

デイサービスセンター扇の森 重要事項説明書(通所介護)

< 2024 年 10 月 1 日 現在 >

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 048—625—5000 (代表)

担当 主任 菅野 達哉

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 社会福祉法人 永寿荘 デイサービスセンター扇の森 の概要

(1) 提供できるサービスの種類 通所介護サービス及び付随サービス

(2) 施設の名称及び所在地等

| | |
|---------------|---------------------------------|
| 施設名称 | 社会福祉法人 永寿荘 デイサービスセンター扇の森 |
| 所在地 | 埼玉県さいたま市西区高木 602 |
| 介護保険指定番号 | 通所介護 埼玉県 1176502670 |
| サービスを提供する対象地域 | さいたま市（西区・北区・大宮区・中央区） 上尾市 桶川市 |

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(3) 職員体制

| 職種 | 常 勤 | 非 常 勤 | 業 務 内 容 | 勤 務 時 間 |
|--------------------|-----|-------|------------|---------------------------|
| 管理者 | 1 名 | | サービス管理全般 | 9：00～18：00 |
| 生活相談員 | 2 名 | | 生活上の相談等 | 8：00～18：00 (うち実働 8 時間) |
| 機能訓練指導員 | 1 名 | 3 名 | リハビリテーション | 8：00～18：00 (うち実働 8 時間) |
| 事務職員 | | (1 名) | 一般事務、料金請求等 | 9：00～18：00 |
| 看護師 (機能訓練指導員兼務) | 名 | 3 名 | 医療、健康管理業務等 | 9：00～16：30 |
| 介護職員 | 7 名 | 5 名 | 日常介護業務等 | 8：00～18：00 (うち実働 8 時間) |

(4) 設備の概要

| | | | |
|----------|-----------------|-----|-----|
| 定員 | 45 名 | 静養室 | 1 室 |
| 食堂・機能訓練室 | 1 室 | 相談室 | 1 室 |
| 浴室 | 一般浴槽と特殊浴槽があります。 | 送迎車 | 8 台 |
| | | | |

(5) サービス時間

| | |
|--------|--|
| 月～土曜日 | サービス提供時間 (日曜日は休業) ① 9 時 15 分～15 時 00 分 (5 時間以上 6 時間未満の体制) ② 9 時 15 分～16 時 30 分 (7 時間以上 8 時間未満の体制) |
| 年末年始休業 | 年末年始 (別途連絡) |

緊急連絡先 048—625—5000

3 サービス内容

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。具体的な内容は別添資料をご覧ください。

4 料金

(1) 利用料金

1-I. 通所介護利用料

・サービス提供時間 ⇒ 5 時間以上 6 時間未満のサービス

① 9 時 15 分 ～ 15 時 00 分

| | 1 日あたりの自己負担額 | | |
|-------|--------------|---------|---------|
| | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 要介護 1 | 581 円 | 1,162 円 | 1,743 円 |
| 要介護 2 | 686 円 | 1,373 円 | 2,060 円 |
| 要介護 3 | 793 円 | 1,587 円 | 2,380 円 |
| 要介護 4 | 897 円 | 1,794 円 | 2,691 円 |
| 要介護 5 | 1,004 円 | 2,008 円 | 3,012 円 |

1-II. 通所介護利用料

・サービス提供時間 ⇒ 7 時間以上 8 時間未満のサービス

② 9 時 15 分 ～ 16 時 30 分

| | 1 日あたりの自己負担額 | | |
|-------|--------------|---------|---------|
| | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 要介護 1 | 671 円 | 1,343 円 | 2,015 円 |
| 要介護 2 | 794 円 | 1,589 円 | 2,383 円 |
| 要介護 3 | 919 円 | 1,839 円 | 2,758 円 |
| 要介護 4 | 1,046 円 | 2,093 円 | 3,140 円 |
| 要介護 5 | 1,171 円 | 2,343 円 | 3,514 円 |

(2) 減算

当事業所と同一の建物に居住する利用者又は当事業所と同一建物から当事業所に通う利用者に対し、サービスを行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算します（但し、やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は除く）。また、利用者に対し、居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算します。

2. 提供時・体制が認められた時に加算

| | 利用者自己負担額 | | | 算定単位 |
|-------------------|--------------------|------|------|-------|
| | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 43円 | 86円 | 129円 | 1日につき |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ | 81円 | 162円 | 243円 | 1日につき |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ※1 | 60円 | 120円 | 180円 | 1日につき |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 22円 | 43円 | 64円 | 1月につき |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ) | 171円 | 342円 | 513円 | 1日につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)※2 | 20円 | 39円 | 58円 | 1日につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 43円 | 86円 | 129円 | 1月につき |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | 32円 | 64円 | 96円 | 1月につき |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | 64円 | 128円 | 192円 | 1月につき |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 1月に算定した単位数の合計×9.2% | | | 1月につき |

※1 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロに機能訓練指導員の配置が満たない日に算定

※2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)：介護職員の50%以上介護福祉士が配されている事により、加算されます

① 食事代 1食あたり、自己負担額は 620円です。

② 日常生活費 1日あたり、105円

日常生活費では、私物的な日常生活品（ティッシュ・ウエットティッシュ・男性用髭剃り・女性用カミソリ・タオル類[フェイスタオル/バスタオル/入浴用タオル]・おしぼり他）の提供・並びに基本的なレクリエーション活動時の物品の提供をさせていただきます。

③ おむつ代 1セット（パンツタイプ+パット） 105円

④ その他 上記のほかレクリエーション費用の一部等、および特別な食事にかかる費用は実費となります。

(2) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|---------------------------|-------------------|
| ① ご利用の当日8:00までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ② ご利用の当日8:00以降の場合 | 定額 620円 |
| ③ ご契約者が早退する場合 | 利用料・食費・日常生活費の100% |

(3) 支払方法

毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、18 日までに振替口座にご入金ください。自動振替にて入金を確認後、領収証を発行致します。

お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

尚、現金での利用料金の収受は致しておりませんので予めご了承下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設職員がお伺いいたします。

通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にその介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書等でお申し出ください。

② 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 30 日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日
- ・介護給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合……非該当となった日
- ・利用者がお亡くなりになった場合……死亡日の翌日

④ その他

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを 15 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により 3 ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6 当施設のサービスの特徴等

別添の資料等をご覧ください。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

8 事故発生時の対応について

利用者に対する指定通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を致します。利用者に対する指定通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

9 非常災害対策について

施設では、非常災害その他の緊急の事態に備え、必要な設備を整えとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべきそちについて予め防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上の利用者様及び職員等の訓練を行います。

10 サービス利用にあたっての留意事項

サービスご利用にあたってご留意頂きたいことは、以下の通りです。

- (1) 主治医から利用上の注意事項等、指示事項がある場合はお知らせください。
- (2) 体調不良や病院受診等でサービスをお休みした場合、同月内であれば希望日に振り替えることができます。但し、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。
- (3) 感染症等によりサービスの提供をお断りすることがあります。

11 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 利用者の身体拘束は行いません。

1 2 相談及び苦情の受付について

(1) 当施設における相談及び苦情の受付

当施設における相談及び苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

また、個人情報の取り扱いに関する相談及び苦情も以下の専用窓口で受け付けます。

○相談・苦情受付窓口

【施設窓口】

施設長 渡邊泰司

主任 菅野達哉、川辺由実

生活相談員 高橋優子、嶋田彩織、城田瑞恵

・TEL 048-625-5000 ・FAX 048-625-7861

・受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:00～18:00

【第三者窓口】

第三者委員 石丸 主憲

北野 昭子

※ご意見箱を、1階公衆電話横に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

当施設以外に、行政の相談・苦情間でも受け付けております。

| | |
|----------------------------|--|
| さいたま市役所 介護保険課 | 所在地 〒330-9588 さいたま市浦和区常盤 6-4-4 電話番号 048-829-1264 |
| さいたま市西区役所 高齢介護課 | 所在地 〒331-8587 さいたま市西区指扇 3743 電話番号 048-620-2668 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 〒338-0002 さいたま市中央区下落合 1704 電話番号 048-824-2568(苦情相談専用) |
| 埼玉県社会福祉協議会内 埼玉県運営適正化委員会 | 所在地 〒330-0075 さいたま市浦和区針ヶ谷 4-2-65 彩の国すこやかプラザ内 電話番号 048-822-1191 |

(3) 第三者評価実施の有無 無

13 虐待防止について

- (1)事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。
- (2)事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等の高齢者を現に擁護する者）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、速やかに防止策を講じ、市町村へ報告します。
- (3)事業者は、前項の措置を適切に実施するために、虐待防止担当者を配置します。

14 ハラスメント対策

- (1)事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2)利用者及びその家族が当事業者や当事業所の職員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為（暴力行為・ハラスメント行為・名誉毀損・プライバシーの侵害行為等）や、著しい迷惑行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂く場合があります。

説明日 年 月 日

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者

所在地 埼玉県さいたま市西区高木 602

名称 社会福祉法人 永寿荘 デイサービスセンター扇の森

説明者 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者

＜住所＞ _____

＜氏名＞ _____

保証人・代理人

＜住所＞ _____

＜氏名＞ _____

日常生活支援総合事業

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 10月 1日 現在＞

1 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 048-625-5000（代表）

担当 生活相談員 菅野 達哉 ・ 高橋 優子

＊ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 社会福祉法人 永寿荘 デイサービスセンター扇の森 の概要

(1) 提供できるサービスの種類 介護予防通所介護サービス及び付随サービス

(2) 施設の名称及び所在地等

| | |
|---------------|------------------------------------|
| 施設名称 | 社会福祉法人 永寿荘 デイサービスセンター扇の森 |
| 所在地 | 埼玉県さいたま市西区高木602 |
| 介護保険指定番号 | 通所介護 埼玉県 1176502670 |
| サービスを提供する対象地域 | さいたま市（西区・北区・大宮区・桜区・中央区） 上尾市 桶川市 |

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(3) 職員体制

| 職種 | 常 勤 | 非 常 勤 | 業 務 内 容 | 勤 務 時 間 |
|---------|-----|-------|------------|-------------------------|
| 管理者 | 1名 | | サービス管理全般 | 9:00～18:00 |
| 生活相談員 | 2名 | | 生活上の相談等 | 8:00～18:00 (うち実働8時間) |
| 機能訓練指導員 | 1名 | 3名 | リハビリテーション | 8:00～18:00 (うち実働8時間) |
| 事務職員 | | (1名) | 一般事務、料金請求等 | 9:00～18:00 |
| 看護師 | 名 | 3名 | 医療、健康管理業務等 | 9:00～16:30 |
| 介護職員 | 7名 | 4名 | 日常介護業務等 | 8:00～18:00 (うち実働8時間) |

(4) 設備の概要

| | | | |
|----------|------------|-----|-----|
| 定員 | 45 名 | 静養室 | 1 室 |
| 食堂・機能訓練室 | 1 室 | 相談室 | 1 室 |
| 浴室 | 一般浴槽があります。 | 送迎車 | 8 台 |
| | | | |

(5) サービス時間

| | |
|--------|---|
| 月～土曜日 | サービス提供時間 (日曜日は休業) 9 時 15 分～15 時 00 分 9 時 15 分～16 時 30 分 |
| 年末年始休業 | 年末年始 (別途連絡) |

緊急連絡先 0 4 8—6 2 5—5 0 0 0

3 サービス内容

介護予防通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練その他必要な介護を行います。具体的な内容は別添資料をご覧ください。

4 料金

①利用料金

第 1 号通所事業 (通所介護相当サービス)

| | 1 ヶ月あたりの自己負担額 | | |
|-------|---------------|------------|--------------|
| | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 事業対象者 | 1, 9 2 0 円 | 3, 8 4 0 円 | 5, 7 6 0 円 |
| 要支援 1 | | | |
| 要支援 2 | 3, 8 6 7 円 | 7, 7 3 4 円 | 1 1, 6 0 1 円 |

※全サービスにおいて特例として令和 3 年 9 月まで基本報酬に×0.1%上乗せされます

(2)減算

当事業所と同一の建物に居住する利用者又は当事業所と同一建物から当事業所に通う利用者に対し、サービスを行った場合は、1 月につき要支援① 3 7 6 単位、要支援② 7 5 2 単位を所定単位数から減算します (但し、やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は除く)

②提供時・体制が認められた時に加算

| | 1ヶ月あたりの自己負担額 | | |
|------------------------|---------------------|------|------|
| | 1割 | 2割 | 3割 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ（（要支援１）※１ | 77円 | 154円 | 230円 |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ（要支援２）※１ | 154円 | 308円 | 462円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 43円 | 86円 | 129円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 170円 | 341円 | 512円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 本加算を除く自己負担合計金額の9.2% | | |

※1 サービス提供体制強化加算Ⅱ：介護職員の50%以上介護福祉士が配置されていることにより、加算されます。

- ① 食事代 1食あたり、自己負担額は 620円です。
- ② 日常生活費 1日あたり、105円です
日常生活費では、私物的な日常生活品（ティッシュ・ウエットティッシュ・男性用髭剃り・女性用カミソリ・タオル類[フェイスタオル/バスタオル/入浴用タオル]・おしぼり他）の提供・並びに基本的なレクリエーション活動時の物品の提供をさせていただきます。
- ③ おむつ代 1セット（パンツタイプ+パット） 105円
- ④ その他 上記のほかレクリエーション費用の一部等、および特別な食事にかかる費用は実費となります。

(2) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|--------------------------|-------------------|
| ①ご利用の当日8：00までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ②ご利用の当日8：00以降の場合 | 定額 620円 |
| ③ご契約者が早退する場合 | 利用料・食費・日常生活費の100% |

(3) 支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、18日までに振替口座にご入金ください。自動振替にて入金を確認後、領収証を発行致します。

お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

尚、現金での利用料金の収受は致しておりませんので予めご了承下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設職員がお伺いいたします。

介護予防通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にその介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了30日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日
- ・介護給付でサービスを受けていた利用者の要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合……非該当となった日
- ・利用者がお亡くなりになった場合……死亡日の翌日

④ その他

- ・当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当施設が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを15日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6 当施設のサービスの特徴等

別添の資料等をご覧ください。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

8 事故発生時の対応について

利用者に対する指定介護予防通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を致します。利用者に対する指定通所介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

9 非常災害対策について

施設では、非常災害その他の緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべきそちについて予め防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上の利用者様及び職員等の訓練を行います。

10 サービス利用にあたっての留意事項

サービスご利用にあたってご留意頂きたいことは、以下の通りです。

- (1) 主治医から利用上の注意事項等、指示事項がある場合はお知らせください。
- (2) 体調不良や病院受診等でサービスをお休みした場合、同月内であれば希望日に振り替えることができます。但し、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。
- (3) 感染症等によりサービスの提供をお断りすることがあります。

11 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 利用者の身体拘束は行いません。

1 2 相談及び苦情の受付について

(1) 当施設における相談及び苦情の受付

当施設における相談及び苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

また、個人情報の取り扱いに関する相談及び苦情も以下の専用窓口で受け付けます。

○相談・苦情受付窓口

【施設窓口】

施設長 渡邊泰司

主任 菅野達哉、川辺由実

生活相談員 高橋優子、嶋田彩織、城田瑞恵

・TEL 048-625-5000 ・FAX 048-625-7861

・受付時間 毎週月曜日～土曜日 9:00～18:00

【第三者窓口】

第三者委員 石丸 主憲

北野 昭子

※ご意見箱を、1階公衆電話横に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

当施設以外に、行政の相談・苦情間でも受け付けております。

| | |
|----------------------------|--|
| さいたま市役所 介護保険課 | 所在地 〒330-9588 さいたま市浦和区常盤 6-4-4 電話番号 048-829-1264 |
| さいたま市西区役所 高齢介護課 | 所在地 〒331-8587 さいたま市西区指扇 3743 電話番号 048-620-2668 |
| 国民健康保険団体連合会 | 所在地 〒338-0002 さいたま市中央区下落合 1704 電話番号 048-824-2568(苦情相談専用) |
| 埼玉県社会福祉協議会内 埼玉県運営適正化委員会 | 所在地 〒330-0075 さいたま市浦和区針ヶ谷 4-2-65 彩の国すこやかプラザ内 電話番号 048-822-1191 |
| 桶川市役所 高齢介護課 | 048-786-3211 |
| 上尾市健康福祉部高齢介護課 | 048-775-6473 |

・ 1 3 虐待防止について

- (1)事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。
- (2)事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等の高齢者を現に擁護する者）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、速やかに防止策を講じ、市町村へ報告します。
- (3)事業者は、前項の措置を適切に実施するために、虐待防止担当者を配置します。

・ 1 4 ハラスメント対策

- (1)事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2)利用者及びその家族が当事業者や当事業所の職員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為（暴力行為・ハラスメント行為・名誉毀損・プライバシーの侵害行為等）や、著しい迷惑行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂く場合があります。

説明日 年 月 日

介護予防通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者

所在地 埼玉県さいたま市西区高木 6 0 2

名称 社会福祉法人 永寿荘 デイサービスセンター扇の森

説明者 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防通所介護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者

<住所> _____

<氏名> _____

保証人・代理人

<住所> _____

<氏名> _____