

社会福祉法人 百葉の会

重要事項説明書

通所介護

第1号通所事業（通所介護相当サービス）

デイサービスセンター ラスール掛川

通所介護・第1号通所事業（通所介護相当サービス） 重要事項説明書

<2024年 4月 1日現在>

通所介護・第1号通所事業／通所介護相当サービス（以下「サービス」といいます。）の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1 事業者（法人）の概要

事業者名称	社会福祉法人 百葉の会
主たる事業所の所在地	山梨県南巨摩群南部町南部 8058-1
代表者名	理事長 湖山 泰成
設立年月日	平成26年4月1日
電話番号	0556-64-1150
FAX番号	0556-64-1151
ホームページ	http://www.momoha-bloom.or.jp

2 事業所（ご利用施設）の概要

施設の名称	特別養護老人ホーム ラスール掛川
施設の所在地	静岡県掛川市杉谷南一丁目1番地20
事業所指定番号	2277400707
管理者の氏名	栗田 朋浩
電話番号	0537-29-7365
FAX番号	0537-29-7328
ホームページ	https://www.lasoeur-kakegawa.jp

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	令和2年2月1日	2277400723	100名
(介護予防)短期入所生活介護	令和2年2月1日	2277400731	20名

4 事業の目的と運営方針

■ 目的および方針

通所介護の提供に当たっては、事業所の従業者は、利用者の心身の特性を踏まえて、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことによって、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

- 第1号通所事業（通所介護相当サービス）の提供に当たっては、事業所の従業者は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、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、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5 施設の概要

<構造など>

敷地		7,086.31㎡
建物	構造	鉄骨造・地上4階
	延べ床面積	5,278.97㎡（施設全体）
	利用定員	35名

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	2名 (介護職 兼務)	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	3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、利用者の施設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	6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
機能訓練指導員	4名	利用者の居宅サービス計画および個別機能訓練計画に基づく機能訓練を行う
管理栄養士	1名	献立の作成・栄養指導・嗜好調査および残食調査など利用者の食事管理を行う
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	3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	8:30～17:30

8 通常の事業実施地域及び営業日・営業時間

送迎の実施地域	掛川市、袋井市、菊川市
営業日	月曜日から土曜日
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 3 0 分から午後 4 時 3 5 分（サービス提供時間） ※お休みの際は前日までにご一報をお願いいたします

9 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付サービス

ア サービスの内容

サービスの種別	内 容
食 事	昼食 12:00～ 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	居宅支援相談員作成のケアプランに沿って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 利用料等

- サービスを利用した場合の「基本利用料」及び「加算」等は厚生労働大臣、又は市長が告示で定める基準金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。
- 介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額（原則 1 割または 2 割・3 割）となります。
- 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者へ直接介護給付が行われない場合があります。その場合は、支払方法が償還払いとなり、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。
- 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日につき）※通常規模型 7時間以上8時間未満

※事業所のある掛川市は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
□要介護1	658単位	6,672円	667円 1,334円 2,002円
□要介護2	777単位	7,878円	788円 1,576円 2,363円
□要介護3	900単位	9,126円	913円 1,825円 2,738円
□要介護4	1023単位	10,373円	1,037円 2,075円 3,112円
□要介護5	1148単位	11,640円	1,164円 2,328円 3,492円

○加算（1日につき）

種類	単位	利用料	本人負担 上段：1割 中段：2割 下段：3割
□入浴加算 (I) 入浴サービスを行った場合 (II) 専門職がご自宅訪問を行い、ご自宅での入浴が出来るようになるための支援を行い、計画書を作成した場合	(I) 40単位	406円	41円 82円 122円
	(I) 55単位	558円	56円 112円 168円

<input type="checkbox"/> 中重度者ケア体制加算 規定する職員数に加え常勤換算方法で2以上確保し、かつ、利用者数のうち要介護3から要介護5である者の占める割合が30%以上である場合	45単位	456円	46円 92円 137円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算 外部との連携により、利用者の身体の状態などに評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合。 (I) ICT等を活用して助言をしてももらった場合 (II) 直接来設され助言をしてもらった場合	100単位 (1月につき)	1,014円	102円 203円 305円
	200単位 (1月につき)	2,030円	203円 406円 609円
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) 必要人数の機能訓練指導員の配置をしたうえで、生活状況を参考に多職種共同で計画書の作成を行う。その計画書をもとに、機能訓練指導員が直接訓練の実施を行った場合。 (II) 訓練計画書等必要内容を厚生労働省に提出を行い、活用をした場合。	(I) イ 56単位	568円	57円 114円 171円
	(I) □ 76単位	770円	77円 154円 231円
	(II) 20単位 (1月につき)	203円	20円 40円 60円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 利用開始から半年ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、担当の居宅ケアマネージャーに情報提供した場合 (II) 必要加算算定している場合に、口腔・栄養状態の確認を行い、担当居宅ケアマネージャーに情報提供した場合	(I) 20単位 (6月に1回)	203円	20円 40円 60円
	(II) 5単位 (6月に1回)	51円	5円 10円 15円
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 管理栄養士を1名以上配置 専門職と共同の上栄養アセスメントを実施し、結果の説明を行う。その内容を厚生労働省に提出に提出活用した場合	50単位 (1月につき)	507円	51円 102円 153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	△47単位	△476円	△48円 △96円 △143円

<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出をしている場合 必要に応じてサービス計画書を見直し、サービス提供にあたり、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	40単位 (1月につき)	406円	41円 82円 123円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 職員の配置状況により算定する	(Ⅰ) 22単位	182円	19円 37円 55円 <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</small>
	(Ⅱ) 18単位	121円	13円 25円 37円 <small>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上</small>
	(Ⅲ) 6単位	61円	7円 13円 19円 <small>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上</small>

○ 第1号通所事業 (1月あたり)

要介護度	単位	利用料	本人負担
<input type="checkbox"/> 事業対象者・要支援1	1798単位/月	18,231円	1,823円 3,646円 5,469円
<input type="checkbox"/> 事業対象者・要支援2	3621単位/月	36,716円	3,672円 7,343円 11,015円

上段：1割
中段：2割
下段：3割

○加算 (1日につき)

種類	単位	利用料	本人負担
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算 個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合	240単位	2,433円	244円 487円 730円

<input type="checkbox"/> 生活機能向上グループ活動加算 利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対し実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合	100単位/月	1,014円	102円 203円 305円
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 管理栄養士を1名以上配置 専門職と共同の上栄養アセスメントを実施し、結果の説明を行う。その内容を厚生労働省に提出に提出活用した場合	50単位 (1月につき)	507円	51円 102円 153円
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算 外部との連携により、利用者の身体状況などに評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合。 (I) ICT等を活用して助言をもらった場合 (II) 直接来設され助言をもらった場合	100単位 (1月につき)	1,014円	102円 203円 305円
	200単位 (1月につき)	2,030円	203円 406円 609円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 利用開始から半年ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、担当の居宅ケアマネジャーに情報提供した場合 (II) 必要加算算定している場合に、口腔・栄養状態の確認を行い、担当居宅ケアマネジャーに情報提供した場合	(I) 20単位 (6月に1回)	203円	20円 40円 60円
	(II) 5単位 (6月に1回)	51円	5円 10円 15円
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出をしている場合 必要に応じてサービス計画書を見直し、サービス提供にあたり、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	40単位 (1月につき)	406円	41円 82円 123円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(II) 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上	要支援1 72単位	731円	73円 146円 219円
	要支援2 144単位	1,461円	146円 292円 438円

※令和6年6月1日～対象

<p>介護職員処遇改善加算</p> <p><input type="checkbox"/> (Ⅰ) 新加算 (Ⅱ) に加え、以下の要件を満たすこと。経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること。</p> <p><input type="checkbox"/> (Ⅱ) 新加算 (Ⅲ) に加え、以下の要件を満たすこと。改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上。職場環境の更なる改善、見える化。</p> <p><input type="checkbox"/> (Ⅲ) 新加算 (Ⅳ) に加え、以下の要件を満たすこと。資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備。</p> <p><input type="checkbox"/> (Ⅳ) 新加算 (Ⅳ) の 1/2 (7.2%) 以上を月額賃金で配分。職場環境の改善 (職場環境等要件)。賃金体系等の整備及び研修の実施等</p>	<p>算定した単位数の</p> <p>(Ⅰ) 9. 2%</p> <p>(Ⅱ) 9%</p> <p>(Ⅲ) 8%</p> <p>(Ⅳ) 6. 4%</p>
---	---

※以下加算は令和6年5月31日まで算定可能

<p><input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 介護職員の賃金の改善などを実施している場合</p>	(Ⅰ)	算定した単位数の 5. 9%
<p><input type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算 特定処遇改善加算は、技能・経験のある介護職員の処遇改善を目的に、介護報酬をさらに加算して支給する制度</p>		算定した単位数の (Ⅰ) 1. 2% (Ⅱ) 1. 0%
<p><input type="checkbox"/> 介護職員等ベースアップ等 コロナの克服と超高齢化社会を迎えるにあたり人材確保、職員の定着率の向上とサービスの質を維持するために取得させていただく制度</p>		算定した単位数の 1. 1%

○ 減算 (1日につき)

種 類	単 位	本人負担
<p><input type="checkbox"/> 身体拘束廃止未実施減算 身体拘束の適正化を図るため、措置を講じなかった場合</p>	所定単位	算定した単位数の 1%の減算
<p><input type="checkbox"/> 高齢者虐待防止措置未実施減算 虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合</p>	所定単位	算定した単位数の 1%の減算

<input type="checkbox"/> 業務継続計画未策定減算 感染症や非常災害の発生時において、業務継続計画を策定しておらず必要な措置を講じられていない場合	所定単位	算定した単位数の 3%の減算
--	-------------	--------------------------

(2) 介護保険給付対象外サービス

ウ サービスの内容と費用

利用料の全額を負担していただきます

種類	内容	利用料
食費 (1日あたり)	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	(昼食) 750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
オムツ	1枚あたり	120円
リハビリパンツ	1枚あたり	120円
尿とりパッド (大)	1枚あたり	50円
尿とりパッド (小)	1枚あたり	30円

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

利用料の支払いは、事業者が当月の料金合計額の請求書を翌月10日以降に利用者(甲)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)または利用者の連帯保証人に送付し、その請求書に基づきご指定の金融機関口座から自動引き落としにより翌月27日までに支払いを受けるものとし、事業者は、利用者(甲)または身元引受人等から料金の支払を受けたときは、利用者(甲)または身元引受人等に対し領収書を発行します。

11 サービス内容に関する苦情など相談窓口

当施設のお客様相談窓口	受付担当者	生活相談員
	解決責任者	栗田 朋浩
	受付時間	月～金曜日 9:00～16:00
	電話番号	(0537-29-7365)

<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、苦情申出人および担当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
行政機関など 受付機関	掛川市役所 長寿推進課	静岡県掛川市長谷一丁目1番地の1 0537-21-1363
	袋井市役所 しあわせ推進課 家庭福祉係	静岡県袋井市新屋一丁目1番地の1 0538-44-3184
	菊川市役所 健康福祉部 長寿介護課 介護保険係	静岡県菊川市堀之内61 0537-37-1253
	静岡県国民健康保険団体連 合会 介護苦情相談	静岡県静岡市葵区春日2丁目4番34 号 静岡県国保会館(本館) 054-253-5590
	静岡県福祉サービス 運営適正化委員会	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 (静岡県社会福祉協議会) 054-653-0840

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、当事業所の医療機関および家族などに連絡します。

<当事業所の協力医療機関>

医療機関名	中東遠総合医療センター	医療法人社団 瑞歯 スマイル歯科
所在地	掛川市菖蒲ヶ池 1 番地の 1	袋井市浅羽 114 番地 3
電話	0 5 3 7 - 2 1 - 5 5 5 5	0 5 3 8 - 2 3 - 6 4 8 0

13 秘密保持及び個人情報の保護

- ① 事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者、その身元引受人および連帯保証人の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ② 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ③ 事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者のケアプラン等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません

14 事故発生時の対応

施設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及び市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故により利用者に損害が発生した場合、その損害を賠償します。ただし、当施設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、損害を賠償しない、または賠償の額を減額することができます。

<事故発生時の対応手順>

- 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、安静を保ち経過観察を行う
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、施設長に報告する

- 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 損害賠償責任等

事業者は、サービスの提供に伴い、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負うものとします。但し、利用者およびその身元引受人等に故意又は過失が認められる場合、又は利用者に生じた損害の原因がサービスプランに設定されていない場合はこの限りではありません。

事業者は、利用者およびその身元引受人等がご利用の際にご留意いただく事項(17)に反した場合、若しくは故意又は重大な過失によって他の利用者又は事業所が損害を被った場合、利用者とその相当額の賠償を求め、身元引受人等については、保証限度額（10万円）を限度としてその賠償を求めることができるものとします。

利用者は、自己の責に帰すべき事由により事業所及び職員に損害を与えた場合、その損害について賠償する責任を負います。

利用者が、正当な理由なく利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、相当期間を、定めた催促にも係わらずこれを支払わない場合、契約を終了し、利用者、および連帯保証人に相当額の賠償を求めることができるものとします。

16 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める「特別養護老人ホーム ラスール掛川消防計画」に則り対応を行います			
避難訓練 および 防災設備	別に定める「特別養護老人ホーム ラスール掛川消防計画」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

17 ご利用の際にご留意いただく事項

- (1) 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
- (2) 体調不良などによってサービスに不適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ことがあります
- (3) 事業所の設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください

- (4) 事業所の設備について、故意または重大な過失により滅失、破損、汚損した場合には、自己の費用により原状に復するか、または相当の代価を支払ってください
- (5) ご自宅からの飲食物の持ち込みをしないでください。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相談ください
- (6) 喫煙はご遠慮ください。
- (7) 従業者または他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動は行わないでください
- (8) 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などの生命・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

18 その他

<身体拘束ゼロ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。

<虐待防止の取り組みについて>

虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止の取り組みを適切に実施するための担当者を置き、虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。また、虐待の防止のための指針を整備し、職員に対し虐待の防止のための研修を定期的実施します。

<感染症まん延防止等の取り組みについて>

感染症の発生又はそのまん延を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施を行います。

また、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に取り組んで参ります。

<ご理解とご協力をお願い>

① 病院受診同行について

利用者の病院受診は、ご家族などにご協力をお願いいたします。受診時において施設職員のみでは医師から直接説明を受けられない場合もあり、ご家族などが同行の場合、その場で医師からの説明を受け結論を出す可能性が高く、早期の対応ができやすくなります。

ただし、様々な状況により困難な場合は、相談員にご相談ください。

② 日用品などについて

施設が提供すべきものに該当しない日用品などに関しては、ご家族などでの購入をお願いいたします。

③ 金銭・貴重品について

施設内における金銭トラブルを避けるためにも、金銭持参はご遠慮願います。
貴重品管理はご自身での管理となります。ご本人が管理できない場合は持ち込み
をご遠慮願います。

21 ハラスメント対策に関する事項

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。

- ・ハラスメント指針を整備し、窓口を明確化するとともに、職員に周知します。
- ・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定期的に研修などを実施します。また、職員との面談や会議等の場を定期的に設け、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ・カスタマーハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

22 介護現場における生産性の向上に資する取組事項

介護現場における課題を抽出及び分析した上で、当事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置をいたします

(令和9年3月までは経過措置期間となります)。

23 第三者評価の実施の有無について

事業所のサービスの質について、自己評価及び外部評価等を実施し、継続的な改善に努めると共に、その結果を公表します。

- 第三者評価の実施の有無・・・無

以上の内容を証するため、甲および乙は署名または記名押印のうえ、本重要事項説明書を2通作成し、甲・乙が各1通保有します。

年 月 日

(利用者 甲)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

住 所	
氏 名	

(後見人)

私は以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、後見人の責任についても理解し同意しました。

住 所			
氏 名		続 柄	

(身元引受人)

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、身元引受人の責任についても理解し同意しました。

住 所			
氏 名		続 柄	
電話番号			
勤 務 先		電話番号	

(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ました。

住 所 静岡県掛川市杉谷南一丁目1番地20
事 業 者 社会福祉法人 百葉の会
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ラースール掛川
(事業所番号) 2277400731
説 明 者 氏 名