

令和 7年 1月 1日

特別養護老人ホーム花ごよみ短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所  
重要事項説明書  
(空床利用型)

当施設は介護保険の指定を受けています。  
第 0370501926 号

当施設は、ご利用者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供します。施設の概要やご提供するサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 感謝の心
- (2) 法人所在地 岩手県花巻市南城 106 番地
- 電話番号 0198-29-5186
- FAX 0198-29-5158
- (3) 代表者氏名 理事長 森田 敏雄
- (4) 設立年月日 平成25年8月2日
- (5) 法人運営施設
  - 平成26年 4月 1日開設 特別養護老人ホーム花あかり 定員29名
  - 平成29年 7月20日開設 特別養護老人ホーム花みずき 定員29名
  - 平成31年 5月 1日開設 特別養護老人ホーム花あかり短期入所生活介護  
・介護予防短期入所生活介護事業所(空床利用型)
  - 平成31年 5月 1日開設 特別養護老人ホーム花みずき短期入所生活介護  
・介護予防短期入所生活介護事業所(空床利用型)
  - 令和 1年12月 1日開設 感謝の心指定居宅介護支援事業所
  - 令和 3年12月16日開設 特別養護老人ホーム花ごよみ 定員29名

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類  
短期入所生活介護・予防短期入所生活介護(空床利用型)  
令和4年2月1日指定・第0370501926号
- (2) 事業所の目的  
事業者は、介護保険法の趣旨に従い、ご利用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、(介護予防)短期入所生活介護サービスを提供し、ご利用者の心身機能の維持並びに、ご利用者家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- (3) 事業所の名称  
特別養護老人ホーム花ごよみ短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所
- (4) 事業所の所在地 岩手県花巻市高木19地割101-17
- (5) 電話番号 0198-41-3456
- (6) 施設長(管理者) 氏名 千葉 礼子
- (7) 運営方針
  - ① 指定短期入所生活介護の提供に当たって、事業所の生活相談員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、要介護者の心身機能維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担軽減を図ります。

- ② 指定介護予防短期入所生活介護の提供に当たって、事業所の生活相談員等は、要介護者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、要介護者の心身機能の維持回復を図り、もって要介護者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- ③ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(8) 開設年月日 令和4年2月1日

(9) 通常事業の実施地域 花巻市

(10) 営業日及び営業時間

|          |                    |
|----------|--------------------|
| 営業日      | 年中無休               |
| 受付時間     | 月曜日～日曜日 9：00～17：00 |
| サービス提供時間 | 24時間               |

(11) 利用定員 29名以内

(12) 交通の便

【お車でお越しの場合】

4号線花巻東バイパス矢沢交差点を北東へ2分

【バスでお越しの場合】

岩手県交通 土沢線「矢沢小学校口」下車、徒歩5分

### 3. 居室の概要

#### ○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。

| 居室・設備の種類    | 室数 | 備考             |
|-------------|----|----------------|
| 個室（1人部屋）    | 29 |                |
| ユニット（9～10人） | 2  |                |
| 浴室（一般浴室）    | 1  | 一般浴            |
| （特別浴室）      | 2  | 寝たまま、座ったままでの入浴 |
| 共同生活室       | 3  |                |
| 相談室         | 1  |                |

※上記は、居室以外の共用部分は、指定地域密着型介護老人福祉施設と一体的にサービスと提供しますので、施設全体の設備を記載しています。

※居室の変更：ご利用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。又、ご利用者の心身の状況により居室を変更していただく場合もあります。その際には、ご利用者やご利用者代理人等とご相談の上決定するものとします。

### 4. 職員の配置状況（令和6年4月1日現在）

当施設では、ご利用者に対して短期入所生活介護・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。

〈主な職員の配置状況〉※定員の配置については、指定基準を遵守します。

| 職種      | 職員配置        | 指定基準 |
|---------|-------------|------|
| 1. 施設長  | 1名（常勤）      | 1名   |
| 2. 介護職員 | 10名以上（常勤換算） | 10名  |
| 3. 看護師  | 2名以上（常勤）    | 1名   |
| 4. 相談員  | 1名以上（常勤）    | 1名   |

|                    |           |    |
|--------------------|-----------|----|
| 5. 機能訓練指導員         | 1名以上（兼務）  | 1名 |
| 6. 介護支援専門員         | 1名以上（常勤）  | 1名 |
| 7. 医師              | 1名以上（非常勤） | 1名 |
| 8. 管理栄養士または<br>栄養士 | 1名以上（常勤）  | 1名 |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長時間数の総額を、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。

〈主な職種の標準的な勤務体制〉

| 職種                 | 勤務時間帯                                                 |
|--------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. 施設長             | 8：30～17：30                                            |
| 2. 介護職員            | 6：00～15：00<br>9：00～18：00<br>15：00～ 0：00<br>0：00～ 9：00 |
| 3. 看護師             | 8：30～17：30<br>（24時間オンコール体制あり）                         |
| 4. 相談員             | 8：30～17：30                                            |
| 5. 機能訓練指導員         | 8：30～17：30                                            |
| 6. 介護支援専門員         | 8：30～17：30                                            |
| 7. 管理栄養士または<br>栄養士 | 6：00～15：00<br>8：30～17：30<br>10：00～19：00               |

施設長（管理者）

… ご利用者のサービスにかかる総括責任者です。

医 師

… 定期的にご利用者の診察を行います。

介 護 職 員

… ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のためのお世話を行います。

看 護 師

… 主にご利用者の健康管理や療養上のケアを行いますが日常生活上の介護も行います。

相 談 員

… ご利用者の日常生活上の相談に応じます。

機 能 訓 練 指 導 員

… ご利用者の機能訓練を担当します。

介 護 支 援 専 門 員

… ご利用者お一人お一人の短期入所生活介護計画を作成します。

管理栄養士または栄養士

… ご利用者個々にあった栄養管理・給食管理を行います。

## 5. 緊急時の対応

○身体状況急変時 … 看護師を中心とした24時間のオンコール緊急体制をとっています。ご利用者の容態に変化等があった場合は、医師

に連絡する等必要な対応を講ずるほか、家族等へ速やかに連絡をします。

- 災害時 … 定期的に避難訓練を行い、災害時に備えます。また訓練においては地域の方々に参加いただき訓練を行っています。
- 感染症発症時 … 感染症対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

## 6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- 〔 A. 利用料金が介護保険から給付される場合  
B. 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 〕 があります。

### (1) 当施設が提供する基準介護サービス

次のサービスについては、居住費、食費を除き通常 9 割が介護保険から給付されます。

#### 〈サービスの概要〉

##### ①食事

- ・当施設では、管理栄養士が立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態・嗜好及びご希望に考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。

朝食：7：30～ 昼食：11：30～ 夕食：17：00～

##### ②入浴

- ・原則として週 2 回（入浴できない場合は、清拭を行います。）  
※寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### ③排泄

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

##### ④機能訓練

- ・ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能回復またはその減退を防止する目的の訓練を実施します。

##### ⑤健康管理

- ・看護職員が、健康管理を行います。

##### ⑥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。

##### ⑦生活相談

- ・相談員は、ご利用者及びご家族からの生活相談に応じます。

## サービス利用料金

下記の利用料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から「介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）」と食事および居住費にかかる標準自己負担額の合計金額をお支払いいただくことになります。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

[1日当たりの料金（目安）]

| 要介護度 | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|      | 529 円 | 656 円 | 704 円 | 772 円 | 847 円 | 918 円 | 987 円 |

※その他加算額の内訳

（１）施設全体が適用を受けるため、利用者全員に適用される項目

|   | 加算項目            | 摘要条件（概略）                                                          | 金額                |
|---|-----------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ○ | 看護体制加算（Ⅰ）       | 常勤の看護師を１名以上配置                                                     | １日 4 円            |
| ○ | 看護体制加算（Ⅱ）       | 基準を上回る看護師の配置と医療機関との 24 時間連絡体制の確保                                  | １日 8 円            |
|   | 夜勤職員配置加算（Ⅱ）     | 夜勤を行う職員数が最低基準を 1 以上上回っている                                         | １日 18 円           |
| ○ | 夜勤職員配置加算（Ⅳ）     | 夜勤を行う職員数が最低基準を 1 以上上回っており医療的ケアを実施できる看護又は介護職員を 1 以上配置              | １日 20 円           |
|   | 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）  | 見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、業務改善の取組を行っていること。                              | １月 100 円          |
| ○ | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）  | 見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入し、業務改善の取組を行っていること。                          | １月 10 円           |
|   | サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 介護福祉士有資格者を 80%以上配置又は勤続 10 年以上介護福祉士 35%以上配置                        | １日 22 円           |
|   | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 介護福祉士有資格者を 60%以上配置                                                | １日 18 円           |
| ○ | サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 介護福祉士有資格者を 50%以上配置又は、看護・介護職員の割合が常勤職員の 75%以上又は、勤続 7 年以上の職員 30%以上配置 | １日 6 円            |
| ○ | 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）   | 介護職員の待遇改善を計画的に行っている場合                                             | 所定金額に 13.6%を乗じた金額 |

（２）利用者個人が適用を受けるため、個人別に適用される項目

|  | 加算項目         | 摘要条件（概略）                                | 金額      |
|--|--------------|-----------------------------------------|---------|
|  | 機能訓練体制加算     | 専従の機能訓練指導員を配置                           | １日 12 円 |
|  | 個別機能訓練加算     | 個別機能訓練計画に基づくサービス提供                      | １日 56 円 |
|  | 口腔連携強化加算     | 口腔の健康状態の評価を歯科医療機関及び、介護支援専門員に対し、情報提供した場合 | １回 50 円 |
|  | 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を 2 名以上配置         | １日 3 円  |

|   |                  |                                                                                         |                   |
|---|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|   | 認知症専門ケア加算（Ⅱ）     | 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者1名以上配置                                                         | 1日4円              |
|   | 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 医師が在宅での生活が困難と判断し受入れを実施した場合                                                              | 1日200円<br>(7日を限度) |
|   | 医療連携強化加算         | 看護職員が定期的な巡視を行い、緊急時の対応体制の確保                                                              | 1日58円             |
|   | 看取り連携体制加算        | 看護職員により、又は病院や訪問看護ステーションの看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保していること。<br>(死亡日及び、死亡日以前30日以下について7日を限度) | 1日64円             |
| ○ | 若年性認知症利用者受入加算    | 若年性認知症患者を受け入れ、介護サービスを提供した場合                                                             | 1日120円            |
| ○ | 療養食加算            | 医師の指示に基づいた療養食の提供                                                                        | 1日8円              |
| ○ | 送迎加算             | 送り迎え各々につき加算                                                                             | 片道184円            |
|   | 緊急短期入所受入加算       | 緊急利用者を受け入れたとき                                                                           | 1日90円<br>(7日を限度)  |

※上記（１）及び（２）の項目の内、左端○印の項目について、ご負担いただくことになります。金額は介護保険給付額を除いた1日当たりの概算額です。

※上記（１）及び（２）の項目で加算条件が整い、指定を得られたものについては、今後追加してご負担いただくことになります。そのような場合は、事前にそのご負担額の変更について、ご連絡致します。

#### 「特定入居者介護サービス費」制度 [1日当たり]

介護保険負担限度額認定証（第1段階～第3段階）を交付されている方は、居住費・食費に関して、下記の金額のご負担になります。（負担軽減）

| 区分          | 居住費<br>(R6.8月～) | 食費     |
|-------------|-----------------|--------|
| 利用者負担 第1段階  | 880円            | 300円   |
| 利用者負担 第2段階  | 880円            | 600円   |
| 利用者負担 第3段階① | 1,370円          | 1,000円 |
| 利用者負担 第3段階② | 1,370円          | 1,300円 |
| 利用者負担基準費用額  | 2,066円          | 1,445円 |

#### （２）以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。利用料金については、別紙2「介護保険給付外サービス利用料金表」のとおりです。  
〈サービスの概要〉

##### ①理髪サービス

理容師の出張理髪サービス（調髪、顔剃り、洗髪：予約制）利用料金については、別紙2「介護保険給付外サービス利用料金表」のとおりです。

##### ②クラブ活動

ご利用者の希望によりクラブ活動に参加していただくことができます。

クラブ活動に参加して、材料費が発生した場合には、実費をいただきます。

③日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品として、ティッシュペーパー等につきましてはご利用者にご負担していただきます。詳細は別紙2「介護保険給付外サービス利用料金表」の通りです。

**(3) 利用料金のお支払方法**

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し請求いたしますので、翌月22日までに以下の方法でお支払い下さい。

○指定口座にお振込みをお願いします。

※上記お支払いが困難な場合は、ご相談ください

7. ご利用の契約終了について

下記の事項に該当する場合は、当施設との契約は終了となります。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①ご利用者が死亡した場合</li><li>②要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合</li><li>③事業者が解散、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</li><li>④施設の減失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合</li><li>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</li><li>⑥ご利用者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下（1）をご参照ください。）</li><li>⑦事業所から契約解除の勧告があった場合（詳細は以下（2）をご参照ください。）</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) ご利用者から解約又は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、ご利用者から解約又は契約解除を申し出ることができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>② ご利用者が入院された場合</li><li>③ ご利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合</li><li>④ 事業所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サービスを実施しない場合</li><li>⑤ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合</li><li>⑥ 事業所もしくはサービス従事者が、故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しく不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められた場合</li><li>⑦ 他利用者がご利用者の身体・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、事業所が適切な対応をとらない場合</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2) 事業者から契約解除の申し出を行った場合

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者及びご利用者代理人が、契約締結時にご利用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、または不実の告知を行い、その結果、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者及びご利用者代理人によるサービス料金の支払いが1ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらずこれを支払われない場合
- ③ご利用者及びご利用者代理人が、故意または重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい背信行為を行うことなど重大な問題を生じさせた場合
- ④ご利用者及びご利用者代理人が、事業者又はサービス従業者に下記のような行為を行った場合
  - 1) 身体的暴力 身体的な力を使って危害を及ぼす行為  
例：コップを投げつける・蹴られる・手で払いのける・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 等
  - 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る・怒鳴る・気に入っている職員以外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」理不尽なサービスを要求する・特定の職員に嫌がらせをする 等
  - 3) セクシャルハラスメント  
例：必要もなく手や腕を触る・抱きしめる・女性のヌードを見せる・入浴介助中あからさまに性的な話をする・卑猥な言葉を繰り返す・サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる・活動中の介護職員のジャージに手を入れる 等
  - 4) その他ハラスメントと認められる行為

### (3) 契約終了に伴う援助

契約を終了とする場合には、事業所はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。

## 8. 苦情の受付について

当施設における苦情の受け付け

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。

○苦情受付：(生活相談員) 太田 あずさ

T E L 0198-41-3456

受付時間：毎週月曜日から金曜日の9：00～17：00

(ただし、8月13日～8月16日、12月29日から1月3日と、祝祭日は除きます。)

○第三者委員：小原 茂明 T E L 0198-42-2820

伊藤 蓉子 T E L 0198-23-3158

○苦情解決責任者：(施設長) 千葉 礼子 T E L 0198-41-3456

寄せられたご意見や、苦情に対して施設長が責任者となって、関係機関と相談しながら、申し出人と誠意を持って話し合い、合意が得られるように努めます。いただいた苦情については、問題点を把握し、対応策を検討して必要な改善を行います。また、苦情ボックス（ご意見箱）を花みずき1階玄関前ロビーに設置しております。

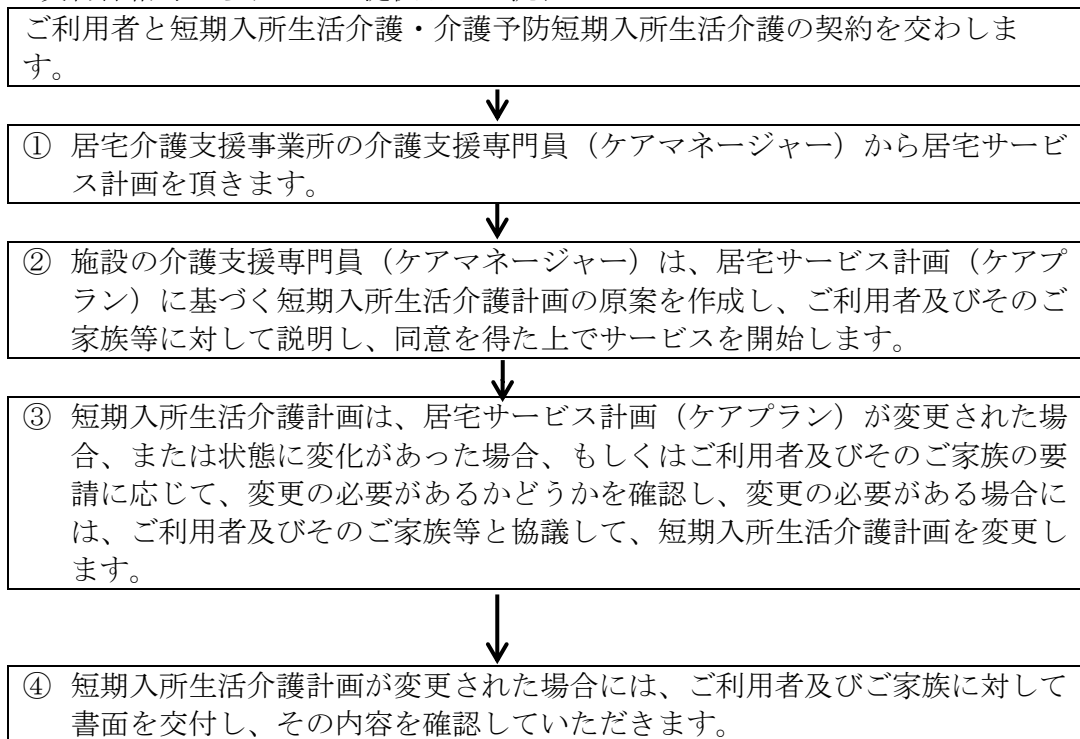
## 9. 行政機関その他苦情受付機関



|                    |      |                       |
|--------------------|------|-----------------------|
| 第三者委員              | 氏名   | 小原茂明                  |
|                    | 住所   | 花巻市東和町土沢 8 区 8 6 番地   |
|                    | 電話番号 | 0198-42-2820          |
| 第三者委員              | 氏名   | 伊藤蓉子                  |
|                    | 住所   | 花巻市南城 130             |
|                    | 電話番号 | 0198-23-3158          |
| 介護保険相談窓口           | 所在地  | 花巻市花城町 9-30           |
|                    | 電話番号 | 0198-24-2111          |
|                    | 受付期間 | 9 時 0 0 分～1 7 時 0 0 分 |
| 岩手県国民健康保険<br>団体連合会 | 所在地  | 盛岡市大沢川原三丁目 7 番 3 0 号  |
|                    | 電話番号 | 019-623-4325          |
|                    | 受付期間 | 9 時 0 0 分～1 7 時 0 0 分 |

※ 8 月 1 3 日～1 6 日、1 2 月 2 9 日から 1 月 3 日と、土・日・祝祭日は除きます。

#### 1 0. 契約締結時からサービス提供までの流れ



#### 1 1. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご利用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 ご利用者の生命、身体の安全・確保に配慮します。                                                                                                      |
| ② ご利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師または看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。                                                                       |
| ③ ご利用者提供したサービスについて記録を作成し、2 年間保管するとともにご利用者または代理人の請求に応じて閲覧を認め、必要な場合は複写物を交付します。                                                   |
| ④ ご利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者または他のご利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載し、ご家族同意の上、事実を明確にし、適切な手続きにより身体等を拘束する場合があります。 |

- ⑤ 事業者およびサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご利用者の同意を得ます。詳細は、別紙1「個人情報の使用等に係る説明書」の通りです。

## 1 2. 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ご利用者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

### (1) 持ち込みの制限

入居にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

○大型家具   ○ペット

○危険物      ○火気

※また、持ち込み物に関しては、居室のスペースや介護に支障のない範囲内をお願い致します。電化製品については、事前にご相談ください。

### (2) 面会

面会時間：朝9時00分～夜17時00分まで

※上記面会時間以外の面会を希望する場合は、事前に電話連絡をいただくか玄関のインターホンを鳴らして下さい。

※訪問時は、玄関窓口にあります、面会簿にご記入ください。

※なお、来訪される場合は布教活動、政治活動、営利活動はご遠慮下さい。

### (3) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って、利用してください。

○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、ご利用者に自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご利用者に対するサービスの実施及び安全・衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り必要な対策をとることができるものとします。ただし、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) 喫煙

施設内及び、敷地内全面禁煙となっておりますので、喫煙はできません。

### (5) 感染症等の発生・流行時

施設内での蔓延防止のため、ご家族の面会、ご利用者の外出等について制限することもありますので、ご協力をお願いします。

### (6) 不審者侵入防止

不審者による事故防止のため、面会時には必ず面会簿に記入していただきます。大声を出したり、泥酔して他のお客様に迷惑となるような行為はお断りいたします。正当な用件もなく受付の要請にも答えず強引に施設内に侵入した場合、その他危害が及ぶような場合は、不審者の身柄拘束は警察に委ねます。

### 1 3. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用者の損害が生じた場合は、速やかにご利用者・ご利用者代理人に対して連絡し、行政担当課（花巻市）に報告致します。また、「事故防止委員会」において原因を究明し、再発防止のための対策を講じます。原因が施設にある場合、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の賠償の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者及びご利用者代理人と協議いたします。

#### 附則

|    |     |       |     |
|----|-----|-------|-----|
| 令和 | 4 年 | 2 月   | 1 日 |
| 令和 | 4 年 | 1 0 月 | 1 日 |
| 令和 | 6 年 | 4 月   | 1 日 |
| 令和 | 7 年 | 1 月   | 1 日 |