

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8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	有限会社 Life
主たる事務所の所在地	名古屋市北区苗田町 35 番地の 2
法人種別	有限会社
代表者名	取締役 生田 弘樹
電話番号	052-909-7688

事業所名称 (指定番号)	居宅介護サービスの種類
訪問介護 天使の輪 (名古屋 2370303048 号)	訪問介護、予防専門型訪問サービス
訪問介護 天使の輪 (名古屋 23A0300609 号)	生活支援型訪問サービス (一体型)

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	訪問介護 天使の輪
指定番号	名古屋 2370303048 号
所在地	名古屋市北区丸新町 393 番地
電話番号	052-934-7061
通常の事業の実施地域	名古屋市北区、西区、東区、千種区、守山区 北名古屋市、豊山町、春日井市

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	訪問介護、予防専門型訪問サービス、 生活支援型訪問サービス (一体型)
運営の方針	一人一人を大切にする きめ細やかなサービスをお届けします。

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	従業員数	勤務の態勢
介護福祉士	9 名	常勤 1 名（管理者兼務）、非常勤 8 名
実務者研修課程（旧ヘルパー1 級課程）を修了した者	5 名	非常勤 5 名
初任者研修課程（旧ヘルパー2 級課程）を修了した者	10 名	非常勤 10 名
看護師	5 名	看護師 2 名（常勤 1 名、非常勤 1 名） 準看護師 3 名（非常勤 3 名）

5 営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前 9 時～午後 6 時

ただし、祝日、8 月 13 日～15 日、12 月 30 日～1 月 3 日を除きます。

6 サービスの概要

訪問介護サービスの種類	内容・標準的な手順	保険給付適用のあるものに○印	単位数
身体介護 1	ご家庭に訪問し、排泄や衣類の着脱、起床、就寝などの介助を行います。	○	244
身体介護 2	ご家庭に訪問し、排泄や入浴、食事などの介助を行います。	○	387
生活援助 3	調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。	○	220
初回加算	初回サービス訪問時、サービス提供責任者が同行した場合	○	200

7 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。

通常の事業の実施地域を越える地点から片道 5 キロメートル未満は 55 円、通常の事業の実施地域を越える地点から片道 5 キロメートル以上の場合は 55 円に、2 キロメートル増すごとに 55 円ずつ加算した額とします。

8 キャンセル料

当日	利用者負担相当額
前日	15 時まで無料 15 時以後利用者負担相当額

ただし、利用者の体調不良等やむを得ない場合、キャンセル料は頂きません。

9 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	担当者：生田 順子 [職名] 管理者 受付時間 月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 6 時 電 話：052-934-7061 F A X：052-934-7062 (終日) < 苦情解決責任者 [職名] 法人代表 生田 弘樹 >
名古屋市・市役所 介護保険課	所在地 名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護保険課 電 話：052-972-3087
愛知県国民健康保険団体連合会	愛知県国民健康保険団体連合会 電 話：052-971-4165
社会福祉法人 名古屋 市社会福祉協議会 北区福祉サービス苦情 相談センター	住 所 名古屋市北区清水四丁目 17 番 1 号 名古屋市総合社会福祉会館 5 階 電 話：052-910-7976 (くじょうなくなる)

10 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います 緊急連絡先に連絡いたします。		
協力医療機関 1	所属医療機関の名称	正翔会クリニック 小牧
	所在地	小牧市高根 2 丁目 316 番地 3
	電話番号	0568-48-8126
協力医療機関 2	医療機関の名称	医療法人社団青楓会 北名古屋クリニック
	所在地	北名古屋市西之保青野東 53-1
	電話番号	0568-54-6180

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、☐ 甲 1 に対
☐ 甲 2
して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 名古屋市北区丸新町 393 番地
名 称 訪問介護 天使の輪 印
説明者 管理者
氏名 生田 順子 印

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。
私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲 1) 利用者 住所

氏名 印

(甲 2) 利用者の家族 住所

氏名 印