

(介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業)

デイサービスセンター 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 1272201532 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 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 通所介護／平成16年4月1日指定
介護予防通所介護／平成18年4月1日指定
第1号通所事業(指定介護予防通所介護に相当するものに限る)
(千葉県指定 第1272201532号)
- (2) 施設の名称 デイサービスセンター マザーズガーデン
- (3) 施設の目的 指定第1号通所事業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、サービス提供に必要な共用施設等を利用し、第1号通所事業の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
デイサービスセンター1階部分の一部
- (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1272201516／70名
※短期入所生活介護 第1272201532／10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 J R 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 J R 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 04-7135-1553
F A X 04-7135-1662
- (10) 管理者名 後藤 浩一郎

- (1 1) 運営方針 生活の継続性や家族介護の支援を行うとともに、個人としての尊厳が保てるような、心豊かなケアを目指します。
- (1 2) 開設年月日 平成16年4月1日
- (1 3) 利用定員 45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) 利用開始時に要支援認定を受けている方であっても、利用後に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、通所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下さい。

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、ご契約者を担当する介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成する「介護予防サービス計画書（ケアプラン）」がある場合とない場合で予防介護通所介護計画（以下、「個別サービス計画」）作成手順が異なります。

- (1) 「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合

- ①ご契約者担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成した介護予防サービス計画（ケアプラン）



- ②施設の担当者が上記プランに基づき個別サービス計画の原案を作成し、ご契約者及びその家族等に対し、同意を得たうえで決定します。



- ③個別サービス計画は、介護予防サービス計画（ケアプラン）が変更された場合及びご契約者及びその家族等の要請に応じ、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等と協議し同意を得た上で変更します。



- ④個別サービス計画が変更された場合には、ご契約者及びその家族等に対して、書面を交付し、その内容を確認していただきます。



(2) 「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がない場合

①要支援認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等、必要な援助を行います。
- 個別サービス計画書を作成し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成

- 作成された介護予防サービス計画（ケアプラン）に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

②要支援認定を受けていない場合

- 要支援認定に必要な援助を行います。
- 個別サービス計画書を作成し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

要支援と認定された場合

- 介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成していただきます。必要に応じて、居宅介護支援事業者の紹介等必要な援助を行います。

介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成

- 作成された介護予防サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

自立又は、要介護認定を受けた場合

- 契約は終了します。
- すでに実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

5. 設備の概要

当施設では以下の設備をご用意しております。

居室・設備の種類	設 備 等
食 堂	流し台、冷蔵庫、テレビ等
浴 室	個浴、機械浴
機能回復訓練室	平行棒、歩行器等
談話コーナー	椅子、テーブル等
静 養 室	ベッド

※施設・設備利用の注意事項

決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。また、ご契約者の過失により施設の設備等を破損・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、ご契約者に対し第1号通所事業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	
看 護 職 員	名	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	

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行います。

【機能訓練指導員】 ご契約者の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。

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ご負担いただくサービスがあります。

(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、教養娯楽に関する費用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=10.27円

	施設サービス費
要支援1・事業対象者	1,798 単位/月
要支援2・事業対象者	3,621 単位/月

○食費 800円

<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）※週に1日、月4日利用された場合

	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	18,465 円/月	37,187 円/月
2. 介護保険給付額	16,618 円/月	33,468 円/月
3. 自己負担額（1-2の額）	1,847 円/月	3,719 円/月
4. 食費	3,200 円/月 (800 円×4 日)	3,200 円/月 (800 円×4 日)
※ 自己負担額合計（3+4の額）	5,047 円/月	6,919 円/月

○サービス利用料金表（2割負担の場合）※週に1日、月4日利用された場合

	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	18,465 円/月	37,187 円/月
2. 介護保険給付額	14,772 円/月	29,749 円/月
3. 自己負担額（1-2の額）	3,693 円/月	7,438 円/月
4. 食費	3,200 円/月 (800 円×4 日)	3,200 円/月 (800 円×4 日)
※ 自己負担額合計（3+4の額）	6,893 円/月	10,638 円/月

○サービス利用料金表（3割負担の場合）※週に1日、月4日利用された場合

	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	18,465 円/月	37,187 円/月
2. 介護保険給付額	12,925 円/月	26,030 円/月
3. 自己負担額（1-2の額）	5,540 円/月	11,157 円/月
4. 食費	3,200 円/月 (800 円×4 日)	3,200 円/月 (800 円×4 日)
※ 自己負担額合計（3+4の額）	8,740 円/月	14,357 円/月

※ 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)	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)	自己負担額 (3割)
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
① 若年性認知症利用者受入加算	247 円/月	247 円/月	493 円/月	493 円/月	740 円/月	740 円/月
② 生活機能向上グループ活動加算	103 円/月	103 円/月	206 円/月	206 円/月	309 円/月	309 円/月
③ 栄養アセスメント加算	52 円/月	52 円/月	103 円/月	103 円/月	154 円/月	154 円/月
④ 栄養改善加算	206 円/月	206 円/月	411 円/月	411 円/月	617 円/月	617 円/月
⑤ 口腔機能向上加算（Ⅰ）	154 円/月	154 円/月	308 円/月	308 円/月	462 円/月	462 円/月
⑥ 口腔機能向上加算（Ⅱ）	165 円/月	165 円/月	329 円/月	329 円/月	493 円/月	493 円/月
⑦ 一体的サービス提供体制加算	493 円/月	493 円/月	986 円/月	986 円/月	1,479 円/月	1,479 円/月
⑧ 事業所評価加算	124 円/月	124 円/月	247 円/月	247 円/月	370 円/月	370 円/月
⑨ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	91 円/月	181 円/月	181 円/月	362 円/月	271 円/月	543 円/月
⑩ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	74 円/月	148 円/月	148 円/月	296 円/月	222 円/月	444 円/月
⑪ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	25 円/月	50 円/月	50 円/月	99 円/月	74 円/月	148 円/月
⑫ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）	103 円/月	103 円/月	206 円/月	206 円/月	309 円/月	309 円/月
⑬ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）	206 円/月	206 円/月	411 円/月	411 円/月	617 円/月	617 円/月

⑭ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	21 円／回	21 円／回	41 円／回	41 円／回	62 円／回	62 円／回
⑮ 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6 円／回	6 円／回	11 円／回	11 円／回	16 円／回	16 円／回
⑯ 科学的介護推進体制加算	41 円／月	41 円／月	82 円／月	82 円／月	123 円／月	123 円／月
介護職員等処遇改善加算						
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 9.2%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 9.0%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 8.0%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 6.4%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。

○時間外の取り扱いについて

時間外のご利用につきましては、緊急の場合を除いては取扱いしておりません。

○利用料金の取り扱いについて

①緊急の事由等で要支援認定を受けていない方が利用される場合は、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。要支援認定を受けた後に、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。

(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通常の事業実施区域（柏市、我孫子市）外の送迎	実走 1 k m毎に 5 0 円
②外出時の駐車場・有料道路等の費用	実費
③行事	材料費の実費 経費が掛かる場合は実費
④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
⑤破損等修理 ご契約者が施設内の器物を損壊した場合には、修理に係る費用をご負担いただきます。	実費
⑥複写物の交付	1 枚 1 0 円 (モノクロ) 1 枚 5 0 円 (カラー)
⑦写真の交付	1 枚 5 0 円

※費用負担が発生する行事およ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や代理人等にご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

(1) および(2)の料金・費用は1か月毎に精算します。以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ①金融機関指定口座から自動引き落とし
- ②郵便局指定口座から自動引き落とし

(4) 利用の中止について

利用を中止される場合は、利用日の前々日までにご連絡ください。

(5) 利用中の医療について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、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。

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. 施設をご利用頂けない場合

以下のような事由が発生した場合は契約終了となります。

- 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又は要介護状態と判断された場合
- 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又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解除を申し出ることができます。その場合は、契約解除を希望する日の7日前までに文書にてお知

らしてください。ただし、契約書第20条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21条による場合は契約解除をしていただく場合があります。

⑧契約書第21条3項に規定する「契約者及び家族」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」

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
- ・刃物に向ける、服を引きちぎる、手をはらいのける
- ・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20条の場合等）

- ①介護保険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事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③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通所介護及び第1号通所事業を実施しない場合
- ④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
- ⑤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・財産・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他の利用者のご契約者の身体・財産・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける具体的な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21条の場合等）

- ①ご契約者及びご家族が、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ご契約者が、故意または重大な過失により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・財産・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。事業者は、ご契約者及びそのご家族からあらかじめ書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議や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用いませぬ。

- ① ご契約者に提供する介護サービス等
- ② 介護保険事務
- ③ ご契約者のために行う管理運営業務
(利用に係る管理、会計、事故報告、介護及びサービスの向上等)
- ④ 施設の管理運営業務
(介護サービスや業務の維持改善に係る基礎資料の作成、施設において行われる学生等への実習の協力、職員の教育のために行う事例研究等)

（2）第三者への提供

当施設では、下記の利用目的のためにご契約者及びご家族等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 他の介護保険事業所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. 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、賠償すべき事故の場合には、速やかに賠償を行うなど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。

1 1. 代理人

契約書第23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、ご契約者によってその権利義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。

1 2. 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付いたします。

○苦情受付担当者	生活相談員
○受付時間	月曜日～土曜日（年末年始を除く） 8：30～17：30
○受付方法	電話 04-7135-1553 FAX 04-7135-1662

(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

1 3. 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、ご契約者からの聴取・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は行いません。やむを得ず身体拘束等を行なう場合は、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の請求に応じてこれを閲覧させ複写物の交付をします。

1 4. 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）
- 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

快適にご利用いただけるよう、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こ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) 喫煙

- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

(4) 施設・設備使用上の注意

- 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。
- 故意または注意を怠り過失により施設・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事者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。

1 5. 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が心身や病状等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

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

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