

特別養護老人ホームスマイル
(指定介護老人福祉施設)

重 要 事 項 説 明 書

特別養護老人ホームスマイル
重要事項説明書

弊施設はご入居者の方に対して、指定介護福祉施設サービスを提供します。弊施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上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. 利用施設の概要

施設の種類	指定介護老人福祉施設
施設の名称	特別養護老人ホームスマイル
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	30 人 (3 ユニット 各 10 人)
当施設の運営方針	ご入居者の方一人一人の意思及び人格を尊重し、弊施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、ご入居前の居宅における生活とご入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいてご入居者の方が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。事業の実施に当っては、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との綿密な連携に努めます。

3. 居室の概要

弊施設では以下の居室・設備をご用意しています。ご入居される居室については原則として弊施設において決定いたします。

居室・設備の種類	室 数	備 考
居 室	30室 (1ユニット10室)	
居 間	3か所 (1ユニット 1室)	
便 所	12室 (1ユニット 4室)	
洗面所	各室	
浴 室	4室 (各階2室)	1階ショート併用
機械浴室	1室	
洗濯室	2室 (各階1室)	各階洗濯機6台
医務室	1室	

4. 職員の配置状況と勤務体制

弊施設では、ご入居者の方に対して、指定介護福祉施設サービスを提供するために配置する職員数と勤務体制は次のとおりです。（2024年10月1日現在）

配置職員数	職 種		配置人数	
	1.	施設長（管理者）	1名	
	2.	医師	1名（嘱託医師）	
	3.	生活相談員	1名	
	4.	介護職員	18名	
	5.	看護職員	5名	
	6.	管理栄養士・栄養士	2名	
	7.	機能訓練指導員	3名（兼務）	
	8.	介護支援専門員	1名	
	9.	その他職員	若干名	
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

5. 弊施設が提供するサービスと利用料金

弊施設では、ご入居者の方に対して以下のサービスを提供します。

弊施設が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額をご入居者の方に負担いただく場合 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

があります。

(1) 弊施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、通常9割または8割または7割が介護保険から給付されます。

利用料金は、「特別養護老人ホームスマイル料金表」（後記）をご参照ください。

区 分	提 供 サ ー ビ ス の 概 要
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴又は清拭を週2回行います。 ・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。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の自立を促すため、ご入居者の方の身体能力を最大限活用した援助を行います。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・ご入居者の方の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の改善又はその減退を防止するための訓練を実施します。
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
栄 養 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士または管理栄養士が作成する献立により、バランスや嗜好に考慮した食事の提供と栄養管理を行います。
相 談 ・ 援 助	<ul style="list-style-type: none"> ・生活相談員等が日常生活を営むのに必要な相談及び援助を行います。
自 立 へ の 支 援	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。 ・口の中の衛生状態を維持・向上するために、食後に口腔ケアを行うように援助します。

(2) (1)以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご入居者の方の負担となります。但し、介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

区 分	提 供 サ ー ビ ス の 概 要
居室の提供	・全室個室を提供します。
食 事	・栄養士の作成する献立表により、栄養並びにご入居者の方の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご入居者の方の自立支援のため、原則として、離床のうえ食堂にて食事をさせていただきます。 ・お身体のご状態により、高カロリーゼリー等をご提供いたします。ただし、費用については、実費負担(時価)となります。 (食事時間) …下記時間帯は目安とし、ご入居者の方の生活リズムを考慮します。 朝食7:30～ 昼食12:00～ 夕食18:00～
理美容サービス	・理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。
貴重品管理サービス等	・ご入居者の方の希望により、銀行通帳、印鑑等の貴重品管理サービスをご利用できます。また、公共料金、施設利用料等の支払代行サービスも利用できます。なお、ご利用いただいた場合には、別途ご契約が必要です。
レクレーション、外出	・希望により、レクレーションへの参加や外出をすることができます。

※上記以外にご入居者の方の希望により提供する介護保険の給付とならないサービスの利用料金については、「①その他のサービス利用料」(後記)をご覧ください。

(3) 利用料金のお支払い方法

①前記(1)、(2)の料金・費用は、当月の利用料金等の合計額を請求書に明記し、翌月10日までにご入居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ご予めご了承ください。

お支払いについては、請求月の28日にご入居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(当初ご入居契約の月を含む約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、ご入居者の方のご負担となりますので予めご了承ください。

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. 887280 <small>しゃか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、ご入居者の方の名にてお振込願います。

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご入居者の方の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

<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
彦根中央病院	彦根市西今町421番地
	TEL 0749-23-1211

<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
エム デンタル オフィス	彦根市松原町1435-111
	TEL 0749-21-5212

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

弊施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、継続してサービスをご利用いただくことは可能となりますが、以下の事項に該当いたします場合には、弊施設との契約は終了させていただきます。

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">① 要介護認定によりご入居者の方の心身の状況が要介護2以下と判定された場合（但し、厚生労働省が定める「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針」において、特例的に入所対象とされる場合もあります）② 弊事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により弊施設を閉鎖した場合③ 弊施設の滅失や重大な毀損により、ご入居者の方に対するサービスの提供が不可能になった場合④ 弊施設が介護保険の指定を取り消された場合、または指定を辞退した場合⑤ ご入居者の方から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑥ 弊施設から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑦ ご入居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⑧ ご入居者の方が死亡された場合 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) ご入居者の方からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご入居者の方から退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望される日の7日前までに解約届出書を提出してください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除のうえ、弊施設を退所することができます。

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合② 入居者の方が入院された場合③ 弊施設もしくは職員が正当な理由なく契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合④ 弊施設もしくは職員が守秘義務に違反した場合⑤ 弊施設もしくは職員が故意または過失により、ご入居者の方の身体・財物・信用等を傷つ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

け、または著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑥ 他のご入居者の方がご入居者の方の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、弊施設が適切な対応をとらない場合

(2) 弊施設からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、弊施設から退所していただくことがあります。

- ① ご入居者の方が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要な事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご入居者の方による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご入居者の方が、故意または重大な過失により弊施設または職員もしくは他のご入居者の方等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご入居者の方が、病院などの施設に入院し、3か月以内に退院できない場合、および退院できる見込みがない場合、または、医療依存度により弊会での対応が困難となる場合

(3) ご入居者の方が、入院等(外泊を含む)をされた場合にかかるご利用料金等のご負担額について

① 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

入院・外泊時(6日間)加算等は、下記の利用料金をご負担いただきます。

1日あたり

246円(1割)または492円(2割)または738円(3割) + 居住費(負担限度額認定証の自己負担額による)

② 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

下記の利用料金をご負担いただきます。

1日あたり居住費(負担限度額認定証の自己負担額による)

(4) 円滑な退所のための援助

ご入居者の方が弊施設を退所される場合には、ご入居者の方の希望により、弊施設は、ご入居者の方の心身の状況や、環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を速やかに行います。

7. 残置物引取人

入居契約が終了した後、弊施設に残されたご入居者の方の所持品(残置物)をご入居者の方自身が引き取れない場合に備えて、「身元引受人」を定めさせていただくことにしています。

「身元引受人」の方は、残置物等を引き取っていただく他、引渡しにかかる費用について、ご入居者の方が負担できない場合は、身元引受人に負担いただきます。

8. 緊急時の対応について

弊施設は、サービス提供中にご入居者の方の健康状態が急変した場合、必要に応じご家族の方または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに医師等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応について

ご入居者の方の健康状態が急変する等の事故が発生した場合には、予め届けていただいた連絡先および市町村に速やかに連絡するとともに、医師に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

10. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	有
実施した直近の年月日	2019年1月16日
実施した評価機関の名称	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター
評価結果の開示状況	弊会ホームページにて公開 (https://www.oumikunpuukai.com)

11. 苦情の受付について

弊施設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 : 0749-54-8201
	FAX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
	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
公的 機関 窓口	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・なつとく委員会)	
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)	

12. 特別養護老人ホームスマイル料金表

下記の料金表に従い、ご契約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(介護負担割合証による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いただきます。(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)

◆指定介護老人福祉施設利用料金(経過的ユニット型小規模介護福祉施設)

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)
要介護1	7,680円	768円	1,536円	2,304円
要介護2	8,360円	836円	1,672円	2,508円
要介護3	9,100円	910円	1,820円	2,730円
要介護4	9,770円	977円	1,954円	2,931円
要介護5	10,430円	1,043円	2,086円	3,129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)
看護体制加算(Ⅰ)ロ	40円	4円	8円	12円
看護体制加算(Ⅱ)ロ	80円	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	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
入院・外泊(6日限度/月)(注1)	2,460円	246円	492円	738円
初期加算(30日限度)(注1)	300円	30円	60円	90円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)(1月あたり)(注)	1,100円	110円	220円	330円
安全対策体制加算(入所時1回)	200円	20円	40円	60円
栄養マネジメント強化体制加算	110円	11円	22円	33円
看取り介護加算(Ⅰ) (対象の方のみ加算)	看取り前31~45日 720円	72円	144円	216円
	看取り前4~30日 1,440円	144円	288円	432円
	看取り前日、前々日 6,800円	680円	1,360円	2,040円
	看取り日 12,800円	1,280円	2,560円	3,840円

(注1) 該当の方に必要に応じて加算いたします。

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	14.0%	(注2)
--------------	-------	------

(注2) 区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

◆居住費および食費(1日あたり)

所得段階	居住費	食費
第1段階	880円	300円
第2段階	880円	390円
第3段階①	1,370円	650円
第3段階②	1,370円	1,360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。

・加算の概要

看護体制加算(Ⅰ)ロ

- ・特別養護老人ホーム(併設ショートを含まず)で、30人又は51人以上の入所定員において、常勤の看護師を1名以上配置している場合に加算。

看護体制加算(Ⅱ)ロ

- ・特別養護老人ホーム(併設ショートを含まず)で、30人又は51人以上の入所定員において、看護職員の数、常勤換算方法でご入居者の数が25または、その端数を増すごとに1以上であり、かつ基準を1以上上回っており、病院等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場合に加算。

夜間職員配置加算(Ⅱ)ロ

- ・併設短期入所施設を含むユニット型特別養護老人ホームで、その合計が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(弊会施設は2)に0.9を加えた数以上の場合に加算。

サービス提供体制加算(Ⅱ)

- ・特別養護老人ホーム(併設ショートを含まず)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。

入院・外泊時加算

- ・ご入居者の方が、病院または診療所への入院を要した場合、およびご入居者の方が居宅に外泊をした場合に、1月に6日を限度として加算。

初期加算

- ・ご入居者の方が入所された当初は、弊施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから、入所日から30日間に限って加算。(ご入居者の方が、30日を超える病院への入院後、弊施設に再入居された場合も同様)

看取り介護加算(Ⅰ)(対象の方のみ)

- ・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断された方で、看取り介護に関する計画が作成され、その後の療養および介護に関する方針について、ご入居者の方またはそのご家族の同意を得たうえで、看取り介護を行った場合に、お看取りになられる前45日を限度として、またお看取りになられる前の期間によって料金表のとおり加算。

口腔衛生管理加算Ⅱ

- ・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がご入居者の方に対し、口腔ケアを月2回以上行うこと。さらに、歯科衛生士が、ご入居者の方に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術助言および指導を行うこと、および、介護職員からの相談に応じ対応をする場合加算。

安全対策体制加算

- ・外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合加算。

栄養マネジメント強化体制加算

- ・管理栄養士による栄養マネジメントや低栄養状態の改善に向けた取組を実施し、ご入居者の方の栄養状態の改善、維持に努めた場合を評価する加算。

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%)

・その他の介護保険の給付対象とならないサービス

①その他のサービス利用料

サービス項目	利 用 料
理美容サービス	理美容に要した費用の実費を負担頂きます。
所持金品管理サービス	<p>① ご入居者の方またはそのご家族の方等からのご依頼により年金の受取の管理、弊施設入居に係る必要経費、その他嗜好品、日用品等の支出等の金銭の管理（以下「所持金品管理」という）を行う場合、次のとおり管理料を負担頂きます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事務登録料 1回限り 1,100円 ・出納事務費 毎月 1,500円 <p>② 所持金品管理に加えて、預金(100万円を超えるもの)、実印、印鑑登録証、公正証書等の管理は財産管理料として次のとおり管理料を負担頂きます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事務登録料 1回限り 500円 ・管理料 毎月 1,000円
レクリエーション、外出	ご入居者の方またはそのご家族の方等からの希望によるレクリエーションにかかる材料代、外出時の食事代等は実費を負担頂きます。
少数を対象とした旅行参加費	(本人に要した経費) 全額自己負担 (職員に要した経費) ご入居者の方より半額を負担頂きます。
電気製品持込料	1品目 1日あたり 40円
複写物	1枚 10円
寝具代	ご入居者の方のご家族等が寝具を利用される場合 1回 400円
日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活品の購入代金等、ご入居者の方の日常生活に要する費用でご入居者の方にご負担いただくことが適当であるものについては、実費を負担頂きます。 おむつ代、洗濯代は介護保険給付対象となっていますので負担の必要はありません。

※ 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、金額を変更することがあります。その場合、変更の内容と変更する事由について、事前に説明いたします。

社会福祉法人近江薫風会 特別養護老人ホームスマイルにおける介護老人福祉施設サービスの重要な事項の説明を行いました。

『弊事業所』

事業所名 特別養護老人ホームスマイル

所在地 滋賀県米原市寺倉 603 番地の 1

事業所番号 (2572400535)

『説明者』(説明者印のなきものは無効です。)

職 種

氏 名 印

私は、本書面にに基づき事業所から重要な事項の説明、ならびに社会福祉法人近江薫風会特別養護老人ホームスマイルの介護老人福祉施設サービスの提供内容の説明を受けました。

年 月 日

『ご本人』

住 所

氏 名 印

・やむを得ずご入居の方に代わって代筆いただく場合

(代筆者ご氏名)

『代理人の方』

住 所

氏 名 印

ご入居の方とのご関係

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

(1) 建物の構造および延べ面積

鉄骨造ガルバリウム鋼板葺2階建 1,918.17㎡

(2) 併設事業

弊施設では、次の事業を併設して実施しています。

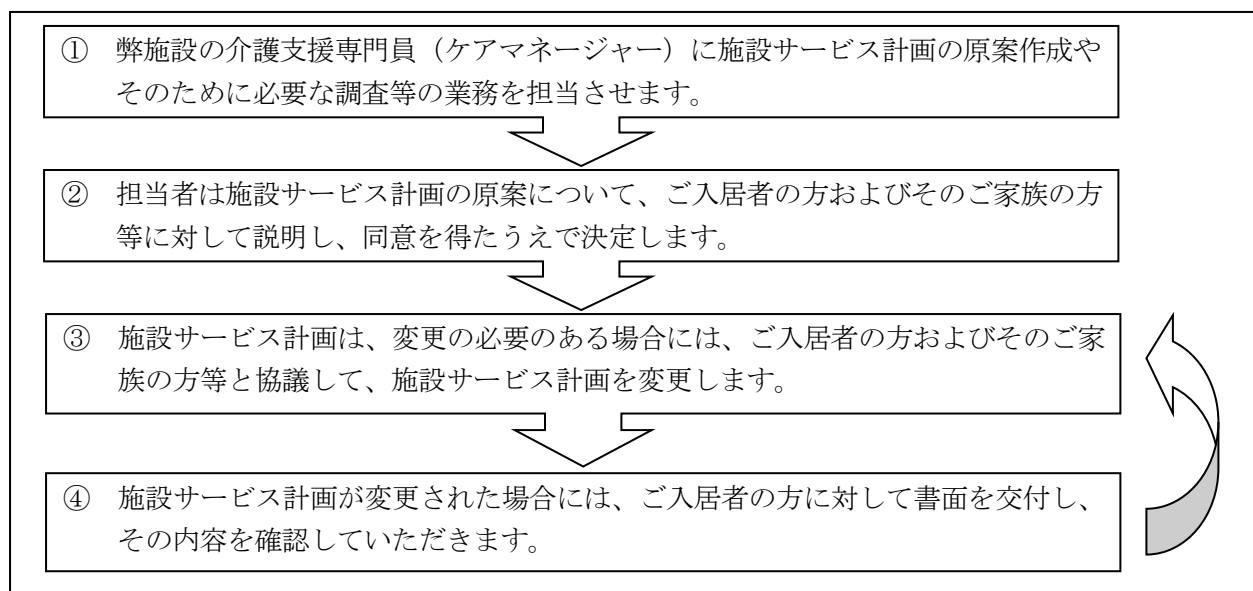
【認知症対応型共同生活介護】	平成18年9月1日指定	滋賀県指定第2592400028号	定員 9名
【通所介護】	平成18年9月1日指定	滋賀県指定第2572400253号	定員30名
【居宅介護支援事業】	平成27年5月1日指定	滋賀県指定第2572400253号	

2. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご入居者の方に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、ご入居後作成します。

「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成およびその変更は次の通り行います。



3. サービス提供における弊事業所の義務

弊施設は、ご入居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 ご入居者の方の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご入居者の方の体調、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、ご入居者の方の健康管理を行います。
- ③ ご入居者の方が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ ご入居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、ご入居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。
- ⑤ ご入居者の方、または他のご入居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、その他ご入居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。

- ⑥ ご入居者の方またはそのご家族の方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ます。
- 弊施設が得たご入居者の方またはそのご家族の方の個人情報については、弊施設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入居者の方またはそのご家族の同意を得るものとします。
- ただし、ご入居者の方に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご入居者の方の心身等の情報を提供します。
- また、ご入居者の方の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご入居者の方の同意を得ます。
- ⑦ 弊施設および職員は、介護福祉施設サービスを提供する上で知り得たご入居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、遵守するものとします。
- ⑧ ご入居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。
- ⑨ 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。

4. 施設利用の留意事項

弊施設のご入居にあたって、施設に入居されているご入居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。

(1) 持ち込みの制限

ご入居にあたり、電化製品など持ち込みが必要な場合には、弊事業所と相談してください。

(2) 面会

面会時間 午前9:00～午後7:00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

※なお、来訪され、飲食物等の持ち込みをされる場合には、弊事業所職員に声かけ下さい。

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、外泊開始日の2日前までに申し出下さい。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までに申し出下さい。

(5) 動物の飼育

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。

(6) 施設・設備の使用上の注意

○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、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、ご入居者の方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支払いいただきます。

○ご入居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、ご入居者の方の居室内に立ち入り、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、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。

○弊施設の職員や他のご入居者の方に対し、迷惑をおよぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

(7) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

5. 損害賠償について

弊施設において、弊施設の責任によりご入居者の方に生じた損害については、弊施設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、ご入居者の方に故意または過失が認められる場合には、ご入居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、弊施設の損害賠償責任を減じる場合があります。