

株式会社 プロケア
デイサービスセンター桜並木
(指定通所介護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通所介護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	2007年3月14日
電話番号	084-942-0005

2. 事業所の概要

事業所の名称	デイサービスセンター桜並木	
事業所の所在地	〒721-0975 広島県福山市西深津町六丁目6番10号	
電話番号	084-942-0005	
FAX番号	084-926-7371	
指定年月日・事業所番号	2017年4月1日指定	3471508824
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	
併設事業所	有料老人ホーム桜並木、グループホーム桜並木	

3. 運営の方針

事業所は、次に掲げる基本方針に基づき事業を運営する。

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。
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。
3. 従業員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。
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。

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。

4. 提供するサービスの内容

- ・ 食事の提供
食事の提供及び必要な介助を行います。
- ・ 入浴（個浴、一般浴、機械浴）
入浴サービスの提供及び必要な介助を行います。
- ・ 日常生活動作の機能訓練
利用者が日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練、利用者の心身の活性化を図るためのレクリエーション等を行います。
- ・ 健康状態の確認
体調や血圧等の確認を行います。
- ・ 送迎
居宅から事業所までの送迎及び乗降の介助を行います。
- ・ 日常生活における相談及び助言
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- ・ その他日常生活上の援助
利用者に必要な日常生活上の世話及び援助を行います。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、12月31日から1月3日は休業日とする。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで

6. 事業所の従業員の体制

(2024年4月1日現在)

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

7. 利用料等

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、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、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。

(1) 通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費】

所要時間	利用者の 要介護度	通所介護費（1回あたり）		
		単位数	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合） ※（注2）参照
7時間以上 8時間未満	要介護1	658	6,580円	658円
	要介護2	777	7,770円	777円
	要介護3	900	9,000円	900円
	要介護4	1,023	10,230円	1,023円
	要介護5	1,148	11,480円	1,148円

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額（1回あたり）		
	単位数	基本利用料 （注1）	利用者負担金 （自己負担1割の場合）
入浴介助加算（Ⅰ）	40	400円	40円
入浴介助加算（Ⅱ）	55	550円	55円
口腔機能向上加算（Ⅰ） （月2回まで）	150	1,500円	150円
口腔機能向上加算（Ⅱ） （月2回まで）	160	1,600円	160円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	56	560円	56円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	76	760円	76円
個別機能訓練加算（Ⅱ） （1月に）	20	200円	20円

送迎減算(片道につき)	▲47	▲470円	▲47円
同一建物減算	▲94	▲940円	▲94円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	220円	22円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	180円	18円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	60円	6円
科学的介護推進体制加算 (1月に)	40	40円	40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の対応	基本報酬の3%×3か月		左記額の1割
介護職員処遇改善加算Ⅰ	(基本利用料＋各種加算減算)の9.2%		左記額の1割
介護職員処遇改善加算Ⅱ	(基本利用料＋各種加算減算)の9.0%		左記額の1割
介護職員処遇改善加算Ⅲ	(基本利用料＋各種加算減算)の8.0%		左記額の1割
介護職員処遇改善加算Ⅳ	(基本利用料＋各種加算減算)の6.4%		左記額の1割

(注1) 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。

(注2) 上記の基本単位数は、厚生労働大臣が告示で定める通所介護事業の金額に相当する金額であり、通所介護事業の金額が改定された場合は、これら基本利用料金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。

(3) その他の費用

食費	昼食代620円 おやつ代80円
おむつ代等	紙おむつ119円/枚 尿取りパッド33円/枚
交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、交通費として、1キロ20円を請求します。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。 日常のレクリエーション費、行事活動などのレクリエーション費など。

(4) 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 時までには事業所に申し出てください。

利用者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。

(5) 支払い方法

毎月、10日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、25日までにお支払ください。

お支払方法は、銀行の指定口座からの引き落とし、銀行振り込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。

8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- ・利用者の事情で時間に遅れた場合、送迎サービスが受けられない場合があります。

9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族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。
- ・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。
- ・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、利用者の居宅サービス計画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。

10. 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	

11. 事故発生時の対応

通所介護等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、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する通所介護等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。

12. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号	084-942-0005
	受付時間	月曜日から土曜日 8時30分から17時30分
	担当者名	槌井 達也

(2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	福山市役所介護保険課	電話 084-928-1166
	広島県国民健康保険団体連合会	電話 082-554-0783

13. 非常災害対策

- ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する具体的な防災計画を作成します。
- ・事業所は、防災計画に基づき、年2回、利用者及び従業者等の避難、救出その他必要な訓練を行います。

14. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 事業所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あります。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、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へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護又は要支援状態区分が自立となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が、倒産した場合

②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。

③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

- ・利用者の利用料等の支払いが2ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ・利用者又はその家族が事業者や従業員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

④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

⑤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、紛失につきましては責任を負いかねますのでご了承ください

年 月 日

事業所は、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。

事業所 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、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名 印

代理人

住所

氏名 印

(続柄)