

令和 年 月 日

デイサービスセンター 標津はまなす苑 重要事項説明書  
介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業【通所型サービスA】

当事業所は介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けています。  
(北海道指定 第0174200105号)

当事業所はご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業通所型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、原則として要支援認定の結果「要支援1」「要支援2」と認定された方が対象となります。要支援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. 事業実施地域及び営業時間 .....       | 2 |
| 4. 職員の配置状況 .....            | 2 |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金 ..... | 3 |
| 6. 苦情の受付について .....          | 9 |
| 7. 守秘義務について .....           | 5 |

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 標津福祉会
- (2) 法人所在地 北海道標津郡標津町北1条西5丁目6番1-3号
- (3) 電話番号 0153-82-1414
- (4) 代表者氏名 理事長 佐藤 強
- (5) 設立年月 平成5年10月1日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防・日常生活支援総合事業  
通所型サービスA 平成30年4月1日指定  
北海道 第0174200105

※当事業所は、特別養護老人ホーム標津はまなす苑に併設されています。

(2) 事業所の目的 事業者は、介護保険法令の趣旨に従い、契約者がその有する能力に応じ、可能な限り在宅において自立した日常生活を営むことができるよう必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、契約者の心身機能の維持回復を図り、もって契約者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的として、ご契約者に介護予防・日常生活支援総合事業防通所型サービスを提供します。

(3) 事業所の名称 指定デイサービスセンター 標津はまなす苑

(4) 事業所の所在地 北海道標津郡標津町北1条西5丁目6番1-3号

(5) 電話番号 0153-85-7311

(6) 事業所長（管理者）氏名 栗原 千春

(7) 当事業所の運営方針

(8) 開設年月 平成12年4月1日

(9) 利用定員 25人

(10) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

〔通所介護〕 平成12年2月18日指定 北海道指定第0174200105号

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 標津町の区域

(2) 営業日及び営業時間

|          |                                                          |              |  |
|----------|----------------------------------------------------------|--------------|--|
| 営業日      | 月曜日から金曜日までとする。ただし、祝日、12月25日から1月8日までの間で理事長の定める期間を除くものとする。 |              |  |
| 受付時間     | 月～金                                                      | 7:30 ～ 17:30 |  |
| サービス提供時間 | 月～金                                                      | 9:00 ～ 15:10 |  |

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防通所介護サービス及び指定通所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、指定基準を遵守しています。

| 職種           | 常勤換算 | 指定基準 |
|--------------|------|------|
| 1. 事業所長（管理者） | 0.1  | 1    |
| 2. 介護職員      | 6.2  | 4    |
| 3. 生活相談員     | 1    | 1    |
| 4. 看護職員      | 1    | 1    |
| 5. 機能訓練指導員   | 0.2  | 1    |
| 6. 介護支援専門員   | 0    | 0    |
| 7. 栄養士       | 0    | 0    |

※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（例：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. 生活相談員   | 勤務時間：8：15～17：15<br>☆原則として1名の生活相談員が勤務します。       |
| 2. 看護職員    | 勤務時間：7：15～17：15<br>☆原則として1名の看護職員が勤務します。        |
| 3. 介護職員    | 勤務時間：7：15～17：15<br>☆原則として職員1名あたり利用者5名のお世話をします。 |
| 4. 機能訓練指導員 | 勤務時間：7：15～17：15<br>☆機能訓練指導員は看護職員が兼務します。        |

## 5. 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) 利用料金が介護予防・日常生活支援総合事業給付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) 介護予防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、利用料金の大部分（9割又は8割）が介護予防・日常生活支援総合事業給付から給付されます。

### ＜サービスの概要＞

#### 共通的服务

- ・契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

#### ①食事

- ・食事の準備・介助を行います。
- ・お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合には、あらかじめ事業所に申し出て下さい。

食事時間 12：00～13：00

#### ②送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、送迎サービスは行っていません。

#### ③入浴

- ・入浴又は清拭を行います。また機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### ④排泄

ご契約者の排せつの介助を行います。

#### 選択的服务

#### ① アクティビティサービス

- ・ 集団でのレクレーション、創作活動等の機能訓練を行います。

＜サービス利用の頻度＞

・利用する曜日や内容等については、介護予防サービス・支援計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス・支援計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

＜サービス利用料金(1ヶ月あたり)＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護予防給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（上記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。）

☆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。また、各種サービス体制が整った都度、事前に通知し加算の算定を追加させていただきます。（3年毎に介護報酬の改定があります。）

（1割負担の場合）

★基本サービス

|                        |                   |                   |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金  | 要支援 1<br>17,980 円 | 要支援 2<br>36,210 円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額    | 16,182 円          | 32,589 円          |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 1,798 円           | 3,621 円           |

★対象となる加算

デイサービスご利用の際は以下の料金が上記に加算されます。

|                     |                                              |         |
|---------------------|----------------------------------------------|---------|
|                     | 要支援 1                                        | 要支援 2   |
| 対象となる加算             | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                              |         |
| 加算金額                | 880 円                                        | 1,760 円 |
| うち、介護予防給付から給付される金額  | 792 円                                        | 1,584 円 |
| サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 88 円                                         | 176 円   |
| 算定条件                | ① 介護福祉士 70%以上配置。<br>② 勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上 |         |

|                         | 要支援 1                                                                  | 要支援 2 |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|
| 対象となる加算                 | 科学的介護推進体制加算                                                            |       |
| 加算金額                    | 400 円                                                                  |       |
| うち、介護予防給付から給<br>付される金額  | 360 円                                                                  |       |
| サービス利用に係る自己負<br>担額（１－２） | 40 円                                                                   |       |
| 算定条件                    | 利用者の ADL 等の情報を厚生労働<br>省に提出している事。<br>必要に応じてサービス計画を見直<br>し必要な情報を活用している事。 |       |

★選択的サービス

選択的サービスを利用される場合には、それぞれ以下の料金が上記に加算されます。

|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| １．選択的サービスの種類と<br>サービス利用料金 | 生活機能向上グループ 活動加算<br>1,000 円 |
| ２．うち、介護予防給付から<br>給付される金額  | 900 円                      |
| ３．サービス利用に係る自己<br>負担額（１－２） | 100 円                      |

※ 別途、上記の合計金額に 9.2%の介護職員処遇改善加算が加わります。

※ 事業所と同一建物から利用する場合は 1 月あたり以下の金額が減額されます。

要支援 1   ：   -376 円（1 月あたり）   要支援 2   ：   -752 円（1 月あたり）

※ 平成 27 年 8 月から一定以上の所得がある方については利用者負担が 2 割となります。

(2 割負担の場合)

★基本サービス

|                           |                   |                   |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| 1. ご契約者の要支援度とサービス利用料金     | 要支援 1<br>17,980 円 | 要支援 2<br>36,210 円 |
| 2. うち、介護保険から給付される金額       | 14,384 円          | 28,968 円          |
| 3. サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2) | 3,596 円           | 7,242 円           |

★対象となる加算

デイサービスご利用の際は以下の料金が上記に加算されます。

|                        |                                            |         |
|------------------------|--------------------------------------------|---------|
|                        | 要支援 1                                      | 要支援 2   |
| 対象となる加算                | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                            |         |
| 加算金額                   | 880 円                                      | 1,760 円 |
| うち、介護予防給付から給付される金額     | 704 円                                      | 1,408 円 |
| サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2) | 176 円                                      | 352 円   |
| 算定条件                   | ① 介護福祉士 70%以上配置。<br>② 勤続 10 年以上介護福祉士 25%以上 |         |

|                        |                                                                |       |
|------------------------|----------------------------------------------------------------|-------|
|                        | 要支援 1                                                          | 要支援 2 |
| 対象となる加算                | 科学的介護推進体制加算                                                    |       |
| 加算金額                   | 400 円                                                          |       |
| うち、介護予防給付から給付される金額     | 360 円                                                          |       |
| サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2) | 40 円                                                           |       |
| 算定条件                   | 利用者の ADL 等の情報を厚生労働省に提出している事。<br>必要に応じてサービス計画を見直し必要な情報を活用している事。 |       |

### ★選択的サービス

選択的サービスを利用される場合には、それぞれ以下の料金が上記に加算されます。

|                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 1. 選択的サービスの種類とサービス利用料金 | 生活機能向上グループ活動加算<br>1,000 円 |
| 2. うち、介護予防給付から給付される金額  | 800 円                     |
| 3. サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 200 円                     |

※ 別途、上記の合計金額に①5.9%相当の介護職員処遇改善加算と②1.2%の介護職員等特定処遇改善加算と③介護職員等ベースアップ等支援加算分 1.1%が加わります。

※ 事業所と同一建物から利用する場合は1月あたり以下の金額が減額されます。

要支援1 : -376 円（1月あたり） 要支援2 : -752 円（1月あたり）

※ 平成 27 年 8 月から一定以上の所得がある方については利用者負担が 2 割となります。

☆ご契約者がまだ要支援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。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護予防給付から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防サービス・支援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食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護予防給付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。

☆ご契約者が、介護保険料の滞納による給付については、給付の償還払い、あるいはその一部の支払いが一時差し止められ、利用者の実費負担となります。

そして、一時差し止められている方が、なおも滞納している保険料を納付しない場合は、一時差し止められている保険給付額から滞納している保険料額が控除される事となり全部の支払いが利用者の実費負担となります。

### （2）介護予防給付の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6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 介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所介護サービスの利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

#### ② 食事及びおやつの提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料や調理等にかかる費用です。

料金：食事 1 回あたり 600 円、飲料代 1 回 100 円

③ 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：材料代等の実費をいただきます。

④ 写真の提供

行事やデイサービス利用時の様子の記録として写真を撮影する事があり、事業所内に展示する場合があります。購入を希望される場合は実費をご負担いただきます。  
1 枚につき            60 円

⑤ 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：パンツタイプ・・・ 120 円            尿取りパット・・・ 30 円  
             フラットタイプ・・・ 50 円

☆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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、サービス利用終了後、その月末に取りまとめ翌月にお支払い頂きます。

・（4）利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

○月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス・支援計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

○契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は、介護予防通所介護計画に定めた期日より多かった場合であっても日割りでの割引又は増額はしません。

○ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス・支援計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

○月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始した場合、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中に要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中に要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- 四 同月に短期入所生活介護を利用した場合

- 月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- サービス利用の変更の申し出に対して、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の提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. 苦情の受付について（契約書第 20 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）

〔職名〕 管理者 栗原 千春

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30

○連絡先（電話番号） 0153-85-7311

### （２）行政機関その他苦情受付機関

|                     |          |                          |              |
|---------------------|----------|--------------------------|--------------|
| 保健福祉センター<br>介護保険担当課 | 所在地      | 標津町北 1 条西 5 丁目 6 番 1-3 号 |              |
|                     | 電話番号・FAX | 0153-82-1515             | 0153-82-1530 |
|                     | 受付時間     | 8：45～17：15               |              |
| 国民健康保険団体連合会         | 所在地      | 札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目      |              |
|                     | 電話番号・FAX | 011-231-5161             | 011-231-7178 |
|                     | 受付時間     | 9：00～17：00               |              |
| 北海道社会福祉協議会          | 所在地      | 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 1 番地   |              |
|                     | 電話番号・FAX | 011-271-0458             | 011-251-3897 |
|                     | 受付時間     | 9：00～17：00               |              |

## 7. 守秘義務について

- （１）事業者、サービス従事者又は従業者は、介護予防通所介護サービスを提供する上で知り得た利用者又は家族等に関する事項を正当な理由無く第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- （２）事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供出来るものとします。

令和 年 月 日

指定介護予防通所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。

指定デイサービスセンター 標津はまなす苑

説明者職名

生活相談員

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、指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

印

合意事項

私の個人情報や家族の情報を、サービス担当学会議等において、用いる事に同意致します。

氏名

印

家族氏名

印

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| ※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。 |
|-----------------------------------------------------------------------------|

## ＜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1階
- (2) 建物の延べ床面積 725.99㎡

### 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。

5名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

**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。

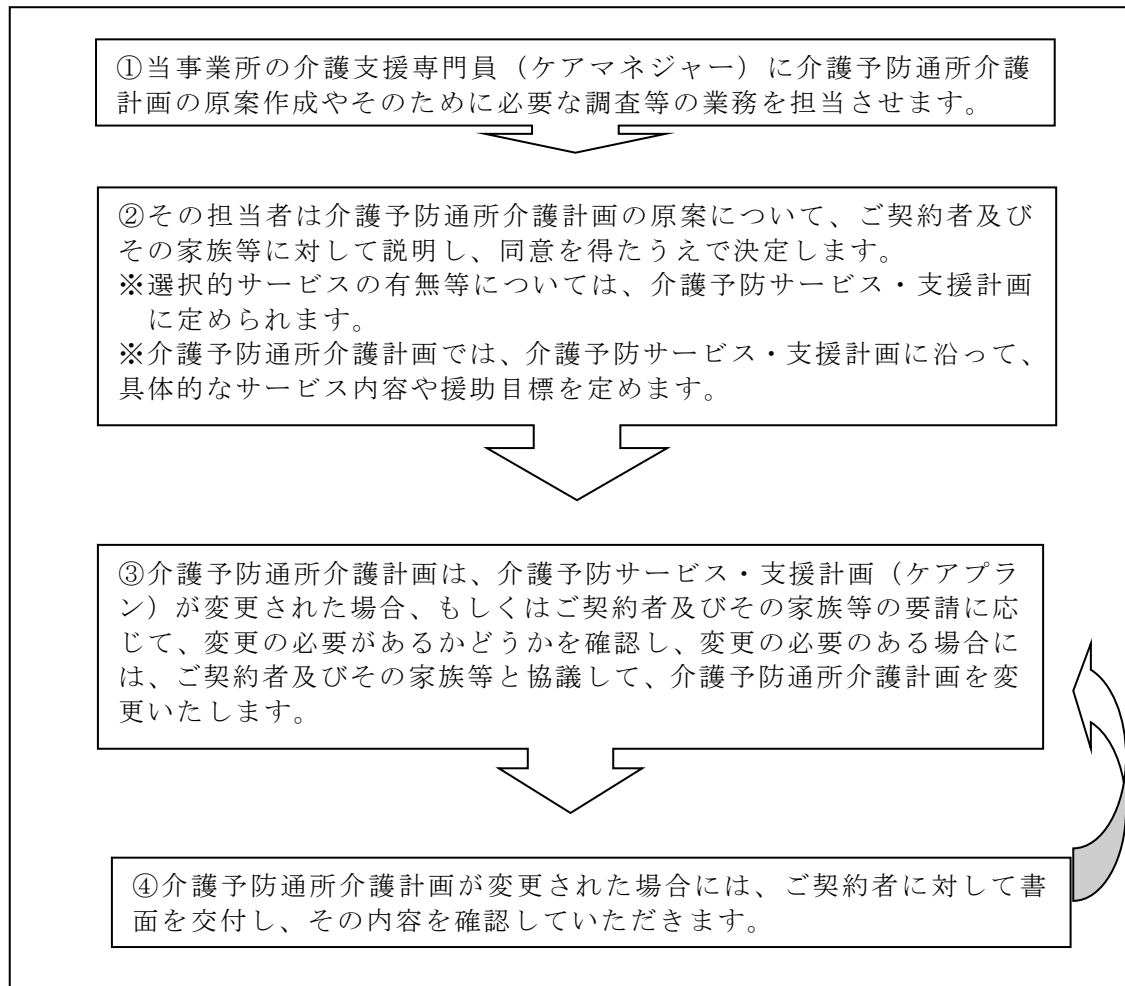
1名の生活指導員を配置しています。

**看護職員**… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

1名の看護職員を配置しています。

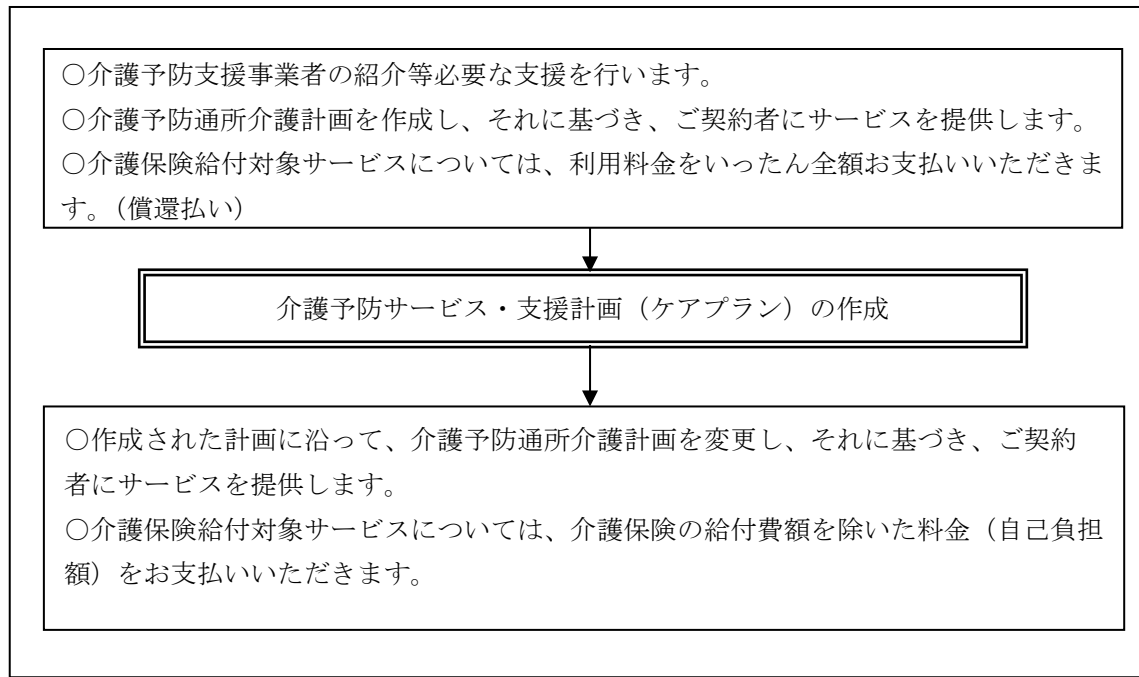
### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (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、「介護予防サービス・支援計画（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「介護予防通所介護計画」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）

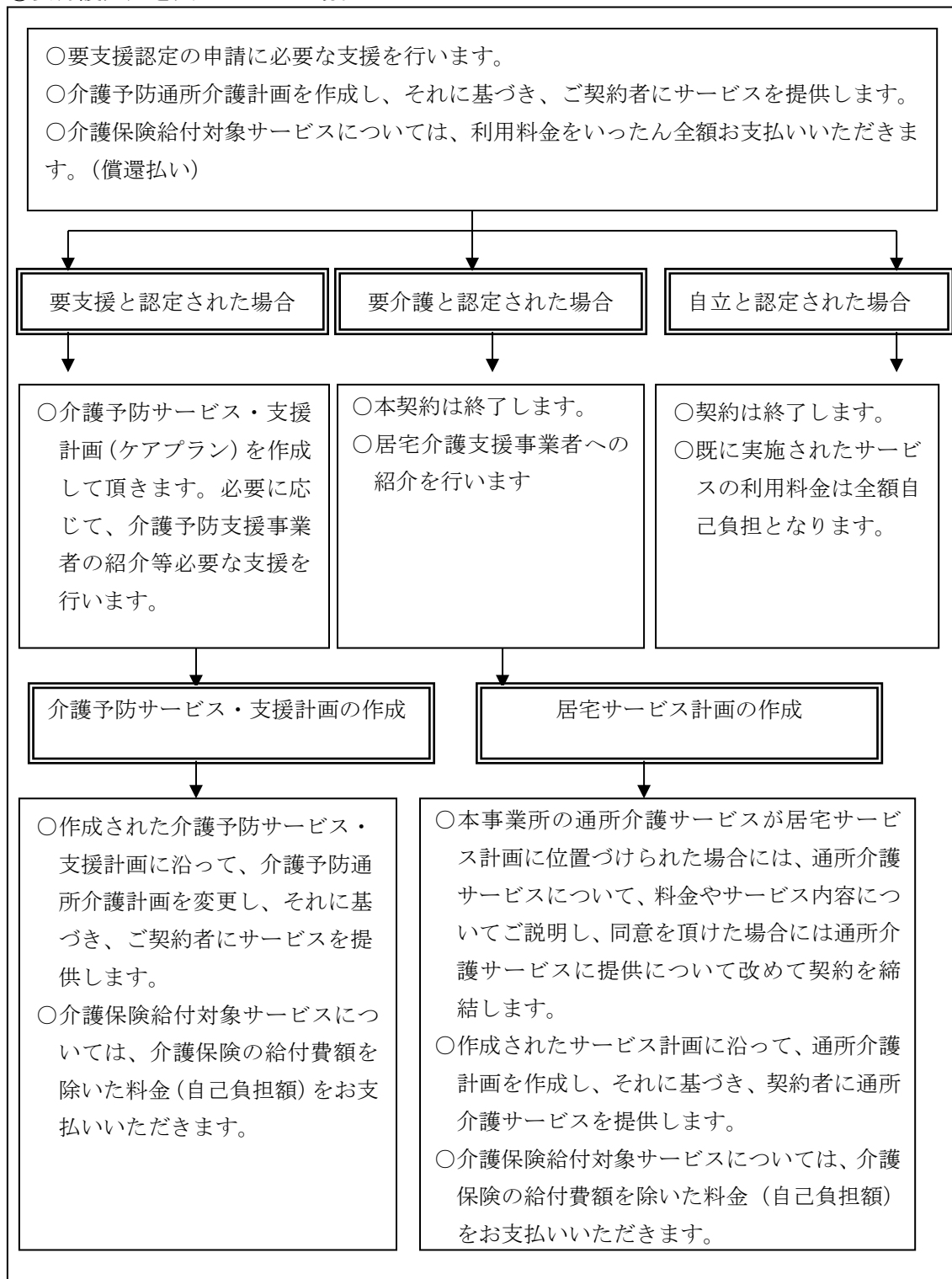


(2) ご契約者に係る「介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）」作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

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



#### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10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、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤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。
  - ・サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防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章により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。
  - ・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

##### （1）施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- 施設、設備、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。
- 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。

##### （2）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。

#### 6. 損害賠償について（契約書第12条、第13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支援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15条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が要介護又は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 当事業所が介護予防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16条、第17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 介護予防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「介護予防サービス・支援計画」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通所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 18 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 15 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。