

社会福祉法人 湖成会

重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業

(介護保険法における第1号通所事業)

デイサービスセンター 月のあかり

介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）
重要事項説明書

<2024年 8月 1日現在>

1 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 湖成会 |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県富士宮市大鹿窪143番地1 |
| 代表者名 | 理事長 湖山 泰成 |
| 設立年月日 | 平成10年12月15日 |
| 電話番号 | 0544-67-0655 |
| FAX番号 | 0544-67-0656 |
| ホームページ | http://www.s-koseikai.jp/ |

2 事業所（ご利用施設）の概要

| | | | |
|-------------|-----------------|------------|--|
| 施設の名称 | デイサービスセンター月のあかり | | |
| 施設の所在地 | 静岡県富士市大淵847番地4 | | |
| 事業所指定番号 | 2272302825 | | |
| 管理者の氏名 | 西尾 希実 | | |
| 電話番号 | 0545-35-4567 | | |
| FAX番号 | 0545-35-3111 | | |
| 第三者評価の実施の有無 | 無 | 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | | 評価結果の開示状況 | |

3 ご利用施設で合わせて実施する事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | | 利用定員 |
|----------------|-------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 介護老人福祉施設 | 平成27年10月01日 | 2272302684 | 130名 |
| (介護予防)短期入所生活介護 | 平成27年10月01日 | 2272302684 | 20名 |

4 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、サービスを提供することを目的とする |
|-------|---|

| | |
|-----------|--|
| 運 営 の 方 針 | 事業所は、利用者の心身の状況や家庭環境などを踏まえ、介護保険法その他関係法令およびこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービスなどと綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努める |
|-----------|--|

5 施設の概要

<構造など>

| | | |
|-----|-------|------------------|
| 敷 | 地 | 6,506.95㎡ |
| 建 物 | 構 造 | 鉄骨造り2階建て |
| | 延べ床面積 | 4,810.32㎡ (施設全体) |
| | 利用定員 | 35名 (通所介護を含む) |

<主な設備>

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 備考 |
|----------|----|---------|-------|
| 食堂兼機能訓練室 | 1 | 167.60㎡ | |
| 浴室 | 3 | 47.30㎡ | |
| 機械浴室 | 1 | 9.00㎡ | |
| トイレ | 3 | 12.00㎡ | |
| 喫煙室 | 2 | 9.60㎡ | 入所と共用 |
| 静養室 | 1 | 31.26㎡ | |
| 医務室 | 1 | 26.76㎡ | 入所と共用 |
| 相談室 | 1 | 8.71㎡ | |

6 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 員数 | 職務の内容 |
|---------|-----------------|---|
| 管理者 | 1名 (入所・短期兼務) | 施設の責任者としてその管理と統括を行う |
| 生活相談員 | 1名 | 利用者およびその家族からの相談に適切に応じるとともに、市町村・他事業所との連携を図るほか、ボランティアの指導を行う |
| 看護職員 | 2名 | 医師の指示に基づき服薬・検温・血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の居宅サービス計画および個別援助計画に基づく看護を行う |
| 介護職員 | 5名 | 利用者の居宅サービス計画および個別援助計画に基づく介護を行う |
| 栄養士・調理員 | 8名 (入所・短期兼務) | 利用者の食事の調理を行う |
| 事務員ほか | 2名 (入所・短期兼務) | 施設の労務管理・経理などを行う |

7 職員の勤務体制

| 勤務形態 | 勤務時間 |
|------|---------------------|
| 日 勤 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 |

8 通常の事業実施地域および営業日・営業時間

| | |
|---------|---|
| 送迎の実施地域 | 富士市内 |
| 営 業 日 | 月曜日から金曜日 |
| 営 業 時 間 | 原則 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分（窓口対応時間） 9 時 1 5 分から午後 4 時 1 5 分（サービス提供時間） |

9 サービスの内容と費用

ア サービスの内容

| サービスの種別 | 内 容 |
|---------|--|
| 食 事 | 昼食 12 : 0 0 ~ 管理栄養士または栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します |
| 入 浴 | 利用日数に応じての入浴または清拭を行います 寝たきりなどで座位のとれない方の入浴も可能です |
| 排 泄 介 助 | 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います |
| 整 容 | 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します |
| 機 能 訓 練 | 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます |
| 健 康 管 理 | 日常生活における健康管理を行います |
| 介 護 相 談 | 利用者とその家族からのご相談に応じます |
| 送 迎 | 居宅と事業所との間の送迎を行います |

イ 費用

介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料金のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。

発行されたサービス提供証明書は、のちに利用料の償還払いを受けるときに必要となります。また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

<料金表>

○基本サービス費（1月につき）

※事業所のある富士市は7級地であるため、1単位10,14円で計算します。

| 要介護度 | 単位 | 利用料 | 本人負担 | 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
|--------|---------|---------|---------|-------------------------|
| □ 要支援1 | 1,798単位 | 18,231円 | 1,824円 | |
| | | | 3,647円 | |
| | | | 5,470円 | |
| □ 要支援2 | 3,621単位 | 36,716円 | 3,672円 | |
| | | | 7,344円 | |
| | | | 11,015円 | |

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合基本報酬に3%上乘せする

○加算（1月につき）

| 種 類 | 要介護度 | 単位 | 利用料 | 本人負担 | 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
|---|--------------|-------|--------|------|-------------------------|
| □ 生活機能向上グループ 活動加算 <small>多職種が共同して生活機能向上の目標を設定した通所型サービス計画を作成し、週1回以上生活機能向上グループ活動サービスを提供した場合</small> | 要支援1 要支援2 | 100単位 | 1,014円 | 102円 | |
| | | | | 203円 | |
| | | | | 305円 | |
| □ 若年性認知症利用者 受入加算 <small>個別の担当者を定めサービスを提供した場合</small> | 要支援1 要支援2 | 240単位 | 2,433円 | 244円 | |
| | | | | 487円 | |
| | | | | 730円 | |
| □ 栄養アセスメント加算 <small>管理栄養士を1名以上配置し、栄養アセスメントを実施し、その情報をLIFEに送り必要な情報を活用している場合</small> | 要支援1 要支援2 | 50単位 | 507円 | 51円 | |
| | | | | 102円 | |
| | | | | 153円 | |

| | | | | |
|--|--------------|---------|--------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 栄養改善加算 管理栄養士を1名以上配置し、低栄養状態の利用者またはそのおそれのある利用者に対し、栄養ケア計画を作成、栄養改善サービスを実施した場合 | 要支援1 要支援2 | 200単位 | 2,028円 | 203円 406円 609円 |
| <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（Ⅰ） 口腔機能が低下しているまたはそのおそれのある利用者に対して、計画書を作成して個別に口腔清掃又は摂食嚥下機能訓練を実施した場合 | 要支援1 要支援2 | 150単位 | 1,521円 | 153円 305円 457円 |
| <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（Ⅱ） （Ⅰ）に加えてその情報をLIFEに提出しフィードバックを活用している場合 | 要支援1 要支援2 | 160単位 | 1,622円 | 163円 325円 487円 |
| <input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算 栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施し、通所介護の提供を受けた日において、利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行なう日を1月につき2回以上設けている場合 | 要支援1 要支援2 | 480単位 | 4,867円 | 487円 974円 1,461円 |
| <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態のスクリーニングを行った場合 | 要支援1 要支援2 | 20単位/回 | 202円 | 21円 41円 61円 |
| <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態又は栄養状態のスクリーニングを行った場合 | 要支援1 要支援2 | 5単位/回 | 50円 | 5円 10円 15円 |
| <input type="checkbox"/> 送迎減算 居宅と事業所間の送迎を行わなかった場合 ※週1回程度利用の場合は1月につき-376単位限度 ※週2回程度利用の場合は1月につき-752単位限度 | 要支援1 要支援2 | -47単位/回 | -476円 | -48円 -96円 -143円 |
| <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 心身の状況などの基本的な情報をLIFEに提出し、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合 | 要支援1 要支援2 | 40単位 | 405円 | 41円 81円 122円 |

| | | | | |
|--|-------------------|--------------------------|--------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅰ） <small>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上</small> | 要支援1 | 88単位 | 892円 | 90円 179円 268円 |
| | 要支援2 | 176単位 | 1,784円 | 179円 357円 536円 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅱ） <small>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上</small> | 要支援1 | 72単位 | 730円 | 73円 146円 219円 |
| | 要支援2 | 144単位 | 1,460円 | 146円 292円 438円 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅲ） <small>介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上または勤続7年以上が30%以上</small> | 要支援1 | 24単位 | 243円 | 25円 49円 73円 |
| | 要支援2 | 48単位 | 486円 | 49円 98円 146円 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） <small>介護職員の賃金の改善などを実施している場合 ※R6.5.31まで</small> | 算定した単位数の 5.90% | | | |
| <input type="checkbox"/> 特定処遇改善加算（Ⅰ） <small>職場環境の改善等を行い、それを公表している場合 ※R6.5.31まで</small> | 算定した単位数の 1.20% | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等ベースアップ等支援加算 <small>処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定し、かつ、加算額を介護職員等のベースアップ等に使用している場合 ※R6.5.31まで</small> | 算定した単位数の 1.10% | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 <small>R6.5.31までの介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算を一本化。 ①職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施 ②資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備</small> | (Ⅰ) | 算定した単位数の 9.2% ①②③④に該当 | | |
| | (Ⅱ) | 算定した単位数の 9.0% ①②③に該当 | | |
| | (Ⅲ) | 算定した単位数の 8.0% ①②に該当 | | |

| | | |
|--|------|-----------------------|
| ③賃金の改善、職場環境の更なる改善 ④経験技能のある介護職員を一定割合以上配置 ※R6.6.1 から | (IV) | 算定した単位数の 6.4% ①に該当 |
|--|------|-----------------------|

○その他の費用

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|-------------------|--|----------------|
| 食費 (1日あたり) | | (昼食) 750円 |
| おやつ代 (1日あたり) | | 100円 |
| おむつ代 | | 実費 |
| 通常提供する時間を越えるサービス | ご希望により、通常提供するサービスの提供時間を越えて、サービスを提供する場合 | 30分あたり 540円 |
| 通常の事業の実施地域以外の交通費 | 通常の事業の実施地域以外でサービスを提供する場合 | 1kmあたり 10円 |
| レクリエーション クラブ活動 | 趣味活動に参加される場合、材料代などをご負担いただきます | 実費 |
| 特別な食事提供 | 希望により特別に用意する食事の場合、材料費などをご負担いただきます | 実費 |

その他サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

10 利用料金などのお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求いたします。毎月20日頃に前月分の請求書を郵送で利用者または利用者の身元引受人（後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます）にご連絡いたします。

お支払いが確認されましたら領収証を発行いたします。

お支払方法は、原則口座引落（27日頃）にてお支払いください。

毎月の利用料金の引落の確認は利用者または利用者の身元引受人等などでも行っていただき、指定口座より引落がされなかった場合は、当事業所へご一報いただき、速やかに次の指定口座にお振込みをお願いいたします。

<引落されなかった場合の振込先>

| | |
|-------|----------------------|
| 金融機関名 | 静岡銀行 富士中央支店 |
| 口座番号 | 普通預金 No.0603284 |
| 口座名義 | 社会福祉法人 湖成会 理事長 湖山 泰成 |

11 サービス内容に関する苦情などの相談窓口

当事業所は、利用者などからの相談・苦情などに対する窓口を設置し、自らが提供したサービスに関する要望・苦情などに対し、迅速に対応します。また、保険者からの質問・照会などに応じ、指導・助言を受けた場合には必要な改善を行います。なお、苦情の内容などに際してとった措置は記録するとともに、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

<当事業所窓口>

当事業所における苦情やご相談は次の窓口で受け付けます

| | | |
|------------------|-------|--|
| 当事業所の お客様相談窓口 | 受付担当者 | 巻野 晃士 鈴木 悠里 |
| | 解決責任者 | 西尾 希実 |
| | ご利用時間 | 8:30～17:30 |
| | ご利用方法 | 電話(0545-35-4567) 面接(当事業所相談室) ご意見箱(1階ホール) |

<手順>

①苦情受付

- ・苦情受付担当者は苦情を随時受け付ける
- ・苦情受付担当者は苦情解決責任者である施設長へ報告する

②苦情受付に際し、次の事項を苦情報告書に記載し、その内容について苦情申出人に報告する

- ・苦情の内容
- ・苦情申出人の希望など
- ・行政機関などへの報告の要否
- ・苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの行政機関などの助言、立会の要否

③苦情解決に向けての話し合い

- ・苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努める

④苦情解決結果の報告

- ・苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人および施設介護支援専門員に対して決定事項とその経過について報告する

<当事業所窓口以外の苦情受付機関>

| 受付機関 | | 連絡先 |
|--------------------|--------------------|---|
| 当施設より委嘱した外部の苦情受付窓口 | 第三者委員 | 笠井好美 090-9933-7942 |
| | | 赤澤佳子 090-9029-4335 |
| 行政機関など受付機関 | 富士市役所 介護保険課 | 富士市永田町1番地100 0545-55-2863 平日 8:30~17:15 |
| | 静岡県国民健康保険 団体連合会 | 静岡市葵区春日2-4-34 054-253-5590 |

12 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に変化があった場合は、速やかに主治医または、医療機関および家族などに連絡します。

13 秘密保持の対応

正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者および利用者の身元引受人等の秘密を漏らしません。

サービス担当者会議などにおいて、利用者および利用者の身元引受人等に関する個人情報を用いる場合、利用者および利用者の身元引受人等に使用目的などを説明し同意を得なければ、使用することはありません。

サービスの質の向上のため、学会・研究会などで事例研究発表などをする場合、利用者や特定できないように仮名などを使用することを厳守します。

本条に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

なお、当事業所の職員・委託業者・ボランティア・実習生などの関係者には、事前に個人情報の重要性を周知し、誓約書を取り交わしております。その他、個人情報に関しての問い合わせについては、次の窓口にて対応させていただきます。

<当事業所窓口>

当事業所における個人情報に関するご相談は次の窓口で受け付けます

| | | |
|-------------------|------------------------------------|---|
| 当事業所の 個人情報保護窓口 | 特別養護老人ホーム 月のあかり 0545-35-4567 | 個人情報の開示・訂正・更新・ 利用停止・削除などの申し出が ある場合は、ご連絡ください |
|-------------------|------------------------------------|---|

14 事故発生時の対応および賠償責任

サービスの提供にあたって、事故が発生した場合、速やかに利用者の身元引受人等および市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況および事故に際してとった措置について記録するとともに、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。

事故により利用者に損害が発生した場合、速やかにその損害を賠償します。ただし、当事業所に故意または過失がない場合はこの限りではありません。

当該事故発生につき利用者に過失がある場合、損害の賠償をしない、または損害賠償の額を減額することができます。

<手順>

- ①事故発見者は、利用者の安全を確認し看護職員を呼ぶ
- ②看護職員は、次の事項を確認する
 - (1) 外傷の有無
 - (2) 痛みの有無
 - (3) 部位の確認
 - (4) バイタルサインの測定
 - (5) 事故の状況観察
- ③外傷、骨折などの疑いのない場合は、安静にし経過観察を行う
相談員（必要に応じて看護職員）よりご家族などに状況および対応を報告する
- ④外傷、骨折などの疑いのある場合は、管理者に報告する
- ⑤外来受診が必要な場合は、車両を手配（重症の場合は救急車）すると同時に、受診先病院への連絡を行う
相談員（必要に応じて看護職員）よりご家族などに状況および対応を報告する

15 衛生管理等

利用者の使用する食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品および医療器具の管理を適正に行います。

感染症または食中毒が発生し、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。

<対応>

- ①施設における感染症の予防および蔓延の防止のための対策を検討する委員会を概ね3月に1回以上開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②施設における感染症の予防および蔓延防止のための指針を整備する
- ③施設において、従業者に対し感染症の予防および蔓延防止のための研修および訓練を定期的実施する
- ④厚生労働大臣が定める感染症または食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う

16 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため必要な措置を講じます。

施設サービス提供中に、施設従業者または養護者（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、速やかに市町村に通報します。

<対応>

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②虐待防止のための指針の整備
- ③虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④担当者の設置

17 業務継続計画に対する取り組み

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に実施します。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18 非常災害時の対策

| | | | | |
|---------------------|--|----|---------|----|
| 非常時の対応 | 併設本体の「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り対応を行います | | | |
| 避難訓練 および 防災設備 | 併設本体の「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方、地域の方も参加して行います | | | |
| | 設備名称 | 有無 | 設備名称 | 有無 |
| | スプリンクラー | あり | 非常通報設備 | あり |
| | 避難階段 | あり | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知器 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 消火器 | あり |
| | 消火栓 | あり | 排煙設備 | あり |
| 消防計画など | 富士消防署への提出日：令和5年 6月 28日 防火管理者：鈴木 和 仁 | | | |

19 協力医療機関

| | | |
|--------|---------------|---------------|
| 医療機関名 | ももはクリニック石坂 | 湖山リハビリテーション病院 |
| 所在地 | 富士市石坂420-1 | 富士市大淵405-25 |
| 電話 | 0545-22-0800 | 0545-36-2000 |
| 主な診療科目 | 脳神経外科・内科・整形外科 | 内科・リハビリテーション科 |

20 ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|--------------|---|
| 利用について | 主治医からの日常生活上の指示事項、利用当日の健康状態を従業者に申し出て心身の状況に応じたサービスの提供を受けてください。 体調不良などによって、サービスに適さないと判断される場合にはサービスの提供が中止される場合があります。 |
| 設備・器具の利用 | 施設内の設備、器具は本来の方法に従ってご利用ください これに反したご利用により破損などが生じた場合、弁償していただくことがあります |
| 飲食物の持ち込み | ご自宅からの飲食物の持ち込みはご遠慮ください。ただし、体調・疾病などにより持ち込みをしたい場合には事前にご連絡ください |
| 喫煙・飲酒 | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください |
| 迷惑行為など | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください 故意または過失により事業所または従業者もしくは他の利用者の生命・心身・財物・信用などを傷つけ、または著しい不信行為は行わないでください |
| 所持金品の管理 | 高額・高価格の金品の持ち込みは原則お断りいたします その他の所持金品は、自己の責任で管理してください |
| 宗教活動 政治活動 | 施設内で他の利用者などに対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮ください |
| 動物飼育など | 施設内への危険物・ペットの持ち込みおよび飼育は原則お断りします |

21 その他

<感染症予防対策について>

感染症予防対策及び蔓延防止のため、感染症予防委員会を設置し、日常的な健康管理や手指消毒等の基本的な感染症対策の見直しや、関係者に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が出たことを想定した教育訓練を実施します。

施設内クラスターの発生予防のために、感染症マニュアルに沿って、面会については一時的に見合わせて頂く事がございます。

<身体拘束に対するの取り組みについて>

利用者または他の利用者などの生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、隔離・身体的拘束・薬剤投与・その他の方法により利用者の行動を制限する行為は一切行いません。緊急やむを得ない状態が生じた場合には、マニュアルに沿って介護保険法にて定められた手順に従い対応します。また同時に、その解除を早期にできるように努力いたします。

<事業所内のハラスメントに対しての取り組み>

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

年 月 日

(利用者)

私は、以上の重要事項について交付され、説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住 所

氏 名 ⑩

(身元引受人)

私は、以上の重要事項について交付され、説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住 所

氏 名 ⑩

電 話 番 号 続 柄

(連帯保証人)

私は、以上の重要事項について交付され、説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住 所

氏 名 ⑩

電 話 番 号 続 柄

(後見人)

私は、以上の重要事項について交付され、説明を受け、その内容を理解し同意しました。

住 所

氏 名 ⑩

(事業者 乙)

当事業所は、サービスの提供開始にあたり、以上の重要事項について説明し、重要事項説明書を交付しました。

住 所 静岡県富士宮市大鹿窪 143 番地 1
事 業 者 社会福祉法人 湖 成 会
代表者名 理事長 湖 山 泰 成 ㊞
事業所名 デイサービスセンター月のあかり
(事業所番号) (2 2 7 2 3 0 2 8 2 5)

説明者 氏 名 ㊞

