

(介護予防認知症対応型共同生活介護)

グループホーム 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  
(柏市指定 第1292200431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

ユ ニ ッ ト：

居 室 番 号：

## 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 介護予防認知症対応型共同生活介護／平成27年4月1日指定  
(柏市指定 第1292200431号)
- (2) 施設の名称 グループホームホーム マザーズガーデン
- (3) 施設の目的 指定介護予防認知症対応型共同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、又、契約者の意思及び人格を尊重  
して指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供し  
ます。明るく、家庭的な雰囲気を大切にした運営を行います。
- (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 1971.61㎡
- (6) 併設事業 (柏市長の事業者指定／定員)  
地域密着型介護老人福祉施設 第1292200423 / 29名
- (7) 本体施設 (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1272201524 / 10名  
※通所介護 第1272201532 / 45名  
居宅介護支援 第1272201557  
※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1106番5  
○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 04-7134-3411  
F A X 04-7134-3412
- (10) 管理者氏名 椎橋 隆太

- (11) 法人理念 一人は皆のために、皆は一人のために  
(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27年4月1日  
(14) 入居定員 18名

### 3. 入居対象者

- (1) 当施設に入居できるのは、認知症の診断を受け、要支援2と認定された方が対象となります。
- (2) 入居時に要支援2の認定を受けている方であっても、入居後に要介護認定者でなくなった場合、また要支援1の認定を受けた場合には、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、認知症対応型共同生活介護サービスがご利用いただけます。

### 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、入居後作成する「介護予防認知症対応型共同生活介護計画」で定めます。

「介護予防認知症対応型共同生活介護計画」の作成及び変更は次のとおり行います。

- ①当施設の計画作成担当者が介護予防認知症対応型共同生活介護計画の原案作成や、そのために必要な調査等の業務を担当します。



- ②計画作成担当者は介護予防認知症対応型共同生活介護計画の原案について、ご契約者及びそのご家族等に対し、同意を得たうえで決定します。



- ③介護予防認知症対応型共同生活介護計画は、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変更します。



- ④介護予防認知症対応型共同生活介護計画が変更された場合には、ご契約者及びそのご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。



## 5. 居室の概要

当施設では、9名単位の高齢者が一つのユニットを構成して、そのユニットごとに食堂、リビングや談話スペース等の共用部分があります。ご契約者は、ユニット内の皆様と家庭的な雰囲気の中で生活していただくことになります。ご利用いただく居室は、全て個室です。

居室・設備の種類	室数	面積	設備等
個室（洋室）	18	約11.20㎡（有効9.96㎡）	洗面台・ベッド・ナースコール
食堂	2	流し台・冷蔵庫・テレビ他	
浴室	3	個浴・機械浴	

**※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。いずれの場合も、ご契約者及びご家族等と協議の上決定するものとします。

### ※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、湯呑み、マグカップなど
- 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。
- ③家具等・・・居室に入れることのできる範囲でお持込みください。
- ④仏具・・・ろうそく・線香はご遠慮ください。

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

- ①居室内での喫煙はご遠慮ください。
- ②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。
- ③退居の際には、ご入居の期間に関わらず、原状回復を目的とした居室のクリーニング、修繕に係る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認知症対応型共同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
管理者	1名	地域密着型介護老人福祉施設兼務
計画作成担当者	名	うち1名は介護支援専門員兼務
介護職員	名	
介護支援専門員	名	計画作成担当者兼務
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

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。

【管 理 者】 責任者として施設を管理します。

【計画作成担当者】 ご契約者の認知症対応型共同生活介護計画を作成するとともに、連携する地域密着型介護老人福祉施設、医療機関等との連絡、調整等を行います。

【介 護 職 員】 ご契約者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。

【介護支援専門員】 計画作成担当者の業務監督を行います。

【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（食材料費は全額自己負担） 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）と食材料費、家賃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2	749単位

○家賃・食材料費

家賃	月額102,000円（30日の場合）	日割り計算の場合は、1日あたり3,400円
食材料費	月額66,000円（30日の場合）	日割り計算の場合は、1日あたり2,200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）

	要支援2
1. サービス利用料金	7,692円/日
2. 介護保険給付額	6,922円/日
3. 自己負担額（1-2の額）	770円/日
4. 家賃	3,400円/日
5. 食材料費	2,200円/日
※自己負担額合計（3+4+5の額）	6,370円/日

○サービス利用料金表（2割負担の場合）

	要支援2
1. サービス利用料金	7,692円/日
2. 介護保険給付額	6,153円/日
3. 自己負担額（1-2の額）	1,539円/日
4. 家賃	3,400円/日
5. 食材料費	2,200円/日
※自己負担額合計（3+4+5の額）	7,139円/日

○サービス利用料金表（3割負担の場合）

	要支援2
1. サービス利用料金	7,692円/日
2. 介護保険給付額	5,384円/日
3. 自己負担額（1-2の額）	2,308円/日

4. 家賃	3,400 円/日
5. 食材料費	2,200 円/日
※自己負担額合計 (3+4+5の額)	7,908 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)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
① 夜間支援体制加算 (Ⅱ)	26 円/日	52 円/日	77 円/日
② 若年性認知症利用者受入加算	124 円/日	247 円/日	370 円/日
③ 入院時費用	253 円/日	506 円/日	758 円/日
④ 初期加算 (入居から 30 日以内の期間)	31 円/日	62 円/日	93 円/日
⑤ 退居時情報提供加算	257 円	514 円	771 円
⑥ 退居時相談援助加算	411 円/回	822 円/回	1,233 円/回
⑦ 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	103 円/月	206 円/月	309 円/月
⑧ 生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	206 円/月	411 円/月	617 円/月
⑨ 栄養管理体制加算	31 円/月	62 円/月	93 円/月
⑩ 口腔衛生管理体制加算	31 円/月	62 円/月	93 円/月
⑪ 口腔・栄養スクリーニング加算	21 円/回	41 円/回	62 円/回
⑫ 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	3 円/日	6 円/日	9 円/日
⑬ 認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	5 円/日	9 円/日	13 円/日
⑭ 認知症チームケア推進加算 (Ⅰ)	154 円/月	308 円/月	612 円/月
⑮ 認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)	124 円/月	247 円/月	370 円/月
⑯ 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	103 円/月	206 円/月	309 円/月
⑰ 生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	206 円/月	411 円/月	617 円/月
⑱ サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	23 円/日	45 円/日	68 円/日
⑲ サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	19 円/日	37 円/日	56 円/日
⑳ サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	7 円/日	13 円/日	19 円/日
㉑ 科学的介護推進体制加算	41 円/月	82 円/月	123 円/月
㉒ 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)	11 円/月	21 円/月	31 円/月
㉓ 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	6 円/月	11 円/月	16 円/月
㉔ 新興感染症等施設療養費	247 円/日	493 円/日	740 円/日
㉕ 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	103 円/月	206 円/月	309 円/月
㉖ 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	11 円/月	21 円/月	31 円/月
<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以外の加算を加え算定した額の 18.6%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以外の加算を加え算定した額の 17.8%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以外の加算を加え算定した額の 15.5%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以外の加算を加え算定した額の12.5%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朝、昼、夕の3食を食べない日の食材料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おむつ代	実費
②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	1時間 2,000円 ※職員一人あたりの費用 実走1km毎に50円
③夜間等緊急受診対応後の職員帰路に係る交通費	実費
④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
⑤外出、通院移送時の駐車場・有料道路等の費用	実費
⑥理容	実費
⑦行事・クラブ活動	材料の実費 経費が掛かる場合は実費
⑧金銭出納管理	1か月 4,500円
⑨貴重品の管理 ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。 ○お預かりするもの：金銭出納管理以外の預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書、その他貴金属等の貴重品 保管管理者の責任において、施設内金庫にて厳重に保管いたします。 ○出納方法：金銭出納管理と同様の方法で管理いたします。	1か月 3,000円
⑩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
⑪不測の事態の対応	実費

(例) ご契約者が行方不明になるなど、捜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。	
⑫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。	家財賠償責任保険の加入をおすすめします。
⑬複写物の交付	1枚 10円 (モノクロ) 1枚 50円 (カラー)
⑭写真の交付	1枚 50円
⑮個別に希望する各種証明書の発行、各種手続きの代行費用 社会保障制度に関する手続き費用は、含みません。	1件 300円
⑯診療・薬剤・その他治療に要する費用	医療保険本人負担額 インフルエンザ予防接種費用 個別に必要な医療器具・消耗品等の費用

※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原則として変更を行う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。尚、1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて求めた額とします。

- 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) 確認事項 ※ 該当する項目のいずれかにレ点をお願い致します。

#### ①金銭出納管理サービスについて

入居者または身元引受人は当施設に対し、日常的な生活費用等に関する支払い代金を依頼することができます。

- ・通院時にかかる医療機関等へ支払う医療費、薬代
- ・公租公課（税金の他、社会保険料、国民健康保険料、公共料金等を含む）の支払い
- ・福祉サービスの自己負担金の支払い
- ・個人で申込みをした新聞、雑誌、衣料代、嗜好品代、その他日常生活雑貨等の支払い
- ・その他、入居者、身元引受人等が特別に依頼した事項（但し、重要な財産の管理処分を除く）

預かり金については、他者の預かり金と混同しないよう個別の管理を行い、金銭出納管理の状況を毎月書面にてご報告いたします。

- 金銭出納管理サービスを利用します（但し、月額2万円を限度とします。）  
 金銭出納管理サービスを利用しません

②医療機関（協力医療機関を含む）への受診について

医療機関への受診は、当施設の判断で必要と認められた場合に行います。その際、緊急搬送以外は、原則身元引受人等による付き添いにご協力をお願いいたします。

入居者または身元引受人からの依頼及び依頼された医療機関への受診につきましては、原則、身元引受人等による付き添いが必要となります。

- 同意します  
 同意できません(理由: \_\_\_\_\_)

③入居者の個人情報の取扱いについて

入居者が日常生活を円滑に営む為、契約者の個人情報を関係機関等と共有し、用いることがあります。その際、当施設では下記事項を厳守いたします。

○個人情報を関係機関と共有し、もちいる主な事例

- ・ サービス担当者会議・ケース会議等
- ・ 医療機関等との連携
- ・ 行政等、公的機関との必要な情報提供

○個人情報の取扱いに関する厳守事項

- ・ 個人情報は、サービス提供に伴う目的以外に使用いたしません
- ・ 個人情報は、当該個人情報管理規定に則り、適正、安全に管理いたします
- ・ 契約者及び代理人等の親族より、当該個人情報の開示、訂正、利用停止の要望があった場合は、適切に対応いたします。

- 入居者の個人情報の取扱いについて説明を受け、その内容に同意します

(5) 入居中の医療について

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。

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
-----------	------------

## 8. 施設を退居していただく場合

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退居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要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立及び要支援1、または要介護状態と判断された場合。

※要介護状態と認定された方は、認知症対応型共同生活介護サービスをご利用いただけます。

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ホームを閉鎖した場合

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退居を申し出ることができます。その場合は、退居を希望する日の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17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19条による場合は退居をしていただく場合があります。

⑧契約書第19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」

入居者、契約者、身元引受人および入居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17条及び18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契約者が入院した場合
  - ④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認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合
  - ⑤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
  - ⑥事業者もしくはサービス従事者の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
  - ⑦他の利用者がご契約者の身体・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19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等の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
  - ④ご契約者が連続して3か月以上病院または診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
  - ⑤ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合
  - ⑥ご契約者の医療行為、処置が、当施設での対応範囲を超えると嘱託医等が判断した場合

※④のご契約者が入院された場合の対応については以下のとおりです

○3か月以内の入院の場合

ご契約者が病院等に入院された場合、ご利用の居室は、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）として利用させていただく場合があります。その際、お持ち込みの家具等は当施設にて移動・保管させていただきます。尚、3か月以内に退院される場合は優先的に当施設にご入居いただけるよう努めます。

○3か月以内の退院ができないもしくは見込まれない場合

3か月以内に退院ができないもしくは見込まれない場合、契約は解除されます。この場合の再入居は、改めてお申込をいただく必要があります。

## 9. 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。

## 10. 身元引受人

契約書第23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契約終了後のご契約者の受け入れ先の確保
- ④ご契約者が死亡した場合・その他、契約が終了した場合のご遺体および残置物の引き取り等の処理

## 11. 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。

## 12. 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 | 計画作成担当者                             |
| ○受付時間    | 年末年始を除く<br>8:30～17:30               |
| ○受付方法    | 電話 04-7134-3411<br>FAX 04-7134-3412 |

### (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)

千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課  
電話 043-254-7428

## 13. 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) 外出・外泊について

外出・外泊される場合は、必ず生活相談員へご相談ください。

(5) 食事

食事が不要の場合は、3日前までにお申し出ください。

3日前までにお申し出いただいた場合で、3食が不要の場合は、1日分の食材料費を利用料金から差し引きます。

(6) 喫煙

○決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

(7) 飲酒

○酒類をお持込の場合、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。

(8) 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。

○他の利用者またはサービス従事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。

(9) 家族等の宿泊

ご契約者のご家族等の宿泊は、必ず事前に管理者、計画作成担当者にご相談ください。

#### 1 4. 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を賠償いたします。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。

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 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

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

グループホーム 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。

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

入居者\_\_\_\_\_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