご利用者の方に負担いただく場合の2つがあります。詳しくは「スマイルショートステイ料金表」（後記）をご覧ください。

9. 利用料金のお支払い方法

当月のご利用料金等の合計額を請求書に明記し、翌月 10 日までにご利用者の方に請求いたします。

請求させていただくサービス利用料金は、介護保険負担割合証により介護保険請求額の1割または2割または3割の自己負担額と入居費等の実費負担額の合計額となりますが、要介護認定（更新）手続中や要介護度区分変更中の場合、自己負担額が翌月の請求となる場合がありますので予めご了承ください。

お支払いについては、請求月の 28 日にご利用者の方が事前に指定された金融機関の口座より請求金額を自動引き落としさせていただきます。

ただし、自動引き落としの手続きが完了するまでの間（当初ご利用契約の月を含む約 2 か月間）につきましては、請求書が到着後 10 日以内に、下記口座に請求金額をお振込みください。

なお、振込手数料は、ご利用者の方のご負担となりますので予めご了承下さい。

| |
|---|
| 当初約 2 か月間お振込みいただく口座 |
| 大垣共立銀行 長浜支店 |
| 普通預金口座 No. 8 9 1 7 5 7 <small>しゃがいふくしほうじんおうみくんぶうかい</small> |
| 社会福祉法人近江薫風会 |
| ※振込人氏名は、ご利用者の方の名にてお振込願います。 |

10. 協力医療機関

| <協力医療機関> | <所在地・連絡先> |
|-----------------|------------------|
| 米原市地域包括医療福祉センター | 米原市新庄 77 番地の 1 |
| | TEL 0749-54-2127 |
| 市立長浜病院 | 長浜市大戌亥町 313 番地 |
| | TEL 0749-68-2300 |
| 長浜赤十字病院 | 長浜市宮前町 14-7 |
| | TEL 0749-63-2111 |

| <協力歯科医療機関> | <所在地・連絡先> |
|------------|------------------|
| 山根歯科医院 | 米原市顔戸 1380-2 |
| | TEL 0749-52-5811 |

11. 緊急時の対応について

弊事業所は、ご利用者の方の健康状態が急変した場合は、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

12. 事故発生時の対応について

弊事業所は、ご利用者の方に対する当該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、ご利用者の方のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

13. 第三者評価の実施状況

| | |
|-------------|---|
| 第三者評価の実施の有無 | 無 |
|-------------|---|

14. 苦情の受付について

弊事業所のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、次のところまでお気軽にご相談下さい。

弊事業所のサービスについて、苦情や相談は、下記の相談窓口で受付けております。

| | | |
|----------------|--|---|
| 施設 窓口 | 苦情受付担当者・電話番号 | 池田豊紀、藤原雅代 : 0749-54-8201 |
| | F A X 番号 | 0749-54-8211 |
| | 受付時間 | 午前 9 : 00～午後 5 : 00 (日曜日を除く) |
| 第三者 窓口 | 担当者・電話番号 | 菅原信道 (司法書士) 米原市須川 308 番地 : 0749-57-8600 田中雄一 (社会福祉士) 米原市三吉 570 番地 : 0749-54-3105 |
| 公的 機関 窓口 | 機関名 | 滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 介護施設指導係 |
| | 住 所 | 滋賀県大津市京町 4 丁目 1 番 1 号 滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 |
| | 電話番号 | 077-528-3523 |
| | 受付時間 | 午前 8:30～午後 5:15 (土日祝日を除く) |
| | 機関名 | 米原市役所くらし支援部高齢福祉課 |
| | 住 所 | 滋賀県米原市米原 1016 番地 米原市役所本庁舎くらし支援部高齢福祉課 |
| | 電話番号 | 0749-53-5122 |
| | 受付時間 | 午前 8:30～午後 5:15 (土日祝日を除く) |
| | 機関名 | 長浜市役所健康福祉部介護保険課 |
| | 住 所 | 滋賀県長浜市八幡東町 632 番地 長浜市役所健康福祉部介護保険課 |
| | 電話番号 | 0749-65-8252 |
| | 受付時間 | 午前 8:30～午後 5:15 (土日祝日を除く) |
| | 機関名 | 彦根市役所福祉保健部高齢福祉推進課 |
| | 住 所 | 滋賀県彦根市平田町 670 番地 彦根市役所福祉保健部高齢福祉推進課 |
| | 電話番号 | 0749-23-9660 |
| | 受付時間 | 午前 8:30～午後 5:15 (土日祝日を除く) |
| | 機関名 | 滋賀県国民健康保険団体連合会介護保険課 |
| | 住 所 | 滋賀県大津市中央 4 丁目 5 番 9 号 滋賀県国民健康保険団体連合会介護保険課 |
| | 電話番号 | 077-522-0065 |
| | 受付時間 | 午前 9:00～午後 5:00 (土日祝日を除く) |
| 機関名 | 滋賀県運営適正化委員会(あんしん・なっとく委員会) | |
| 住 所 | 滋賀県草津市笠山 7-8-138 番地 滋賀県立長寿社会福祉センター内 | |
| 電話番号 | 077-567-4107 | |
| 受付時間 | 午前 9:00～午後 5:00 (土日祝日を除く) | |

15. サービス提供における弊事業所の義務

弊事業所は、ご利用者の方に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご利用者の方の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご利用者の方の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携のうえ、ご利用者の方の健康管理を行います。
- ③ ご利用者の方に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了の完結後2年間保管するとともに、ご利用者の方または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ ご利用者の方または他のご利用者の方等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。
ただし、身体拘束等を行う場合には、その態様および時間、その他ご利用者の方の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。
- ⑤ ご利用者の方またはそのご家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めるものとし、弊事業所が得たご利用者の方またはそのご家族の個人情報については、弊事業所での当該サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者の方またはそのご家族の同意を得るものとし、
ただし、ご利用者の方に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の方の心身等の情報を提供します。
- ⑥ 弊事業所および職員は、(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供する上で知り得たご利用者の方またはそのご家族の方等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、契約終了後も同様とするほか、職員との雇用契約時に取り交わした誓約書のとおり、遵守するものとし、
- ⑦ ご利用者の方の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修の機会を確保します。
- ⑧ 非常災害の発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めます。

16. 施設利用の留意事項

弊事業所のご利用にあたって、施設ご利用者の方の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

| | |
|--------------|--|
| 面会・来訪 | <ul style="list-style-type: none"> ・面会時間 午前9:00～午後7:00 (それ以外は事前にご連絡下さい。) ・来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。 |
| 喫煙・飲酒 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康に支障のない範囲であれば特に制限はしていませんが、喫煙については必ず喫煙スペースでお願いします。 |
| 動物の飼育 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設内でのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。 |
| 施設・設備の使用上の注意 | <ul style="list-style-type: none"> ・居室および共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。 ・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、ご利用者の方の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。 ・ご利用者の方に対するサービスの実施およ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、ご利用者の方の居室内に立ち入りなど必要な措置を取ることができるものとし、ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。 ・弊事業所の職員や他のご利用者の方に対し、迷惑をおよぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。 |
| ハラスメント行為について | <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の方やそのご家族による、職員へのハラスメント行為(職員への暴力や乱暴な言動、セクシャルハラスメントなど)があった場合、サービスの中断や契約を解除させていただく場合がありますので、予めご了解ください。 |

| | |
|--------------------------|---|
| <p>感染症発生時のサービス提供について</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ご利用中に、下痢や嘔吐などの症状（ノロウイルス）が現われた時には、他のご利用者の方への感染を予防するためにも、一旦、ご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、ノロウイ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。しかしながら、ノロウイルス検査が（+）であったり、ご本人は大丈夫でも同居のご家族の方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こととなります。 ・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）をサービスご利用時に、弊事業所の方へ提出していただきます。 <p>発熱などの症状が現われた場合には、ノロウイルスと同様に対応していただくこととなります。</p> |
|--------------------------|---|

17. 損害賠償について

弊事業所において、弊事業所の責任によりご利用者の方に生じた損害については、弊事業所は速やかにその損害を賠償（社会福祉施設総合損害補償加入済）いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。なお、賠償（見舞金等）は、当該保険金請求によって、支払われる額がすべてとなります。

ただし、その損害の発生について、ご利用者の方に故意または過失が認められる場合には、ご利用者の方の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、弊事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

18. スマイルショートステイ料金表

下記の料金表に従い、ご契約者の要支援および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(介護保険負担割合証による1割または2割または3割負担)と食事等に係わる金額(ご利用者負担)の合計金額をお支払い頂きます。(サービスのご利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります)

◆指定(介護予防)短期入所生活介護利用料金(併設型・空床型ユニット型施設) サービス利用料金(1日あたり)

実際の料金計算時(月ごと)には1円単位の誤差が生じる場合があります。

| 要介護度 | 要介護度別のサービスご利用料金 | サービスのご利用に係る自己負担金(1割負担の方) | サービスのご利用に係る自己負担金(2割負担の方) | サービスのご利用に係る自己負担金(3割負担の方) |
|------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 要支援1 | 5,290円 | 529円 | 1,058円 | 1,587円 |
| 要支援2 | 6,560円 | 656円 | 1,312円 | 1,968円 |
| 要介護1 | 7,040円 | 704円 | 1,408円 | 2,112円 |
| 要介護2 | 7,720円 | 772円 | 1,544円 | 2,316円 |
| 要介護3 | 8,470円 | 847円 | 1,694円 | 2,541円 |
| 要介護4 | 9,180円 | 918円 | 1,836円 | 2,754円 |
| 要介護5 | 9,870円 | 987円 | 1,974円 | 2,961円 |

| 各種加算 | 要介護度別のサービスご利用料金 | サービスのご利用に係る自己負担金(1割負担の方) | サービスのご利用に係る自己負担金(2割負担の方) | サービスのご利用に係る自己負担金(3割負担の方) |
|------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ)(注1) | 180円 | 18円 | 36円 | 54円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ | 180円 | 18円 | 36円 | 54円 |
| 緊急短期入所受入加算(注2) | 900円 | 90円 | 180円 | 270円 |
| 送迎加算(片道)(注2)(注3) | 1,840円 | 184円 | 368円 | 552円 |

(注1)介護予防の方は含みません。(注2)該当の方に必要に応じて加算いたします。

(注3)通常の送迎実施区域以外の送迎は、実施地域を超えたところから片道1kmあたり100円加算いたします。

| | |
|--------------|------------|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 14.0% (注4) |
|--------------|------------|

(注4)区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

◆居住(滞在)費および食事費(1日あたり:ご利用者負担額)

| 所得段階 | 居住費 | 食費 |
|-------|--------|--------|
| 第1段階 | 880円 | 300円 |
| 第2段階 | 880円 | 600円 |
| 第3段階① | 1,370円 | 1,000円 |
| 第3段階② | 1,370円 | 1,300円 |
| 第4段階 | 3,370円 | 1,735円 |

※第4段階食事費1,735円の内訳は、朝410円、昼610円、おやつ105円、夕610円となります。

◆その他の介護保険の給付対象とならないサービス

| 項目 | 料金 |
|-----------|--|
| 特別な食事・飲食代 | 食事等の提供に要した費用の実費を頂きます。 |
| 理美容サービス | 実費負担 |
| 複写物 | 1枚 10円 |
| 電気製品持込料 | 1品目 40円/日 |
| その他 | 日常生活品の購入代金等ご利用者の方の日常生活に要する費用で、ご利用者の方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。 |

◆キャンセル料金について

ご利用前日の午前9時以降のキャンセルにつきましては、1日の居住(滞在)費の10%および食事費のキャンセル料金が発生します。(1割負担、2割負担、3割負担の方同様)

・加算の概要

夜間職員配置加算(Ⅱ)

- ・併設短期入所施設および本体ユニット型特別養護老人ホームのご利用者の方の合計が、30人または、51人以上の入所定員において、夜勤を行う職員(看護・介護職員)の数で、最低基準(弊会は2)に0.9を加えた数以上の場合に加算。

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

- ・スマイルショートステイの職員(介護職員)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上。

緊急短期入所受入加算

- ・介護支援専門員が、ご利用者の方の状態や家庭等の事情により、緊急のご利用の必要があると認め、ご利用いただいた場合に加算。
7日間を限度とします。(在宅への復帰が困難となるやむを得ない事情がある場合、14日を限度として引き続き加算します。)

送迎加算

- ・ご利用者の方の心身の状態、ご家族の事情等からみて送迎を行うことが必要と認められるご利用者の方のご自宅と弊事業所との間の送迎に対する加算。

介護職員等処遇改善加算Ⅰ

- ・介護職員の賃金等の改善を目的として設けられた加算。(基本報酬と各種加算・減算の単位数合計の14.0%)

