

重要事項説明書

(地域密着型通所介護 (介護予防通所介護相当サービス))

地域密着型通所介護 (介護予防通所介護相当サービス) の提供開始にあたり、平成18年3月14日厚生労働省令第35号第115条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	パーソナルケアサポート株式会社
主たる事務所の所在地	愛知県名古屋市中区栄二丁目1番12号 ダイアレス伏見3F
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役 高津佐 正太
電話番号	052-211-8844

介護保険法令に基づき愛知県知事または名古屋市長から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	各事業所につき介護保険法令に基づき愛知県知事または名古屋市長から指定を受けている居宅介護サービスの種類
パーソナルケアステーション春日井	訪問介護 (27尾福第401-267号) 訪問型サービス (27春介第3213号)
パーソナルケアステーション	訪問介護 (28指令介健第1481-16号) 予防専門型訪問サービス (29指令健介保第2059-479号)

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービス ポルテ春日井
指定番号	2392500530 第1号通所事業介護予防通所介護相当サービス 23A2500503
所在地	春日井市町田町二丁目94番
電話番号	0568-27-6777
通常の事業の実施地域	春日井市

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	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。
運営の方針	心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上をめざす。

4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業者の職種	資格	員数	勤務の体制
管理者	介護福祉士	1人	常勤1名、
生活相談員	介護福祉士	3人	常勤1名 非常勤2名
介護職員	訪問介護員養成研修2級課程を修了した者等	3人	常勤1名 非常勤2名
機能訓練指導員	看護職員	1人	非常勤1名

5. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜日・1/1を除く）
営業時間	8：30～17：30

6. 定員数

定員	10人
----	-----

7. サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日（日曜日・1/1を除く）
サービス提供時間	9：30～16：45

8. サービスの概要と利用料金

地域密着型通所介護 (介護予防通所介護相当 サービス)の種類	内容・標準的な手順	保険給付適用の あるものに○印	単位 (1単位=10.27円)
地域密着型通所介護費	通所介護（要介護1）	○	753単位
地域密着型通所介護費	通所介護（要介護2）	○	890単位

地域密着型通所介護費	通所介護（要介護3）	○	1,032 単位
地域密着型通所介護費	通所介護（要介護4）	○	1,172 単位
地域密着型通所介護費	通所介護（要介護5）	○	1,312 単位
介護予防通所介護 相当サービス費	通所型独自サービス 11 （事業対象者・要支援1）	○	1,798/月
介護予防通所介護 相当サービス費	通所型独自サービス 12 （事業対象者・要支援2）	○	3,621/月
入浴介助加算	入浴介助加算	○	40 単位

※利用者負担額は、負担額割合によって変わります。

料金：1食あたり 昼食代 454 円（おやつ代込）（税込）
オムツ代 132 円（税込）

キャンセル費用につきましては、お申し出日より3日間は昼食代（おやつ代込）相当額をご負担いただくことになります。

オムツ代につきましては、施設に常備しておりますオムツを使用された場合のみご負担頂きます。

9. サービスの利用を中止する場合のキャンセル料

当日のキャンセルのご連絡を頂いた場合。 （留守番電話又は直接連絡ください）	サービス費用全額のキャンセル料を自費でご負担していただくことになります。 但し、ご利用者の病状の急変又は急な入院等による場合は、キャンセル料は不要です。
ご利用の3日前までに、キャンセルのご連絡を頂いた場合（留守番電話又はFAXでも可能です）	無料

10. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口 担当 清永 篤哉	利用時間 平日 午前8時30分～午後5時30分 土・祝日 午前8時30分～午後5時30分 利用方法 電話 0568-27-6777
春日井市役所 介護・高齢福祉課	利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 利用方法 電話 0568-85-6921 （土・日・祝日、年末年始は休業）
愛知県国民健康保険 団体連合会	利用時間 平日 午前9時～午後5時 利用方法 電話 052-971-4165

1 1. 緊急時の対応方法

- (1) ご利用者の病状の急変、その他必要な場合には、医療機関及びご家族並びに必要と判断される関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) ご利用者に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちにご利用者又はご家族にご連絡致します。合わせて、保険者（区市町村）にも連絡し、事故の原因を解明するとともに再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

1 2. 虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。）を定期的開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待の防止のために指針を整備します。
- (3) 事業所において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的（年1回以上）に実施します。
- (4) 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

1 3. 第三者評価

当事業所が提供するサービスの第三者評価の実施状況：未実

[ご家族等緊急連絡先]

氏名	続柄（ ）
住所	
電話番号	

[主治医]

医療機関名	しんまちクリニック
住所	愛知県春日井市東野新町2-16-1
主治医氏名	安藤 貴浩

当事業者は、地域密着型通所介護（介護予防通所介護相当サービス）の提供開始に当たり、利用者又は代理人に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者名 パーソナルケアサポート株式会社 ⑩
所在地 愛知県名古屋市中区栄二丁目1番12号
ダイアパレス伏見3F

事業所名 デイサービス ポルテ春日井
所在地 愛知県春日井市町田町二丁目94番
管理者 清永 篤哉
説明者 高津佐 正太

利用者又は代理人は、事業者から地域密着型介護通所介護（介護予防通所相当サービス）の提供に関する重要事項について、上記の説明を受けました。

令和 年 月 日

地域密着型介護通所介護（介護予防通所相当サービス）の提供開始に同意します。

利用者

住所

署名・記名捺印 ⑩

代理人

住所

署名・記名捺印 ⑩