

(介護予防短期入所生活介護)

ショートステイマザーズガーデン

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています  
(千葉県指定 第 1272201524 号)

契 約 者 :

事 業 者 : 社会福祉法人マーナーオークガーデンズ

## 1. 施設運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人マーナーオークガーデンズ  
(2) 法人所在地 〒277-0825 千葉県柏市布施1113番2  
(3) 連絡先 電話番号 04-7135-1551  
F A X 04-7135-1661  
(4) 代表者名 理事長 後藤 まり子  
(5) 設立年月日 平成14年9月5日

## 2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 短期入所生活介護／平成16年4月1日指定  
介護予防短期入所生活介護／平成18年4月1日指定  
(千葉県指定 第1272201524号)
- (2) 施設の名称 ショートステイマザーズガーデン
- (3) 施設の目的 指定介護予防短期入所生活介護は介護保険法令に従い、契約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ができるように支援することを目的として、契約者に日常生活に必要な居室及び共用施設等を提供し、指定短期入所生活介護サービスを実施します。
- (4) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階建て
- (5) 延べ床面積 4,910.86㎡
- (6) 併設事業 (千葉県知事の事業者指定／定員)  
介護老人福祉施設 第1272201524 / 70名  
※通所介護 第1272201532 / 45名  
居宅介護支援 第1272201557  
(柏市長の事業者指定／定員)
- (7) その他の事業 地域密着型介護老人福祉施設 第1292200423 / 29名  
※認知症対応型共同生活介護 第1292200431 / 18名  
※印の事業は介護予防サービスも実施しています。
- (8) 所在地 千葉県柏市布施1113番2  
○電車・バスを利用する場合  
① JR常磐線「我孫子」駅下車北口より  
阪東バス あげぼの山公園入口行「布施新町二丁目」  
バス停下車 徒歩5分  
② JR常磐線「我孫子」駅下車 北口より  
2.4km 徒歩30分  
○自家用車を利用する場合  
①常磐自動車道路柏インターチェンジより約15分  
②国道6号線我孫子市つくし野交差点より約5分
- (9) 連絡先 電話番号 04-7135-1552  
F A X 04-7135-1661
- (10) 施設長名 後藤 浩一郎

- (11) 法人理念 ひとり皆のために、皆はひとりのために  
(12) 運営方針 想像そして創造 ～Imagine and Create～  
・明るく元気なマザーズガーデン  
・思いやりのマザーズガーデン  
・チームケアとチャレンジ精神のマザーズガーデン  
(13) 開設年月日 平成16年4月1日  
(14) 利用定員 10名

### 3. 利用対象者

- (1) 当施設を利用できるのは、要支援1、2の認定された方が対象となります。  
(2) 契約時に要支援認定を受けている方であっても、その後要支援認定者でなくなった場合には、ご利用いただけなくなります。要介護状態と認定された方は、短期入所生活介護サービスがご利用いただけます。詳しくは、生活相談員までお問い合わせください。

### 4. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者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、「介護予防サービス計画書（ケアプラン）」で定めます。

「介護予防サービス計画（ケアプラン）」の作成及び変更は次のとおり行います。

①当事業所内または、地域包括支援センターより新予防給付ケアマネジメント業務委託を受けた他事業所の介護支援専門員（ケアマネージャー）が介護予防サービス計画書の原案を作成する為に必要な調査等の業務を担当します。



②介護支援専門員（ケアマネージャー）は介護予防サービス計画書の原案について、ご契約者及びそのご家族等に対し、説明し、個々の要望を取り入れ目標を共有し、同意を得たうえで決定します。



③介護予防サービス計画は、6か月毎もしくは心身の変化があった場合、あるいはご契約者及びそのご家族等の要請に応じ、変更の必要がある場合には、ご契約者及びそのご家族等と協議し同意を得た上で介護予防サービス計画を変更します。



④介護予防サービス計画が変更された場合には、ご契約者及びご家族等に対して書面を交付し、内容を確認していただきます。



## 5. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しております。ご利用いただける居室は、全て個室です。利用される居室は、ご契約者の心身の状況や空室状況を勘案し決定します。

居室・設備の種類	室数	面積	設備等
個室（洋室）	10	約13.4㎡	洗面台・ベッド・ナースコール・タンス・カーテン
食堂	1	流し台・冷蔵庫・テレビ等	
浴室	4	個室・機械浴・一般浴	
機能回復訓練室	1	平行棒・マッサージ台・歩行器等	
喫茶コーナー	1	椅子・テーブル等	
医務室	1	滅菌機・歯科診療台等	
理容室	1	理容用チェア・洗面台・殺菌消毒機器等	

**※居室の変更**： ご契約者から居室の変更の申し出があった場合は、ご契約者の心身の状況及び空室状況により、その可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

### ※居室への持ち込み物品

- ①衣類等・・・衣類、タオル、バスタオル、歯ブラシ、歯磨き粉など
- ②家電品・・・持ち込みの家電品は、事前にご相談ください。  
総使用電力量は800W/h以内にしてください。

居室への持ち込み物品、衣服等については、必ず見易いところに名前を貼付してください。

### ※居室利用の注意事項

居室内での喫煙はご遠慮ください。また、ご契約者が居室の設備等を破損・汚損・滅失した場合は、修理及び相当の費用のご負担をお願いします。

## 6. 職員の配置状況

(1) 当施設では、ご契約者に対し指定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。

職 種	配置人数	備 考
施設長（管理者）	1名	介護老人福祉施設等兼務
介 護 職 員	名	内 名介護老人福祉施設兼務
看 護 職 員	名	介護老人福祉施設及び機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	名	看護職員兼務
生 活 相 談 員	名	
医 師	名	嘱託
管 理 栄 養 士	名	介護老人福祉施設兼務
調 理 員	1名	その他は委託業者職員
事 務	名	介護老人福祉施設等兼務、宿直スタッフを含む
そ の 他	名	介護老人福祉施設等兼務、車両管理士、洗濯スタッフ

令和 年 月 日現在

(2) 配置職員の職務内容は以下のとおりです。

【施設長（管理者）】 責任者として施設を管理します。

【介 護 職 員】 ご契約者の日常生活上のお世話をを行います。

【看 護 職 員】 ご契約者の健康管理や療養上のお世話をを行います。

【機能訓練指導員】 ご契約者が日常生活に必要な機能訓練を行います。

【生 活 相 談 員】 ご契約者の日常生活の相談・助言を行います。

【医 師】 ご契約者の健康管理や療養上の指導を行います。

【管 理 栄 養 士】 ご契約者を栄養面から健康管理します。

【調 理 員】 ご契約者に食事を提供します。

【事 務】 施設の事務・総務を行います。

## 7. 施設が提供するサービスと料金

当施設では、ご契約者に対し以下のサービスを提供します。

- ・利用料金が介護保険から給付されるサービス
- ・利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証による自己負担

分を除いた額が介護保険より給付されます。

【サービスの概要】

- ① 食事の介助（食費は全額自己負担） ②入浴の介助 ③排泄の介助  
④機能訓練 ⑤健康管理 ⑥洗濯 ⑦相談

【サービス利用料金】（1日あたり）

下記の料金表に基づき、ご契約者の要介護度等に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と食費、居住費の合計金額をお支払いいただきます。

○サービス単位 1単位=10.33円

	施設サービス費
要支援1	529単位
要支援2	656単位

○食費・居住費

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費	300円	600円	1,000円	1,300円	2,200円
居住費	880円	880円	1,370円	1,370円	3,200円
合計	1,180円	1,480円	2,370円	2,670円	5,400円

第4段階の食費負担額（1食あたり）朝食 540円、昼食 710円、おやつ 150円、夕食 800円

<介護保険負担限度額認定制度>

○対象者の要件

次の要件をすべて満たすかた

- ・介護認定を受けている
- ・世帯全員（配偶者が別世帯の場合には、その配偶者も含む）が市民税非課税
- ・預貯金額等の額が下表に定める基準額以下

負担段階	収入要件	預貯金基準
第1段階	生活保護等を受給している	単身：1,000万円 夫婦：2,000万円
第2段階	前年の合計所得金額+年金収入額の合計が80万円以下	単身：650万円 夫婦：1,650万円
第3段階①	前年の合計所得金額+年金収入額が80万円を超え120万円以下	単身：550万円 夫婦：1,550万円
第3段階②	前年の合計所得金額+年金収入額が120万円を超える	単身：500万円 夫婦：1,500万円
第4段階	上記以外の方	

<負担割合>

介護サービス費の負担割合は、前年の所得に応じて決定され、65歳以上で一定以上の所得がある方は2割または3割、それ以外の方は1割となります。

負担割合	所得区分
3割負担	次の①②の両方を満たす方 ① 65歳以上で本人の合計所得金額が220万円以上 ② 本人を含めた同一世帯の65歳以上の方の年金収入+その他の合計所得金額が 単身 : 340万円以上 2人以上 : 463万円以上
2割負担	次の①②の両方を満たす方 ① 65歳以上で本人の合計所得金額が160万円以上220万円未満 ② 本人を含めた同一世帯の65歳以上の方の年金収入+その他の合計所得金額が 単身 : 280万円以上 2人以上 : 346万円以上
1割負担	本人の合計所得金額が160万円未満 64歳以下の方

※ 介護保険被保険者証とは別に交付される、「介護保険負担割合証」に記載された負担割合をご確認ください。

○サービス利用料金表（1割負担の場合）

要介護度	負担段階	介護サービス費	食費	居住費	日額合計
要支援1	第1段階	547円/日	300円/日	880円/日	1,727円/日
	第2段階		600円/日	880円/日	2,027円/日
	第3段階①		1,000円/日	1,370円/日	2,917円/日
	第3段階②		1,300円/日	1,370円/日	3,217円/日
	第4段階		2,200円/日	3,200円/日	5,947円/日
要支援2	第1段階	678円/日	300円/日	880円/日	1,858円/日
	第2段階		600円/日	880円/日	2,158円/日
	第3段階①		1,000円/日	1,370円/日	3,048円/日
	第3段階②		1,300円/日	1,370円/日	3,348円/日
	第4段階		2,200円/日	3,200円/日	6,078円/日

○サービス利用料金表（2割負担の場合）

要介護度	負担段階	介護サービス費	食費	居住費	日額合計
要支援1	第1段階	1,093円/日	300円/日	880円/日	2,273円/日
	第2段階		600円/日	880円/日	2,573円/日
	第3段階①		1,000円/日	1,370円/日	3,463円/日
	第3段階②		1,300円/日	1,370円/日	3,763円/日
	第4段階		2,200円/日	3,200円/日	6,493円/日
要支援2	第1段階	1,356円/日	300円/日	880円/日	2,536円/日
	第2段階		600円/日	880円/日	2,836円/日
	第3段階①		1,000円/日	1,370円/日	3,726円/日

	第3段階②		1,300円/日	1,370円/日	4,026円/日
	第4段階		2,200円/日	3,200円/日	6,756円/日

○サービス利用料金表（3割負担の場合）

要介護度	負担段階	介護サービス費	食費	居住費	日額合計
要支援1	第1段階	1,640円/日	300円/日	880円/日	2,820円/日
	第2段階		600円/日	880円/日	3,120円/日
	第3段階①		1,000円/日	1,370円/日	4,010円/日
	第3段階②		1,300円/日	1,370円/日	4,310円/日
	第4段階		2,200円/日	3,200円/日	7,040円/日
要支援2	第1段階	2,033円/日	300円/日	880円/日	3,213円/日
	第2段階		600円/日	880円/日	3,513円/日
	第3段階①		1,000円/日	1,370円/日	4,403円/日
	第3段階②		1,300円/日	1,370円/日	4,703円/日
	第4段階		2,200円/日	3,200円/日	7,433円/日

※ 上記サービス利用料金には、各種加算料金は含まれておりません。

○加算内容

項目	自己負担額（1割負担）	自己負担額（2割負担）	自己負担額（3割負担）
① 生活機能向上連携加算（Ⅰ）	104円/3か月に1回	207円/3か月に1回	310円/3か月に1回
② 生活機能向上連携加算（Ⅱ）	207円/月	414円/月	620円/月
③ 若年性認知症利用者受入加算	124円/日	248円/日	372円/日
④ 療養食加算	9円/回	17円/回	25円/回
⑤ 口腔連携強化加算	52円/回	104円/回	155円/回
⑥ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円/日	6円/日	9円/日
⑦ 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	5円/日	9円/日	13円/日
⑧ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	104円/月	207円/月	310円/月
⑨ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	11円/月	21円/月	31円/月
⑩ 個別機能訓練加算	58円/日	116円/日	174円/日
⑪ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	207円/日	414円/日	620円/日
⑫ 利用者に対して送迎を行う場合	190円/片道	380円/片道	570円/片道
⑬ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	23円/日	46円/日	69円/日
⑭ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	19円/日	37円/日	56円/日
⑮ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	7円/日	13円/日	19円/日
<b>介護職員等処遇改善加算</b>			
① 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	基本単位数に介護職員等処遇改善加算以外の加算を加え算定した額の14.0%相当を加算		
② 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	基本単位数に介護職員等処遇改善加算以外の加算を加え算定した額の13.6%相当を加算		
③ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	基本単位数に介護職員等処遇改善加算以外の加算を加え算定した額の11.3%相当を加算		
④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	基本単位数に介護職員等処遇改善加算以外の加算を加え算定した額の9.0%相当を加算		

※ 加算については、施設が体制要件を満たした場合に料金が発生します。

○利用料金の取り扱いについて

①緊急の事由等で要介護認定を受けていない方が入居される場合は、サービス利用料金をいった

ん全額お支払いいただきます。要介護認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。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。

②介護保険料等に変更があった場合は、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。

③外泊等の際、その期間中食べない分の食費は利用料金から差し引きます。

## (2) 介護保険サービスの給付対象とならないサービス

以下のサービスは、ご契約者の個別希望により行うサービスで、利用料金全額をご契約者に負担いただくサービスとなります。

サービス内容	利用料金
①協力医療機関及び柏市内、我孫子市内の医療機関を除く通院等の移送	実走1km毎に50円
②夜間等緊急受診対応後の職員帰路に係る交通費	実費
③外出時等の付き添い（近隣の散歩は除きます。） ※ご契約者の意向による介護サービスと関係のない付き添い	1時間 2,000円 ※職員一人あたりの費用 実走1km毎に50円 その他、実費
④外出、通院移送時の駐車場・有料道路等の費用	実費
⑤理容	実費
⑥行事・クラブ活動	材料費の実費 経費が掛かる場合は実費
⑦特別な食事（酒を含みます。） ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。	実費
⑧不測の事態の対応 （例）ご契約者が行方不明になるなど、搜索等の対応にあたった場合で、それに係る費用をご負担いただくことが妥当であると判断される場合にご負担いただきます。	実費
⑨破損・汚損等修理 ご契約者が施設内の器物等を損壊した場合には、修理・交換に係る費用をご負担いただきます。	実費
⑩複写物の交付	1枚 10円（モノクロ） 1枚 50円（カラー）
⑪写真の交付	1枚 50円
⑫診療・薬剤・その他治療に要する費用	医療保険本人負担額

※おむつ代は、介護保険給付対象となっておりますので当施設が用意したものをご利用いただく際は費用負担の必要はありません。

※費用負担が発生する行事及びクラブ等への参加は、ご契約者への意思確認の上参加いただきます。ご契約者本人の意思確認が困難な場合は、ご家族や代理人等へ確認し同意の上行います。

※社会情勢等やむを得ない事由がある場合、利用料金を変更することがあります。変更の際は、事前に変更内容およびその事由について変更を行う1か月前までにご契約者およびご家族、代理人等にご説明します。

(3) 利用中の医療について

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療・入院の治療等を受けることができます。ただし下記協力医療機関での優先的な診療・入院の治療等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・入院の治療等を義務付けるものではありません。

嘱 託 医

嘱託医契約医療機関	我孫子東邦病院
所 在 地	我孫子市柴崎122-1

協力医療機関

医療機関の名称	我孫子東邦病院
所 在 地	我孫子市柴崎122-1

協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	すえいし歯科矯正歯科
所 在 地	柏市松葉町2-1-21

## 8. 契約を終了していただく場合

当施設との契約では、以下のような事由が発生した場合は契約終了としていただくことになります。

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要支援認定によりご契約者の心身の状況が自立または要介護状態と判定された場合
- ③事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑤事業者が介護保険事業所の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合

※契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に契約の終了を申し出ることができません。その場合は、契約の終了を希望する日の7日前までに文書にてお知らせください。

ただし、契約書第20条第2項による場合は即時に契約を解除することができます。

- ⑦事業者から契約解除の申し出を行った場合

※契約書第22条による場合は契約を解除していただく場合があります。

- ⑧契約書第22条3項に規定する「契約者及び家族等」の範囲および、「本契約を継続しがたい重大な事情」とは、下記のような行為を指します。

「契約者及び家族等」

利用者、契約者、身元引受人および利用者宛に来所されるすべての方。

「本契約を継続しがたい重大な事情」

下記の行為およびそれに準ずる行為に該当すると施設が判断した場合。

- 暴力又は乱暴な言動、無理な要求
  - ・物を投げつける
  - ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
  - ・怒鳴る、奇声、大声を発する
  - ・対象範囲外のサービスの強要 等
- セクシュアルハラスメント
  - ・介護従事者の身体を触る、手を握る
  - ・腕を引っ張り抱きしめる
  - ・ヌード写真を見せる
  - ・性的な話や卑猥な言動をする 等
- その他
  - ・従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
  - ・ストーカー行為 等

(1) ご契約者から申し出があった場合（契約書第21条の場合等）

- ①事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく契約書に定める介護予防短期入所生活介護サービスを実施しない場合
- ②事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により契約者の身体・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
- ④他の利用者をご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出による場合（契約書第22条の場合等）

- ①ご契約者及びご家族等が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、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ご契約者による、サービス利用料金の支払いが1か月以上遅延し、催告したにもかかわらず7日以内に支払われない場合
- ③ご契約者及びご家族が、事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・健康・財物・信用等を傷つけ、またはご契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

## 9. 秘密保持と個人情報の取扱い（使用同意など）

### （1）利用目的

事業者及び職員は、サービスを提供する上で知り得たご契約者及びそのご家族の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。また、この守秘義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。なお、ご契約者及びそのご家族からあらかじめ文書で同意を得た上で、下記の目的等において、ご契約者及びそのご家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ① 介護保険事務などの施設業務の一部を外部事業者へ業務委託する場合
- ② 他の介護保険事業者との連携及び連絡調整が必要な場合
- ③ ご契約者の受診等にあたり、外部の医師の意見及び助言を求めるための会議記録やケアプラン等を提供する場合
- ④ ご家族等への心身の状態や生活状況の説明
- ⑤ 研修等の実習生やボランティアの受入れにおいて必要な場合
- ⑥ 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談または届出等
- ⑦ 保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑧ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑨ 介護保険審査支払機関への請求及び介護保険審査支払機関からの照会への回答
- ⑩ 医療機関への入退院時等の情報提供
- ⑪ サービスを提供する上での関係者会議

## 10. 事故発生時の対応

当施設が、ご契約者に対して行うサービスの提供により事故が発生した場合、速やかにご契約者のご家族、必要に応じて市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して行った処置を記録するとともにその原因を解明し、再発防止のための措置を講じます。

## 11. 身元引受人

契約書第24条に基づき、身元引受人をご指定ください。身元引受人は、ご契約者の連帯保証人となります。身元引受人の主な責任は以下のとおりです。

- ①事業者に対する経済的債務
- ②入院等に関する手続き、費用負担
- ③ご契約者が死亡した場合のご遺体および残置物の引き取り等の処理

## 12. 代理人

契約書第25条に基づき、代理人をご指定ください。代理人は契約期間中におけるご契約者が判断能力を失った場合に、ご契約者によって変わってその権利業務にかかわる事務処理などについてお手伝いいたします。

## 13. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けいたします。

- 苦情受付担当者 生活相談員
- 受付時間 月曜日～金曜日 (年末年始を除く)  
8:30～17:30
- 受付方法 電話 04-7135-1552  
FAX 04-7135-1661

(2) 行政相談窓口

柏市健康医療部高齢者支援課

電話 04-7167-1111 (代表)

我孫子市健康福祉部高齢者支援課

電話 04-7185-1111 (代表)

千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課

電話 043-254-7428

#### 14. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対しサービスを提供するにあたり以下のことを守ります。

- ①ご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調・健康状態から必要な場合には、医師または看護職員と連携し、ご契約者からの確認のうえでサービスを行います。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定し備えるとともに、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者および他の利用者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、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行いません。  
やむを得ず、身体拘束等を行う場合は、その必要性をご契約者の家族等に説明し、同意を得ることとし、必要最小限の範囲で行うように努めます。
- ⑤ご契約者に対するサービスの記録を作成し、ご契約者もしくは代理人等の請求に応じてこれを閲覧させ複写物の交付をします。

#### 15. 施設利用の留意事項

当施設をご利用される皆様が、安全で快適に過ごす事ができるよう、以下の事項をお守りください。

(1) 持ち込みについて

以下のものは持ち込むことができません

- 炎の出るもの (ライター・マッチ・ローソク・線香・電気ストーブ等、着火の原因となるような家電品など)
- 動物 (哺乳類・鳥類・爬虫類・魚類など)
- 危険物 (火薬類・石油類・劇薬・必要以上の薬など)
- 居室に入りきらない量の物品

○刃物及び銃器またはそれに類するもの

(2) 施設利用におけるリスクについて

快適な生活を送ることができるよう、様々な形で安全な環境づくりに努めています。しかし必要な注意義務を尽くした場合でも、入居者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因となり、次のような事象が起り得ることをご理解ください。

- ・歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落による骨折、外傷、頭蓋内損傷の恐れ
- ・リハビリ中の転倒、転落等によるケガ
- ・高齢者の骨がもろいために生じる骨折等
- ・高齢者の皮膚が薄いことによる、摩擦等での表皮剥離
- ・高齢者の血管がもろいことによる、軽度の打撲時の皮下出血
- ・認知力の低下による、補聴器、眼鏡、時計、その他装飾品、金銭等の損壊、紛失
- ・誤嚥、誤飲等による窒息
- ・脳や心臓の疾患による、急変、急死
- ・認知症などにより危険予測等の判断能力が低下したことが原因で、施設から出てしまわれる（以下、離設とします。）可能性があります。離設防止のため、細心の注意を払いますが、捜索中に重大な事故につながる恐れがあります。また、離設されたと判断した場合、警察へ通報する場合があります。

(3) 面会について

面会時間は、9：00～19：00となります。また、面会の際は以下のことにご注意ください。

○面会の際には、受付に設置している来場者記帳簿にお名前と来場時間、退場時間を記帳してください。

○飲食物のお持ち込みの際は、必ず各ユニット担当者へお声かけください。

(4) 喫煙

○決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

(5) 飲酒

○酒類をお持ちの場合、各ユニット担当者へお預けください。

○飲酒の際は必ず各ユニット担当者へお声かけください。

○飲酒は他人に迷惑をかけず、健康を害さない程度でお楽しみください。

(6) 施設・設備使用上の注意

○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ください。

○施設・設備を滅失・破損・汚損もしくは変更した場合は、ご契約者の自己負担により原状復帰していただくか、相当の代価をお支払いいただくこととなります。

○他の利用者および従業員の迷惑となるような、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) 家族等の宿泊

ご契約者のご家族等の宿泊は、必ず事前に生活相談員にご相談ください。

### 16. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償をいたします。ただし、その損害の発生について、以下の場合には事業者の損害賠償責任を免ずることができます。

- ご契約者及びご家族等が心身や病状について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者及びご家族等がサービス実施に必要な事項について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者の急な体調変化など、サービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合
- ご契約者及びご家族等がサービス従事者の指示に反して行うことで損害が生じた場合

令和 年 月 日

本書により重要事項を説明しました。

社会福祉法人マーナーオークガーデンズ

ショートステイマザーズガーデン

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

本書の交付により、重要事項の説明を受け、同意しました。また、契約者本人及び家族等に対する個人情報を、本書に定める個人情報の取扱いの範囲内において利用、提供、収集することについて同意しました。

契約者氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人氏名 \_\_\_\_\_ 印

(契約者との続柄 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

(契約者との続柄 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 肖像権使用同意書

利用者\_\_\_\_\_の肖像などを撮影した写真・映像等を使用することを理解し同意いたします。この同意により、私本人、または第三者からクレームなどの異議申し立てが一切なされないことを保証いたします。

### 記

- ・ 社会福祉法人マーナーオークガーデンズのホームページ、パンフレット、広報誌、社内研修、掲示物などに使用されること
- ・ 使用した広告、映像、印刷物、商品などについて、使用されたことによる金銭的対価を求めないこと

上記について同意 [  します ・  しません ]

### 【事業者】

社会福祉法人マーナーオークガーデンズ

理事長 後藤 まり子 \_\_\_\_\_ 印

### 【契約者】

氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 【身元引受人】

氏名 \_\_\_\_\_ 印

( 契約者との続柄 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

以上