「特別養護老人ホーム函南・ぶなの森」重要事項説明書

あなたに対する施設介護サービス提供にあたり、介護保険法に関する「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生労働省令第３９号)」第 4 条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1　事業者の概要

（1）　法　人　名　　社会福祉法人　函要会
（2）　法人所在地　　〒419-0114　　静岡県田方郡函南町仁田 284 番地の 5
（3）　電 話 番 号　　055-970-1127
　　F　A　X　　055-970-1155
（4）　代表者氏名　　杉山　潔

2　事業所の概要

（1）　事 業 所 の 種 類　　指定介護老人福祉施設　平成１７年８月１日指定
（2）　事 業 所 の 名 称　　特別養護老人ホーム函南・ぶなの森
（3）　事 業 所 の 所 在 地　　〒419-0114　静岡県田方郡函南町仁田 284 番地の 5
（4）　電　話　・ＦＡＸ　　TEL 055-970-1127　FAX 055-970-1155
（5）　施　　設　　長　　杉本　知敬
（6）　開始（サービス開始）　　平成１７年８月１日
（7）　介護保険事業所番号　　２２７０３００６５６

3　事業者が行っている他の業務

当事業者では、次の事業も合わせて実施しています

①ショートステイ函南・ぶなの森(短期入所生活介護)	平成 17 年 8 月 1 日	静岡県指定第 2270300681 号
ショートステイ函南･ぶなの森(介護予防短期入所生活介護)	平成 18 年 4 月 1 日	静岡県指定第 2270300681 号
②デイサービス函南・ぶなの森(通常規模型)	平成 17 年 8 月 1 日	静岡県指定第 2270300672 号
デイサービス函南・ぶなの森(通所型サービス A)	平成 30 年 4 月 1 日	静岡県指定第 2270300672 号
③訪問介護センター函南・ぶなの森(訪問介護)	平成 18 年 4 月 1 日	静岡県指定第 2270300672 号
④ケアプラザ函南・ぶなの森	平成 17 年 8 月 1 日	静岡県指定第 2270300664 号

4　施設の目的と運営の方針

施設の目的　　地域における高齢者福祉の拠点として、高齢者が心豊かな生活を営めるよう、健康維持・精神的安定を図り自立を支援する。

運営の方針　　地域に根付いた社会的関係を持ちながら公共性・公益性の理念のもと、利用者本位の処遇に努め小規模生活単位型で生活支援を行う。

福祉サービス第三者評価の実施状況

現在、実施しておりません。

5　施設の概要

敷地面積:　3，167㎡

建物構造:　鉄骨造4階建　塔屋1階(耐火建築物)

延床面積:　5，759.9㎡

利用定員:　80名、短期入所10名

(1)　居室

居室の種類	居室数	面　積	**1人当り面積**
居室　　A	78 室	1189.5 ㎡	15.3 ㎡
居室　　B	3 室	45.5 ㎡	15.2 ㎡
居室　　C	3 室	45.3 ㎡	15.1 ㎡
居室　　D	3 室	44.9 ㎡	15.0 ㎡
居室　　E	3 室	44.7 ㎡	14.9 ㎡

※居室 A~E は、部屋の大きさになります。

(2)　主な設備

一般浴室、機械浴室、医務室、食堂、リビングなど１ユニット 10 名の小規模生活単位型

(3)　職員体制（主たる職員）

（令和 6 年 2 月 1 日現在）

職員の職種	員数	区　分		保有資格
		常　勤	非常勤	
		専従(兼務)	専従(兼務)	
1　施設長	1	1		社会福祉主事
2　事務員	3	3		
3　医師(嘱託)	1		(1)	医師
4　生活相談員	1	1		介護福祉士
5　介護職員	56	43	13	介護福祉士等
6　看護職員	5	4	1	看護師･准看護師
7　管理栄養士	1	1		管理栄養士
8　機能訓練指導員	1	1		マッサージ師
9　介護支援専門員	1	1		介護支援専門員

(4)　個人情報の保護

ご入居者様、ご家族の個人情報は個人情報の保護に関する法令及び厚生労働省が定める医療、介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイドラインを遵守し、当法人が定める個人情報に関する基本方針をはじめ個人情報に関する諸規定を守り適性かつ適切な取扱をしてまいります。

(5)　苦情受付窓口、苦情解決委員

１．当事業所における苦情の受付は次のとおりです。

受付時間　月～金曜日　8：30～17：30

電　話　055-970-1127　FAX　055-970-1155

２．苦情解決委員

役　職	氏　名	電話番号	連絡先住所
苦情解決責任者	杉本　知敬	055-970-1127	静岡県田方郡函南町仁田284番地の5
苦情受付担当者	牧田　一平	055-970-1127	静岡県田方郡函南町仁田284番地の5
第三者委員	佐口　則保	055-978-3242	静岡県田方郡函南町畑毛 513
第三者委員	日吉　悦子	055-949-3758	静岡県伊豆の国市韮山山木 616-1
第三者委員	高橋　宗弘	055-979-4603	静岡県田方郡函南町仁田 282-3

(6)　行政機関その他苦情受付機関

○静岡県社会福祉協議会　静岡県福祉サービス運営適正委員会

０５４－６５３－０８４０

○静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付

０５４－２５３－５５９０

受付時間　　９：００～１７：００

○函南町役場　　福祉課　　０５５－９７９－８１２６

伊豆の国市役所　長寿介護課　　０５５８－７６－８００９

伊豆市役所　　健康長寿課　　０５５８－７２－９８６０

三島市役所　　介護保険課　　０５５－９８３－２６０７

(7) 事故発生時の対応

① 事故対応に対しては組織を上げて支援する。事故対応はすべての業務に優先する。

② 事故対応にあたっては、公平性、透明性に努めます。

③ 事故への応急対策、家族連絡並びに市町村へ連絡します。

④ 問題の明確化に努めます。

⑤ 原因調査を行います。

⑥ 記録作成を行います。

⑦ 入居者に対するサービスの提供により、事業所側に明らかな過失がある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います。

6 サービス内容説明書

当事業者が、契約者に提供する介護保険内サービスは以下のとおりです。

1 介護保険給付サービス

サービスの種類	内容
食 事	食事時間 朝食:7時30分～ 昼食:11 時 30 分～ 夕食:17時 30 分～ 食事はユニットごとに食堂で摂ります。出来るだけ離床して食事をお摂りください。 食べられない物やアレルギーがある方は、事前にご相談をしてください。 業務の都合により変更する場合があります。
排 泄	自立排泄、排泄一部介助(時間誘導、着脱等)、おむつ使用等利用者の状況にあわせて行います。
入浴・清拭	身体の状態に応じて一般入浴(個浴)と、特別入浴(機械浴)とに分かれます。原則として週2回の入浴となります。入浴日に体調不良等で入浴が困難な場合は清拭を行います。
口腔清拭	口の中の清潔を保つため、食後に歯磨き等のお手伝いをします。
離 床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	朝・夕の着替えのお手伝いをします。また、必要に応じて衣類の交換のお手伝いをします。
整 容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。
洗 濯	衣類・下着の洗濯を行います。
機能訓練	機能訓練指導員による入居者の状況に合わせた機能訓練援助を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
相談及び援助	入居者とその家族からのご相談には誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口） 生活相談員
健康管理	当施設の協力医療機関により、毎月診療日を設けて健康管理に努めます。また緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関に引継ぎます。外部の医療機関に通院する場合に対応が困難な場合はご相談ください。

7 サービス利用単位

(1)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)と食事に係る標準負担額の合計金額をお支払い下さい。(サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。介護保険負担割合証の自己負担割合に応じた金額となります。

【基本単位】1 単位=10.14 円

	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
サービス利用料金	670 単位	740 単位	815 単位	886 単位	955 単位

【加算】

看護体制加算(Ⅰ)ロ	4単位	常勤の看護師を1名以上配置している
看護体制加算(Ⅱ)ロ	8 単位	看護職員を基準以上(25 名に対し 1 名)配置している
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12 単位	機能訓練を行う職員を配置している
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月	厚生労働省へのデータ提出・情報活用
個別機能訓練加算(Ⅲ)	20 単位/月	計画または個別機能訓練計画について必要な見直しを行い情報を共有
夜勤職員配置加算Ⅳ(Ⅱ)	21 単位	夜勤を行う職員の数が規定の数に1を加えた数を配置している場合また喀痰吸引等実施できる職員を配置している
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計保険単位数×17.6%	
日常生活継続支援加算 2	46 単位	① 前 6 か月又は 12 か月間の新規入所者総数のうち介護度 4・5 の方が 70%以上 ② 前 6 か月又は 12 か月間の新規入所者総数のうち日常生活自立度Ⅲ以上の方が 65%以上 ③ 入所者のうち痰吸引等が必要な方が 15%以上
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100 単位/月	リハビリテーションを実施している医療機関の医師の助言に基づき機能訓練士が生活機能の向上を目的とした機能訓練計画書を作成していること。
自立支援促進加算	280 単位/月	医師による医学的評価の下、多職種が連携した自立支援計画を立て、その取り組みを評価していること。
福祉施設経口維持加算Ⅰ	400 単位/月	摂取・嚥下障害を有する利用者ごとに他職種による食事観察と会議を行い、経口維持計画を作成
福祉施設外泊時費用	246 単位	病院等へ入院した場合及び居宅などへ外泊を認めた場合(月6回限度)
初期加算	30 単位	入居した日から起算して30日以内の期間

口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 単位/月	歯科医師、歯科衛生士により年 2 回以上の介護職員への指導助言を行い、ケアを実施する。
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 単位/月	歯科医師又は歯科衛生士による介護職員への指導。口腔ケアマネジメント作成、医師による指導
ADL 維持加算（Ⅰ）	30 単位/月	評価対象者のバーセルインデックスを適切に評価しADL 利得数値が 1 以上あること。
ADL 維持加算（Ⅱ）	60 単/月	評価対象者のパーソナルインデックスを適切に評価しADL 利得数値が 2 以上あること。
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 単位/月	入居者の心身状況を厚生労働省に提出していること。情報の活用ができていること。
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50 単位/月	疾病の状況等の情報を提出しサービス計画を見直すこと。情報の活用ができていること。
福祉施設看取り介護加算（Ⅱ）	8108 単位/月	看取りの体制が出来、当該施設において看取り介護を行った場合（1ヵ月）
療養食加算	6 単位/回	主治医の指示による療養食を提供している
再入所時栄養連携加算	200 単位/回	退院時に大きく異なる栄養管理が必要となった場合
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 単位/月	褥瘡リスクに対して評価し評価結果の提出をおこなう
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13 単位/月	褥瘡発生リスク者に褥瘡の発生がないこと。
排泄支援加算（Ⅰ）	10 単位/月	排泄状態の改善・情報の提出・活用・計画作成
排泄支援加算（Ⅱ）	15 単位/月	排泄状態の改善がみられること。
排泄支援加算（Ⅲ）	20 単位/月	おむつ使用ありからなしへ改善されていること。
安全対策体制加算	20 単位/月	リスクマネジメント対策検討。入所時に 1 回のみ加算。
配置医師緊急時対応加算	325～1300 単位/回	配置医師の通常勤務時間外・早朝・夜間・深夜の対応。
協力医療機関連携加算	100 単位/月	急変時の体制を常時確保している。
精神科医師定期的療養指導加算	5 単位/日	精神科を担当する医師による定期的な療養指導を月に 2 回以上行う体制がある。
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 単位/月	見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
退所時栄養情報連携加算	70 単位/回	管理栄養士が退所の医療機関に対して、当該者の管理栄養に関する情報を提供する。
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位/月	施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受ける
新興感染症等施設療養費加算	240 単位/日	特定の感染症の医療やケア（連続する 5 日が限度）
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	管理栄養士を一定以上配置

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

契約者がユニット型ケアの提供を受けることによる入居する個室の居住費及び食事の提供を受けることに伴う費用は次のとおりです。居住費は、厚生労働大臣が定める居住費の算定方法により算定した金額をお支払ください。ただし、厚生労働大臣が定めた低所得者等に対する措置(特定入所者介護サービス費)に該当する入居者は、市町村役場へこの介護保険負担限度額認定申請をし、介護保険負担限度額認定書の交付を受けた入居者は、厚生労働大臣が定めた負担限度額の区分により定められた金額をお支払ください。

食費、居住費の金額(第４段階)

	区 分	日 額	月額(30日として)	1ヶ月平均
食費の金額		1,630 円	48,900 円	49, 579 円
居住費の金額	ユニット型個室	2, 066 円	61,980 円	62, 841 円

食費は、「食材料費」+「調理費」が入居者の負担です。 おやつ代(￥120)は別途となります。

食事提供時以外の嗜好品代(コーヒー、紅茶等)として月に700円頂きます。

居住費は、「建設費用(修繕・維持費用等を含む」+「光熱水費等」が入居者負担です。

厚生労働大臣が定めた負担限度額(第3～第1段階の低所得者の食費・居住費の負担限度額)

対 象 者			区 分	食費の負担限度額		居住費の負担限度額	
				日 額	月 額	日 額	月 額
生活保護受給者			利用者負担第1段階	300円	9, 000円	880円	26, 400円
市町村民税世帯非課税	境界層該当者	老齢福祉年金受給者					
		課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	利用者負担第2段階	390円	11, 700円	880円	26, 400円
		利用者負担第2段階以外の方	利用者負担第3段階①	680 円	20, 400円	1, 370円	41, 100円
			利用者負担第３段階②	1, 420円	42, 600円	1, 470円	44, 100円

※ 市町村民税世帯非課税(世帯主及び全ての世帯員が、市町村民税非課税である者又は市町村民税が免除された者)

※ 境界層該当者(本来適用されるべき居住費・食費や高額介護サービス費等の基準等を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い基準を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者)

※　令和３年８月から一定額超の預貯金のある方、世帯分離をしていても配偶者が課税されている方については補足給付の対象外となります。（下記参考）

年金収入等 80 万円以下（第 2 段階） 預貯金額　単身 650 万円・夫婦 1，650 万円

年金収入等 80 万円超 120 万円以下（第 3 段階①） 預貯金額　単身 550 万円・夫婦 1，550 万円

年金収入等 120 万円超（第 3 段階②） 預貯金額　単身 500 万円・夫婦 1，500 万円

（3） 教養娯楽費及びその他の定期費用

ア 教養娯楽費

イ その他の定期費用

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。

サービスの種類	内容	自己負担額
理髪	定期的に来所しております。	別紙参照下さい
嗜好品代	食事時のお茶以外のコーヒー・紅茶・ジュース等を購入させていただきます。	
おやつ代	毎日15時におやつを提供させていただきます。	
日常生活用具の購入代行	衣類・洗面具・市販医薬品・化粧品・雑貨・食品等の購入を代行させていただきます。	
日常生活品（専門品、消耗品）	歯ブラシ・歯磨き粉・その他口腔ケア用品等の消耗品を、希望により定期的に購入します。	
教養娯楽費	外出、外食、クラブ活動などの教養娯楽活動の費用です。	
証明書発行	各種証明書発行費用です。（在籍証明書等）	
申請代行	行政機関等への各種申請はご家族等で行って頂きます。施設が代行した際の費用です。（介護保険証更新申請は施設ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ対応しますが自己負担ありません。）	
コピー代	証明書等印刷時のコピー代です。（施設から提供する書類以外）	
写真等データ提供	利用時の写真等の提供希望時の費用。（記録媒体の金額を含みます。）	
移送	外出・外泊の為の移送において、ご家族の対応が困難な場合は、普通車・ストレッチャー車による代行サービスをご利用いただけます。運転手以外に施設職員が同乗した場合は別途料金が発生します。	
遠方の医療機関への交通費	普通車・ストレッチャー車により遠方の医療機関への通院ができます。	

※　その他、個人的に必要な品目につきましては、ご入居者の方のご負担となりますのでご了承下さい。

8 嘱託医師

	嘱託医師
医療機関の名称	三島共立病院
主治医名	齋藤　友治
所在地	三島市玉川 353
電話番号	055-973-0882
入院施設	あり

9 協力医療機関

	協力医療病院	歯　科	眼　科
医療機関の名称	三島共立病院	山口歯科	宇野眼科
院長名	斎藤友治	山口貴司	宇野明彦
所在地	三島市玉川 353	伊豆の国市原木 123-10	函南町上沢 134
電話番号	055-973-0882	055-949-8800	055-978-1323
入院施設	あり	なし	なし

10 非常災害時の対策

<table>
<tr><td>非常時の対応</td><td colspan="4">別途定める「社会福祉法人函要会　防災対策規程」に従い対応を行います。</td></tr>
<tr><td>平常時の訓練等</td><td colspan="4">別途定める「社会福祉法人函要会　防災対策規程」に従い実施します。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">防火設備</td><td>設備名称</td><td>個数等</td><td>設備名称</td><td>個数等</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>室内消火器</td><td>41</td></tr>
<tr><td>非常口</td><td>11</td><td>外部消火器</td><td>2</td></tr>
<tr><td>自動火災報知器</td><td>あり</td><td>室内消火栓</td><td>13</td></tr>
<tr><td>誘導灯</td><td>67</td><td>非常通報装置</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>ガス漏れ報知器</td><td>あり</td><td>漏電火災報知器</td><td>あり</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>非常用電源</td><td>あり</td></tr>
<tr><td colspan="4">カーテン等は防炎性能のあるものを使用しております。</td></tr>
<tr><td>消防計画等</td><td colspan="4">消防署への届出日：平成 17 年 6 月 23 日</td></tr>
</table>

11 虐待の防止のための措置

当事業所は虐待の発生又はその再発を防止するための担当者及び委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

１２ 身体拘束について

(1) サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合をのぞき、身体拘束その他、利用者の行動を制限する行為を行ないません。

(2) 緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合、利用者またはご家族に対して事前に口頭および文章による説明を行い、併せて文章による同意を得ます。

(3) 施設長を長とする身体拘束検討委員会を随時開催し、緊急やむを得ず行なう身体拘束について判断を行なうと共に、常にその解消のために検討に努めます。

13 感染症予防及びまん延防止について

当事業所は感染症が発症し、又はまん延しないように委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

14 業務継続計画の策定について

(1) 感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスを継続的に実施及び非常時の体制で早期の業務再開を図るために、業務継続計画を作成します。

(2) 感染症及び災害に係る研修を定期的に開催し、感染症や災害が発生した場合も想定し、迅速に行動できるように訓練も実施します。

１５ ハラスメント対策において講ずべき措置（方針）について

介護サービス事業者に対して、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を防止のため雇用管理上の措置を講じます。利用者及びその家族はサービス利用にあたって、次の行為を禁止します。

(1)従業者に対する身体的暴力（直接的、間接的を問わず有形力を用いて危害を及ぼす行為）

(2)従業者に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為）

(3)従業者に対する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、性的な嫌がらせ行為等）

(4)その他、サービスへの不満などを理由に利用料金の支払い拒否や無償提供要求、従業員の自宅訪問、謝罪の強要、SNS での誹謗中傷などを社会通念上不当な行為全般

16 福祉サービス第三者評価の実施状況

現在、実施しておりません。

17　当施設ご利用の際にご留意いただく事項は次のとおりです。

来訪・面会	面会時間　9:00～18:30 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度面会簿に記帳して、職員に届出て入居者の状況を把握したうえで面会してください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、事前に外出・外泊許可申請をして許可をおとりください。
医療機関への受診	医療機関への通院・入院は原則家族の方にて受診手続きをしていただくこととなります。尚、入院後の対応につきましてもご家族にお願いします。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の使用方法にしたがってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがございます。居室は、専用個室となっていますので持ち込みたい物がありましたら申し出てください。尚、持込は必要最小限に止めるようお願いします。
喫煙等	喫煙は決められた時間・場所以外ではご遠慮願います。 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、無断で他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
現金・所持品等の管理	本人管理による所持品等につきましては、入居時に申告していただくことになります。現金・所持品等が万が一紛失した場合においては、当施設は一切責任を負いません。
宗教・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	面会時の施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。（盲導犬を除く）
金品の慰問・見舞い等	現金による見舞いは盗難や紛失によるトラブルを避けるため、御遠慮願います。 健康上の理由により食事制限を受けている入居者の方もいらっしゃいますので、他の入居者への心遣いはご遠慮ください。 食品衛生管理には十分気をつけております。生もの等飲食物の見舞いはできるだけご遠慮ください。また、その様な品物を差し入れる場合は、その場で飲食できる量でお願いするとともに、その旨を職員に申し付けください。
空床の利用	入居者が入院等により居室を空ける時は、必要に応じて短期入居者が利用する場合があります。但し、短期入居者が利用する場合は、利用期間中の居住費は発生いたしません。
居室の移動	入居者の状態の変化や介護上の都合により、施設内において居室を移動する場合があります。
衣類の管理	衣類は施設で洗濯を行い、タンスへ収納し整理を行います。衣類の持ち込みは、収納スペースが狭いので、季節ごとに交換して下さい。 施設で着用の衣類は、ほつれの部位や名前の消え等定期的に確認し修繕をお願いします。また洗濯で縮む衣類や高価な物は避けてください。

郵便物の管理	入居者様宛の郵便物は、ご家族の面会時に事務所でお渡しするか、毎月の請求書送付時に同封させていただきます。希望により、入居者様にお渡しいたします。
学生等の実習受け入れ	学生等の職場体験や資格取得を目的とした実習生の受け入れをしています。喀痰吸引等の特定医療行為や、生活上の介護をさせていただく事があります。安全面やプライバシーに配慮し実習を行いますので、ご理解ご協力をお願いします。

18　契約者は当施設のご利用を中途で契約の解除ができます。

(1)　契約者は、契約の有効期間中、契約を解除することができます。この場合には、契約者は契約終了を希望する日の7日前までに事業者に通知するものとします。

(2)　契約者は、事業者が重要事項説明書の変更や利用料金の変更の場合及び契約者が入院した場合には、即時に解約することができます。

(3)　契約者が、(1)の通知を行わずに居室から退去した場合には、当事業者が契約者の解約意思を知った日をもって契約は解除されたものとします。

(4)　事業者若しくはサービス従事者が、正当な理由なく本重要事項説明書に定めるサービスを実施しない場合には契約を解除することができます。

(5)　事業者若しくはサービス従事者が、施設サービスを提供するうえで知り得た契約者及びその家族等に関する事項を理由なく第三者に漏洩した場合には解約することができます。

(6)　事業者若しくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他サービス提供を継続できない重大な事情が認められる場合には解約することができます。

(7)　他の利用者が契約者の身体等を傷つけた場合、事業者が適切な対応をとらない場合には契約を解除することができます。

19　事業者は、次の事項に該当する場合には契約の解除ができます。

(1)　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、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(2)　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

(3)　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若しくは他の利用者等の生命・身体・財産・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契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(4)　契約者が連続して90日を超え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)　契約者が介護老人保健施設又は介護療養型医療施設等に入院した場合

(6)　契約者が契約締結時に他医療機関・介護施設等への利用料金未納等もしくは税金の未納・納付遅滞もしくは多額の債務の有無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

平成 20 年 9 月 14 日改定　　平成 21 年 8 月 21 日改定　　平成 21 年 12 月 1 日改定
平成 22 年 11 月 1 日改定　　平成 23 年 4 月 1 日改定　　平成 23 年 6 月 3 日改定
平成 24 年 4 月 1 日改定　　平成 24 年 8 月 1 日改定　　平成 25 年 4 月 1 日改定
平成 25 年 6 月 1 日改定　　平成 25 年 9 月 1 日改定　　平成 26 年 4 月 1 日改定
平成 27 年 4 月 1 日改定　　平成 27 年 8 月 1 日改定　　平成 28 年 2 月 1 日改定

平成 28 年 4 月 1 日改定　平成 29 年 4 月 1 日改定　平成 30 年 4 月 1 日改定
令和元年 6 月 20 日改定　令和元年 10 月 1 日改定　令和 2 年 5 月 1 日改定
令和 3 年 4 月 1 日改定　令和 3 年 8 月 1 日改定　令和 4 年 10 月 1 日改定
令和 5 年 5 月 1 日改定　令和 5 年 6 月 20 日改定　令和 5 年 7 月 20 日改定
令和 5 年 8 月 25 日改定　令和 6 年 2 月 1 日改定　令和 6 年 4 月 1 日改定
令和 6 年 6 月 1 日改定　令和 6 年 8 月 1 日改定　令和 6 年 12 月 1 日改定
令和 7 年 6 月 1 日改定　令和 7 年 8 月 1 日改定　令和 8 年 1 月 1 日改定

私は、本書面に基づいて事業者の職員

職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿ から重要事項説明
（施設利用契約における施設使用の際の留意事項を含む。）を受けたことを確認します。

令和　　年　　月　　日

【利用者】

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【署名代行者】

私は、下記の理由により利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行の理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【身元引受人】

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿