

## 介護医療院おはな サービス重要事項説明書

当施設では、あなた様に当施設の介護サービスをご利用いただくにあたり、あらかじめ次のことをご説明いたします。（介護保険法に関する厚生省令41号6条）

### 1 事業者の概要

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| 事業者の名称 | 医療法人玉昌会                   |
| 所在地    | 鹿児島県鹿児島市泉町2番3号 そうしん本店ビル4階 |
| 法人種別   | 医療法人                      |
| 代表者    | 理事長 高田 昌実                 |
| 電話番号   | 099-226-8036              |

### 2 施設の概要

|            |                                                                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 施設名称       | 介護医療院おはな                                                                |
| 所在地        | 鹿児島県始良市加治木町反土2156番地5                                                    |
| 開設年月       | 2022年12月1日                                                              |
| 指定事業所番号    | 46B4500023                                                              |
| 管理者        | 院長 濱田 浩志                                                                |
| 電話番号       | 0995-63-8889                                                            |
| FAX番号      | 0995-62-0120                                                            |
| メールアドレス    | ohana@gyokushoukai.com                                                  |
| ホームページアドレス | <a href="https://www.joy-mc.com/ohana">https://www.joy-mc.com/ohana</a> |

### 3 施設の目的と運営方針

|                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の目的                                                                                                                                                      |
| 医療法人玉昌会が設置する「介護医療院おはな」（以下「施設」という）において実施する施設の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、施設の円滑な運営管理を図るとともに、入所者の意思及び人格を尊重し、入所者の立場に立った適切な施設サービスを提供することを目的とする。           |
| 運営方針                                                                                                                                                       |
| 1 施設の従業者は、要介護であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における生活介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その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努める。 |
| 2 施設の従業者は、入所者の意志及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護医療院サービスの提供に努める。                                                                                                     |
| 3 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付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、他介護保険施設、その他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、総合的なサービスの提供に努める。                            |
| 4 平成17年4月1日に施行された「個人情報保護法」を遵守し、利用者の個人情報を適切に管理し業務を遂行するよう努める。                                                                                                |

#### 4 設備の概要

| 定員                |      | 60名 |                                                                                       |
|-------------------|------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 療養室               | 1人部屋 | 6室  | 14.01m <sup>2</sup> ～14.71m <sup>2</sup>                                              |
|                   | 3人部屋 | 18室 | 30.4m <sup>2</sup> ～31.6m <sup>2</sup> (1人あたり10.1m <sup>2</sup> ～10.5m <sup>2</sup> ) |
| 理学療法室・機能訓練室       |      | 3ヶ所 | 100.13m <sup>2</sup>                                                                  |
| 作業療法室・機能訓練室       |      | 3ヶ所 | 78.82m <sup>2</sup>                                                                   |
| 言語聴覚療法室           |      | 1室  | 10.77m <sup>2</sup>                                                                   |
| 食堂談話室兼レクリエーションルーム |      | 3ヶ所 | 159.25m <sup>2</sup>                                                                  |
| 浴室(一般浴槽・特殊浴槽)     |      | 5ヶ所 | 35.72m <sup>2</sup>                                                                   |
| 診察室(調剤室)          |      | 1室  | 11.35m <sup>2</sup>                                                                   |
| 処置室               |      | 1室  | 9.12m <sup>2</sup> (クリニックと共用)                                                         |
| レントゲン室            |      | 1室  | 6.82m <sup>2</sup> (クリニックと共用)                                                         |
| レントゲン操作室          |      | 1室  | 4.34m <sup>2</sup> (クリニックと共用)                                                         |

#### 5 職員体制

| 従業者の職種   | 配置     |
|----------|--------|
| 管理者      | 1名(兼)  |
| 医師       | 1名以上   |
| 薬剤師      | 0.2名以上 |
| 看護職員     | 10名以上  |
| 介護職員     | 15名以上  |
| 管理栄養士    | 1名以上   |
| 介護支援専門員  | 1名以上   |
| 理学療法士    | 1名以上   |
| 作業療法士    | 1名以上   |
| 言語聴覚士    | 1名以上   |
| 診療放射線技師  | 適当数    |
| 調理師、事務員等 | 適当数    |

## 6 介護保険の給付対象となる介護サービスの概要と利用料

### 介護サービスの概要

| サービス種別              | サービス内容                                                                                     |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設サービス計画の作成         | 入所者の直面している課題等を評価し、入所者の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。その施設サービス計画に基づいて、安心して療養生活が続けられるよう支援します。        |
| 診療                  | 医師による医学的管理のもと24時間体制の看護を行います。症状に応じ診療治療を実施しますが、当施設で行うことの出来ない検査・処置・治療が必要になった場合は、他の医療機関を紹介します。 |
| 入浴                  | 入浴日は週2日以上設けます。入浴日でも入浴しない方は、タオルで体をお拭きします。                                                   |
| 排せつ                 | 心身の状況に応じて適切な排せつ支援、介助を行うとともに、排せつの自立の可能性について検討いたします。                                         |
| 褥瘡の予防               | 褥瘡を予防するため、必要に応じてエアマットの使用や、定期的に体位変換を行います。                                                   |
| 離床、着替え、整容等の日常生活上の世話 | できる限り離床に配慮し、生活のリズムを考えて、適切な整容が行われるよう援助します。シーツ交換は、週1回実施し、汚染時は都度交換します。                        |
| 食事                  | 朝食8:00, 昼食12:00, 夕食17:30を標準の時間としますが、個々の状況により前後することがあります。                                   |
| 機能訓練                | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により入所者の状況に適した機能訓練を行い、機能の低下を防止するように努めます。                                   |
| 相談、援助               | 入所者とそのご家族からの相談に応じます。                                                                       |
| レクリエーション行事          | 日々の生活レクリエーションや、季節に応じたレクリエーションを行います。                                                        |
| 栄養管理                | 心身の状態の維持、改善の基礎となる栄養管理サービスを提供いたします。                                                         |
| 口腔衛生管理、口腔ケア         | 医師、歯科医師の指示・指導のもと誤嚥性肺炎や口腔疾患を予防し、口腔機能を維持するため、口腔清掃の指導、ケアを行います。                                |

### 利用料について

- 介護サービス費は、基本サービス費(要介護状態区分により定められた費用)と、個別サービス費(「特定診療費」で1回毎に定められた費用)の合計額です。
- 入所者には、介護保険割合証の負担割合に応じ、1割～3割の介護サービス費と、食事代・居住費をお支払いいただきます。
- 入所者が法定代理受領サービスを利用できないことにより償還払いとなる場合には、いったん利用料を全額自己負担していただきます。その際、施設はサービス提供証明書を記載いたします。

## Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)

(ⅰ)＜従来型個室＞

| 自己負担額 | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
|-------|--------|--------|--------|
| 要介護1  | 675円   | 1,350円 | 2,025円 |
| 要介護2  | 771円   | 1,542円 | 2,313円 |
| 要介護3  | 981円   | 1,962円 | 2,943円 |
| 要介護4  | 1,069円 | 2,138円 | 3,207円 |
| 要介護5  | 1,149円 | 2,298円 | 3,447円 |

(ⅱ)＜多床室＞

| 自己負担額 | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
|-------|--------|--------|--------|
| 要介護1  | 786円   | 1,572円 | 2,358円 |
| 要介護2  | 883円   | 1,766円 | 2,649円 |
| 要介護3  | 1,092円 | 2,184円 | 3,276円 |
| 要介護4  | 1,181円 | 2,362円 | 3,543円 |
| 要介護5  | 1,261円 | 2,522円 | 3,783円 |

### 基本サービス費

| 加算名          | 内容                                                                      |              | 1割負担 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| 夜間勤務等看護(Ⅳ)   | 基準に見合う夜勤を行う職員配置を行います(看護・介護職員 20:1 2人以上)                                 | 1日につき        | 7円   |
| 外泊時費用        | 居宅への外泊の場合、1月に6日を限度に施設サービス費に代えて算定(外泊の初日・最終日以外)                           | 1日につき        | 362円 |
| 試行的退所サービス費   | 退所が見込まれる者を居宅において試行的に退所させサービスを提供する場合、1月に6日を限度に施設サービス費に代えて算定(外泊の初日・最終日以外) | 1日につき        | 800円 |
| 他科受診時費用      | 専門的な診療が必要となり他の病院・診療所を受診した場合に、1月に4日を限度に施設サービス費に代えて算定                     | 1日につき        | 362円 |
| 初期加算         | 入所生活に慣れるため様々な支援を行います                                                    | 1日つき(入所30日間) | 30円  |
| 再入所時栄養連携加算   | 病院から施設に再入所する際、管理栄養士が連携して栄養ケア計画を策定します                                    | 1回を限度        | 200円 |
| 退所前後訪問指導加算   | 自宅へ退所される場合に担当スタッフが連携を取り、自宅訪問指導を行います                                     | 1回または2回を限度   | 460円 |
| 退所時指導加算      | 自宅へ退院される場合に医師・看護師により在宅指導を行います                                           | 1回につき        | 400円 |
| 退所時情報提供加算    | Ⅰ 入所者が居宅へ退所した際に情報提供した場合                                                 | 1回につき        | 500円 |
|              | Ⅱ 入所者が医療機関へ退所した際に情報提供した場合                                               | 1回につき        | 250円 |
| 退所前連携加算      | 自宅へ退院される場合に居宅介護支援専門員と連携を行います                                            | 1回につき        | 500円 |
| 訪問看護指示加算     | 訪問看護指示書を書いた場合                                                           | 1回を限度        | 300円 |
| 協力医療機関連携加算   | 施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関等との連携体制を構築します                               | 1月につき        | 50円  |
| 栄養マネジメント強化加算 | 栄養ケア計画に基づいて食事の観察を行います                                                   | 1日につき        | 11円  |
| 経口移行加算       | 多職種と連携を取り経管栄養の方に対して栄養管理のもと計画を作成し、徐々に経口摂取移行に努めます                         | 1日につき        | 28円  |
| 経口維持加算       | Ⅰ 多職種と連携を取り、著しい誤嚥が認められる方に対して計画を作成し、経口摂取の維持に努めます                         | 1月につき        | 400円 |
|              | Ⅱ 上記に歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わり、より良い計画を作成します。                                | 1月につき        | 100円 |

※介護保険負担割合が2～3割対象の方は、上記介護保険の負担が2～3割となります。

## 基本サービス費

| 加算名            |     | 内容                                                                      |                         | 1割負担 |
|----------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|
| 口腔衛生管理加算       | I   | 口腔衛生等の管理に係る計画を作成します・歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを行います・歯科衛生士が介護職員に技術的助言を行い、相談に応じます    | 1月につき                   | 90円  |
|                | II  | 上記に加え、口腔衛生管理計画書を厚生労働省へ提出した場合                                            |                         | 110円 |
| 療養食加算          |     | 入所者の病状等に応じて、適切な食事の提供を行います                                               | 1日につき<br>3回を限度          | 6円   |
| 在宅復帰支援機能加算     |     | 在宅へ退所する入所者・家族に必要な支援を行います<br>※在宅生活が1ヶ月以上継続する見込みがある場合                     | 1日につき                   | 10円  |
| 緊急時治療管理        |     | 病状が重篤となり救命救急が必要となる場合、緊急的な治療管理を行います                                      | 1月3回を<br>限度             | 518円 |
| 認知症チームケア推進加算   | I   | 高度な認知症ケアの専門者と数人の介護職員がチームでケアを提供します                                       | 1月につき                   | 150円 |
|                | II  | 認知症予防の専門者と数人の介護職員がチームでケアを提供します                                          | 1月につき                   | 120円 |
| 排せつ支援加算        | I   | 多職種と連携をして支援計画を作成し、排せつ動作の改善に努めます                                         | 1月につき                   | 10円  |
|                | II  | 排尿や排便の状態改善やおむつ使用無しへの取り組みを行います                                           |                         | 15円  |
|                | III | 排尿や排便の状態が改善し、おむつ使用が無くなった場合                                              |                         | 20円  |
| 自立支援促進加算       |     | 自立支援のために、必要な医学的評価を行います                                                  | 1月につき                   | 280円 |
| 科学的介護推進体制加算    | I   | ADL値、栄養状態、口腔機能を厚生労働省へ報告を行います                                            | 1月につき                   | 40円  |
|                | II  | 疾病情報や服薬情報について厚生労働省へ報告を行います                                              |                         | 60円  |
| 安全対策体制加算       |     | 安全対策部門を設置し、安全対策を行います                                                    | 1回<br>(入所時)             | 20円  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | I   | 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感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止します | 1月につき                   | 10円  |
|                | II  | 感染対策向上加算の届出を行った医療機関から3年に1回以上感染制御等に係る実地指導を受けている                          |                         | 5円   |
| 新興感染症等施設療養費    |     | 新興感染症のパンデミック発生時等に、施設内で感染した高齢者に対して必要なケアを提供します                            | 1月に1回、<br>連続する5<br>日を限度 | 240円 |
| 生産性向上推進体制加算    | I   | テクノロジーを複数導入し、介護現場における生産性の向上に資する取り組みを推進します                               | 1月につき                   | 100円 |
|                | II  | テクノロジーを1つ以上導入し、介護現場における生産性の向上に資する取り組みを推進します                             | 1月につき                   | 10円  |
| サービス提供体制強化加算   | I   | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合80%以上、又は10年以上経験のある介護福祉士の割合35%以上                       | 1日につき                   | 22円  |
|                | II  | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合60%以上                                                 | 1日につき                   | 18円  |
| 介護処遇等改善加算      |     | 適切な介護サービス供給を安定的に行う為、人員を確保します                                            | (基本サービス+個別サービス)×3.6%    |      |
| 室料相当額控除        |     | 令和7年8月1日より変更                                                            | 1日につき                   | ▲26円 |

※介護保険負担割合が2～3割対象の方は、上記介護保険の負担が2～3割となります。

個別サービス費(特別診療費)

| 加算名                   |    | 内容                                                          |                     | 1割負担 |
|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------|---------------------|------|
| 感染対策指導管理              |    | 院内感染対策委員会を設置し、感染対策を実施します                                    | 1日につき               | 6円   |
| 褥瘡対策指導管理              | I  | 褥瘡対策チームを設置し、褥瘡対策を実施します                                      | 1日につき               | 6円   |
|                       | II | 褥瘡リスクのある方の褥瘡の発生を防止します                                       | 1月につき               | 10円  |
| 初期入所診療管理              |    | 多職種と連携を取り個別の診療計画を作成し総合的な診療管理を行います                           | 1回<br>(入所時)         | 250円 |
| 重度療養管理                |    | 介護度4, 5であり、計画的な医学管理のもと必要な処置を行います                            | 1日につき               | 125円 |
| 重度皮膚潰瘍管理指導            |    | 重度な皮膚潰瘍があり、計画的な医学管理のもと必要な処置を行います                            | 1日につき               | 18円  |
| 薬剤管理指導                |    | 投薬又は注射及び薬学的管理指導を行います                                        | 週1回、月4回を限度          | 350円 |
| 医学情報提供                | I  | 退所時に、診療所に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行います                            | 1退院につき1回            | 220円 |
|                       | II | 退所時に、病院に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行います                             | 1退院につき1回            | 290円 |
| リハビリテーション             |    | 理学療法(I)                                                     | 1回につき               | 123円 |
|                       |    | 作業療法                                                        | 1回につき               | 123円 |
|                       |    | 言語聴覚療法                                                      | 1回につき               | 203円 |
| リハビリテーション体制強化加算       |    | 専従の常勤職員2名以上配置                                               | 1回につき               | 35円  |
| 理学療法、作業療法、言語聴覚療法に係る加算 |    | リハビリテーション実施計画の内容を厚生労働省へ提出しデータを活用します                         | 1月につき               | 33円  |
|                       |    | 口腔衛生管理、栄養マネジメントとも連携し、データを厚生労働省へ提出し、活用します                    | 1月につき               | 20円  |
| 集団コミュニケーション療法         |    | 言語聴覚士が複数の方に対して、コミュニケーション療法を実施します                            | 1回につき               | 50円  |
| 摂食機能療法                |    | 摂食機能障害を有する入所者に対して1回につき30分以上訓練指導を行います                        | 1日につき               | 208円 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算     |    | 多職種と連携を取り集中的なリハビリテーションを実施します                                | 1日につき<br>(入所後3ヶ月以内) | 240円 |
| 認知症短期集中リハビリテーション      |    | 認知症入所者の生活機能の改善を目的として、記憶の訓練や日常生活活動の訓練等を組み合わせたリハビリテーションを実施します | 1日につき<br>(入所後3ヶ月以内) | 240円 |

※介護保険負担割合が2～3割対象の方は、上記介護保険の負担が2～3割となります。

## 居住費(滞在費)

### 居住費負担限度額

| 多床室  |      |         | 従来型個室 |        |         |
|------|------|---------|-------|--------|---------|
|      | 1日   | 月(30日)  |       | 1日     | 月(30日)  |
| 4段階  | 697円 | 20,910円 | 4段階   | 1,728円 | 51,840円 |
| 3段階② | 430円 | 12,900円 | 3段階②  | 1,370円 | 41,100円 |
| 3段階① | 430円 | 12,900円 | 3段階①  | 1,370円 | 41,100円 |
| 2段階  | 430円 | 12,900円 | 2段階   | 550円   | 16,500円 |
| 1段階  | 0円   | 0円      | 1段階   | 550円   | 16,500円 |

## 食事代

### 基準費用額

| 朝    | 昼    | 夕    | 1日分    |
|------|------|------|--------|
| 345円 | 550円 | 550円 | 1,445円 |

### 食費負担限度額

|      | 1日     | 月(30日)  |
|------|--------|---------|
| 4段階  | 1,445円 | 43,350円 |
| 3段階② | 1,360円 | 40,800円 |
| 3段階① | 650円   | 19,700円 |
| 2段階  | 390円   | 11,700円 |
| 1段階  | 300円   | 9,000円  |

## 高額介護サービス費の制度

上記介護サービス費の自己負担額が「一定額」を超えると、超えた額の分だけ払い戻される制度があります。手続きを必要としますので、詳しくはご相談ください。

その「一定額」とは、

|         |           |
|---------|-----------|
| 4段階(一般) | 月額44,400円 |
| 3段階     | 月額24,600円 |
| 1・2段階   | 月額15,000円 |

## 7 介護保険の給付対象とならないサービスの概要と利用料

ご希望により、その利用料金の全額がご契約者の負担となるサービスです。内容、利用料金などは下記または別紙をご覧ください。

|                |                  |
|----------------|------------------|
| 洗濯代、病衣使用料      | カクイックスとの直接契約(別紙) |
| 特別個室料(1日当たり)   | 1,100円/日         |
| 理美容代(訪問理美容きずな) | 実費(別紙)           |

## 8 医療提供

当施設の医師等に対応できる日常的な医療・看護につきましては、介護医療院サービスに含まれておりますが、急性期治療のための医療や歯科治療、精神科医療等、専門的な医療につきましては、併設のJOYメディカルクリニックや協力医療機関である加治木温泉病院、その他医療機関等にて、医療保険により治療をお受け頂き、別途自己負担分をお支払いいただきます。  
また、入所者の急変時等に適切に対応するため、協力医療機関である加治木温泉病院と入所者の病歴等の情報共有を行います。

## 9 利用料金のお支払方法

毎月、月末締めで計算し、翌月10日以降に請求書を発行します。翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。退所の場合は、退所時に窓口でお支払いください。

- ・お支払い方法      ア 窓口での現金払い
- イ 銀行振込
- ウ 口座引き落とし
- エ デビットカードによる支払い
- オ クレジットカードによる支払い

※ウ 口座引き落としの場合、初月分はシステム登録の関係上、引き落とし出来ません。

原則、他の方法でお支払いください。(初月分のお支払い方法： ア イ ウ エ オ )

## 10 支払い遅延に対する措置

支払いが2ヶ月以上遅延し、支払い催促を行ったにもかかわらず30日以内に支払いが無い場合は、利用者保護者の責任においてお支払いいただき、場合によっては退所していただくこともあります。

## 11 施設を退院していただく場合

契約期間中であっても、上記以外に退所していただく場合があります。(契約書第9条参照)

## 12 個人情報の保護

当施設が得た、ご利用者及びご家族の個人情報については、当施設での介護サービスの提供以外の目的では原則利用しません。外部への情報提供については、文章によりご利用者又は代理人の了承を得ます。(契約書第11条参照)

## 13 苦情・相談等窓口

(1)当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問・苦情等ございましたら、当施設苦情相談窓口まで、お気軽にご相談、お申し出ください。

苦情相談窓口(担当者)介護医療院おはな

氏 名：松元 直美(介護支援専門員)

電話番号：0995-63-8889

また、正面玄関入り口に意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までに掲示板等でお知らせいたします。

(2)行政機関その他の苦情受付機関

| 窓口                                  | 住所             | 電話番号         |
|-------------------------------------|----------------|--------------|
| 始良市役所<br>長寿・障害福祉課介護保険係              | 始良市宮島町25番地     | 0995-66-3251 |
| 鹿児島県国民健康保険<br>団体連合会介護保険課            | 鹿児島市鴨池新町6番-6号  | 099-206-1084 |
| 鹿児島県庁保健福祉部<br>高齢者生き生き推進課<br>(介ゴ保険室) | 鹿児島市鴨池新町10番-1号 | 099-286-2676 |

## 14 非常災害時の対策

|        |                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------|
| 災害時の対応 | 別途定める「消防計画」と「非常災害対策」に則り対応します。                                        |
| 平常時の訓練 | 別途定める「消防計画」に則り、年2回、日中および夜間を想定した避難訓練を、入所者も参加して実施します。                  |
| 防災設備   | 自動通報装置、自動火災報知器、屋内消火栓、消火器、誘導灯、スプリンクラー、防火扉、防災加工されたカーテン・布団等消防法に定められたもの。 |

# 15 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

|                     |                                                                                                                                 |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 面会について              | 日・祝を除き、面会時間10:00～12:00、14:00～17:00の間で30分間。面会回数は週1回、面会人数は3名まで。予約制で、申し込みはキーパーソンからお願いします。未就学児は窓越しでの面会になります。感染状況等により面会中止となる場合があります。 |
| 外出・外泊               | 外出・外泊には主治医の許可が必要です。事前に職員に申し出てください。「外出・外泊許可願」に行き先や日時など必要事項をご記入いただきます。                                                            |
| 居室・設備・器具の利用         | 施設内の居室や設備・器具は、本来の用途に沿ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。                                                            |
| 喫煙・飲酒               | 喫煙・飲酒はできません。                                                                                                                    |
| 迷惑行為等               | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の居室等に立ち入らないようにしてください。                                                                         |
| 財産の管理<br>(所持品及び現金等) | 所持品等は最小限必要な物とし、持ち込む際には施設担当者の許可を得てください。また所持品等の破損・紛失及び現金の紛失には、施設は責任を負いかねます。                                                       |
| 宗教活動<br>政治活動        | 職員や他の入所者等に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。                                                                                                |
| その他                 | 施設内へのペットの持ち込みはお断りいたします。                                                                                                         |

私は、本書に基づいて、当施設従業者(職名: 氏名: )から  
上記重要事項の説明を受け同意します。

令和 年 月 日

入所者

住 所 0

氏 名

家族(代理人)

住 所

氏 名 (続 柄)