

社 会 福 祉 法 人 天 宣 会

ユニット型指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホームめぐみの里 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。
(事業所番号 1770301057)

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上にご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。



社会福祉法人 天宣会

令和6年8月1日改正

1. 施設経営法人

- | | |
|------------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 天宣会 |
| (2) 法人所在地 | 石川県小松市平面町ハ133番地1 |
| (3) 電話番号 | 0761-22-0111 |
| FAX | 0761-22-0126 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 西浦 天宣 |
| (5) 法人設立年月 | 平成16年9月22日 |

2. ご利用施設

- | | |
|--------------|---|
| (1) 施設の種類 | ユニット型指定介護老人福祉施設 |
| (2) 施設の目的 | <p>特別養護老人ホーム「めぐみの里」(以下「施設」という)が行う指定介護福祉施設サービス(以下「施設サービス」という)の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や従業者が要介護状態にある高齢者に対し、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、適切なサービス提供をすることを目的とする。</p> <p>特に、「ユニット型」施設としては居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うことにより、入居者の意思と自己決定を尊重したサービス提供をすることを目的とする。</p> |
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム めぐみの里 |
| (4) 施設の所在地 | 石川県小松市平面町ハ133番地1 |
| (5) 電話番号 | 0761-22-0111 |
| FAX | 0761-22-0126 |
| (6) 施設長(管理者) | 氏名 松村 昇 |
| (7) 当施設の運営方針 | <p>施設は、入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、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、入居前の居宅における生活と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入居者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。</p> <p>施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、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密接な連携に努める。</p> <p>地域社会で営まれる普通の生活が継続・実現できることを目標に、福祉サービスの質の向上を目指します</p> |
| (8) 開設年月 | 平成18年1月20日 |
| (9) 入居定員 | 90名 |

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下のユニット及び居室・設備をご用意しています。居室については、入居者、ご家族のご希望、居室の空き状況、入居者の心身の状況、各ユニットにおける入居者相互の社会的関係等を考慮して、施設で決定致します。(従ってご希望に沿えない場合もあります。)

	種 類	室 数	備 考
2 階	桜 (ユニット)	(個室) 10室	1号室～12号室
	皐月 (ユニット)	(個室) 8室	1号室～ 10号室
	向日葵 (ユニット)	(個室) 8室	1号室～10号室
	秋桜 (ユニット)	(個室) 8室	1号室～10号室
	水仙 (ユニット)	(個室) 10室	1号室～12号室
	撫子 (ユニット)	(個室) 10室	1号室～12号室
3 階	雛菊 (ユニット) ショート	(個室) 6室	1号室～11号室
	山吹 (ユニット) ショート	(個室) 6室	1号室～ 7号室
	鈴蘭 (ユニット)	(個室) 8室	1号室～10号室
	芙蓉 (ユニット)	(個室) 8室	1号室～10号室
	楓 (ユニット)	(個室) 10室	1号室～12号室
	銀杏 (ユニット)	(個室) 10室	1号室～12号室
合 計		(個室) 102室	
共同生活室兼機能訓練室		12室	各ユニット毎
診察室(休養室)		1室	1階
個人浴室		8室	うちリフト浴4室
特殊浴室		4室	機械浴槽設備
トイレ		82室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備のご利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：入居者及びご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等により施設でその可否を決定します。また、入居者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、入居者及びご契約者と協議のうえ決定するものとします。

☆家電製品（テレビ、冷蔵庫等）が必要で持ち込まれた場合は別途電気代が発生します。

4. 職員の配置状況

当施設では、入居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) 主な職員の業務（短期入所生活介護を含めた職員の配置状況です。）

- ①管理者 1名(兼務可) 施設の責任者としてその管理を統括します。
 - ②介護職員 34名以上 入居者の日常生活上の介護ならびに健康保持のための相談・助言等を行います。3名の入居者に対して1名以上の介護職員を配置しています。(看護師を含む常勤換算による)
 - ③生活相談員 1名以上 入居者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。1名以上の生活相談員を配置しています。
 - ④看護職員 3名以上 主に入居者の健康管理や療養上のお世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。3名以上の看護師を配置しています。
 - ⑤機能訓練指導員 1名以上 入居者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するために訓練を行います。1名以上の機能訓練指導員を配置しております。
 - ⑥介護支援専門員 1名以上 入居者に係る施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。1名以上の介護支援専門員を配置しています。
 - ⑦医師 必要数 入居者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。1名以上の医師を配置しています。(非常勤嘱託医)
 - ⑧管理栄養士 **また 1名以上** 入居者に係る栄養マネジメントに基づく栄養計画の作成及び献立の管理を行います。1名以上の管理栄養士を配置しています。
- 主な職員の配置状況（職員の配置については、指定規準を遵守しています。）
 ※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週 土曜日 13:30~15:00
2. 介護職員	標準的な人員配置時間帯 早番： 7:00~16:00 普番： 8:30~17:30 遅番： 10:00~19:00 夜勤： 16:00~ 9:00
3. 看護職員	標準的な人員配置時間帯 早番： 7:30~16:30 普番： 8:30~17:30 遅番： 9:00~18:00
4. 機能訓練指導員・管理栄養士	普番： 8:30~17:30

☆土・日・祝日は上記と異なる場合があります。

5. 当施設が提供するサービス

当施設では、入居者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

食事

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・入居者の自立支援のため離床して共同生活室にて食事をとっていただくことを原則としています。
(食事時間) 朝食：7：30～9：00
昼食：11：30～13：00
おやつ：15：00～15：30
夕食：17：30～19：00

①入浴

- ・入居者の身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう適切な方法により入居者の希望に沿った入浴を提供します。
- ・寝たきりの方でも機械浴槽（特殊浴室）を使用して入浴することができます。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員により入居者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、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れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

⑥レクリエーション、クラブ活動

- ・入居者のご希望により行事、レクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。

6. 介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金

以下のサービスは、ご利用料金の全額がご契約者のご負担となります。

(1) 理髪サービス

月に1回、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。但しご利用に際する費用は、施設で立替え、後日引き落としとなります。

料金は施設内に掲示してあります。(物価変動に伴い料金変更もあります。)

その他の諸費用

① 日常生活上必要となる諸費用実費

入居者の日常生活に要する費用で入居者にご負担いただくことが適当であるものに係る費用の実費をご負担いただきます。

必要に応じて、栄養補助食品や本人用のクッションを購入して頂く場合があります。

基準のおむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

② 行事・趣味活動・レクリエーションの際の入場料等

野外レクリエーション行事によって、入場料等が発生する際は、その実費を入居者が業者等にお支払いしていただくこととなります。

③ 契約書第20条第2項に定める所定の料金

入居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（1日当たり）

7. 利用料金の支払方法

(1) 支払期日

前記5、6の(1)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22日までに以下の方法でお支払い下さい。なお、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、(預り金管理サービス利用料を除く)ご利用日数に基づいて計算した金額とします。

(2) 支払方法

①原則自動振替とさせていただきます。

ご家族又は入居者名義の口座からの自動振替にて、お支払いいただきます。振替日はご利用月(月末締め)の翌月22日となります。

なお、上記方法によりがたい場合は、個別に相談致します。

②取り扱い金融機関

銀行、農協、ゆうちょ銀行等県内金融機関がご利用になれます。

8. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者又は入居者の希望により、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。(但し、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。又、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものではありません。)

①協力医療機関

1) 名 称	小野江医院
所 在 地	小松市長田町甲1番地
主な診療科	内科

2) 名 称	森田病院
所 在 地	小松市園町木99番地1
主な診療科	整形外科・内科・外科

3) 名 称	小松市民病院
所 在 地	小松市向本折町木60番地
主な診療科	内科

②協力歯科医療機関

名 称	長歯科医院
所 在 地	小松市平面町力186番地1
主な診療科	歯科

※施設入居にあたり可能な方は主治医が嘱託医に変更となります。嘱託医による健康管理や療養指導については、介護保険給付サービスの対象となります。

※施設入居にあたり、口腔内(義歯等)の状態を確認する為、協力歯科医(長歯科医院)に診察を受けていただく場合があります。

9. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

契約の有効期限は、契約締結日からご利用者の要介護認定の満了日までですが、契約満了日に2日前までにご契約者から契約の終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され以後も同様となります。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスをご利用することができます。

- ① 入居者が死亡された場合
- ② 要介護認定により入居者の心身の状況が自立、要支援又は要介護1、2と判定された場合
※要介護1、2と判断されても特例措置として入居継続できる場合があります。
- ③ 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ホームを閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ 入居者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。）
- ⑦ 事業者から退所の申し出を行なった場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）入居者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、契約者又は入居者から、当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所をご希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、以下の場合には即時にご契約を解約・解除し施設を退所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、若しくはその他の諸費用の変更に同意できない場合
- ② 入居者が入院された場合
- ③ 事業者若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老人福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・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がたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の入居者が、入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、若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、当施設から退所していただくことがあります。

- ① 入居者及びご契約者が、契約締結時に、入居者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
- ③ 入居者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、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 入居者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の入居者等の生命・身体・財物・信用等傷つけ、又は著しい不信行為を行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 入居者が連続して2ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合
- ⑤ 入居者が介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合
- ⑥ ご利用者が連続して60日以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合。
なお、ご利用者が退院し、7日以内に再び同一又は類似の疾患により入院した場合は、前後の入院は連続するものとします。

(3) 円滑な退所のための援助

入居者が当施設を退所する場合には、入居者のご希望により、事業者は入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を入居者に対して速やかに行います。

- ① 適切な病院若しくは診療所又は介護老人保険施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ④ その他保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

10. サービス提供における事業者の義務

当施設は、入居者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入居者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②入居者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護師、若しくは主治医又は協力医療機関と連携し、入居者又はご家族から聴取、確認の上でサービスを実施します。
- ③入居者が受けている要介護認定の有効期間の満了日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事業者は入居者の心身の状況等を適宜、ご家族に報告するとともに要介護認定の更新等により、入居者の要介護度に変更された場合には、速やかにご家族に通知します。
- ⑤入居者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、入居者若しくはその代理人の請求に応じて閲覧、又は複写物を交付します。
- ⑥原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。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、事前に入所者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所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。
- ⑦事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た入居者又はご家族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。(守秘義務)但し、入居者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に入居者の心身等の情報を提供します。また、入居者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、入居者の同意を得ます。
- ⑧サービス提供により事故が発生した場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に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。
- ⑨施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、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消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。
- ⑩入所者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、入所者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。入所者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身元引受人（ご契約者が親族の場合は、身元引受人はご契約者とします。）

契約締結にあたり、入居者の親族等に身元引受人をお願いしております。

※入居契約締結は、身元引受人2名とし、同一生計親族不可となっております。

(身元引受人には、次の責務を負っていただきます。)

(1) 残置物引取

入所契約が終了した後、当施設に残された入居者の所持品（残置物）を入居者自身が引き取れない場合は、身元引受人に「残置物」の引取をお願いいたします。

また、引渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担いただきます。

(2) 医療機関入院時の保証人

医療機関に入院する際は、医療機関から必ず親族等に保証人を立てることを求められます。また、治療の指針を決定する際にも親族等の了承が必要となります。そのときの保証人と治療指針等のご判断をお願いいたします。

(3) 入居者が死亡した場合

入居者がなくなった場合の御遺体のお引取りと葬儀等に関する諸手続きをしていただきます。

(4) 入居者が退居される場合

入居者が退居される場合、円滑な退居のためのご相談に応じていただきます。

12. 苦情の受付について

(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ます。

①苦情解決責任者：特別養護老人ホームめぐみの里 管理者

②苦情受付担当者：特別養護老人ホームめぐみの里 特養生活相談員

③第三者委員：永江 庸悦

石川県小松市串町チ43

電話番号 0761-44-2232

にし
：西 サナエ

石川県小松市串町チ12

電話番号 0761-44-1991

○連絡先電話番号：0761-22-0111

○受付時間：毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

小松市役所長寿介護課	所在地 電話番号 受付時間	小松市小馬出町91 0761-24-8148 8:30～17:15
石川県国民健康保険団体連合会 高齢者介護サービス苦情110番	所在地 電話番号 受付時間	金沢市幸町12番1号 076-231-1110 9:00～17:00
石川県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 電話番号 受付時間	金沢市本多町3丁目1番10号 076-234-2556 9:00～17:00

13. その他

下記の設備を誤って壊されたり、汚されたりした場合は原則、ご利用者のご負担により修理代金、クリーニング代金等をお支払頂く事となります。

- ① 寝具等（ベッド含む）、ナースコール
- ② 窓ガラス、カーテン、壁、壁紙
- ③ 椅子、チェスト、床頭台
- ④ 洗面台、便器
- ⑤ その他の施設設備

14. サービスの第三者評価の実施状況について

【実施の有無】	無
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

15. 当施設ご利用の際の留意事項

<p>訪問・電話について</p>	<p>訪問・電話の受付時間は8：30～17：30。 訪問時間及び電話時間に関して、上記時間をお守りください。 また、訪問の際は、面会届出書の記入をお願いします。 ※感染状況その他の影響により、受付時間を短縮する場合があります。</p> <p>新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染防止の為、施設への訪問をお断りすることがあります。</p> <p>※面会についてはテレビ会議システムを用いることにより代える場合や、実施を制限する場合があります。</p>
<p>外出・外泊</p>	<p>外出・外泊の際は、事前に職員にお伝え下さい。 感染症予防のため、外出・外泊についても制限する場合があります。</p>
<p>居室・設備・器具の利用</p>	<p>居室及び共用施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用して下さい。 故意に、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、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。</p>
<p>喫煙</p>	<p>建物内は原則禁煙となっています。</p>
<p>迷惑行為</p>	<p>当施設の職員や他のご利用者に対し、ハラスメントその他迷惑行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。 介護現場におけるハラスメントとは、『身体的暴力』、『精神的暴力』及び『セクシュアルハラスメント』を言います。末尾記載の例のとおり。</p> <p>介護現場での職員へのハラスメント（以下参照）が全国的な問題になっています。 ハラスメントを防止することが、介護サービスを継続して円滑に利用できるようご協力をお願いします。（厚生労働省老健局通達）</p>
<p>持込を禁止するもの</p>	<p>入居者の専用居室は、8畳程度です。介護する際の障害となるような大型家具やマッチ・ライター・ストーブ・線香・ローソク、刃物類など、事故や火災の危険性のあるものの持込は禁止いたします。 おもちゃ等のに詰まりやすい食べ物やなまものの持ち込みもご遠慮ください。</p>
<p>衣類の洗濯</p>	<p>当施設では、入居者の衣類の洗濯、乾燥を行います。洗濯機を使用し、衣類をまとめて洗濯、乾燥することになりますので、洗濯機で洗えないもの、縮まない素材の物をご準備下さい。（当施設での洗濯、乾燥で衣類の損傷等が生じた場合につきましては、当施設での責任は負いかねますのでご了承下さい。） 紛失や間違い防止のため持ち物には必ずお名前を書いて下さい。</p>

めぐみの里からのお願い	当施設の方針として、入居者様・ご家族様からの、職員へのご惠贈はすべてお断りさせていただいております。ご理解いただき、お許しください。万一、ご惠贈くださいましても拝辞させていただきますので、悪しからずご了承の程お願い申し上げます。
居室変更	当施設の運営状況、入居者様の心身状況、他の入居者様との関係性などの理由により居室移動することがあります。
事故について	24時間常に職員が付き添うこと、若しくは見守りすることは不可能なため、安全対策を施したにもかかわらず、転倒や転落等の事故が起こる可能性があることをご理解下さい。
介護保険負担割合について	介護保険では1割・2割・3割と負担割合で介護サービスの利用料金が変わります。発行されている負担割合証をご確認下さい。

★介護現場におけるハラスメント

1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。(職員が回避したため危害を免れたケースを含む)

例：○コップをなげつける ○蹴られる ○手を払いのけられる
○たたかれる ○手をひっかく、つねる ○首を絞める
○唾を吐く ○服を引きちぎられる

2) 精神的暴力

個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。

例：○大声を発する ○サービスの状況をのぞき見する ○怒鳴る
○気に入っている職員以外に批判的な言動をする
○威圧的な態度で文句を言い続ける ○刃物を胸元からちらつかせる
○「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
○家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする
○利用料金の支払を求めたところ、手渡しせずに、お金を床に並べてそれを拾って受け取るように求められた。
○利用料金を数か月滞納。「請求しなかった事業所にも責任がある」と支払いを拒否する
○長電話で職員を拘束する
○尿量の測定、体調管理等過度な要求を行う

3) セクシュアルハラスメント

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。

例：○必要もなく手や腕をさわる ○抱きしめる ○異性の裸の写真を見せる
○入浴介助中、あからさまに性的な話をする ○卑猥な言動を繰り返す
○サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる
○活動中の職員のジャージに手を入れる

(三菱総合研究所引用)

- 入居者に対するサービスの実施及び安全衛生等管理上の必要があると認められる場合には、入居者の居室に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。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。
- 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 喫煙

敷地内禁煙です。

4. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により入居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致します。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、入居者に故意又は過失が認められる場合には、入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。又、事業者の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

施設は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、施設は損害賠償責任を免れます。

- ①入所者又は代理人が、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ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ②入所者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③入所者の急激な体調の変化等、施設が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④入所者又は代理人が、施設及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

個人情報提供及び申請代行同意書

社会福祉法人 天宣会
理事長 西浦 天宣 殿

入居者に対する施設介護サービスの提供に際して、以下の事項について、個人情報を用いることに同意いたします。

また、介護保険更新認定及びその他の申請について、ご必要のある場合は当事業所職員がその申請代行をすることに同意いたします。

1. 必要に応じて、サービス担当者会議等に用いる場合
2. 必要に応じて、他のサービス提供事業者提供する場合
3. 治療等のため、医療機関に提供する場合
4. その他、正当な理由がある場合

写真掲載確認書

めぐみの里の利用における行事や活動の様子の写真を施設内の掲示板や広報誌・ホームページ等で掲載することについて、以下のいずれかに○を付けてください。

私は、写真を掲載することについて

() 同意します。

() 同意しません。

年 月 日

(入居者) 氏 名 _____

(ご家族) 氏 名 _____

(契約者) 氏 名 _____

重要事項説明に伴う同意書

年 月 日

指定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。

ユニット型指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームめぐみの里
説明者職名 生活相談員

氏 名

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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

(入居者) 氏 名 _____

(契約者) 氏 名 _____