

# 指定短期入所生活介護 重要事項説明書



社会福祉法人 孝徳会

ショートステイ 陽のあたる丘 MISONO

# 『指定短期入所生活介護 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。  
(神奈川県指定 第 1473500732号)

当事業者はご契約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。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

## 【目次】

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 職員の配置状況	2
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
5. 苦情の受付について	9

### 1. 事業者

(1) 法人名	社会福祉法人 孝徳会
(2) 法人所在地	神奈川県横浜市栄区鍛冶ヶ谷二丁目40番1号
(3) 電話番号	045-892-1423
(4) 代表者氏名	理事長 小岩井 浩夫
(5) 設立年月	平成16年11月9日

### 2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類	指定短期入所生活介護事業所平成18年4月1日指定 神奈川県第 1473500732号 ※ 当事業所は特別養護老人ホーム陽のあたる丘 MISONO に併設されています。
(2) 事業所の目的	老人福祉法第5条の2第4項に定める老人短期入所事業で、介護保険法第7条第13項に規定する短期入所生活介護を行う施設です。経過的要介護又は要介護1から5の認定を受けた方で日常生活上のサービスや機能訓練を行うことを目的としています。

- (3) 事業所の名称 ショートステイ 陽のあたる丘 MISONO
- (4) 事業所の概要
- ・ 建物の構造  
鉄骨鉄筋コンクリート造 地上3階建て
  - ・ 建物の延べ床面積  
5,752.03㎡
- (5) 事業所の所在地 神奈川県横浜市栄区鍛冶ヶ谷二丁目40番1号
- (6) 電話番号 045-892-1423
- (7) 事業所長(管理者)氏名 小岩井 成夫
- (8) 開設年月 平成18年4月1日
- (9) 営業日及び営業時間
- |      |                         |
|------|-------------------------|
| 営業日  | 年中無休                    |
| 受付時間 | 月曜～金曜 9時～18時 土・日・祝日 予約制 |
- (10) 利用定員 20人
- (11) 居室等の概要

当事業所が提供する居室は、すべて個室です。入居個室は、事業者側で指定させていただきます。

※居室の変更：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を変更する場合があります。

### 3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定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》※職員の配置については、指定規準を遵守しています。

職 種	常勤換算	人 員
1. 事業所長(管理者)	1名	1名
2. 介護職員	62.2名	74名
3. 生活相談員	2名	2名
4. 看護職員	5.3名	8名
5. 機能訓練指導員	看護師兼務	2名
6. 介護支援専門員	1名	1名
7. 医 師	非常勤	1名
8. 管理栄養士	1名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数です。

《主な職種の勤務体制》

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	非常勤
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8：00～18：30 各ユニット1～3名 夜間：18：30～ 8：00 1ユニット毎1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8：00～17：00 2名 日中： 9：30～18：00 2～3名
4. 機能訓練指導員	常 勤（看護師兼務）
5. 生活相談員	日中： 9：00～18：00

※土・日・祝日は上記と異なります。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 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) 介護保険の給付対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（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 入 浴

- ・入浴または清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも浴槽を利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、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 健康管理

- ・医師や看護職員が健康管理を行います。

④ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第7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）をお支払いください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

- ☆ ご契約者がまだ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全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は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）。

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。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。

- ☆ ご契約者に提供する基本食事サービスにかかる費用は、全額ご負担いただきます。

（下記（2）参照）

- ☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

<介護保険の給付対象となるサービス料金表>

区 分	介護度	単 位	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
(1) 基本額 ユニット型個室	要支援 1	529 単位	576 円/日	1,152 円	1,728 円
	要支援 2	656 単位	714 円/日	1,428 円	2,142 円
	要介護 1	704 単位	766 円/日	1,532 円	2,298 円
	要介護 2	772 単位	840 円/日	1,680 円	2,520 円
	要介護 3	847 単位	922 円/日	1,844 円	2,766 円
	要介護 4	918 単位	999 円/日	1,998 円	2,997 円
	要介護 5	987 単位	1,074 円/日	2,148 円	3,222 円

○・・・加算されるもの △・・・発生時に加算されるもの

	加算内容	単 位	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分	
加 算 額	△ 送迎加算	184 単位/回	200 円	400 円	600 円	
	* 送迎が認められる利用者様に対して加算します。					
	○ 夜勤職員配置加算 (Ⅱ) (介護予防を除く)	18 単位/日	20 円	40 円	60 円	
	* 夜勤を行う介護・看護職員の数が最低基準を 1 人以上上回っている場合に評価します。					
	○ 看護体制加算 (Ⅰ)	4 単位/日	4 円	8 円	12 円	
	* 常勤の看護師を 1 名以上配置している場合に評価します。					
	○ 看護体制加算 (Ⅱ)	8 単位/日	9 円	18 円	27 円	
	* 看護職員を常勤換算方法で入所者数が 25 又はその端数を増やすごとに 1 名以上配置している場合に評価します。					
		機能訓練加算	12 単位/日	13 円	26 円	39 円
	* 常勤の理学療法士を 1 名以上配置している等					
		認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日	218 円	436 円	654 円
	* 詳細に関しては担当者にお尋ねください。					
	△	若年性認知症利用者受入れ加算	120 単位/日	131 円	262 円	393 円
	* 詳細に関しては担当者にお尋ねください。					
	△	療養食加算	8 単位/回	9 円	18 円	27 円
* 医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合に評価します。(1 日につき 3 回限度)						
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	12 単位/日	13 円	26 円	39 円	
* 介護福祉士が 80%以上配置若しくは、勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%配置されているときに評価します。						
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	6 単位/日	7 円	14 円	21 円	
* 介護福祉士が 60%以上配置されているときに評価します。						

	加算内容	単位	1割負担分	2割負担分	3割負担分
○	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日	7 円	14 円	21 円
	* 介護福祉士が 50%以上配置若しくは、勤続 7 年以上の介護福祉士が 30%配置されているときに評価します。				
△	緊急短期入所受け入れ体制加算	90 単位/日	98 円	196 円	294 円
	* 緊急的に利用した場合に算定されます。（介護予防を除く）				
	個別機能訓練加算	56 単位/日	61 円	122 円	183 円
	* 専従の機能訓練指導員を 1 名以上配置し、計画を作成、実施した場合に評価されます。				
	医療連携強化加算	58 単位/日	63 円	126 円	189 円
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100 単位/月	109 円	118 円	327 円
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位/月	218 円	436 円	654 円
	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位/日	3 円	6 円	9 円
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 単位/日	4 円	8 円	12 円
	在宅中重度者受け入れ加算 （介護予防を除く）	421 単位/日	458 円	916 円	1,374 円
		417 単位/日	454 円	908 円	1,362 円
		413 単位/日	449 円	898 円	1,347 円
		425 単位/日	462 円	924 円	1,386 円
△	看取り連携体制加算（介護予防を除く）	64 単位/日	70 円	140 円	210 円
○	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数に 13.6%乗じた単位数			
減算	長期利用者に対して減算（31日～61日）	連続して 30 日を超えて入所している場合 △ 30 単位/日			
	長期利用の適正化 （61日以降）	連続して 61 日以降を超えて利用された場合、介護老人福祉サービス費の単位数と同単位数とする。 要介護 1：670 単位/要介護 2：740 単位/要介護 3：815 単位 要介護 4：886 単位/要介護 5：955 単位 要支援 1：要介護 1 の単位数の 100 分の 75 に相当する単位数 要支援 2：要介護 1 の単位数の 100 分の 93 に相当する単位数			

\*加算の詳細に関しては、担当者にお尋ねください。

#### 負担金の計算方法

（１）と（２）の加算額がある場合は、それを合わせ計算されます。

1 割負担分の方：（合計単位数×日数×10.88 円《横浜市地域加算》の額）の 90%を差し引いた額

2 割負担分の方：（合計単位数×日数×10.88 円《横浜市地域加算》の額）の 80%を差し引いた額

3 割負担分の方：（合計単位数×日数×10.88 円《横浜市地域加算》の額）の 70%を差し引いた額

\* 金額は、介護報酬の算定方法の都合上、誤差が生じますので、目安であることを予めご了承ください。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）

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。

<介護保険の給付対象とならないサービス料金表>

<サービスの概要と利用料金>

区 分	金 額	内 容 の 説 明
食 費	日額 第1段階～第3段階 300円（第1段階） 600円（第2段階） 1,000円（第3段階-①） 1,300円（第3段階-②） 1,580円（第4段階） ※食事精算方法（提供した食数での精算） 朝 食 390円 昼 食 520円 おやつ 100円 夕 食 570円	
滞在費	ユニット型個室 日額 880円（第1段階） 880円（第2段階） 1,370円（第3段階①②） 日額 2,120円（第4段階）	
理美容代	カット 2,200円 カット&カラー 7,100円 カット&パーマ 7,100円	
教養娯楽費	クラブ活動材料費 実 費	利用者の希望によって提供した場合
送迎代	通常の送迎実施地域以外 （栄区、港南区、戸塚区、金沢区、磯子区、南区、泉区、鎌倉市） 通常の送迎実施地域以外送迎は、一律 2,000円とする。	



① 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物を必要とするときは実費をご負担いただきます。 1枚につき 10円

② 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

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。

③ 契約書第21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かかる料金

1日に付き 10,000円を契約者は支払うものとします。

※経済状況等の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、ご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1日ごとに計算し、ご請求します。支払い方法は、ご利用月の翌月中旬に請求書をご郵送し、指定口座へ振込んでください。(お振込はご利用者様のお名前前でお手数料はご契約者の負担となります。)また、事務所において現金でのお支払いも受け付けております。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定期間の前に、ご契約者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合にはサービスの実施日2日前までに事業者申し出てください。

○利用予定日の2日前までに申し出がなく、前日及び当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の2日前までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日に申し出があった場合	利用予定日数分の料金（自己負担相当額）の50%
利用予定日の当日に申し出があった場合	利用予定日数分の料金（自己負担相当額）の100%

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスができない場合、他の契約可能期間を契約者に提示します。

○ご契約者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

また、契約書第12条第3項（原状回復の義務）その他の条項に基づく義務を事業者に対して負担しているときは、利用終了日に精算していただきます。

5. 苦情の受付について（契約書第 24 条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所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。

- 苦情受付窓口（担当責任者）小岩井 成夫 （職 名） 施設長  
 （担当者） 鈴木 恵美・草柳 由美子（職 名）生活相談員  
 柿島 彩子 （職 名） 副施設長
- 第三者委員 担当：半田 久子 連絡先 045-891-3730
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00
- 受付窓口 TEL：045-892-1423 FAX：045-892-1403

（2）行政機関その他苦情受付機関

横浜市健康福祉局 高齢施設課	所在地 横浜市中区本町6丁目50番地の10 市庁舎16階 電話番号 045-671-3923 FAX番号 045-641-6408 Mail : kf-shisetsu@city.yokohama.jp
横浜市栄区役所 高齢・障害支援課	所在地 横浜市栄区桂町303番地19 電話番号 045-894-8547 FAX番号 045-893-3083 メールアドレス : <a href="mailto:sa-koreisyogai@city.yokohama.jp">sa-koreisyogai@city.yokohama.jp</a>
神奈川県 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係	所在地 横浜市西区楠町27番地1 電話番号 045-329-3447 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15 （土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く）
神奈川県 高齢福祉課 福祉施設グループ	所在地 横浜市中区日本大通1 電話番号 045-210-1111（代表） 福祉施設グループ（内線4851）

<重要事項説明書付属文書>

1. 契約締結からサービス提供までの流れ

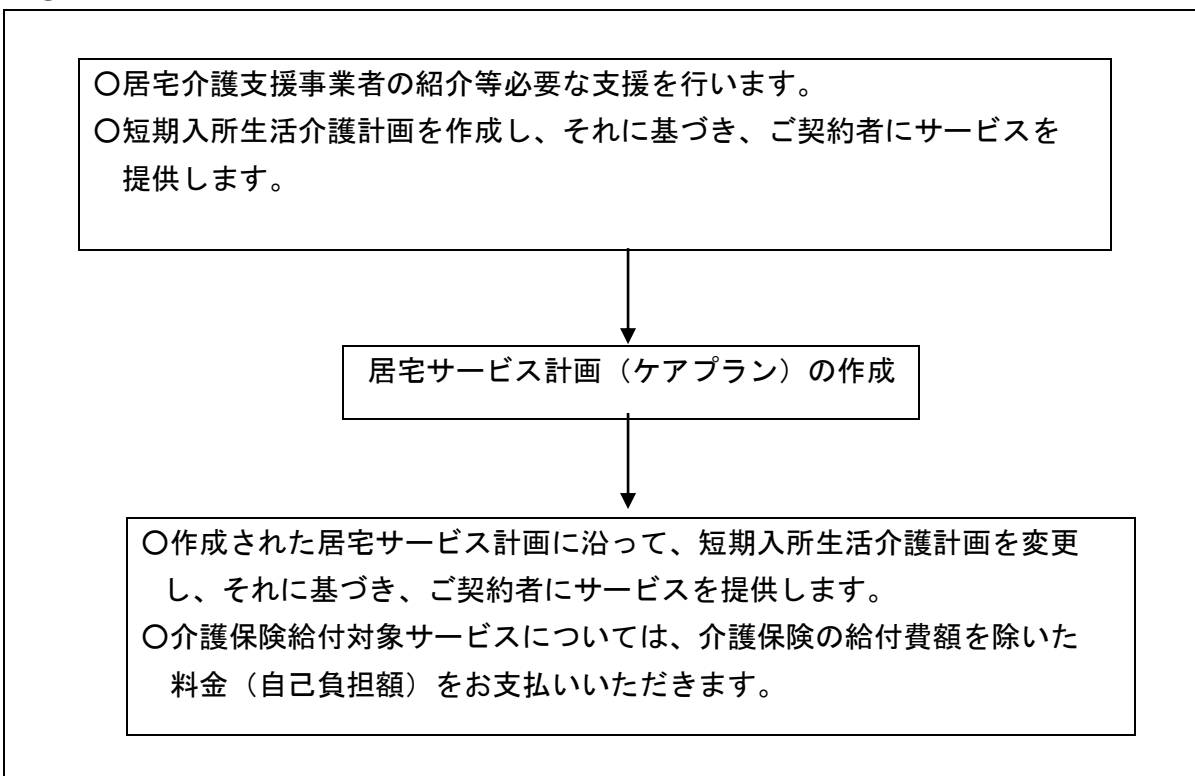
(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「短期入所生活介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。

（契約書第3条参照）

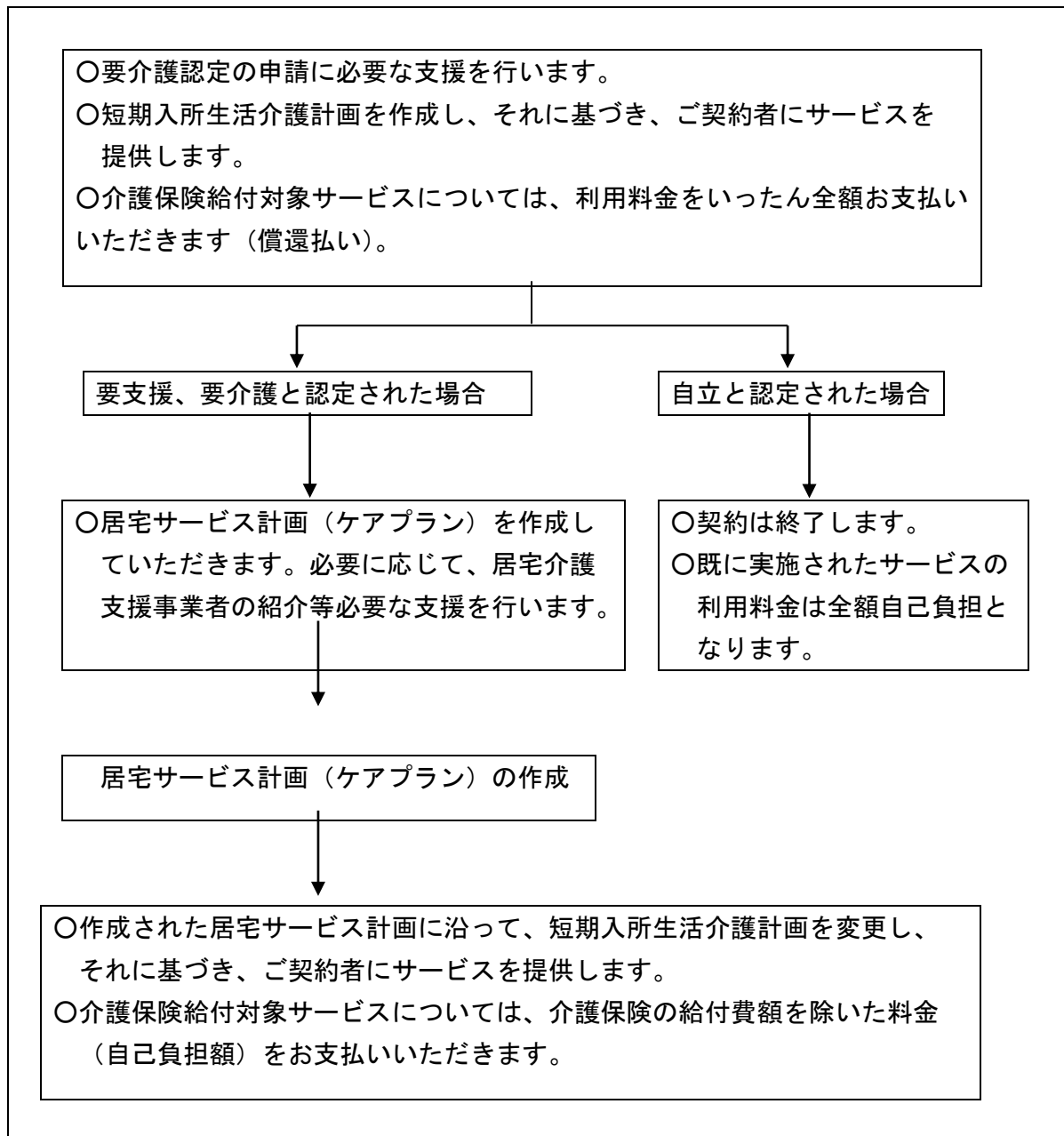
- ① 当事業所の事業サービス担当者に短期入所生活介護計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。
- ② その担当者は短期入所生活介護計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。
- ③ 短期入所生活介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、短期入所生活介護計画を変更します。
- ④ 短期入所生活介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



## 2. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態等の必要な事項について医師又は看護職員と連携し、ご契約者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、非常災害に備えるため、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
但し、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体等を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を講じます。
- ⑥事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとする。
  - (1)虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を職員に周知徹底を図るものとする。
  - (2)虐待の防止のための指針を整備するものとする。
  - (3)虐待の防止のための職員に対する研修を定期的に行うものとする。
  - (4)前(3)に定める措置を適切に治済するための担当者を置くものとする。事業者は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待に対する調査等に協力するよう努める。
- ⑦ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管し、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させます。但し、正当な理由がある場合に限り、複写物を交付します。
- ⑧事業者及びサービス従事者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏えいしません。これは、契約が終了した後も継続します。（守秘義務）  
但し、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

### 3. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の共同生活の場としての快適性、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

利用にあたり、他の利用者に迷惑のかかる物や、施設運営に支障をきたす物については持ち込みをお断りすることがあります。

#### (2) 面 会

面会時間 9:00～19:00 (退室)

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

※インフルエンザ等に罹患されていたり、泥酔状態の場合等、利用者に迷惑のかかる場合はご面会をお断りすることがあります。

※尚、来訪される場合、他の利用者に迷惑のかかる物や、施設運営に支障をきたすものについては持ち込みをお断りすることがあります。

#### (3) 食 事

食事が不要な場合は、お申し出ください。朝食は、前々日の12時までに、昼食・おやつ・夕食は、前日の12時までに申し出があった場合には、重要事項説明書4(2)に定める「基本食事サービス」の提供にかかる費用は減免されます。

#### (4) 施設・設備の使用上の注意(契約書第12条、第13条参照)

○居室及び共用施設、敷地をその本来の目的に従って利用して下さい。

○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の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合は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。

○ご契約者が、事業所の施設、設備を滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己負担により原状回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただきます。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

○ご契約者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、ご契約者及びその家族等と事業者の協議により、居室又は共用施設、設備の利用方法等を決定します。

#### (5) 喫 煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

但し、原則として火気については施設で管理させていただきます。

#### (6) 事故発生時の対応

ご契約者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課、区福祉保健センター、警察署、消防署等の所轄官庁及びご契約者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。また、ご契約者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

#### (7) サービス利用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。(ただし、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・入院治療を義務づけるものでもありません。)

##### ① 協力医療機関

医療機関の名称	横浜栄共済病院
所在地	横浜市栄区桂町 132 番地
診療科	内科、小児科、外科、脳神経外科、胸部心臓血管外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、産婦人科、眼科、神経科、形成外科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、放射線科

#### 4. 損害賠償について (契約書第 14 条、第 15 条参照)

当事業所において、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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

#### 5. サービス利用をやめる場合 (契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約期間満了日までとします。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、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、当事業所との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。(契約書第 17 条参照)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が亡くなられた場合</li><li>② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合</li><li>③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合</li><li>④ 施設の滅失や重大な毀損又は建替等により、ご契約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 当事業所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 契約書第 18 条から第 20 条に基づき本契約が解約又は解除された場合<br/>(詳細は以下を参照ください。)</li><li>⑦ 本契約期間が満了した時</li></ul> |
|--|

(1) ご契約者からの辞退の申し出（解約・契約解除）

（契約書第6条、第9条、第18条、第19条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解除することができます。

契約終了を希望する日の7日前までに解約届出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 ご契約者が入院された場合</li><li>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短期入所生活介護サービスを実施しない場合</li><li>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</li><li>⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又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がたい重大な事情が認められる場合</li><li>⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を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</li><li>⑦ 運営規定の変更に同意することができない場合</li></ul> |
|--|

(2) 事業者からの申し出（契約解除）（契約書第20条参照）

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。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>② ご契約者による、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</li><li>③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又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</li><li>④ ご契約者が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</li><li>⑤ ご契約者が正当な理由なく3日以上居室を利用しない時</li></ul> |
|---|



令和 年 月 日

指定短期入所生活介護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。

指定短期入所生活介護  
説明者

職 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、事業者から重要事項説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意し署名捺印の上、書面交付を受けました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印