

# 特別養護老人ホーム 蓬萊荘

## 「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。  
(栃木県指定 第0972400097号)

当事業所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。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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◇◆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（契約書第21条参照）*	8
6. 事故発生時の対応	9
7. 身体的拘束廃止の対応	9

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 森友会
- (2) 法人所在地 栃木県佐野市長谷場町1798番地1
- (3) 電話番号 0283-67-1001
- (4) 代表者氏名 理事長 亀田 竹芳
- (5) 設立年月 平成 4年 3月 30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12年 4月 1日指定  
栃木県指定 第0972400097号  
※ 当事業所は特別養護老人ホーム蓬萊荘に併設されています。
- (2) 事業所の目的 要介護状態にある方に対して短期の生活介護をいたします。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホーム 蓬萊荘
- (4) 事業所の所在地 栃木県佐野市長谷場町1798番地1
- (5) 電話番号 0283-67-1001
- (6) 事業所長（管理者）氏名 岩崎 貴広

(7) 当事業所の運営方針

介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が可能な限りその居宅において、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、排泄、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、ご利用者の心身機能の維持並びにご利用者のご家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目指します。

(8) 開設年月 平成5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	8時30分～17時30分

(10) 利用定員 10人（介護予防短期入所生活介護の利用定員を含む）

(11) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、4人部屋または個室です。特にどちらかの居室の利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

居室・設備の種類		室数	備考
居室	個室（1人部屋）	2室	
	4人部屋	2室	
	合計	4室	
食堂		1室	
機能訓練室		1室	
浴室		2室	特殊浴槽・リフト浴槽・一般浴槽
医務室		1室	

☆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。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

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。（特別養護老人ホーム職員が兼務）

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数	指定基準人員数
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 看護職員	常勤換算方法で1名以上	常勤換算方法で1名
3. 介護職員	常勤換算方法で25名以上 （看護職員との合計数）	常勤換算方法で25名 （看護職員との合計数）
4. 生活相談員	1名以上	1名
5. 機能訓練指導員	兼務1名以上	1名
6. 医師	2名	1名
7. 栄養士または 管理栄養士	1名以上	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施設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。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、  
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 医師	毎週火曜日 14:00～ 毎月2回 午前もしくは午後
2. 介護職員	早番： 7:00～16:00 平常： 9:00～18:00 遅番： 10:30～19:30 夜間： 17:15～ 9:15
3. 看護職員	日中： 8:00～17:00 9:00～18:00
4. 機能訓練指導員	日中： 8:00～17:00 9:00～18:00

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<br>(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) 介護保険の給付の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、介護保険負担割合証に記載された利用者負担割合の額をお支払いいただきます。

〈サービスの概要〉

①食事摂取援助

- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。（あくまでも目安の時間であり、個人のペースにて介助させていただきます）  
（食事提供時間目安）

朝食： 7:45～ 8:15  
昼食： 12:00～12:30  
夕食： 18:00～18:30

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽・リフト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、ご契約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

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤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。
- ・生活のリズムを考え、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、適切な整容が行な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）

## 併設型短期入所生活介護費(Ⅰ)〈1割負担・個室〉

(令和6年8月改定 単位:円/1日あたり)

1. ご契約者の要介護度と サービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
2. 機能訓練体制加算	120				
3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60				
4. 夜勤職員配置加算	130				
5. 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	860	960	1,060	1,150	1,240
6. 介護保険から給付される金額(9割)	6,480	7,191	7,938	8,649	9,351
7. 食費	1,445				
8. 居住費	1,231				
9. 自己負担額合計 (1+2+3+4+5+7+8-6)	3,396	3,475	3,558	3,637	3,715

## 併設型短期入所生活介護費(Ⅱ)〈1割負担・4人室〉

(令和6年8月改定 単位:円/1日あたり)

1. ご契約者の要介護度と サービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
2. 機能訓練体制加算	120				
3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60				
4. 夜勤職員配置加算	130				
5. 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	860	960	1,060	1,150	1,240
6. 介護保険から給付される金額(9割)	6,480	7,191	7,938	8,649	9,351
7. 食費	1,445				
8. 居住費	915				
9. 自己負担額合計 (1+2+3+4+5+7+8-6)	3,080	3,159	3,242	3,321	3,399

## 併設型短期入所生活介護費(Ⅰ)〈2割負担・個室〉

(令和6年8月改定 単位:円/1日あたり)

1. ご契約者の要介護度と サービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
2. 機能訓練体制加算	120				
3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60				
4. 夜勤職員配置加算	130				
5. 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	860	960	1,060	1,150	1,240
6. 介護保険から給付される金額(8割)	5,760	6,392	7,056	7,688	8,312
7. 食費	1,445				
8. 居住費	1,231				
9. 自己負担額合計 (1+2+3+4+5+7+8-6)	4,116	4,274	4,440	4,598	4,754

## 併設型短期入所生活介護費(Ⅱ)〈2割負担・4人室〉

(令和6年8月改定 単位:円/1日あたり)

1. ご契約者の要介護度と サービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
2. 機能訓練体制加算	120				
3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60				
4. 夜勤職員配置加算	130				
5. 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	860	960	1,060	1,150	1,240
6. 介護保険から給付される金額(8割)	5,760	6,392	7,056	7,688	8,312
7. 食費	1,445				
8. 居住費	915				
9. 自己負担額合計 (1+2+3+4+5+7+8-6)	3,800	3,958	4,124	4,282	4,438

## 併設型短期入所生活介護費(Ⅰ)〈3割負担・個室〉

(令和6年8月改定 単位:円/1日あたり)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
2. 機能訓練体制加算	120				
3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60				
4. 夜勤職員配置加算	130				
5. 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	860	960	1,060	1,150	1,240
6. 介護保険から給付される金額(7割)	5,040	5,593	6,174	6,727	7,273
7. 食費	1,445				
8. 居住費	1,231				
9. 自己負担額合計 (1+2+3+4+5+7+8-6)	4,836	5,073	5,322	5,559	5,793

## 併設型短期入所生活介護費(Ⅱ)〈3割負担・4人室〉

(令和6年8月改定 単位:円/1日あたり)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	6,030	6,720	7,450	8,150	8,840
2. 機能訓練体制加算	120				
3. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60				
4. 夜勤職員配置加算	130				
5. 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	860	960	1,060	1,150	1,240
6. 介護保険から給付される金額(7割)	5,040	5,593	6,174	6,727	7,273
7. 食費	1,445				
8. 居住費	915				
9. 自己負担額合計 (1+2+3+4+5+7+8-6)	4,520	4,757	5,006	5,243	5,477

## その他介護給付サービス加算

送迎加算	加算条件	ご利用者の心身の状態、ご家族等の事情等からみて送迎を行う事が必要と認められるご利用者に対して、その居宅と短期入所生活介護事業者との間の送迎を行う場合に加算。	
	介護給付額100%	片道につき	1,840円（往復3,680円）
	内自己負担額10%	片道につき	184円（往復368円）
療養食加算	加算条件	医師の指示に基づく療養食を提供した場合。	
	介護給付額100%	1日あたり	230円
	内自己負担額10%	1日あたり	23円

※サービス提供体制強化加算（Ⅲ）：看護職員と介護職員の総数のうち、75%以上が常勤職員の場合に加算されるものです。

※夜勤職員配置加算（Ⅰ）：夜勤を行う職員の数、配置基準よりも多く配置している場合に加算されるものです。

※通常の事業実施地域は、佐野市の区域となっております。

※療養食：医師の発行する食事せんに基づき提供された、適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食。

☆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いったんお支払いいただきます。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。

☆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。

(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。

<サービスの概要と利用料金>

①食費及び滞在費

- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ 当事業所の食費及び滞在費は以下のとおりです。短期入所生活介護費との合計金額については上記4（1）の料金表をご覧ください。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、その認定証に記載された食費及び滞在費の金額になります。

（令和6年8月改定）

		基準費用額	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
			利用者負担 第4段階	利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階①
食費		1,445円 (1日)	300円 (1日)	600円 (1日)	1,000円 (1日)	1,300円 (1日)
居住費	個室	1,231円 (1日)	380円 (1日)	480円 (1日)	880円 (1日)	880円 (1日)
	4人部屋	915円 (1日)	0円 (1日)	430円 (1日)	430円 (1日)	430円 (1日)

②通常の事業実施地域外への送迎（送迎費）

\* 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方が、当事業所の送迎サービスを利用される場合は、通常の事業実施地域内送迎費、片道184円の他に、片道ごとに下記料金をいただきます。

通常の事業実施地域を超えた地点から片道10キロメートル未満	300円
通常の事業実施地域を超えた地点から片道10キロメートル以上	500円

③理髪・美容

[理髪サービス]

月に1～2回、理容師の出張による理髪サービス(調髪)を実施しております。

利用料金：1回あたり 2,000円

[美容サービス]

月に1～2回、美容師の出張による美容サービス(ヘアカラー)を実施しております。

利用料金：1回あたり 4,000円

④喫茶

月のメニューの中からお好みで注文していただくと、午後召し上がっていただくことができます。\* 1ヶ月に1回実施 利用料金：飲み物、食べ物の実費をいただきます。

⑤レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料費等の実費をいただく場合があります。



## ⑥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いつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1枚につき 10円です。

## ⑦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。

☆経済状況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、変更の内容と変更する事由について、事前にご説明します。

## ⑧ご契約様が電化製品を待ち込まれる場合は、電気使用量の実費をご負担いただきます。

電化製品 1個につき 1日当たり 50円

### (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か月ごとに計算し、翌月15日頃までにご請求いたします。原則翌月の20日(例:4月分の料金・費用を5月20日)にご契約者の預金口座から自動引き落としの方法でお支払いいただきます。

◀ご利用できる金融機関: 各種銀行 信用金庫 郵便局 農協 など▶

1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。ご希望により現金でのお支払いもお受けできます。

### (4) 利用の中止 (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することができます。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10%と食費及び滞在費 (自己負担相当額)

○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、既に行われたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

## 5. 苦情の受付について（契約書第 21 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（担当者） 坂本 智恵 [職名] 生活相談員

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

○電話番号 0283-67-1001

また、苦情受付ボックスを設置しています。

※当事業所は、苦情解決における社会性、客観性の確保とご利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しております。ご利用者から苦情の申し出があった場合には、速やかに事実関係を調査し、改善の必要性の有無並びに改善方法について、ご利用者またはそのご家族にご報告致します。

### （2）当事業所における苦情解決体制

苦情解決責任者	役職名	理事長		
	氏名	亀田 竹芳		
苦情受付担当者	役職名	生活相談員		
	氏名	坂本 智恵		
第三者委員	氏名	横塚 武夫	住所	佐野市白岩町736
			電話	0283-67-1679
	氏名	葛貫 桂一	住所	佐野市御神楽町557-3
			電話	0283-67-1363

### （3）行政機関その他苦情受付機関

佐野市介護保険課	所在地	栃木県佐野市高砂町1番地	
	電話番号	0283-20-3022	
栃木県国民健康保険団体連合会	所在地	栃木県宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル	
	電話番号	028-643-2220	

## 6. 事故発生時の対応

ご利用者に対する指定短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該ご利用者のご家族、当該ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 7. 身体的拘束廃止の対応

指定短期入所生活介護サービスの提供に当たっては、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。ご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するとともに当該ご利用者のご家族等に連絡します。

## 8. 緊急時の対応について

サービス利用中に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかにご家族または関係者などに連絡を取り、必要に応じて主治医又は協力医療機関などにも連絡を取るなど必要な措置を講じます。

## 9. 非常災害対策について

当施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にしとるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき従業者等の訓練を行います。

## 10. 高齢者虐待防止、尊厳の保持について

利用者の権利擁護、虐待の防止のため、研修等を通じて従業員の人権の意識や知識の向上に努め、利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

## 11. 第三者評価について

当施設は第三者評価を受けておりません。

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 特別養護老人ホーム 蓬莱荘  
説明者職名 生活相談員 氏名 坂本 智恵 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

年 月 日

契約者 住所  
(ご利用者) 氏名 印

代理契約者 住所  
(ご家族等) 氏名 印

続柄

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 事業所の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上2階

(2) 建物の延べ床面積 2665㎡

### 2. 職員の配置状況

#### <配置職員の職種>

**介護職員**……………ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。看護職員との合計で、3名のご利用者に対して1名以上の職員数を配置しています。

**生活相談員**……………ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。1名以上の生活指導員を配置しています。

**看護職員**……………主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。1名以上の看護職員を配置しています。

**機能訓練指導員**……………ご契約者の機能訓練を担当します。

**医師**……………ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。2名の医師を配置しています。

### 3. 短期入所生活介護計画の作成

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。(契約書第3条参照)

### 4. 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って、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
  - ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
  - ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
  - 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。ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、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には、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処置を講じます。
  - ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、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、第三者に漏洩しません。(守秘義務)ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
- また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

## 5. 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快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### (1) 持ち込みの制限\*

利用される日数分の最低限のお荷物をご持参ください。(案内資料を参考にして下さい。)利用にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません

○動物、ナイフなどの危険物、その他ご相談に応じます。

### (2) 施設・設備の使用上の注意(契約書第12条参照)

○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下さい。

○故意に、又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、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○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、ご契約者の居室内に立ち入り、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、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。

○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、営利活動を行うことはできません。

### (3) 喫煙

施設内での喫煙はできません。

### (4) 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。(但し、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。また、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	佐野医師会病院
所在地	佐野市植上町1677

## 6. 損害賠償について(契約書第13条、第14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

ただし、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、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 7. 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者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。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ます。(契約書第16条参照)

①ご契約者が死亡した場合

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

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

④施設の滅失や重大な毀損により、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

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

- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

#### （１）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 17 条、第 18 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約することができます。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。

- 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
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・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、事業者が適切な対応をとらない場合

#### （２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 19 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。

- 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
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、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 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

#### （３）契約の終了に伴う援助（契約書第 16 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。