

「指定特定施設入居者生活介護」

「指定介護予防特定施設入居者生活介護」

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 栄和会

特定施設入居者生活介護 やすらぎ

「指定特定施設入居者生活介護」
「指定介護予防特定施設入居者生活介護」
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第0170500532号)

◇◇目次◇◇

1. 法人の概要
2. 事業所の概要
3. 職員の配置状況
4. 施設設備の概要
5. 事業所が提供するサービスの概要と利用料金
6. 協力医療機関
7. 事故発生時の対応
8. 身体拘束の禁止について
9. ハラスメントについて
10. 苦情の受け付け
11. 権利擁護・虐待防止について
12. 業務継続計画の策定等
13. 感染症の予防及びまん延の防止のための取り組み
14. 職員の質の確保等
15. 秘密の保持及び個人情報の保護
16. 契約の終了

特定施設入居者生活介護やすらぎ 重要事項説明書

1. 法人の概要

法人名称	社会福祉法人 栄和会
代表者氏名	藤井 和子
法人所在地	札幌市厚別区厚別南5丁目1番地10号
電話番号	011-896-5010
設立年月日	平成 5年 8月 5日

2. 事業所の概要

施設種別	指定特定施設入居者生活介護（平成18年 3月 1日指定） 指定介護予防特定施設入居者生活介護（平成18年 4月 1日指定）
施設名称	特定施設入居者生活介護 やすらぎ
管理者名	中野 升
施設所在地	札幌市厚別区厚別町山本750番地6号
電話番号	011-896-5014
FAX番号	011-896-5015
開設年月日	平成 6年 4月 1日
入居定員	50名
目的	施設は、介護保険等の関係法令の基本理念に基づいて、特定施設において利用者がその有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供するものとします。
運営方針	施設は、特定施設サービス計画に基づいて、適切な技術のもと、入浴・排泄・食事等の介護・相談に伴う援助、社会生活上の便宜、その他の日常生活上の援助・機能訓練・健康管理及び療養上の援助を行うことにより、利用者が自立した尊厳ある生活を送れるよう支援することを方針とします。

3. 職員の配置状況

職種	勤務体制	休暇
管理 者	日勤 9:00~17:30	4週7休
生活相談員	日勤 9:00~17:30	4週7休
看護職員	日勤 9:00~17:30	4週7休
介護職員	早番 7:30~16:00 遅番: 10:00~18:30 日勤 9:00~17:30 夜勤: 15:30~10:00	4週7休
機能訓練指導員	日勤 15:30~17:00	4週7休
計画作成担当	日勤 15:30~17:00	4週7休

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

4. 施設設備の概要

内容	室数	面積	備考
個室 (一人部屋) (二人部屋)	47室 (44室) (3室)	22.04m ² 32.13m ²	ケアハウスやすらぎの重要事項説明書に準ずる。
便所	47室		各居室に設置
食堂	1室	57.06m ²	
機能訓練室	1室	106.71m ²	食堂・多目的室と兼用
浴室	5室		大浴場・個人浴場

5. 事業所が提供するサービスの概要と利用料金

(1) 入居者階層別利用料金表（月額）

対象収入による階層区分		事務費	管理費	生活費	合計				
					一人部屋		二人部屋		
					5月～9月	10月～4月	5月～9月	10月～4月	
1	~1, 500, 000	25, 400	一人部屋 10, 000 二人部屋 7, 000	5月～9月 48, 760 10月～4月 57, 980	78, 760	87, 980	73, 760	82, 980	
2	1, 500, 001～1, 600, 000				81, 760	90, 160	79, 760	88, 980	
3	1, 600, 001～1, 700, 000				84, 760	93, 980	82, 760	91, 980	
4	1, 700, 001～1, 800, 000				87, 760	96, 980	85, 760	94, 980	
5	1, 800, 001～1, 900, 000				90, 760	99, 980	88, 760	97, 980	
6	1, 900, 001～2, 000, 000				93, 760	102, 980	91, 760	100, 980	
7	2, 000, 001～2, 100, 000		二人部屋 18, 000		48, 760				
8	2, 100, 001～2, 200, 000				57, 980				
9	2, 200, 001～2, 300, 000		一人部屋 20, 000 二人部屋 18, 000						
10	2, 300, 001～2, 400, 000								
11	2, 400, 001～2, 500, 000								
12	2, 500, 001～2, 600, 000								
13	2, 600, 001～2, 700, 000								
14	2, 700, 001～2, 800, 000								
15	2, 800, 001～2, 900, 000								
16	2, 900, 001～3, 000, 000								
17	3, 000, 001～3, 100, 000								
18	3, 100, 001～								

①事務費

- ・サービスの提供に要する費用です。
- ・前年の収入申告により算出されます。収入申告は、入居時と毎年2月末に行い、該当する対象収入の階層区分に応じて費用が決定します。上記表における「対象収入」とは、前年の収入から、租税・社会保険料・医療費等の必要経費を控除した後の収入をいいます。なお、収入申告は、別紙1「収入申告書」に必要事項を記入し、収入や必要経費の金額が確認できる資料を添えて事業者に提出します。
- ・夫婦で利用する場合については、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の2分の1の額が対象収入となります。対象収入が150万円以下に該当する場合に限り、30%減額となり、それぞれ7,000円となります。

②管理費

- ・居住に要する費用です。

③生活費

- ・食材料費及び共用部分にかかる光熱費等です。
- ・10月～4月は、暖房費として月額9,220円が加算されます。
- ・食費の減免（以下、「減免」という。）の取り扱いについては次の通りです。

外泊等における減免	<ul style="list-style-type: none">・1日3食摂らない旨を5日前までに申請されると、1日につき740円減免します。・1食でも食事を摂られるとその日は減免されません。・5日前を過ぎると1日単位で減免される日が先送りとなります。
入院等における減免	<ul style="list-style-type: none">・入院当日より、1日につき740円減免します。・ただし、1食でも食事を摂られるとその日は減免されません。
その他	<ul style="list-style-type: none">・当該施設が上記以外の理由により減免になると判断した場合は、対象となります。・札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課施設指導係の通達等により内容が変更となった場合においては、その通達にならい規定を変更することがあります。

④その他

- ・国・道・市のケアハウス設置運営要綱改正に伴い、単価が変更となる場合があります。

(2) 利用料以外の自己負担額（使用料）

①電気代

- ・使用料に応じて算出します。毎月末日締めとし、メーター検針を毎月1日に行います。土日祝日にあたる場合は、明けた最初の平日が検針日となります。

②水道代

- ・一人部屋2,000円、二人部屋3,000円、いずれも一律金額となります。

③電話代

- ・基本料金1,240円に使用通話料が加算されます。通話料は、毎月末日しめと使用料に応じて算出します。毎月末日締めとし、通話料確認を毎月1日に行います。土日祝日にあたる場合は、明けた最初の平日が確認日となります。

④その他

- ・日用品は全て実費負担となります。また、趣味・娯楽活動に要する費用があれば、その都度実費負担となります。

(3) 介護保険の給付対象となるサービス

特定施設入居者生活介護やすらぎ料金表

	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
基本サービス費 1割負担(円)	(183単位/日) 5,490単位/月	(313単位/日) 9,390単位/月	(542単位/日) 16,260単位/月	(609単位/日) 18,270単位/月	(679単位/日) 20,370単位/月	(744単位/日) 22,320単位/月	(813単位/日) 24,390単位/月
	5,566円	9,520円	16,487円	18,524円	20,654円	22,631円	24,730円

加算

夜間看護体制加算II	単位/日	非該当	9
退院・退所時連携加算	単位/日	非該当	30
協力医療機関連携加算IまたはII	単位/月		100または40
サービス提供体制強化加算I	単位/日		22
口腔・栄養スクリーニング加算	単位/回		20
科学的介護推進体制加算	単位/月		40
退居時情報提供加算II	単位/回		250
介護職員等待遇改善加算IまたはII			月の総単位数×12.8%または月の総単位数×12.2%

※1単位当たり、10.14円となります。

※上記のサービスについては、介護保険負担割合証に記載されている割合に応じてお支払いいただきます。

※要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額の10割を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、介護保険負担割合証に記載されている割合を除く金額が介護保険より払い戻されます。（償還払い）

※介護保険料の滞納により、負担割合が3割となる場合があります。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

夜間看護体制加算II	常勤の看護師を配置し、24時間の連絡体制や健康上の管理を行う体制を確保している
退院・退所時連携加算	医療提供施設を退院、退所して入居した場合、入居から30日以内に限り、1日30単位加算されます。又、30日を超える医療提供施設の入院、入所後に再び入居した場合
協力医療機関連携加算IまたはII	協力医療機関と定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行う
サービス提供体制強化加算I	介護福祉士70%以上または勤続10年～25%以上配置
口腔・栄養スクリーニング加算	6月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、その情報を担当する介護支援専門員に提供する
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受け、ケアの質の向上を図る
退居時情報提供加算II	医療機関へ退居された場合、入居者の同意を得てその医療機関に対して入居者の心身状況、生活歴等の情報を提供する
介護職員等待遇改善加算IまたはII	介護職員の待遇改善を図る

1ヶ月の料金の目安

(1ヶ月30日：円)

負担割合	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
1割	7,126	11,587	19,754	22,053	24,455	26,685	29,053

※退院・退所時連携加算・退居時情報提供加算・口腔・栄養スクリーニング加算未実施時

①食事

- ・栄養士の作成する献立表により、栄養並びに利用者の心身状況に配慮した食事を提供します。
 - ・朝食 7：30～8：30
 - ・昼食 12：00～13：00
 - ・夕食 17：30～18：30

②入浴

- ・週2回以上の入浴または清拭を行います。
- ・入浴時は、見守りまたは状況に応じて入浴介助を行います。

③排泄

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

④清掃・洗濯

- ・必要に応じて、職員が居室の清掃・衣類の洗濯等を行います。

⑤着替え等

- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを促すよう配慮します。
- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行えるよう配慮します。

⑥機能訓練

- ・機能訓練指導員により、利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止する訓練を実施します。

⑦健康管理

- ・看護職員が日常の健康管理を行います。
- ・緊急必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に引き継ぎを行います。
- ・外部の医療機関に通院する場合は、心身の状況に応じて介添え等の支援を行います。

⑧相談及び援助

- ・利用者及び家族からのいかなる相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(4) 介護保険の給付対象とならないサービス（別途消費税がかかります。）

①レクリエーション材料費・行事参加費

- ・活動内容により、自己負担の場合がありますので、その都度実費負担となります。

②病院・買物等の送迎・付き添いの支援

- ・送迎時間や付き添い時間により自己負担となります。金額は30分以下300円となり、以降10分増すごとに100円ずつ加算されます。送迎・付き添いの範囲は、片道10キロ圏内としますが、それを超える場合は、範囲外料金として、1,000円が加算されます。
- ・送迎のみ希望された場合でも、心身の状態を考慮し、付き添いが必要と判断した場合は、付き添いを行います。
- ・駐車料金等が発生する場合は、その都度実費負担となります。

- ・協力病院である平岡病院については、料金は発生しません。

③代行の支援

- ・買物や医療機関への届け物等代行を行うことができます。金額は、1回につき500円となります。
- ・駐車料金等が発生する場合は、その都度実費負担となります。
- ・買物代行の想定範囲（西友厚別店・ホーマック厚別西店・トライアル厚別店）については、料金は発生しません。

（5）利用料金の支払い方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求します。翌月27日に各個人指定銀行口座より自動引き落としとなります。土日祝日にあたる場合は、明けた最初の平日が引き落とし日となります。指定口座の開設に伴う手続きの関係等により引き落としができない場合は、現金による窓口支払いや振り込みによる支払いが可能です。

（6）例外的な利用料金の取り扱い

①二人部屋を一人で使用する場合の利用料・使用料

- ・二人部屋の入居者のいずれか一方の退居等により一人となった場合は、一人部屋に移動していただきます。
- ・ただし、一人部屋に空きが出ない等で、ある一定期間、一人で二人部屋を利用する場合の利用料・使用料の扱いは次の通りです。

		二名入居（本来）	一名入居（特例）
利 用 料	事務費	該当階層×2（2名分） ただし、1階層のみ70%の7,000円となります。	
	管理費	36,000円	
使 用 料	生活費（5月～9月）	97,520円（2名分）	48,760円（1名分）
	（10月～4月）	115,960円（2名分）	57,980円（1名分）
使 用 料	電気代	使用分	
	水道代	3,000円	2,000円
	電話代	基本料金1,240円+使用分	

②月途中に内容変更があった場合の利用料・使用料

- ・月途中に入居・退居をした場合や入居区分の変更（介護予防または特定施設入居者生活介護のサービス利用の開始または終了）した場合の利用料・使用料の取り扱いは次の通りです。

利 用 料	事務費	・入退居の場合は、入居日・退居（居室明け渡し）日を基準に日割りとなります。ただし、死亡の場合は、死亡日を基準に日割りとなります。 ・居室移動の場合と（介護予防）特定施設入居者生活介護を開始または終了した場合は、基本料金が異なる場合のみ、それぞれの基本料金をそれぞれの在籍（利用）日数で日割りし、合算した金額となります。ただし、基本料金が同じ場合は、それぞれの在籍（利用）日数で按分するため、本来の金額となります。
	管理費	・入退居の場合は、1ヶ月分全額となります。 ・居室移動の場合は、基本料金が異なる場合のみ、変更月1日時点の該当金額となります。
	生活費	・入退居の場合は、入居日・退居（居室明け渡し）日を基準に日割りとなります。

使 用 料	電 気 代	・入退居の場合と居室移動の場合は、入居（居室移動）日・退居（居室明け渡し）日を基準にメーター検針を行います。
	水 道 代	・入退居の場合は、1ヶ月分全額となります。 ・居室移動の場合は、基本料金が異なる場合のみ、変更月1日時点の該当金額となります。
	電 話 代	・入退居の場合は、基本料金は、1ヶ月分全額となります。

※日割り計算は、暦上の月ごとの日数ではなく、一律30日として計算します。1日の金額を算出後、端数を切り捨てた金額に在籍日数をかけた金額となります。

6. 協力医療機関

	協力病院医療機関	協力歯科医療機関
医療機関の名称	医療法人 札幌平岡病院	医療法人社団 札幌歯科口腔外科クリニック
診 療 科	内科	歯科
所 在 地	札幌市清田区平岡2条 1丁目15番20号	札幌市厚別区厚別中央1条 6丁目3番1号
電 話 番 号	011-881-3711	011-801-1400

7. 事故発生時の対応

- ・事故が発生した場合には、家族・市町村に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- ・当該事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録を行います。
- ・利用者に対して、施設側の過失により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- ・事故が生じた際には、事故検討委員会で原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

8. 身体拘束の禁止について

施設では、サービスの提供にあたり、身体拘束を行わないケアを遵守しています。

①入居者本人もしくは他の入居者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合で、切迫性・非代替性・一時性の3要件の全てを満たした場合にのみ、入居者本人・家族等へ説明し、同意を得た上で行うことがあります。

- ・切迫性とは、入居者本人または、他の入居者等の生命または身体が危険にさらされる緊急性が著しく高い状況を指します。
- ・非代替性とは、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替法がない状況を指しています。
- ・一時性とは、身体拘束その他の行動制限が一時的な状況であることを指しています。

②身体拘束を行った場合は、十分な観察を行うとともに、行っている内容の評価及び経過を記録し、可能な限り早期に拘束を解除できるよう努めます。

9. ハラスメントについて

施設は、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることがないよう指針を定め、適切なサービス提供が出来る体制を確保します。

10. 苦情の受け付け

(1) 苦情解決の方法

苦 情 の 受 付	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情は、面接・電話・書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。 ・第3者委員に直接苦情を言うこともできます。
苦情受付の報告・確認	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申立人が第三者委員への報告を拒否した場合は除く）に報告します。第三者委員はその内容を確認し、苦情申立人に対して報告を受けた旨を通知します。
苦情解決のための話し合い	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者は、苦情申立人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申立人は、第三者委員の助言や立会いを求めるることができます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは次により行います。 <ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員による苦情内容の確認。 ・第三者委員による解決案の調整・助言。 ・話し合いの結果や改善事項等の確認。

(2) 当事業所における苦情の受付

苦 情 解 決 責 任 者	中 野 升 (施設長)
苦 情 受 付 担 当 者	小 野 寺 貴 美 (生活相談員)
第 三 者 委 員	<p>林 恭 裕 (社会福祉法人栄和会監事) 北広島市西の里東4丁目3-14 電話：090-3890-1365</p> <p>奥 田 龍 人 (NPO法人シーズネット理事長) 札幌市手稲区前田2条11丁目10-1 電話：090-7053-5234</p>

(3) 行政機関その他苦情受付機関

札 哥 市 厚 别 区 役 所 保 健 福 祉 課	所 在 地：札幌市厚別区厚別中央1条5丁目 電 話 番 号：011-895-2400 受 付 時 間：月～金 8：45～17：15
北海道福祉サービス運営適正化委員会 福 祉 サ ー ビ ス 苦 情 解 決 委 員 会	所 在 地：札幌市中央区北2条西7丁目 電 話 番 号：011-204-6310 受 付 時 間：月～金 9：00～17：00

※その他、お住まいの市町村の窓口でも受け付けしています

11. 権利擁護・虐待防止について

施設は、入居者の尊厳を保持できるよう、権利擁護及び虐待の防止等（虐待等の未然防止、虐待等の早期発見、虐待等への迅速かつ適切な対応）のための指針を定め、次の通り必要な措置

を講ずるための体制を整備します。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 全ての従業者に対する利用者の人権の擁護及び障害者虐待の防止に係る研修の実施（年1回以上）
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について職員への周知

1 2. 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、入居者に対する特定施設入居者生活介護やすらぎのサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。

- 2 施設は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- 3 施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 3. 感染症の予防及びまん延の防止のための取り組み

感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の通りの措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 施設において、職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に行います。

1 4. 職員の質の確保等

職員の資質の向上を図るため、計画的に研修の機会を設け、その為の業務体制を整備します。

- 2 職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者及び配置基準上必要ではない職員並びにその他これに類する者を除く。以下この条において「職員」という。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修（以下「認知症介護基礎研修」という。）を受講させるために必要な措置を講じます。
- 3 新たに採用した職員は、採用後1年を経過するまでの間に認知症介護基礎研修を受講させ、ケアの質の向上を図ります。

1 5. 秘密の保持及び個人情報の保護

- (1) 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または家族もしくはその代理人等に関する個人情報の利用目的を「個人情報使用に係る同意書」の通り定め、適切に取り扱います。また、正当な理由なく第3者に漏らすことはありません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されることから、情報提供を行うこととします。

- ・サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等。
- ・居宅介護支援事業所（地域包括支援センター[介護予防支援事業所]）等との連携。
- ・利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知。
- ・利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医師への連絡等。
- ・生命・身体の保護のために必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）。

- (2) 前項に掲げる事項は、利用契約中だけではなく、利用契約終了後も同様の取り扱いとします。
- (3) 「個人情報使用に係る同意書」に基づき、外部に対して個人情報を利用する場合は、誓約書を交わす等、秘密保持に関して万全の体制をとることにより、情報の漏えいを防止します。

1.6. 契約の終了

(1) 施設を退居していただく場合（契約終了）

契約の有効期間中に以下のような事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、利用者に退居していただくことになります。

- ・事業所が解散・破産した場合、またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。

- ・施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ・当事業所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。
- ・利用者から退居の申し出があった場合。（詳細は下記の通りです。）
- ・事業所から退居の申し出を行った場合。（詳細は下記の通りです。）

(2) 利用者からの退居またはサービス利用停止の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間中であっても、利用者より退居またはサービス利用停止を申し出ることができます。その場合には、退居またはサービス利用停止を希望する1ヶ月前までに解約届を提出して下さい。ただし、以下の場合には、即時契約を解約・解除し、退居またはサービス利用停止をすることができます。

- ・介護保険給付サービスの利用料変更に同意できない場合。
- ・介護保険給付対象外サービスの利用料変更に同意できない場合。
- ・利用者が入院された場合。
- ・事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める（介護予防）特定施設サービスをしない場合。
- ・事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合。
- ・事業者もしくはサービス従業者が故意または過失により、利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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。
- ・他利用者が本人の身体・財産・信用等傷つけた場合もしくは傷つけるおそれがある場合において、事業者が適切に対応をとらない場合。

(3) 事業者からの退居または利用停止の申し出（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居またはサービス利用停止をしていただくことがあります。

- ・利用者が契約締結時に、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、また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。
- ・利用者によるサービス利用料金の支払いが3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。

- ・利用者が故意または重大な過失により事業者またはサービス従業者もしくは他の利用者によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ・利用者が連續して3ヶ月を超えて病院等に入院されると見込まれる場合、もしくは入院した場合。
- ・利用者が介護老人福祉施設または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。

(4) 契約解除に伴う援助

当事業所を退居される場合は、利用者または家族の希望により、事業所は利用者の心身状況、置かれている環境等を勘案し、必要な以下の援助を速やかに行います。

- ・適切な病院もしくは診療所又は介護老人福祉施設等の紹介。
- ・居宅介護支援事業所の紹介。
- ・その他保健医療サービス又は福祉サービスの紹介。

特定施設入居者生活介護やすらぎの利用に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者 事業者名 特定施設入居者生活介護 やすらぎ

氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、内容を理解し承諾致しました。

契約者 住所

氏名 印

身元引受人 住所

氏名 印

※心身の状況により、契約者本人による記入が困難なため、
契約者の後見人及び身元引受人が同意し、代筆にて記入する。 印