

令和6年8月1日作成

## 「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

社会福祉法人 大和社会福祉事業センター  
地域密着型特別養護老人ホーム「ハートシティ中濃の杜」

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(関市指定 第2190200176号)

当事業所は、ご契約者に対して地域密着型サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意頂きたいことを次の通り説明します。

※当事業所への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方が対象となります。

### 目次

1. 事業者
2. ご利用事業所
3. ご利用事業所であわせて実施する事業
4. 居室の概要
5. 職員体制（主たる職員）
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金
7. 事業所ご利用の際に留意いただく事項
8. 身元引受人
9. 事業所を退所していただく場合（契約の終了について）
10. 苦情の受付
11. 協力医療機関
12. 協力歯科医療機関
13. 非常災害時の対応
14. 秘密の保持
15. 業務継続計画の策定
16. 事故発生時の対応
17. 衛生管理及び感染対策
18. 身体拘束適正化
19. 虐待防止
20. 第三者による評価の実施状況

## 1. 事業者

- (1) 法人名 : 社会福祉法人 大和社会福祉事業センター  
(2) 法人所在地 : 岐阜県関市春里町3丁目3番34号  
(3) 電話番号 : 0575-22-2377  
(4) 代表者氏名 : 理事長 大岩 寿喜子  
(5) 設立年月日 : 昭和55年4月14日

## 2. ご利用事業所

- (1) 施設の種類 : 指定地域密着型介護老人福祉施設  
平成25年8月20日指定  
関市第2190200176号  
(2) 施設の目的 : 要介護状態にある高齢者に対し、適正な入所生活を提供することを目的とする。  
(3) 施設の名称 : 地域密着型特別養護老人ホーム ハートシティ中濃の杜  
(4) 施設の所在地 : 岐阜県関市富之保4096-1  
(5) 電話番号 : 0575-40-2377  
(6) 施設長(管理者) : 森 和博  
(7) 当施設の運営方針  
要介護者の心身の特性を踏まえ、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介護生活及び機能訓練を行うとともに、家族との連携の下に実現を図るものとする。  
(8) 開設年月日 : 平成25年8月20日  
(9) 入所定員 : 29人

## 3. ご利用事業所であわせて実施する事業

| 事業の種類 |                    | 指定年月日      | 指定番号           | 利用定数 |
|-------|--------------------|------------|----------------|------|
| 施設    | 地域密着型<br>特別養護老人ホーム | 平成25年8月20日 | 関市2190200176号  | 29人  |
| 居宅    | 通所介護               | 平成25年8月1日  | 岐阜県2170201145号 | 20人  |
|       | 国基準相当通所型サービス       | 平成30年4月1日  | 関市2170201145号  |      |
|       | 短期入所生活介護           | 平成25年8月20日 | 岐阜県2170201152号 | 10人  |
|       | 介護予防短期入所生活介護       | 平成25年8月20日 | 岐阜県2170201152号 |      |

## 4. 居室の概要

### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、施設側で決定させていただきます。他の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出ください。(但

し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。)

・小規模生活単位型指定老人福祉施設の基準によるユニット

| 居室・設備の種類      | 室数    | 備 考                                 |
|---------------|-------|-------------------------------------|
| 個 室 A         | 1 室   | 1 2. 7 9 m <sup>2</sup> / 一人あたりの床面積 |
| 個 室 B         | 1 6 室 | 1 3. 2 0 m <sup>2</sup> / 一人あたりの床面積 |
| 個 室 C         | 6 室   | 1 3. 6 4 m <sup>2</sup> / 一人あたりの床面積 |
| 個 室 D         | 6 室   | 1 4. 0 7 m <sup>2</sup> / 一人あたりの床面積 |
| 食 堂           | 3 室   | 各ユニットに食堂・居間を配置しています。                |
| 機 能 回 復 訓 練 室 | 3 室   | 台所、食堂、居間兼用                          |
| 浴 室           | 5 室   | 機械浴室 1 室、一般浴室 1 室、浴室 3 室            |
| 医 務 室         | 1 室   | 1 3. 2 0 m <sup>2</sup>             |

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定地域密着型介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたり、施設・設備利用料としてご契約者に特別ご負担いただく費用はありません。

■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。その際は、ご利用者やご契約者等と協議のうえ決定するものとします。

■居室に関する特記事項：各居室には、洗面台及び収納スペース等を用意しています。

## (2) ユニットの数及びユニットごとの入居定員

| ユニット | 定 員   |
|------|-------|
| 2    | 1 0 人 |
| 1    | 9 人   |

## 5. 職員体制（主たる職員）

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下のような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、指定基準を遵守しています。

- ①施設長 1 名 施設長は管理者として施設の業務を統括する。
- ②医師（非常勤） 1 名 医師は健康管理及び療養上の指導を行う。医師は必要な人員を協力医療機関に委託することができる。
- ③生活相談員 1 名 生活相談員は入所者・入所希望者及びその家族の生活処遇相談、生活・行動プログラムの作成と指導、市町村やボランティアとの連携・指導その他、各種相談援助活動に従事する。
- ④介護職員 1 5 名以上  
介護職員は入所者の介護並びに日常生活上の世話等を行う。
- ⑤看護職員 2 名以上  
看護職員は入所者の看護・介護並びに日常生活上の世話等を行

う。

⑥栄養士 1名以上

栄養士は入所者の食事等の献立を作成するとともに調理員の技術、知識の育成・指導及び入所者の栄養相談や助言を行う。

⑦機能訓練指導員 1名以上

機能訓練指導員は入所者が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行う。

⑧介護支援専門員 1名

介護支援専門員はアセスメントに基づき、入所者及び家族の希望に配慮し、介護サービス計画の原案を作成する。

⑨事務員 2名以上

事務員は総務、庶務、会計事務に関する業務を行う。

昼間帯においては、各ユニット共1名以上の職員を常に確保しています。

※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（例：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                                                                                                     | 休 暇           |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 施 設 長     | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤以外で兼務                                                                              | 4週8休          |
| 生 活 相 談 員 | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務                                                                                | 4週8休          |
| 介 護 職 員   | 早番（7:00～16:00）<br>日勤（8:30～17:30）<br>遅番（11:00～20:00・12:00～21:00・10:00～19:00）<br>夜勤（21:00～7:00・16:00～9:00） | 原則として<br>4週8休 |
| 看 護 職 員   | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）                                                                                     | 同上            |
| 機能訓練指導員   | 8:30～17:30 まで勤務                                                                                          | 同上            |
| 介護支援専門員   | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）で勤務                                                                                  | 4週8休          |
| 医 師       | 第1・第3水曜日                                                                                                 |               |
| 栄 養 士     | 日勤の勤務時間帯（8:30～17:30）で勤務                                                                                  | 4週8休          |

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設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 (1割負担)

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。

＜ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費 (I) ユニット型個室 (1割負担)＞

| 要介護度 | 自己負担額 (1日分) | 自己負担額 (30日分) |
|------|-------------|--------------|
| 要介護1 | 682円        | 20,460円      |
| 要介護2 | 753円        | 22,590円      |
| 要介護3 | 828円        | 24,840円      |
| 要介護4 | 901円        | 27,030円      |
| 要介護5 | 971円        | 29,130円      |

＜各種加算料金 (1割負担)＞

| 各種加算               | 自己負担額      | 参考事項           |
|--------------------|------------|----------------|
| 初期加算               | 1日あたり 30円  | 入居から30日の期間     |
| 入院・外泊時加算           | 1日あたり 246円 | 月6日を限度とする      |
| 認知症・心理症状緊急対応加算     | 1日あたり 200円 | 入居から7日の期間1日あたり |
| 退所前後訪問相談援助加算       | 460円       | 1回程度           |
| 退所時相談援助加算          | 400円       | 1回             |
| 退所前連携加算            | 500円       | 1回             |
| 栄養マネジメント強化加算       | 11円        | 1日あたり          |
| 生活機能向上連携加算 (I)     | 100円       | Iヶ月あたり         |
| 生活機能向上連携加算 (II)    | 200円       | Iヶ月あたり         |
| 自立支援促進加算           | 300円       | Iヶ月あたり         |
| 療養食加算              | 1回 6円      | 1日3回を限度        |
| 再入所時栄養連携加算         | 200円       | 1回限り           |
| 個別機能訓練加算           | 12円        | 1日あたり          |
| サービス提供体制強化加算 (I)   | 22円        | 1日あたり          |
| サービス提供体制強化加算 (II)  | 18円        | 1日あたり          |
| サービス提供体制強化加算 (III) | 6円         | 1日あたり          |
| 看護体制加算 I (イ)       | 12円        | 1日あたり          |
| 看護体制加算 II (イ)      | 23円        | 1日あたり          |
| 褥瘡マネジメント加算 (I)     | 3円         | Iヶ月あたり         |
| 褥瘡マネジメント加算 (II)    | 13円        | Iヶ月あたり         |
| 若年性認知症入所者受入加算      | 120円       | 1日あたり          |
| 口腔衛生管理加算 (I)       | 90円        | 1ヶ月あたり         |
| 口腔衛生管理加算 (II)      | 110円       | 1ヶ月あたり         |
| 日常生活継続支援加算 II      | 46円        | 1日あたり          |
| 排せつ支援加算 (I)        | 10円        | 1ヶ月あたり         |
| 排せつ支援加算 (II)       | 15円        | 1ヶ月あたり         |
| 排せつ支援加算 (III)      | 20円        | 1ヶ月あたり         |

|                    |                |         |
|--------------------|----------------|---------|
| 夜勤職員配置加算 Ⅱ（イ）      | 46円            | 1日あたり   |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）     | 40円            | 1ヶ月あたり  |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）     | 50円            | 1ヶ月あたり  |
| 安全対策体制加算           | 20円            | 入所初日に限り |
| 経口移行加算             | 28円            | 1日あたり   |
| 在宅復帰支援機能加算         | 10円            | 1日あたり   |
| 在宅・入所相互利用加算        | 40円            | 1日あたり   |
| 認知症専門ケア加算 Ⅰ        | 3円             | 1日あたり   |
| 認知症専門ケア加算 Ⅱ        | 4円             | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 1要介護1 | 10%減算－64円      | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 2要介護2 | 10%減算－71円      | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 3要介護3 | 10%減算－79円      | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 4要介護4 | 10%減算－85円      | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 5要介護5 | 10%減算－92円      | 1日あたり   |
| 介護職員等处遇改善加算 Ⅰ      | サービス利用料金の14.0% | 1ヶ月あたり  |

■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。

#### （１）介護保険の給付の対象となるサービス（２割負担）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常８割）が介護保険から給付されます。

#### <ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）ユニット型個室（２割負担）>

| 要介護度 | 自己負担額（１日分） | 自己負担額（３０日分） |
|------|------------|-------------|
| 要介護１ | 1,364円     | 40,920円     |
| 要介護２ | 1,506円     | 45,180円     |
| 要介護３ | 1,656円     | 49,680円     |
| 要介護４ | 1,802円     | 54,060円     |
| 要介護５ | 1,942円     | 58,260円     |

#### <各種加算料金（２割負担）>

| 各種加算           | 自己負担額      | 参考事項           |
|----------------|------------|----------------|
| 初期加算           | 1日あたり 60円  | 入居から30日の期間     |
| 入院・外泊時加算       | 1日あたり 492円 | 月6日を限度とする      |
| 認知症・心理症状緊急対応加算 | 1日あたり 400円 | 入居から7日の期間1日あたり |
| 退所前後訪問相談援助加算   | 920円       | 1回程度           |
| 退所時相談援助加算      | 800円       | 1回             |
| 退所前連携加算        | 1,000円     | 1回             |
| 栄養マネジメント強化加算   | 22円        | 1日あたり          |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ）  | 200円       | 1ヶ月あたり         |

|                     |                |         |
|---------------------|----------------|---------|
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ）       | 400円           | 1ヶ月あたり  |
| 自立支援促進加算            | 600円           | 1ヶ月あたり  |
| 療養食加算               | 1回 12円         | 1日3回を限度 |
| 再入所時栄養連携加算          | 400円           | 1回限り    |
| 個別機能訓練加算            | 24円            | 1日あたり   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）     | 44円            | 1日あたり   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）     | 36円            | 1日あたり   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）     | 12円            | 1日あたり   |
| 看護体制加算 Ⅰ（イ）         | 24円            | 1日あたり   |
| 看護体制加算 Ⅱ（イ）         | 46円            | 1日あたり   |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）       | 6円             | 1ヶ月あたり  |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）       | 26円            | 1ヶ月あたり  |
| 若年性認知症入所者受入加算       | 240円           | 1日あたり   |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ）         | 180円           | 1ヶ月あたり  |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ）         | 220円           | 1ヶ月あたり  |
| 日常生活継続支援加算          | 92円            | 1日あたり   |
| 排せつ支援加算（Ⅰ）          | 20円            | 1ヶ月あたり  |
| 排せつ支援加算（Ⅱ）          | 30円            | 1ヶ月あたり  |
| 排せつ支援加算（Ⅲ）          | 40円            | 1ヶ月あたり  |
| 夜勤職員配置加算 Ⅱ（イ）       | 92円            | 1日あたり   |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）      | 80円            | 1ヶ月あたり  |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）      | 100円           | 1ヶ月あたり  |
| 安全対策体制加算            | 40円            | 入所初日に限り |
| 経口移行加算              | 56円            | 1日あたり   |
| 在宅復帰支援機能加算          | 20円            | 1日あたり   |
| 在宅・入所相互利用加算         | 80円            | 1日あたり   |
| 認知症専門ケア加算 Ⅰ         | 6円             | 1日あたり   |
| 認知症専門ケア加算 Ⅱ         | 8円             | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 1 要介護1 | －129円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 2 要介護2 | －142円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 3 要介護3 | －157円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 4 要介護4 | －171円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 5 要介護5 | －184円          | 1日あたり   |
| 介護職員等処遇改善加算 Ⅰ       | サービス利用料金の14.0% | 1ヶ月あたり  |

■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。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス (3割負担)

以下のサービスについては、利用料金の大部分 (通常7割) が介護保険から給付されます。

<ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費 (I) ユニット型個室 (3割負担) >

| 要介護度 | 自己負担額 (1日分) | 自己負担額 (30日分) |
|------|-------------|--------------|
| 要介護1 | 2,046円      | 61,380円      |
| 要介護2 | 2,259円      | 67,770円      |
| 要介護3 | 2,484円      | 74,520円      |
| 要介護4 | 2,703円      | 81,090円      |
| 要介護5 | 2,913円      | 87,390円      |

<各種加算料金 (3割負担)>

| 各種加算               | 自己負担額      | 参考事項           |
|--------------------|------------|----------------|
| 初期加算               | 1日あたり 90円  | 入居から30日の期間     |
| 入院・外泊時加算           | 1日あたり 738円 | 月6日を限度とする      |
| 認知症・心理症状緊急対応加算     | 1日あたり600円  | 入居から7日の期間1日あたり |
| 退所前後訪問相談援助加算       | 1,380円     | 1回程度           |
| 退所時相談援助加算          | 1,200円     | 1回             |
| 退所前連携加算            | 1,500円     | 1回             |
| 栄養マネジメント強化加算       | 33円        | 1日あたり          |
| 生活機能向上連携加算 (I)     | 300円       | 1ヶ月あたり         |
| 生活機能向上連携加算 (II)    | 600円       | 1ヶ月あたり         |
| 自立支援促進加算           | 900円       | 1ヶ月あたり         |
| 療養食加算              | 1回 18円     | 1日3回を限度        |
| 再入所時栄養連携加算         | 600円       | 1回限り           |
| 個別機能訓練加算           | 36円        | 1日あたり          |
| サービス提供体制強化加算 (I)   | 66円        | 1日あたり          |
| サービス提供体制強化加算 (II)  | 54円        | 1日あたり          |
| サービス提供体制強化加算 (III) | 18円        | 1日あたり          |
| 看護体制加算 I (イ)       | 36円        | 1日あたり          |
| 看護体制加算 II (イ)      | 69円        | 1日あたり          |
| 褥瘡マネジメント加算 (I)     | 9円         | 1ヶ月あたり         |
| 褥瘡マネジメント加算 (II)    | 39円        | 1ヶ月あたり         |
| 若年性認知症入所者受入加算      | 360円       | 1日あたり          |
| 口腔衛生管理加算 (I)       | 270円       | 1ヶ月あたり         |
| 口腔衛生管理加算 (II)      | 330円       | 1ヶ月あたり         |
| 日常生活継続支援加算 II      | 138円       | 1日あたり          |
| 排せつ支援加算 (I)        | 30円        | 1ヶ月あたり         |
| 排せつ支援加算 (II)       | 45円        | 1ヶ月あたり         |
| 排せつ支援加算 (III)      | 60円        | 1ヶ月あたり         |



|                      |                |         |
|----------------------|----------------|---------|
| 夜勤職員配置加算 Ⅱ（イ）        | 138円           | 1日あたり   |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）       | 120円           | 1ヶ月あたり  |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）       | 150円           | 1ヶ月あたり  |
| 安全対策体制加算             | 60円            | 入所初日に限り |
| 経口移行加算               | 84円            | 1日あたり   |
| 在宅復帰支援機能加算           | 30円            | 1日あたり   |
| 在宅・入所相互利用加算          | 120円           | 1日あたり   |
| 認知症専門ケア加算 Ⅰ          | 9円             | 1日あたり   |
| 認知症専門ケア加算 Ⅱ          | 12円            | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 1 要介護 1 | -193円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 2 要介護 2 | -214円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 3 要介護 3 | -236円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 4 要介護 4 | -256円          | 1日あたり   |
| 身体拘束廃止未実施減算Ⅰ 5 要介護 5 | -277円          | 1日あたり   |
| 介護職員等処遇改善加算 Ⅰ        | サービス利用料金の14.0% | 1ヶ月あたり  |

■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。

<サービスの概要>

| 種 類              | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                               | 自己負担額                       |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 離床、着替え<br>洗濯、整容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・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。</li> <li>・シーツ交換は、週1回、寝具の消毒は、月1回実施します。</li> </ul>                                                                                                          | サービス費の負担割合に応じた額をお支払いいただきます。 |
| 排 泄              | ・入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                                                                                                                                                                   |                             |
| 入 浴              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴日 月～日の中で週2回</li> <li>・清拭は必要に応じて、入浴日でも入浴しない方はタオルで体をお拭きします。</li> </ul>                                                                                                                                                    |                             |
| 機能訓練             | ・看護職員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。                                                                                                                                                                                                                    |                             |
| 健康管理             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・嘱託医により、診察日を設けて健康管理に努めます。</li> <li>・また、緊急等必要な場合には主治医（嘱託医）あるいは、協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>・入所者が外部の医療機関に通院又は入院する場合はご連絡するとともにその介添えについてできるだけ配慮します。</li> </ul> （当施設の嘱託医師）<br>氏名：岡田 洋介<br>診療科：内科<br>診療日：第1・第3水曜日 13:30～14:30 |                             |

|          |                                                             |                                 |
|----------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 相談及び援助   | ・当施設は、入所者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 |                                 |
| 社会生活上の便宜 | ・施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションや季節の行事を企画します。                 | 内容により、同意のもと材料代等の実費をいただく場合があります。 |

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額（居住費・食費に関しては補足給付がございます。）ご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

| サービスの種別    | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                         | 自己負担額                                                                                            |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理容・美容      | ・毎月1回                                                                                                                                                                                                                                                       | 理美容業者の価格実費負担になります。                                                                               |
| 日常生活品の購入代行 | ・衣服、スリッパ、歯ブラシ等日用品の購入を代行させていただきます。基本的な日用品については施設で準備させていただきますが、必要数以上使用される場合は、実費をご負担いただきます。                                                                                                                                                                    | 実費をご負担いただきます。                                                                                    |
| 金銭管理       | ・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。<br>管理する金銭の限度額：200,000 円までとします。<br>管理する金銭等の形態：指定する金融機関の預金通帳に預け入れていただき、当該預金通帳によって施設で管理します。<br>お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印<br>(原則として一つ)<br>保管場所：通帳は事務室大金庫<br>印鑑は小金庫<br>保管管理者：施設長が責任をもって管理します。<br>出納方法：別添えの「預り金管理における規定事項」の通り。 | 預り金管理料として<br>月額 2,000 円                                                                          |
| 小遣い管理      | ・現金をお預かりし、日常生活費等のお支払いをさせていただきます、小遣い管理サービスをご利用いただけます。<br>管理する現金の限度額：20,000 円<br>保管場所：事務室大金庫<br>保管管理者：施設長が責任をもって管理します。<br>出納方法：別添えの「預り金管理における規定事項」の通り。                                                                                                        | 小遣い管理料として<br>年間 1,200 円                                                                          |
| 居 住 費      | ・当施設では減価償却費、光熱費を含む居住費をご負担いただきます。                                                                                                                                                                                                                            | 利用者負担第1段階の方 1日 880 円<br>利用者負担第2段階の方 1日 880 円<br>利用者負担第3段階の方 1日 1,370 円<br>利用者負担第4段階の方 1日 2,066 円 |

| サービスの種別 | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 自己負担額                                                                                                                                                                                                                |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。献立表は、前日に食堂に掲示します。食事が不必要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には「食事に係る自己負担額」は、減免されます。</li> <li>・食べられない物やアレルギーがある方は事前にご相談ください。</li> </ul> <p>(食事時間)</p> <p>朝食      8:00～ 9:00</p> <p>昼食      12:00～13:00</p> <p>夕食      17:15～18:15</p> | <p>利用者負担第1段階の方 1日 300円</p> <p>利用者負担第2段階の方 1日 390円</p> <p>利用者負担第3段階①の方 1日 650円</p> <p>利用者負担第3段階②の方 1日 1,360円</p> <p>利用者負担第4段階の方 1日 1,500円</p> <p>(内訳)</p> <p>朝食      400円</p> <p>昼食      550円</p> <p>夕食      550円</p> |
| おやつ     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・午後には職員や他利用者様と楽しくご歓談いただけるよう、おやつを提供します。</li> </ul> <p>おやつ 15:00～15:30</p>                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>おやつ代は上記食費の利用者限度額には含まれず、食費とは別途請求させていただきます。</p> <p>おやつが不要な場合にはお申し出ください。その場合にはご請求いたしません。</p> <p>1日 100円</p>                                                                                                          |

■ 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。

### (3) 利用料について

#### ①介護保険給付

| 区 分         | 利 用 料                               |
|-------------|-------------------------------------|
| 法定代理受理の場合   | 介護報酬の告示上の額<br>(施設介護サービス費の負担割合に応じた額) |
| 法定代理受理でない場合 | 介護報酬の告示上の額<br>(施設介護サービスの基準額に同じ)     |

#### ②利用料金の支払い

利用料金は、サービス利用当月の月末締めで集計させていただきます。翌月の月上旬に請求させていただきます、請求月の25日までに下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

ア＜当事業所 事務所窓口での現金支払い＞

支払い受付時間 8：30～17：30

イ＜指定口座への振込み＞

指定口座 関信用金庫 桜ヶ丘支店 普通預金 0261269

しゃかいふくしほうじん だいわしゃかいふくしじぎょうせんたー  
社会福祉法人 大和社会福祉事業センター  
とくべつやうごろうじんほーむ はーとしーていちゅうのうのもり  
特別養護老人ホーム ハートシティ中濃の杜

指定口座 めぐみの農業協同組合 津保川支店 普通預金 0019244

しゃかいふくしほうじん だいわしゃかいふくしじぎょうせんたー  
社会福祉法人 大和社会福祉事業センター  
はーとしーていちゅうのうのもり  
ハートシティ中濃の杜

※ 入金者名は利用者様の名前をお願いします。

※ 入金を確認後、領収書を郵送させていただきます。

ウ＜指定口座からの自動引き落とし＞

当事業所では、めぐみの農業協同組合津保川支店で自動引き落としの契約を結んでいます。契約時においてご契約者に所定の用紙で申し込んで頂きます。

## 7. 事業所ご利用の際に留意いただく事項

|                   |                                                                                                                              |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来 訪 ・ 面 会         | 来訪者は面会時間（8:30～19:30）を遵守し、必ずその都度職員に届け出て面会者名簿にご記入ください。                                                                         |
| 外 出 ・ 外 泊         | 外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出るとともに、外出・外泊届けをご提出ください。（但し、外泊については最長で6日間とさせていただきます）                                                 |
| 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、賠償していただくことがあります。テレビ等の電気器具を持ち込まれる場合は、ご相談ください。                           |
| 喫 煙 ・ 飲 酒         | 喫煙・飲酒は施設内では全面禁止となっております。                                                                                                     |
| 迷 惑 行 為 等         | 騒音等他の入所者のご迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。                                                                  |
| 所 持 品 の 管 理       | 貴重品の持ち込みはご遠慮願います。個別に管理保管させていただきます。                                                                                           |
| 現 金 等 の 管 理       | 現金、高価な貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。                                                                                                     |
| 宗 教 活 動 ・ 政 治 活 動 | 施設内で他の入所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           | 施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                                                                                     |
| ハラスメントについて        | ハラスメントは介護サービスの提供を困難にし、関わった職員の心身に悪影響を及ぼします。下記の様な行為があった場合、行為者に対して、関係機関への連絡・相談・環境改善への必要な措置、利用契約の解約（契約書 17 条の 3 に基づき）などの措置を講じます。 |

|  |                                                                                                                                                                                                                                |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・性的な話や、嫌がらせ、必要もなく手を握る、職員の身体を触るなどのセクシャルハラスメント行為</li> <li>・特定の職員に対する嫌がらせ、暴言、誹謗中傷、理不尽なサービスの要求などの精神的暴力</li> <li>・叩く、蹴る、つねる、払いのける等の身体的暴力</li> <li>・長時間の電話、職員や事業所に対する理不尽な苦情、その他の行為</li> </ul> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 8. 身元引受人

契約締結にあたっては、1名の身元引受人を指定いただきます。但し、入所契約締結時に身元引受人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。また、身元引受人が定められない事を理由に、入所をお断りすることはありません。

契約者及び身元引受人の方には、ご利用者が治療を必要とすると施設が判断した場合に、適切な手続きをとっていただく他、入所生活を継続するために必要な手続き等を、ご利用者に替わって行っていただきます。

入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合には残置物の引取の他、契約終了時に必要な支払い債務や、引渡しに係る費用等については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

預り金等がある場合、ご契約者又は身元引受人の方以外には返却できません。（ご契約者又は身元引受人の方の同意がある場合を除く。）

## 9. 事業所を退所していただく場合（契約の終了について）

当事業所との契約では、契約が終了する期日は特に定めていません、従って、以下の事由がない限り、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が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14条参照）

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援1、要支援2と判断された場合</li> <li>②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない理由によりホームを閉鎖した場合</li> <li>③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</li> <li>④当施設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>⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）</li> <li>⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

（1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。

その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所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介護福祉施設サービスを実施しない場合
- 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
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意また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
- ⑥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られ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) 事業者からの申し出により退所していただく場合(契約解除)(契約書第17条参照)  
以下の事項に該当する場合には、当施設から退所し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6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
- ④ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤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。

\* ご契約者が病院等に入院された場合の対応について(契約書第19条参照)

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

#### ①検査入院等、短期入院の場合

1ヶ月につき6日以内(連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊)の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所できます。ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

#### ②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後

再び施設に入所する事ができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は、上記の利用料金をご負担いただきます。

### ③ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に改めて入所の手続きが必要です。

#### <入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。なお、御契約者が利用していた居室を短期入所生活介護に使用することに同意し、且つ、当該居室を使用した場合には、その間の所定の利用料金をご負担頂く必要はありません。

#### (3) 円滑な退所のための援助（契約書第18条参照）

ご契約者が当施設を退所される場合には、ご契約者の希望により、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、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

※ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

## 10. 苦情の受付

### (1) 施設

|                     |       |                        |              |
|---------------------|-------|------------------------|--------------|
| 当施設ご利用相談室           | 窓口担当者 | 生活相談員 森 敦              |              |
|                     | ご利用時間 | 8：30～17：30（土、日祝祭日を除く。） |              |
|                     | ご利用方法 | TEL                    | 0575-40-2377 |
|                     |       | FAX                    | 0575-49-2377 |
| 第三者委員<br>(外部苦情処理窓口) | 村上忠一  | TEL                    | 0575-49-3066 |
|                     | 山岸美代子 | TEL                    | 0585-55-2840 |
|                     | 杉山英一  | TEL                    | 0585-55-2502 |

(2) 行政機関その他受付機関

|                      | 住 所                               | 電 話            |
|----------------------|-----------------------------------|----------------|
| 岐阜県中濃県事務所            | 岐阜県美濃市生櫛 1 6 1 2 - 2              | (0575)33-4011  |
| 岐 阜 県<br>国民健康保険団体連合会 | 岐阜県岐阜市下奈良 2 - 2 - 1<br>介護保険苦情相談窓口 | (058) 275-9826 |
| 関 市                  | 岐阜県関市若草通 3 - 1                    | (0575)22-3131  |
| 関 市 武 儀 事 務 所        | 岐阜県関市中之保 5 6 9 6 - 1              | (0575)49-2121  |
| 関 市 上 之 保 事 務 所      | 岐阜県関市上之保 1 5 1 1 9 - 1            | (0575)47-2002  |

1 1. 協力医療機関

|         |                                                      |
|---------|------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 中濃厚生病院                                               |
| 院 長 名   | 赤松 繁                                                 |
| 所 在 地   | 〒501-3802 岐阜県関市若草通 5 - 1                             |
| 電 話 番 号 | 0575-22-2211                                         |
| 診 療 科   | 内科、小児科、耳鼻科、外科、皮膚科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、リハビリテーション科 |
| 救急指定の有無 | 有                                                    |
| 医療機関の名称 | 関中央病院                                                |
| 院 長 名   | 植松 孝広                                                |
| 所 在 地   | 〒501-3919 岐阜県関市平成通 2 - 6 - 1 8                       |
| 電 話 番 号 | 0575-22-0012                                         |
| 診 療 科   | 内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、整形外科、放射線科、リハビリテーション科               |
| 救急指定の有無 | 有                                                    |

1 2. 協力歯科医療機関

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 名 称     | わかくさ総合歯科クリニック           |
| 院 長 名   | 長尾 一郎                   |
| 所 在 地   | 〒501-3228 岐阜県関市堅切北 12-1 |
| 電 話 番 号 | 0575-46-7800            |

1 3. 非常災害時の対応

|                                            |                                                                          |       |      |     |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|------|-----|
| 非常時の対応                                     |                                                                          |       |      |     |
| 別に定める「高齢者福祉施設ハートシティ中濃の杜 消防計画」にのっとり対応を行います。 |                                                                          |       |      |     |
| 平常時の訓練等<br>防災設備                            | 別に定める「高齢者福祉施設ハートシティ中濃の杜 消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。 |       |      |     |
|                                            | 設備名称                                                                     | 個数等   | 設備名称 | 個数等 |
|                                            | スプリンクラー                                                                  | 3 2 4 | 消火器  | 1 4 |



|       |                                           |            |        |     |
|-------|-------------------------------------------|------------|--------|-----|
|       | 自動火災報知機                                   | 6<br>1 4 9 | 非常通報装置 | 4   |
|       | 発信機                                       |            | 誘導灯    | 2 6 |
|       | 感知器                                       |            | 避難階段   | 2   |
|       | カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。                 |            |        |     |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：平成 2 9 年 1 0 月 1 日<br>防火管理者：森 和博 |            |        |     |

#### 1 4. 秘密の保持

(1) 事業所及びサービス従事者又は従業員は、介護サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。

(2) 事業所は利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に関する心身等の情報を提供できるものとします。

(3) (2) にもかかわらず、利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又は利用者のご家族等の個人情報を用いることができるものとします。

#### 1 5. 業務継続計画の策定

当施設では、感染症や非常災害発生時において入居者に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するため、及び、非常時体制において早期の業務再開を図るための業務継続計画（BCP計画）を策定し当該業務に従って以下の必要な措置を講じます。

- |                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| ①従業者に対し、業務継続計画（BCP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の実施します。 |
| ②定期的に業務継続計画（BCP計画）の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。               |

#### 1 6. 事故発生時の対応等

|          |                                                                                                                                                      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の対応 | 施設は、介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかにご利用者のご家族・ご利用者の後見人又は身元引受人等関係者に連絡・報告を行うとともに、ご利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。<br>事故防止対策に関する責任者：業務主任                       |
| 損 害 賠 償  | 施設は、サービス提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地災等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、施設に故意過失がない場合はこの限りではありません。また、ご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。 |
| 施設賠償責任保険 | 施設は、万一の事故の発生に備えて、「施設賠償責任保険」に加入しています。                                                                                                                 |

損害賠償がなされない場合

- |                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項又はサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して発生した場合 |
| ・ご利用者の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して発生した場合                                                  |
| ・ご利用者が、施設の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して発生した場合                                                              |

### 17. 衛生管理及び感染対策

当施設では、入居者等の生命・身体に重大な影響を及ぼす可能性のある感染症及び食中毒が発生しない、又、まん延させないよう、下記に掲げるとおり感染対策について必要な措置を講じます。

- |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| ①介護職員、その他の職員等の清潔保持、及び健康状態について必要な管理を行います。                                    |
| ②事業所の設備及び備品などについて衛生的な管理に努めます。                                               |
| ③感染症・食中毒予防及び、まん延防止のための対策を検討する委員会を概ね3ヶ月に一回開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。    |
| ④施設における感染症・食中毒予防及びまん延防止のための指針を整備します。                                        |
| ⑤介護職員をはじめ、その他の職員等に対し、感染症・食中毒予防及びまん延防止のための研修及び訓練（シミュレーション）を定期的に（年1回以上）実施します。 |

### 18. 身体拘束適正化

当施設では、利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他入居者の行動を制限する行為を実施しません。

身体拘束防止に関する責任者：業務主任

緊急やむを得ない状況は、次の三つの要件を全て満たしていると判断された場合に限り  
ます。

|       |                                           |
|-------|-------------------------------------------|
| ①切迫性  | 利用者本人、または他の利用者の生命、または身体が危険にさらされる可能性が高いこと。 |
| ②非代替性 | 身体拘束、その他の行動制限を行う以外に、代替する方法がないこと。          |
| ③一時性  | 身体拘束、その他の行動制限が、一時的なものであること。               |

### 19. 虐待防止

当施設では利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、下記に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ① サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                            |
|--------------------------------------------|
| ② 成年後見制度の利用を支援します。                         |
| ③ 研修を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。           |
| ④ 虐待等に関する苦情解決体制を整備します。                     |
| ⑤ 虐待防止に関する担当者を選定しています。<br>虐待防止に関する担当者：業務主任 |

## 20. 第三者による評価の実施状況

|               |      |        |           |
|---------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 |      | 実施日    |           |
|               | 1 あり | 評価機関名称 |           |
|               |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|               | 2 なし |        |           |

## 附 則

この重要事項説明書は、平成25年 8月20日より施行する。

|               |               |
|---------------|---------------|
| 平成25年 9月 1日改訂 | 令和 元年11月 1日改訂 |
| 平成26年 4月 1日改訂 | 令和 2年 4月 1日改訂 |
| 平成27年 4月 1日改訂 | 令和 2年 7月 1日改訂 |
| 平成27年 8月 1日改訂 | 令和 3年 4月 1日改訂 |
| 平成28年 1月 1日改訂 | 令和 3年 8月 1日改訂 |
| 平成29年 4月 1日改訂 | 令和 4年 9月 1日改訂 |
| 平成29年10月 1日改訂 | 令和 4年10月 1日改訂 |
| 平成30年 4月 1日改訂 | 令和 5年 1月 1日改訂 |
| 平成30年 8月 1日改訂 | 令和 5年 3月 1日改訂 |
| 平成30年10月 1日改訂 | 令和 5年 5月 1日改訂 |
| 平成31年 3月 1日改訂 | 令和 6年 4月 1日改訂 |
| 令和 元年 5月 1日改訂 | 令和 6年 6月 1日改訂 |
| 令和 元年10月 1日改訂 | 令和 6年 8月 1日改訂 |

私は、本書面に基づいて事業所の職員（職名 生活相談員 氏名 森 敦 ）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者の家族等 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

（注）施設利用契約における、施設利用の際の留意事項を含む。