

介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号訪問事業重要事項説明書

株式会社 仁濟



**介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号訪問事業重要事項説明書（兼契約書別紙）**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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。

（1～7と9～12は重要事項の項目、8は重要事項かつ契約書別紙の項目です。）

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	株式会社 仁済
主たる事務所の所在地	〒140-0014 東京都品川区大井1-49-12
代表者（職名・氏名）	代表取締役 依田 学
設 立 年 月 日	昭和14年4月6日
電 話 番 号	03-5743-2868

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	株式会社 仁済 ヘルパーステーション大田	
サービスの種類	第1号訪問事業（生活力アップサポート）	
事業所の所在地	〒146-0091 東京都大田区鵜の木2-23-2	
電 話 番 号	03-6715-0398	
指定年月日・事業所番号	平成12年4月1日指定	1371100205
管 理 者 の 氏 名	坪井 貴昭	
通常の実業の実施地域	大田区	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（生活力アップサポート）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、自立した日常生活を営むことができるよう利用者と共に行う生活援助を目的とした事業です。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日、祝祭日 ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	9：00～18：00（月曜日～土曜日・祝祭日） 上記以外の曜日、時間帯、緊急の場合は御相談下さい。 時間帯により料金が異なります。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 8人、 非常勤 7人
1～2級、修了者	常勤 0人、 非常勤 4人
実務者研修修了者	常勤 2人、 非常勤 0人
介護職員初任者研修修了者	常勤 0人、 非常勤 0人

#### 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	
--------------	--

#### 8. 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応じた基本利用料の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号訪問事業（生活力アップサポート）の利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

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)	利用者負担 (3割)
・事業対象者 ・要支援1 ・要支援2	3,602円（1回につき）	361円	721円	1,081円

【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	加算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,280円	228円	456円	684円

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日午後5時まで	不要
利用予定日の前日午後5時以降	2,000円

(3) 支払い方法

上記(1)及び(2)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、翌月末日までに郵送いたします。

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27日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（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。 三井住友銀行 大森支店 普通口座 1109693

## 9. 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	

## 10. 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、担当の地域包括支援センター及び大田区等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 苦情相談窓口

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

事業所相談窓口	電話番号 03-6715-0398 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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	大田区介護保険課	電話番号 03-5744-1655
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

### 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
  - ① 医療行為及び医療補助行為
  - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
  - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

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 東京都大田区鶴の木2丁目23番2号  
事業者（法人）名 株式会社 仁済  
代表者職・氏名 代表取締役 依田 学  
説明者職・氏名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

署名代行者（又は法定代理人）

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
(本人との続柄 \_\_\_\_\_ )

