

# えーゆーハート重要事項説明書(通所介護・介護予防通所介護事業用)

あなた(またはあなたの家族)が利用しようと考えている通所介護・介護予防通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておきたい内容を、説明いたします。分らない、分りにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

## 1 通所介護サービスを提供する事業者について

令和4年10月1日作成

事業者名称	えーゆーハート
代表者氏名	松岡 滋
本社所在地 (連絡先)	〒590-0116 大阪府堺市南区若松台2丁1番4-107号 TEL 072-291-0294 FAX 072-291-0295

## 2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

### (1) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	当法人が設置する指定地域密着型通所介護事業の適正な運営を確保するために、必要な人員および運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員および看護職員、機能訓練指導員が、要介護状態または要支援状態の利用者に対し、適切な指定通所介護を提供することを目的としています。
運営方針	この事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態等になった場合においても、心身の特性を踏まえて、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出来るよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持ならびにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上のお世話および機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。

### (2) サービス提供可能な日と時間帯

営業日	月～金曜日までとする(土日祝は休み・8月13日～8月15日・12月29日～1月4日まで) 但し、居宅介護支援員・利用者に通知し、土日祝・年末年始・夏季の休みに開所する場合がある。
営業時間	月～金曜日午前9時30分～午後5時30分までとする
サービス提供時間	9:45～16:45(月～金曜日7時間)

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日・営業時間	上記記載内容と同じ
----------	-----------

### (4) 事業所の職員体制

職種	職員数(常勤・非常勤)	職種	職員数(常勤・非常勤)
管理者	1名(1名・0名)	介護職員	5名(1名・4名)～
生活相談員	1名(1名・0名)	機能訓練指導員	2名(0名・2名)～
看護職員	1名(0名・1名)～		

## 3 提供するサービスの内容と料金及び利用料について

### (1) 提供するサービスの内容について

指定地域密着型通所介護の内容として、次のうち必要と認められるサービスを行います。

・日常生活上の介護	・機能訓練
・食事の提供	・送迎
・入浴	・相談、援助

(2) 指定地域密着型通所介護を提供した場合の利用料の額は、「指定居宅サービスに要する費用の算定に関する基準」によるものとし、当該指定通所介護が法定通所介護の法定代理受領サービスであるときは、利用者からはその1割の支払いを受けるものとなっています。

## 4 その他の費用について

①交通費	利用者の居宅が、通常事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。
②キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセル通知の時間によりキャンセル料を請求させていただきます。
	24時間前までのご連絡の場合 キャンセル料は不要です
	当日の現地でのキャンセルの場合 1提供あたりの料金の100%を請求いたします。
	ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

## 5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

①利用料、その他の費用の請求	ア 利用料、その他の費用はサービス提供毎に計算し、利用月毎の合計金額により請求いたします。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者にお渡します。
①利用料その他の費用の支払い	ア サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。 ①利用者様の郵便局口座からの自動引き落とし ②現金支払い イ 現金払いの場合には、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いいたします。

## 6 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について。	事業者及び事業所の使用者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩をぼうしするものとします。

## 7 高齢者虐待防止について

- 研修を通じて、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
- 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- 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。

## 8 緊急時の対応方法について

- サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。
- 通院介護・外出介護のサービスご利用の場合、出来るだけ早くご連絡致しますが道路事情で遅れお待ち願うこともありますのでご了承下さい。
- 事故などの遅れる場合、利用者にご連絡致しますが、お待ち願うこともありますのでご了承下さい。

## 9 通所介護サービス内容の見積もりについて

### (1) その他の費用

① 交通費の有無	(有・無)
② キャンセル料	重要事項説明書4-②記載のキャンセル料となります。

### (2) 通所介護の内容に対する料金、利用料（介護保険法の介護保険報酬単価は別紙でご希望の方に配布する）

【利用料金表】			利用者負担額【入浴あり】 (介護サービスは1割負担)	取消料金【入浴あり】 (介護サービスは全額)
介護保険適用サービス	基本サービス	要介護 1	介護保険法の介護保険報酬単価	介護保険法の介護保険報酬単価
		要介護 2		
		要介護 3		
		要介護 4		
		要介護 5		
		要支援 1		
		要支援 2		
自己負担分	加算	生活機能向上グループ加算	なし	なし
		食事代 (昼食はおやつ込)	昼食 350 円／食	350 円／食
		おむつ代	おむつ 150 円／枚 尿取りパット 100 円／枚	なし なし
		日用品費	実 費	なし
加算	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ ベースアップ等支援加算 口腔機能向上体制加算	レクレーションなど	実 費	なし
		介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本部分 × 13.7%	なし
		介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	基本部分 × 4.2%	
		ベースアップ等支援加算	基本部分 × 1.1%	
		口腔機能向上体制加算	介護保険法の介護保険報酬単価	

### (3) 重要事項説明記載のその他の費用の有無、利用者の費用負担

ア 交通費請求の有無	(有・無) 有の場合…サービス提供1回当たり	円
イ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅での光熱費用	利用者（お客様）の別途負担となります。	
ウ キャンセル料	下記の（4）に別途記載のとおりです。	

### (4) ご利用の中止、変更等について

利用者のご都合により、通所介護サービスを中止または変更することができますので、ご希望の際はサービス利用予定日の前々日までに申し出てください。利用予定日当日に中止の申し出をされた場合、料金表記載のキャンセル料をお支払いいただきます（利用者の方の体調不良など、正当な理由の場合はこの限りではありません）。また、新たに提供日の追加をすることもできますが、変更や追加のお申し出については、施設稼動状況によりご希望の日時にサービス提供が出来ない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

#### 【キャンセル料の取扱い規定】

24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
当日の現地でのキャンセルの場合	1 提供当たりの料金の 100 %を請求します。

ただし、利用者の病変、急な入院などのやむを得ない事情によるキャンセルについては、事業者はキャンセル料を請求できません。

(5) 利用料等の計算期間と支払い

利用者は、利用月ごとの上記利用料金等の所定の利用料等を、事業者が利用月の翌月5日までに利用者に届ける請求書（利用明細付属）により、下記の方法により翌月15日までに支払うものとします。なお、事業所は利用者から現金での支払いを受けたときは、利用者あての領収書を発行します。

【利用料金等の支払い方法】

ア 事業者指定口座への振込みの場合郵便局の専用振込用紙を同封致しますので、現金による支払いお振込み下さい。  
(振り込み手数料は不要です。)

イ 現金支払いの場合（領収書を発行いたします。）

(6) 利用料金の目安

あなたの1ヶ月のサービス利用に係る自己負担額	円
------------------------	---

以上の契約を証するため本書2通を作成し、利用者、事業者が記名押印の上1通づつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

事業者 特定非営利活動法人 栄友社

事業者名 えーゆーハート

契約者氏名 \_\_\_\_\_ 印 住 所 大阪府堺市南区槇塚台2丁5-1

代表者名 松岡 滋 印

契約者 住所 \_\_\_\_\_

法定代理人・保護者として上記の利用者の契約を締結することを同意します。

同意者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

この契約に定める通所介護サービスを担当する事業所に関する記載（**指定事業者番号 2776401412**）

## 10 苦情解決について

○提供した**指定地域密着型通所介護**に関する利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置するものとする。

苦情解決の措置概要	窓口	特定非営利活動法人 栄友社		第三者評価の実施状況していない
	事業責任者	金谷 由美子	電話	
				072-291-0294

○サービス提供に関する相談、苦情について

【事業者の窓口】 契約書表紙に記載	所在地 受付時間 午前10時～午後5時（日・祝休業）
【市町村の窓口】 契約書表紙に記載	所在地 受付時間 午前9時～午後5時（土・日休業）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保健団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3-8 電話番号 06-6949-5418 FAX 06-6949-5418 受付時間 午前9時～午後5時（土・日休業）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保障の概要	人格権侵害・受託財物損害賠償・初期対応費用など

## 確 認 書

重要事項説明書について、当事業者は、利用者に対する通所介護サービスの提供開始にあたり利用者、利用者の家族に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。確認を証するため本書を作成し利用者、事業者がサイン又は押印の上、事業者が保有するものとします。当事業者は、利用者に対する居宅介護支援サービスの提供開始にあたり、利用者、利用者の家族に対して本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者 特定非営利活動法人 栄友社

事業者名 えーゆーハート（**指定事業者番号 2776401412**）

住 所 〒590-0116 大阪府堺市南区若松台 2 丁 1 番 4-107 号

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて 特定非営利活動法人 栄友社 から上記事項の説明を受けました。

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者の家族等

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印