

株式会社 プロケア  
デイサービスセンター桜並木  
(指定介護予防相当通所事業所重要事項説明書)

当事業所はご契約者に対して指定介護予防相当介護通所に相当する第1号通所事業をご提供します。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事項を次のとおり説明します。

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 プロケア
主たる事務所の所在地	〒721-0975 広島県福山市西深津町6丁目6番10号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 玉山 剛一
設 立 年 月 日	2017年3月14日
電 話 番 号	084-942-0005

### 2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター桜並木	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防相当通所事業）	
事業所の所在地	〒721-0975 広島県福山市西深津町6丁目6番10号	
電 話 番 号	084-942-0005	
指定年月日・事業所番号	2017年4月1日指定	
実施単位・利用定員	1単位	定員30人
通常の事業の実施地域	福山市	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	株式会社プロケアが開設する指定通所介護事業所 デイサービスセンター桜並木（以下、「事業所」という。）は、指定居宅サービスである通所介護（以下、「指定通所介護」という。）の事業を行うものであり、要介護状態にある利用者が、可能な限りその居宅において、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、生活機能維持向上を目指し必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の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、もって地域住民の福祉の増進に貢献することを目的とする。
-------	--

<p>運営の方針</p>	<p>事業所は、次に掲げる基本方針に基づき事業を運営する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、また、当該目標を達成する為の具体的なサービス内容等を記載した通所介護計画書を作成し、その計画に基づき、利用者の機能訓練及びその他利用者が日常生活を営む事ができる必要な援助を行う。</li> <li>2. 指定通所介護の提供にあたっては、丁寧に行うこととし、サービスの提供方法等に関して、利用者及びその家族に対して、理解しやすいように説明をする。</li> <li>3. 従業者の教育研修を実施し、提供するサービスの質について常にその改善に努め、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。</li> <li>4. 常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練、その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。</li> <li>5. 前4項のほか、福山市条例で定める「福山市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年福山市条例第46号）」の内容を遵守し、事業を実施するものとする。</li> </ol>
--------------	---

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防相当通所事業）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話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を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

<p>営業日</p>	<p>月曜日から土曜日まで ただし、12月31日～1月3日は休業日</p>
<p>営業時間</p>	<p>午前8時30分から午後5時30分まで</p>
<p>サービス提供時間</p>	<p>午前9時30分から午後4時30分まで</p>

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	人数
管理者	1名以上
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	4名以上
機能訓練指導員	1名以上

※上記職員については、併設する指定通所介護の職員と兼務するものとする。

## 7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

**(1) 第1号通所事業（介護予防相当通所事業）の利用料・・・基本部分，加算・減算の合計の額となります。**

### 【基本部分：介護予防相当通所事業】

利用者の要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
事業対象者 要支援1	17,980円（1月につき）	1,798円	3,596円
事業対象者 要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円	7,242円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防相当通所事業の金額に相当する金額であり、介護予防相当通所介護の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

## 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額
送迎減算 （片道につき）	事業所が送迎を行わない場合	▲47単位
介護職員 処遇改善加算Ⅰ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算 合計×9.2%
介護職員 処遇改善加算Ⅱ※		上記基本部分と各種加算 合計×9.0%
介護職員 処遇改善加算Ⅲ※		上記基本部分と各種加算 合計×8.0%
介護職員 処遇改善加算Ⅳ※		上記基本部分と各種加算 合計×6.4%
サービス提供体制強 化加算（Ⅰ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上 であること。または勤続10年以上の介護福祉士の者が 25%以上であること。	要支援1 月 88 単位 要支援2 月 176 単位
サービス提供体制強 化加算（Ⅱ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上 であること。	要支援1 月 72 単位 要支援2 月 144 単位
サービス提供体制強 化加算（Ⅲ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上 であること。または勤続7年以上の介護福祉士の者が 30%以上であること。	要支援1 月 24 単位 要支援2 月 48 単位
科学的介護推進体制 加算	当該加算の算定要件を満たす場合	月 40 単位

## （2）その他の費用

食 費	1食 620円
おやつ代	1食 80円
おむつ代	1枚 119円
尿取りパット代	1枚 33円
日常のレクリエーション関係費（材料費）	実費
行事活動などのレクリエーション関係費	実費

## （3）キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日17時までに事業所に申し出てください。

あなたからの都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については協議の上、基本料金の1割をいただく場合があります。

#### (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 広島銀行 胡町支店 普通口座 3327981 株式会社プロケア 代表取締役 玉山 剛一
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

#### 8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

#### 9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、及び福山市連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 084-942-0005 管理者 槌井 達也 受付時間 8:30~17:30
---------	--

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	福山市高齢者支援課	電話 084-928-1189
	広島県健康保険団体連合会	電話 082-554-0783

## 11. ハラスメントについて

当事業所は、利用者や家族等による職員への身体的暴力や精神的暴力、セクシャルハラスメントなど下記のような行為があり、ハラスメントに該当すると判断し改善がない場合、サービス利用を解除・終了することができます。(認知症等の病気や障害のある方による行為も含む)

### I) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為(職員が回避したため危害を免れたケース

を含む)

例：○コップを投げつける

○蹴られる

○手を払いのける

○叩かれる

○手でひっかく、つねる

○首を絞める

○唾を吐く

○服を引きちぎられる

### II) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為

例：○大声を発する

○サービスの状況をのぞき見する

○怒鳴る

○気に入っている職員以外に批判的な言動をする

○威圧的な態度で文句を言い続ける

○刃物を胸元からちらつかせる

○「この程度できて当然」と理不尽な要求をする

○家族が利用者の発言をうのみにし、理不尽な要求をする

○「たくさん利用料を支払っている」と大掃除を強要、断ると文句を言う

○利用料金の支払いを求めたところ、手渡しせずに、お金を床に並べてそれを拾って受け取るように求められた

○利用料金を数か月滞納し「請求しなかった事業所にも責任がある」と支払いを拒否する

○特定の職員に嫌がらせをする

### Ⅲ) セクシャルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等性的な嫌がらせ行為

例：○必要もなく手や腕を触る

○抱きしめる

○女性のヌード写真を見せる

○入浴介助中、あからさまに性的な話をする

○卑猥な言動を繰り返す

○サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる

○職員のユニフォームに手を入れる

## 12. その他

ご自身の所持品について、職員が管理していない物についての破損、紛失につきまして責任を負いかねますのでご了承ください

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 福山市西深津町6丁目6番10号

事業者 株式会社 プロケア

代表者 代表取締役 玉山 剛一 印

説明者 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

氏名 印

（続柄 ）