

## 重要事項説明書

< 令和7年9月1日 現在 >

### 1. 事業者(法人)の概要

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 事業者(法人)の名称 | 株式会社La Vita                 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒180-0002 東京都武蔵野市吉祥寺東町1-8-9 |
| 代表者(職名・氏名) | 代表取締役 増子 隆之                 |
| 設立年月日      | 平成19年10月18日                 |
| 電話番号       | 0422-22-5590                |

### 2. 事業所の概要

|             |                                |   |              |
|-------------|--------------------------------|---|--------------|
| 事業所名        | ラ ヴィータ東久留米                     |   |              |
| サービスの種類     | 訪問介護                           |   |              |
| 事業所の所在地     | 〒203-0013 東京都東久留米市新川町1-10-5 1F |   |              |
| 電話番号        | 042-470-8501                   |   |              |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和1年6月1日                       | 第 | (1374802146) |
| サービスを提供する地域 | 東久留米市                          |   |              |

#### 同事業所の職員体制

|                 | 資格              | 常勤 |   | 非常勤 |   | 計    |
|-----------------|-----------------|----|---|-----|---|------|
| 管理者(兼サービス提供責任者) | 介護福祉士           | 1  | 名 | 0   | 名 | 1 名  |
| サービス提供責任者       | 介護福祉士           | 2  | 名 | 0   | 名 | 2 名  |
| 0               | 0               | 0  | 名 | 0   | 名 | 0 名  |
| 訪問介護員           | 介護福祉士           | 0  | 名 | 5   | 名 | 5 名  |
|                 | 介護職員実務者講習       | 0  | 名 | 0   | 名 | 0 名  |
|                 | 介護職員基礎研修        | 0  | 名 | 0   | 名 | 0 名  |
|                 | ヘルパー1級          | 0  | 名 | 0   | 名 | 0 名  |
|                 | ヘルパー2級          | 0  | 名 | 2   | 名 | 2 名  |
|                 | 介護職員初任者研修       | 0  | 名 | 3   | 名 | 3 名  |
|                 | (地域生活支援事業資格保有者) | 0  | 名 | 0   | 名 | 0 名  |
| 合計人員数           |                 | 3  | 名 | 10  | 名 | 13 名 |

#### サービスの提供時間帯

|      | 通常時間帯      | 早朝        | 夜間          | 深夜         |
|------|------------|-----------|-------------|------------|
|      | 8:00~18:00 | 6:00~8:00 | 18:00~22:00 | 22:00~6:00 |
| 平日   | ○          | ○         | ○           | ×          |
| 日・祭日 | ○          | ○         | ○           | ×          |

時間帯により料金が異なります。(早朝・夜間の料金は25%増しとなります。)

土日・祭日・年末年始(12/31~1/3)は休業

### 3. 訪問型サービス内容

介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス計画書を参照ください。

### 4. 介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスの特徴等

#### (1)運営方針

日常生活上の基本動作がほぼ自立している状態を踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス計画に位置づけられる目標に向け状態の維持・改善・悪化予防のための生活全般にわたる自立支援を行う。

#### (2)事業の実地に当たっては、市その他の関係区市、地域の保険、医療、福祉サービスまたは地域包括支援センターとの綿密な連帯を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

#### (3)サービス利用のために

| 事 項           | 有・無 | 備 考                   |
|---------------|-----|-----------------------|
| ホームヘルパーの変更の可否 | ○   | 変更を希望される方はお申し出ください    |
| サービスマニュアルの作成  | ○   | 定期的な見直しをしています         |
| 従業者への会議の実施    | ○   | 月に1回技術向上・留意事項伝達の会議を実施 |
| 従業員への研修の実施    | ○   | 採用時、同行訪問研修、定期研修会の実施   |
| 社員への健康診断の実施   | ○   | 定期的に健康診断の受診を実施しています   |

## 5. 利用料金

### (1) サービス利用料

- ①介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスを利用した場合、サービスご利用料金の自己負担割合は原則として1割～3割の負担となります。（※詳細はお手元の自己負担割合証をご確認ください）
- ②負担割合を確認するため、市区町村が交付する負担割合証をご提示下さい。
- ③利用料金は、1ヵ月を最小の単位とした、月あたりとなります。

【 A2 訪問型サービス 】 （下記の料金は自己負担割合を 1 割で計算しています。）

| 名 称         |                 | 利用内容                                                                                                |              |                 |
|-------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| A2 訪問型サービス  |                 | 訪問型独自サービス11                                                                                         | 訪問型独自サービス12  | 訪問型独自サービス13     |
| 利用料金(利用者負担) |                 | 1,299 円／月あたり                                                                                        | 2,595 円／月あたり | 4,118 円／月あたり    |
| 利用単位        |                 | 1,176 単位／月                                                                                          | 2,349 単位／月   | 3,727 単位／月      |
| サービス加算項目    | 初回加算            | 初回に実施した訪問介護と初月内に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合は、初回加算を算定します。                     |              | 200 単位／初月       |
|             | 生活機能向上加算        | 利用者の自宅を訪問する際にサービス提供責任者と訪問リハビリテーションまたは通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が同行し、共同して行ったアセスメント結果に基づき計画を作成した場合 |              | 100 単位／月あたり     |
|             | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ(Ⅱ) | 1月あたりの総単位数に加算率を乗じた単位数を算定することとし、当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象から除外される。                                         |              | 28.7%相当 単位／月あたり |
|             |                 |                                                                                                     |              |                 |
|             |                 |                                                                                                     |              |                 |

【 — 】 （下記の料金は自己負担割合を 1 割で計算しています。）

| 名 称         |  | 利用内容 |   |   |
|-------------|--|------|---|---|
| —           |  | —    | — | — |
| 利用料金(利用者負担) |  | —    | — | — |
| 利用単位        |  | —    | — | — |
| サービス加算項目    |  |      |   |   |
|             |  |      |   |   |
|             |  |      |   |   |

- ・介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスの提供時間は、当該サービス支援計画書(ケアプラン)に定められた目安の時間を基準とします。
- ・要介護認定の更新や区分変更申請を行い、要介護と認定された場合には要介護の契約をさせていただきます。その時は要介護としての初回訪問介護の算定の対象となります。
- ・上記利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。ケアプランにおいて位置づけられた支給区分によって決定となります。
- ・お客様の体調不良や状態の改善等により、ケアプランに定めた期日より利用が少なかった場合、又は、ケアプランに定めた期日より多かった場合であっても日割りでの割引または増額はしません。
- ・月ごとの定額制となっている為、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても以下に該当する場合を除き、原則として日割計算は行いません。
1. 月途中で要支援又は事業認定から要介護に変更となった場合
  2. 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ・月途中で要支援度が変更となった場合は、日割計算によりそれぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

### (2) 交通費

前記 2- (1) のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方はサービス従業者が訪問する為の交通費の実費が必要です。

### (3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先電話番号 042-470-8501 )

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| ご利用日の前日17:00までにご連絡いただいた場合 | 無 料              |
| ご利用日の前日17:00以降にキャンセルされた場合 | 一律 1,000円(税別)/1回 |

### (4) その他

- ①お客様の住まいでサービスを提供する為に使用する水道・ガス・電気等の費用はお客様のご負担になります。
- ②料金のお支払い方法
- 毎月、15日までに前月分の請求書を郵送致します。
- 毎月、月末締めにて翌月20日まで事業者銀行口座宛お振込み、または翌月27日にご指定の口座より利用料金を引落させて頂きます。
- 領収書は翌月請求書と併せて郵送させて頂きます。
- ③管轄市区へ介護予防・日常生活支援総合事業の認定申請をしてから結果が出る前に暫定サービスを利用された場合や、認定の結果により要介護となった場合、また非該当となった場合は、それまでに利用したサービスが全額自己負担となる場合があります。
- (要介護となった場合は本契約締結日からの要介護の再契約となります。)

## 6. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス計画に基づき契約を結び、サービスの提供を開始いたします。

## (2)サービスの終了

### ①お客様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1週間前までに文書でお申し出下さい。

### ②当社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ございます。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

### ③自動終了

以下の場合には双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

・お客様が介護保険施設に入所した場合

・介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスを受けていたお客様の認定が非該当(自立)と認定された場合 (この場合、条件を変更して再度契約することができます)。

・お客様がお亡くなりになった場合

・特段の理由がなく、3ヵ月継続してサービスのご利用がない場合

### ④ その他

次の場合お客様は文書で解約を通知する事により即座にサービスを終了する事ができます。

・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合

・お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

・当社が破産した場合

また、お客様がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、又は、お客様やご家族などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知する事により即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

## 7. 当社の介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスの特徴等

### (1)日常生活上の基本動作がほぼ自立している状態を踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス

計画に位置づけられる目標に向け状態の維持・改善・悪化予防のための生活全般にわたる自立支援を行う。

### (2)事業の実地に当たっては、市その他の関係区市、地域の保険、医療、福祉サービスまたは地域包括支援セン

ターとの綿密な連帯を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

### (3)サービス提供をする上で留意している事項について

| 事 項           | 有 無 | 備 考                   |
|---------------|-----|-----------------------|
| ホームヘルパーの変更の可否 | ○   | 変更を希望される方はお申し出ください    |
| サービスマニュアルの作成  | ○   | 定期的な見直しをしています         |
| 従業者への会議の実施    | ○   | 月に1回技術向上・留意事項伝達の会議を実施 |
| 従業員への研修の実施    | ○   | 採用時、同行訪問研修、定期研修会の実施   |
| 社員への健康診断の実施   | ○   | 定期的に健康診断の受診を実施しています   |

## 8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等へ連絡をいたします。

|           |                    |              |
|-----------|--------------------|--------------|
| 主治医       | 氏 名                |              |
|           | 連 絡 先              |              |
| ご家族(主介護者) | 氏 名                | (続柄: )       |
|           | 連 絡 先              |              |
| 事業所       | ラ ヴィータ東久留米 (24H転送) | 042-470-8501 |

・上記主治医又はご家族と緊急時に連絡が取れない場合は、救急車を手配する場合があります。

・状況に応じて当社判断にて必要な手配をさせていただく場合もあります。

・対処内容等については記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

## 9. サービス内容に関する苦情

|                          |                                                                                                      |                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 当事業所                     | 相談苦情担当窓口 田中 美智子 電話:042-470-8501 / FAX:042-470-8502<br>(受付時間 月曜～金曜 9:00～17:30但し、祝日および12/31日から1/3日は除く) |                  |
| 当事業所以外<br>(平日9:00-17:00) | 東部地域包括支援センター本部                                                                                       | 電話 042-428-7788  |
|                          | 東久留米市 福祉保健部 介護福祉課 介護サービス係                                                                            | 電 話 042-470-7055 |
|                          | 東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口                                                                                | 電 話 03-6238-0177 |

10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|             |    |
|-------------|----|
| 実施の有無       | 無し |
| 実施した直近の年月日  | 無し |
| 実施した評価機関の名称 | 無し |
| 評価結果の開示状況   | 無し |

定款の目的に定めた事業

1. 居宅サービス事業（訪問介護）
2. 前記に付帯する一切の業務
- |       |              |      |
|-------|--------------|------|
| 営業所数等 | ・訪問介護事業所     | 6事業所 |
|       | ・指定居宅介護支援事業所 | 6事業所 |

この契約書を証するため本書を2通作成し、利用者と事業所が署名捺印の上、各1通ずつを保有します。

介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

|       |            |                                                                |   |
|-------|------------|----------------------------------------------------------------|---|
| (事業者) | 所在地<br>名 称 | 東京都東久留米市新川町1-10-5 1F<br>株式会社 La Vita<br>ラヴィータ東久留米 (1374802146) | 印 |
|       | 説明者        | サービス提供責任者<br>氏 名                                               |   |

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスについての重要事項の説明を受けました。

年 月 日

(利用者)

|     |     |
|-----|-----|
| 住 所 | 東京都 |
| 氏 名 |     |

印

(代理人)

住 所

氏 名

印 (続柄)