

社会福祉法人多聞福祉会

ユニット型特別養護老人ホーム 彌栄苑

重要事項説明書

当施設はご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。サービスの内容、契約上ご注意ください。以下の通り説明します。

※入所対象者は原則として、介護保険法第14条に規定に基づく介護認定審査会において認定された要介護状態区分が要介護3から要介護5までの方で、常時介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な方となります。ただし、要介護1または要介護2と認定された方であっても、やむを得ない事由により居宅での生活が困難であると認められる方は、介護保険の保険者である市町村の適切な関与の下、特例的に施設への入所を認められます。

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人多聞福祉会 |
| (2) 住所 | 福岡県八女郡広川町大字新代字長淵 1432 番地の 14 |
| (3) 電話番号 | 0943-32-4384 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 吉山 武壽 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 61 年 7 月 29 日 |

2. ご利用施設

- | | |
|-----------|--|
| (1) 施設の種別 | 指定介護老人福祉施設（平成 26 年 1 月 31 日指定） |
| (2) 施設の目的 | 介護保険法令の趣旨に従い、契約者が有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援し、又必要な居室及び共用施設を使用させ、介護福祉施設サービスに係る保険給付対象サービス及び対象外のサービスを提供します。 |
| (3) 施設の名称 | ユニット型特別養護老人ホーム 彌栄苑 |
| (4) 指定番号 | 4 0 7 8 4 0 0 3 2 4 |
| (5) 住所 | 福岡県八女郡広川町大字新代 1432 番地 14 |
| (6) 電話番号 | 0 9 4 3 - 2 4 - 8 8 0 0 |
| (7) 施設長 | 香田 由紀子 |
| (8) 事業所理念 | 和やか 健やか 穏やかな暮らしの場を笑顔と優しさで支えます。 |
| (9) スローガン | 日々前進 |
| (10) 開設年月 | 平成 2 6 年 2 月 1 日 |
| (11) 入所定員 | 3 0 人 |

3. 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。（但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に添えない場合もあります。）

居室・設備の種類	室数	備考
個室	30室	内トイレ付8か所
共同生活室(リビング)	4室	各ユニット
共同トイレ	14室	各ユニット計3箇所
浴室	4室	個人浴槽、機械浴、特殊浴槽
医務室	1室	1階

※この施設・設備の利用にあたって、居室代以外にご契約者に特別ご負担いただく費用はありません。また、ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設で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の変更をお願いする場合があります。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設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。

(1) 施設の職員体制

職 種	指定基準	
施設長	1名	1名(通所介護管理者、特別養護老人ホーム施設長と兼務)
医師	必要数	協力医
介護支援専門員	1名	1名(生活相談員と兼務)
生活相談員	1名	1名(介護支援専門員と兼務)
介護職員	10名	15名以上(常勤換算)
看護職員	1名	1名以上(常勤換算)
管理栄養士	1名	1名(特別養護老人ホームと兼務)
機能訓練指導員	1名	1名

(2) 勤務体制

職種	標準的な時間帯における最低配置人員		
施設長	9:00～18:00	1名	
協力医	15:00～16:30	1名(必要時)	
介護支援専門員	9:00～18:00	1名	
生活相談員	9:00～18:00	1名	
介護職員	6:30～15:30	4名, 10:30～19:30	4名, 16:30～ 9:30 2名
看護職員	8:30～17:30	1名	
管理栄養士	9:00～18:00	1名	
機能訓練指導員	9:00～18:00	1名	
事務職員	9:00～18:00	2名	

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第3条参照)

1 食事時間	朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき、食事提供が必要な場合は、療養食を提供します。
2 介護	食事等の介助、口腔ケア、着替え介助、排泄介助、オムツ交換、体位交換、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話
3 入浴	入浴または清拭を最低週2回以上行います。状態によりシャワー浴となる場合があります
4 機能訓練	入居者の状況に応じて機能訓練を実施します。
5 その他自立支援	寝たきり防止のため、ご契約者の身体状況を考慮しながら、できる限り離床に配慮します。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。清潔で快適な生活が送られるよう、適切な整容の援助を行います。

<サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、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額を除いた金額（自己負担額）と、食事に係る自己負担額、居室にかかわる自己負担額の合計金額をお支払い下さい。また、自己負担の額は介護保険負担割合証に記載された割合を基に算定されます。なお、下記に記した加算についても同様です。

一日にかかる利用料の金額

ご契約者の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1, サービス利用に係る自己負担額 <1割負担の方>	670 円	740 円	815 円	886 円	955 円
1, サービス利用に係る自己負担額 <2割負担の方>	1,340 円	1,480 円	1,630 円	1,772 円	1,910 円
1, サービス利用に係る自己負担額 <3割負担の方>	2,010 円	2,220 円	2,445 円	2,658 円	2,865 円
2 居室に係る自己負担額	2,066 円				
3 食事に係る自己負担額	1,445 円				
自己負担額合計（1+2+3） <1割負担の方>	4,121 円	4,191 円	4,266 円	4,337 円	4,406 円
自己負担額合計（1+2+3） <2割負担の方>	4,791 円	4,931 円	5,081 円	5,223 円	5,361 円
自己負担額合計（1+2+3） <3割負担の方>	5,461 円	5,671 円	5,896 円	6,109 円	6,316 円

※上記の自己負担額合計分に加算料金がプラスされます。

◎加算料金

①初期加算 30 円/日 2 割：60 円/日 3 割：90 円/日

※新規入居後より 30 日間、または 30 日を越える入院をし、退院後 30 日間。

②口腔衛生維持管理体制加算 I 30 円/月 2 割：60 円/月 3 割：90 円/月

口腔衛生管理加算 II 110 円/月 2 割：220 円/月 3 割：330 円/月

※歯科医師、歯科衛生士による口腔ケアに係る技術的助言及び指導する場合に評価を行う。

③個別機能訓練加算 12 円/日 2 割：24 円/日 3 割：36 円/日

個別機能訓練加算 II 20 円/月 2 割：40 円/月 3 割：60 円/月

※機能訓練指導員により個別に機能訓練の計画を立てて生活に基づいた機能訓練を提供します。

④療養食加算(対象者のみ) 6 円/回 2 割：12 円/回 3 割：18 円/回

※医師、管理栄養士等が共同しご契約者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従い栄養管理を行います。

⑤排泄支援加算(対象者のみ) 100 円/月 2 割：200 円/月 3 割：300 円/月

※排泄障害等の為、排泄に介護を要する入居者に対し、多職種協働して支援計画を作成し、計画に基づく支援を行います。

⑥褥瘡マネジメント加算（対象者のみ） 10 円/月 2 割：20 円/月 3 割：30 円/月

褥瘡マネジメント加算 II（対象者のみ） 13 円/月 2 割：26 円/月 3 割：39 円/月

※入居者の褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づいて計画的に褥瘡管理を行います。

⑦若年性認知症入所者受け入れ加算(対象者のみ) 120 円/日 2 割 : 240 円/日 3 割 : 360 円/日

※受け入れた若年性認知症利用者ごとに担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに合わせたサービス提供を行う。

⑧看護体制加算 (I) ロ 6円/日 2割 : 12円/日 3割 : 18円/日

※常勤の看護師を1名配置し、より専門的に心身の健康管理を行います。

⑨日常生活継続支援加算(II) 46円/日 2割 : 92円/日 3割 : 138円/日

※重度の要介護状態の者や認知症である者等が積極的に入所し又資格を有する職員を手厚く配置し質の高いサービスを提供します。可能な限り個人の尊厳を保持しつつ日常生活を継続していきます。

⑩科学的介護推進体制加算 I 40 円/月 2 割 : 80 円/月 3 割 : 120 円/月

科学的介護推進体制加算 II 50 円/月 2 割 : 100 円/月 3 割 : 150 円/月

※さまざまなケアにより記録している利用者の状態像に関する情報について、厚生労働省が指定するデータベースに情報提供をし、得られるフィードバックをもとに、PDCAによりケアの質を高めていく取り組みを行います。

⑪安全対策体制加算 20 円/入居時1回 2 割 : 40 円/入居時1回 3 割 : 60 円/入居時1回

※安全対策担当者が、施設における安全対策についての専門知識等を外部における研修において身につけ、自施設での事故防止検討委員会等で共有を行い、施設における安全管理体制をより一層強化しています。

⑫生産性向上推進体制加算 II 10 円/月 2 割 : 20 円/月 3 割 : 30 円/月

※介護ロボットやITC等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援

⑬高齢者施設等感染対策向上加算 I 10 円/月 2 割 : 20 円/月 3 割 : 30 円/月

※施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内での感染者の療養を行うこと。

⑭協力医療機関連携加算 I 100 円/月 2 割 : 200 円/月 3 割 : 300 円/月

※協力医療機関との連携の下で適切な対応を行う体制作りを行います。

⑮退所時情報提供加算 250 円/回 2 割 : 500 円/回 3 割 : 750 円/回

⑯介護職員処遇改善加算 (I)

※所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数を算定×14.0%

◎その他の費用

・ご契約者が6日以内の外泊または入院をされた場合にお支払いいただく一日あたりの利用料金は下記の通りです。(契約書第19条、第22条参照)

1. サービス利用料金	2,460 円		
2. うち、介護保険から給付される金額	1 割 : 2,214 円	2 割 : 1968 円	3 割 : 1722 円
3. 自己負担額 (1-2)	1 割 : 246 円	2 割 : 492 円	3 割 : 738 円

◎居室と食事に係る費用はご契約者が利用料の減免の認定を受けているときはその認定に基づく支払を受けるものとします。世帯全員が市町村民税非課税の方〔市町村民税世帯非課税者〕や生活保護を受けている方で、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額となります。

※当施設の居住費・食費の負担額

利用者負担段階区分 (収入区分)		居住費	食費
利用者負担段階 1	(生活保護・福祉年金等)	880 円/日	300 円/日
利用者負担段階 2	(年金収入等 80 万円以下)	880 円/日	390 円/日

利用者負担段階 3-①	(年金収入等 80 万円超 120 万以下)	1,370 円/日	650 円/日
利用者負担段階 3-②	(年金収入等 120 万円超)	1,370 円/日	1,360 円/日
利用者負担段階 4	上記以外	2,066 円/日	1,445 円/日

◎ご契約者がまだ要介護認定を受けてない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただき

ます。要介護の認定を受けた後、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)介護保険の給付外サービス以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

1 食事の提供 料金：1日あたり 1,445 円

※注文食 こちらで基本提供されているもの以外を希望される場合、契約者の負担となります。

(要した費用の実費)

2 健康管理関係 インフルエンザ予防接種・入所時検査等、実費。

3 理容・美容 理容・美容サービスを実施しております。(要した費用は実費)

4 電気代 家電等の持込みの状況に応じて料金をご負担いただきます。

CDラジカセ テレビ 10 円/日

冷蔵庫 15 円/日

その他 家電 10kwh/月以上 20kwh/月未満 10 円/日

20kwh/月以上 25kwh/月未満 15 円/日

25kwh/月以上 20 円/日

※10kwh/月未満は頂きません。

5 入居者所持金品等預かり

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きます。(管理料 3000 円/月)

6 レクリエーション活動

レクリエーション活動に参加できます。利用料金：材料代等の実費をいただきます。

7 日常生活上必要となる諸費用

日常生活に要する費用で、ご契約者にご負担いただくことが適当であるもの（衣類・履物・嗜好品等）にかかる費用をご負担いただきます。日用雑貨等で、施設常備品外で希望する物については、実費相当額。

※『誤嚥性肺炎ゼロプロジェクト』口腔ケア物品費用

歯磨き粉 660 円、口腔ケアジェル 1320 円、歯ブラシ 220 円、タンクリーナー 660 円
スポンジブラシ 苑負担

8 契約書第 19 条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金は

ご契約者の要介護 度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
料金	7,320 円	7,980 円	8,690 円	9,340 円	9,980 円

※介護保険の法改正及び、経済状況の著しい変化や、その他やむを得ない事由がある場合は相応な額に変更することがあります。その場合は事前に変更の内容と変更する事由について、ご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月 10 日までにお支払い下さい。

(1ヶ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計算した金額とします。)

下記指定口座への振込 福岡銀行 広川支店 普通預金 1434788 (口座名義) 社会福祉法人多聞福祉会ユニット型 特別養護老人ホーム彌栄苑 施設長 香田 由紀子 *振込手数料は、ご契約者にてご負担をお願いいたします*

(4) 協力医療機関について

- ① 協力医療機関 吉山内科・整形外科 所在地：八女郡広川町新代 1432-14
- ② 姫野病院 診療科 総合診療 所在地：八女郡広川町新代 2316
- ③ 協力歯科医院 立山歯科医院 所在地：八女郡広川町新代 2352

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当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、以下のような事理由が無い限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退居していただくこととなります。

(契約書第 14 条参照)

- 1 要介護認定の更新において、2015年4月以降に入居されご契約者で、自立または要支援、要介護1又は2と判定された場合
- 2 事業者が解散した場合、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
- 3 施設の滅失や重大な毀損（壊れる）によりご契約者に対するサービス提供が不可能になった場合
- 4 当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 ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下(1)をご参照下さい。)
- 6 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下(2)をご参照下さい。)

(1) ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 15 条、第 16 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退居を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する 7 日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- 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 ご契約者が入院された場合
- 3 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護サービスを実施しない場合
- 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ご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合
- 6 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恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(2) 事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）（契約書第 17 条参照）以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- 1 ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本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**3ヶ月遅延**した場合、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 ご契約者が、故意または重大な過失により、事業所またはサービス従事者もしくは他の利用者の生命・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、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- 4 ご契約者が、**連続して3ヶ月**を超えて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 職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止する事が著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供する事が著しく困難になった場合

(3) ご契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 19 条参照）当施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

①短期（1～6日）入院の場合

6日以内に退院された場合、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。
1日あたり 1割負担：246円 2割負担：492円 3割負担：738円

②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、居住費として1日当たり2,066円をお支払いいただきます。

③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれず、契約を解除した場合であっても、退院された場合には、再び当施設に優先的に入居できるよう努めます。

(4)円滑な退居のための援助（契約書第18条参照）

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

※適切な病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介、居宅介護支援事業者の紹介、その他保健医療サービスまたはサービスの提供者の紹介

7. 残置物引取人（契約書第 21 条参照）

入居契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を「契約者代理人」とし、当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用についてはご契約者又は「残置物引取人」にご負担いただきます。

8. 身体拘束の禁止

原則として、ご契約者の自由を制限するような身体拘束を行わない事を約束します。ただし緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご契約者及びその家族へ説明し同意を得るとともにその様態及び時間、その際のご契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

9. 入所者の尊厳

契約者の人権・プライバシーの保護の為に業務マニュアルを作成し職員教育をします。

10. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年3回ご入居者及び職員等の訓練を行います。

11. 緊急時の対応

サービス提供時にご契約者の病状が急変した場合は速やかに主治医や協力医療機関へ連絡等必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応（契約書第25条参照）

サービス提供により事故が発生した場合にはご家族、市町村及び関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ事故の状況や事故の際してとった処置について記録し賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

13. 守秘義務に関する対策（契約書第9条参照）

施設及び職員は、業務上知り得た入居者またはその家族の秘密を保持します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

14. サービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施状況の有無（有・無）（実施年月日）
（評価機関） （評価結果）

15. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

当施設における苦情の受け付けは当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

(1) 苦情処理の体制及び職務等

①苦情解決責任者は以下の通りとし、苦情申し出人からの苦情に対し誠意を尽くして話し合いに臨み、苦情解決を円滑・円満に図ることを職務とする。

●苦情解決責任者〈職名〉 施設長 香田 由紀子

②苦情受付担当者は担当責任者とし、利用者又はその家族等からの苦情の受付、苦情内容及び利用者の意向等の確認と記録、受け付けた苦情及びその改善状況等の苦情解決責任者及び第三者委員へ報告を行う。

●苦情受付担当者〈職名〉 生活相談員 宮崎 秀典

③第三者委員は次の通りとし、苦情受付担当者が受けた苦情内容の報告聴取、苦情内容の報告を受けた旨の苦情申出人への通知、利用者又はその家族からの苦情の直接受け付け、苦情申出人への助言、事業者への助言、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの立ち合い及び助言、苦情解決責任者からの苦情に関わる事案の改善状況等の報告聴取、日常的な状況把握と意見傾聴を職務とする。

●多聞福祉社会評議員

・早野 陽一 0943-32-1629

・田中 仙一 0943-32-4289

※受付時間：月曜日～金曜日 10：00～16：00

※当苑玄関入り口に苦情受け付けボックスを設置しています。

(3) 行政機関その他苦情受け付け機関

広川町役場 福祉課高齢者支援係	所在地 広川町新代 1804-1 電話番号 0943-32-1113	受付時間 9：00～17：00
--------------------	---------------------------------------	-----------------

福岡県介護保険広域連合 柳川市・大木・広川支部	所在地 柳川市三橋町正行431 電話番号 0944-75-6301	受付時間 9:00~17:00
八女市役所 市民福祉部介護長寿課	所在地 八女市本町647番地 電話番号 0943-23-1353	受付時間 9:00~17:00
筑後市役所 市民生活部高齢者支援課	所在地 筑後市大字山ノ井898番地 電話番号 0942-53-4115	受付時間 9:00~17:00
久留米市役所 健康福祉部介護保険課	所在地 久留米市城南町15-3 電話番号 0942-30-9206	受付時間 9:00~17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 〒812-8521 福岡県博多区吉塚本町13番47号 電話番号 092-642-7833	受付時間 9:00~17:00
福岡県社会福祉協議会	所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町3-1-7 クローバープラザ6F 電話番号 092-584-3401	受付時間 9:00~17:00

16. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている入居者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保する為、下記の事項をお守り下さい。

1 面会 面会時間 10:00~16:00

※食べ物や金銭、貴金属等を持ち込まれる際は必ず職員にご一報ください。

※感染症等の理由により、面会については状況に応じて対応をしております。その都度確認をお願い致します。

2 外出・外泊（契約書第22条参照）

外出・外泊される場合は、事前にお申し出下さい。お迎えに来られた場合は、外出・外泊願いの記入をお願いいたします。なお、食事が不要な場合は、事前にお申し出下さい。1日に1食も食べてない場合の食事代の負担はありません。

3 貴重品の持ち込み

貴重品の持ち込みは原則禁止となっております。当施設では責任は負いかねますので持ち込まれる場合には、事務所に預けるか自己責任でお願いします。

17. 施設設備の使用上の注意（契約書第10条参照）

- 1 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい
- 2 故意にまたは重大な過失により施設の設備を壊したり、汚したりした場合にはご契約者の自己負担により原状に復して頂くか、または相当の代価をお支払い頂く場合があります。
- 3 ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、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。
- 4 当施設の他入居者や職員に宗教活動・政治活動・営利活動を行う事はできません。
- 5 喫煙は当施設外の喫煙スペース以外ではできません。
- 6 住居内でのペットの持ち込み及び飼育は原則禁止と致します。

18. 介護サービスの利用にあたっての留意事項（契約書第17条参照）

- 1 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- 2 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- 3 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

19. 損害賠償について（契約書第 11 条、第 12 条参照）

当施設において、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。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、ご契約者に故意または過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌(相手の事情・心情などをくみとること)して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

令和 年 月 日

介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職名 _____

氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護サービス実施の為サービス担当者会議等で
契約者並びに家族の情報をを用いる他、医療機関・居宅介護支援事業者への情報の提供を含め、指定介護福祉施設サービスの提供の開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者 住所 _____

氏名 _____ 印

契約者代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 ()