

重要事項説明書

(令和7年6月1日現在)

1. 事業者の概要

| | | | | |
|-------------------|---|-------|------|------|
| 事業者（法人）名 | 株式会社メディカル・アート | | 法人種別 | 営利法人 |
| 代 表 者 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 山添 明 |
| 所 在 地 電 話 番 号 | 住所 〒177-0041 東京都練馬区石神井町 5-3-22 TEL 03-5372-5783 | | | |
| 事 業 内 容 | 建築事業、模型店事業、介護・看護事業、一般乗用旅客自動車運送事業 | | | |
| 法人の沿革・特色 | 1995年8月に有限会社として設立、2005年5月に株式会社に登記変更 | | | |
| 法人が所有する 事業所の種類 | 訪問介護事業所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所、夜間対応型訪問介護事業所、建築事業所、模型店、定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所、訪問看護事業所、介護タクシー事業所 | | | |

2. 事業所の概要

| | | | |
|------------------|--|-------|------------|
| 事業所の名称 | 24時間めぐみの会 | | |
| 所 在 地 電 話 番 号 | 住所 東京都練馬区石神井町 5-3-12 TEL 03-6913-1593 | | |
| 事業所番号 | 1392000376 | 指定取得日 | 平成22年11月1日 |
| 管 理 者 名 | 山添 友香梨 | | |
| 事業の目的 | 利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を、24時間安心して送ることができるよう、夜間帯に定期訪問、随時訪問にて訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問する事を目的とする。 | | |
| 運営の方針 | ご利用者が可能な限り、居宅において自立した生活を営むことができるよう、ご利用者やご家族の身体的、精神的負担の軽減に努める。 | | |

3. 事業所の職員体制

| 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 等 |
|--------|-----|-----|-------------------------|
| 管 理 者 | 1 | | 介護福祉士 |
| オペレーター | 8 | 2 | 介護福祉士、看護師 |
| 介護職員 | 17 | 16 | 介護福祉士、ヘルパー1級、2級、基礎研修修了者 |
| 面接相談員 | 2 | | 介護福祉士 |

4. 事業の実施地域

| | |
|---------|-------|
| 実 施 地 域 | 練馬区全域 |
|---------|-------|

5. 営業日時

| | |
|---------|--|
| 電話受付時間帯 | 月～金 9:00～18:00 ただし、国民の休日及び12/30～1/3を除く |
|---------|--|

6. サービス提供の時間帯

18:00～翌8:00 365日

7. サービスの内容 以下のサービスを提供します。

内容

① オペレーションセンターサービス

あらかじめご契約者の心身状況、その置かれている環境などを把握した上で、ご契約者からの通報を受け、通報内容などを基に訪問介護員などの訪問の要否を確認いたします。また、利用者の心身状況などを把握するために概ね3ヶ月に1回利用者宅に訪問する面接相談サービスも含まれます。

② 随時訪問サービス

ご契約者からのケアコール端末を通しての随時要請に対して訪問介護員が利用者の居宅を訪問し対応するサービスです。

③ 定期巡回サービス

定期的に訪問介護員がご契約者の居宅を訪問するサービス。提供回数については特に定めはなく、ご利用者との間で取り決めます。

8. 利用料金

介護サービスを利用する場合は、介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合に応じてサービス費用のうち1割から3割までのいずれかが利用者の負担となります。負担割合証をご確認下さい。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担とさせていただきます。

| サービス名 | 基本単位数 | 料金 (1割負担) | 料金 (2割負担) | 料金 (3割負担) |
|----------------------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| 基本夜間対応型訪問介護 (オペレーションセンターサービス) | 989単位 (1月につき) | 1,128円 | 2,255円 | 3,383円 |
| 24時間通報対応加算 | 610単位 (1月につき) | 696円 | 1,391円 | 2,087円 |
| 随時訪問サービス (1人訪問の場合) | 567単位 (1回につき) | 647円 | 1,293円 | 1,939円 |
| 随時訪問サービス (2人訪問の場合) | 764単位 (1回につき) | 871円 | 1,742円 | 2,613円 |
| 定期巡回サービス | 372単位 (1回につき) | 424円 | 848円 | 1,272円 |

※訪問サービス1回につき、サービス提供体制加算Ⅰを算定します。(22単位)

※介護職員処遇改善加算Ⅰ(24.5%)が別途加算されます。

※サービス利用料金の支払いを3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日以内に支払われない場合はサービスを終了させて頂く場合がございます。

9. 利用料金その他の費用のお支払い方法

自己負担は、利用料金の1割～3割です（介護保険の給付の限度額を超えた部分は全額自己負担）。利用料、その他の費用は利用月ごとに計算し、請求書を毎月20日頃に郵送します。利用月の翌月にご指定口座からのお引き落としとなります（契約時に記入・押印していただく日本システム収納株式会社（NSS）を利用）。領収書は翌月の請求書発送時に同封致します。

※保険適用外部分について料金を改定する際には1か月以上前に利用者に文書で連絡します。

10. キャンセル料金

| | |
|-----------------------------|------------------|
| ① ご利用日の前日 17 時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ② ご利用日の前日 17 時までにご連絡がなかった場合 | 2,200 円(10%消費税込) |

11. サービス提供の流れ

| | |
|----------|---|
| 受 付 | 利用者、介護支援専門員、地域包括支援センター、病院からの電話や来所による受け付けをします |
| 契約・承諾 | 管理者による訪問日時の調整を行います 制度利用について説明（介護保険制度）し契約を行います |
| 訪問時の挨拶 | 利用者在宅の確認、他のサービスの把握、福祉サービスの把握 |
| アセスメント | 本人・家族の状態把握、心身の機能状態の評価、介護の不安、特別事項の確認 利用者の希望する訪問曜日・時間の確認 |
| 計画書作成と承諾 | ① 居宅サービス計画書の確認を行います ② 夜間対応型訪問介護計画書の作成とその承諾を行います |
| 連携調整 | 主たる介護者との連携調整を行います 利用者を担当する居宅介護支援事業者・そのほかのサービス事業者との連携調整を行います |
| 介護の開始 | 利用者宅に担当ヘルパーが訪問し、夜間対応型訪問介護計画書を説明します 利用者の状態が変更された場合は、速やかにケアマネージャーに報告します 管理者は適宜訪問し、提供している内容、本人の心身の状態、家族の状況等の確認をします |
| 計画の変更 | 介護の内容変更が必要と判断した時は、担当する介護支援専門員に連絡し介護内容変更の依頼申請をします |
| 終了 | 居宅サービス計画、夜間対応型訪問介護計画の達成により終了の手続きをとります または、利用者・ご家族の希望により訪問介護の契約を解約することによる終了もあります |

12. 緊急時・事故発生時の対応方法

指定夜間対応型訪問介護の提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医等に連絡する等の必要な措置を講じるとともに、管理者へ報告する。また、主治医への連絡が困難な場合には、緊急搬送等の必要な措置を講じる。

- 利用者に対する指定夜間対応型訪問介護の提供により事故が発生した場合は、練馬区、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
- 利用者に対する指定夜間対応型訪問介護の提供により事故が発生した場合は、その事故の状況及び事故に際して行った処置について記録する。
- 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発防止の対策を講じる。
- 利用者に対する指定夜間対応型訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

| | | |
|-------|-----|--|
| 主治医 | 病院名 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

※救急車同乗はしません。

13. サービスの特徴など

| 事項 | 有無 | 備考 |
|---------------|----|-----------------|
| 男性ヘルパーの有無 | 有 | 性別、職員の指名は出来ません |
| 従業員への研修の実施 | 有 | 2ヶ月に1回全体研修があります |
| サービスマニュアルの作成 | 有 | あり |
| ホームヘルパーの変更の可否 | 無 | 変更は出来ません |

14. 虐待の防止について

- ① 事業所は人権の擁護・虐待等の防止のため、次の措置を講じます。
- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - (3) その他、従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整え、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境づくりに努めるほか、自ら必要な措置を講じるものとします。
- ② 事業所はサービス提供中に、当該事業所従業者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを区市町村に通報します。

15. 情報開示

事業所の概要・サービス内容等について、定期的に事業自己評価を行います。

16. サービス内容及び個人情報取り扱い等に関する苦情・相談、キャンセル連絡について

下記の窓口にご連絡ください。

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| 【事業者の窓口】 24時間めぐみの会 | 〒177-0041 東京都練馬区石神井町5-3-12 受付時間：9：00～18：00(月～金) 担当：山添 友香梨 | TEL 03-6913-1593 |
| 【行政の窓口】 練馬区役所 | 〒176-8501 東京都練馬区豊玉北6-12-1 受付時間：8：30～17：15 担当：介護保険課 | TEL 03-3993-1111(代表) |
| 地域包括支援センター 練馬区保健福祉サービス 苦情調整委員事務局 | 東京都練馬区 東京都練馬区豊玉北6-12-1 西庁舎3階 | TEL 03- TEL 03-3993-1344 |
| 国保連合会介護相談窓口 | 東京都千代田区飯田橋3-5-1 | TEL 03-6238-0177(代表) |
| 東京都社会福祉協議会 | 東京都新宿区神楽河岸1-1 | TEL 03-3268-7171 |

17. 合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法

- ① 指定夜間対応型訪問介護事業の提供の開始に際しては、随時訪問サービス等の緊急時の対応に支障がないよう、利用者又はその家族の了承のもと、利用者の居宅の合鍵を作って頂きます。
- ② 事業所より、合鍵を保管するキーボックスを貸し出し、利用者又はその家族に確認し所定の場所に取り付けます。事業所が管理する場合は、利用者又はその家族に対し事前に文書で説明した上で、その内容に同意する旨の文書に署名を受けます。
- ③ 事業所が合鍵を管理する場合は、責任者を定めて、使用時以外は施錠された保管庫に保管し、管理簿を設けて記録します。
- ④ 事業所が合鍵を紛失した場合は、速やかに利用者への連絡を行うとともに、所管の警察署への届出等必要な措置を行います。また、合鍵を紛失したことにより利用者が居宅の鍵の変更を希望する場合は、事業所がその費用を負担します。

18. 第三者評価

第三者評価実施の有無 [有 ・ 無]

| 実施した年月日 | 実施した評価機関の名称 | 評価結果の開示 |
|---------|-------------|---------|
| | | |

19. その他

- ① 交通事情、他の利用者の緊急対応によりサービス時間が前後することがございますがご了承ください。
- ② サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。
- ③ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などのお心遣いはご遠慮下さい。
- ④ ケアコール端末機の故障・紛失・水没等については、利用者の故意又は過失に起因するものに関しては利用者負担となります、それ以外の故障や電池交換については、事業者の負担となります。
(税別価格、本体 52,000 円 ペンダント 7,000 円)
- ⑤ 非通知設定の場合は緊急コールをお受けできません。非通知設定を解除して下さい。
- ⑥ 大規模災害時は緊急コールが使用不可能になります。行政の指示に従って下さい。
- ⑦ 緊急コールが重複した場合は優先度の高い利用者から対応させていただきます。折り返しの電話をお待ち下さい。
- ⑧ 入院等により 2 か月以上ご利用のない場合は、再開時改めて相談の上、ご利用曜日等を決めさせていただきます。
- ⑨ 介護員の禁止行為
ご利用者様に対する介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為を行いません。
 - ・ 医療行為（褥瘡の処置、摘便等）
 - ・ 日常生活の範囲を超えたサービスの提供
 - ・ 同居家族等に対するサービス

指定夜間対応型訪問介護サービスの提供の開始に際し、重要事項を記した文書を交付し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日 説明者

| | | |
|-------|----------|--------------------------------|
| 【事業者】 | 所在地 | 〒177-0041 東京都練馬区石神井町 5-3-12 1F |
| | 事業所(法人)名 | 株式会社 メディカル・アート |
| | 代表者名 | 代表取締役 山添 明 |
| | 事業所名 | 24時間めぐみの会 |

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定夜間対応型訪問介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

| | | |
|-------|-----|--|
| 【利用者】 | 氏 名 | |
|-------|-----|--|

| | | |
|-------|-----|--------|
| 【代理人】 | 氏 名 | (続柄:) |
|-------|-----|--------|

個人情報の取得および利用に関する同意書（ご本人様）

私、およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的・範囲

【介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的】

- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運營業務（サービス利用に係る入退所等の管理、会計・経理、事故などの報告、当該利用者の介護サービスの向上）
- ・サービス担当者会議での情報提供、照会への回答
- ・家族等への心身状況の説明
- ・介護保険請求及び支払事務（審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からの照会への回答）
- ・損害賠償保険などに係る保険会社などへの相談または届出等
- ・緊急時の医療機関への情報提供

【上記以外の利用目的】

- ・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

2 条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

事業所名：24時間めぐみの会 殿

説明者：_____

利用者

住所：東京都練馬区_____

氏名：_____

代理人

住所：_____

氏名：_____

続柄（利用者との関係）_____

個人情報の取得および利用に関する同意書（ご家族様）

私、およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的・範囲

【介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的】

- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運營業務（サービス利用に係る入退所等の管理、会計・経理、事故などの報告、当該利用者の介護サービスの向上）
- ・サービス担当者会議での情報提供、照会への回答
- ・家族等への心身状況の説明
- ・介護保険請求及び支払事務（審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からの照会への回答）
- ・損害賠償保険などに係る保険会社などへの相談または届出等
- ・緊急時の医療機関への情報提供

【上記以外の利用目的】

- ・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

2 条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

事業所名：24時間めぐみの会 殿

説明者：_____

ご家族代表

住所：_____

氏名：_____

続柄（利用者との関係）_____

介護保険外サービス契約書

様（以下、「甲」といいます）と、【株式会社メディカル・アート】の営む【24時間めぐみの会】（以下、「乙」といいます）は、乙が甲に対して行う業務の委託（介護保険外サービス）について、次の通り契約を締結いたします。甲及び乙は、相互の信頼を基盤として誠実に本契約を履行するものとします。

第1条（契約の目的）

甲は、介護保険外サービス業務を乙に委託し、乙は、業務委託基本契約書（以下本契約）に基づき、これを受託し、誠意をもって甲に対し、介護保険外サービスの業務を提供します。甲は、乙に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間）

- この契約の契約期間は 令和 年 月 日 から1年間とする。
- 契約満了の2日前までに、甲から乙に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条（介護保険外サービスの内容）

| 種類 | 内容 |
|---------|--|
| 身体介護 | おむつ交換、水分補給、体位交換、移動介助、就寝介助、起床介助、トイレ介助など、その他身体介護 |
| 救急車同乗 | 基本的に救急車の同乗はしません |
| 端末他貸し出し | 介護保険サービスを受けられない利用者を対象に端末・ペンダント・KEYBOXを貸し出します |

※生活支援、医療・看護行為、抱きかかえによる入浴、マッサージ、運転代行など提供ができないサービスがございます。

第4条（サービス提供の記録）

乙は、サービスの実施ごとに、内容等を電子記録を含むサービス実施記録簿に記入します。

第5条（料金）

お支払いただく実費料金の単価は下記のとおりです。

| 時間帯 | 料金(10%消費税込) |
|----------------------|-------------|
| 1回の訪問につき 8時～18時 | 4,400円 |
| 1回の訪問につき 18時～翌8時 | 6,600円 |
| 端末・ペンダント KEYBOX 貸し出し | 22,000円 |

※上記金額は職員1名あたりの金額です。複数名の職員が必要な場合は人数分の料金になります。

※交通費、駐車料金等が発生する場合はその費用が別途必要です。

1. 乙は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月 20 日頃に甲に送付します。
2. 甲は、当月料金のお支払は、口座引落としにて支払いをするものとします。
3. 甲は、居宅において、サービス従業者がサービス実施のために使用する水道、ガス、電気、電話の費用を負担します。

第 6 条 (キャンセル規定)

甲のご都合によりサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|------------------------------|-------------------|
| ① ご利用日の前日の 17 時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ② ご利用日の前日の 17 時までにご連絡がなかった場合 | 2,200 円 (10%消費税込) |

※ ただし緊急の体調不良・入院などは、キャンセル料の対象外となりますので別途ご相談ください。

第 7 条 (契約の終了)

1. 甲は乙に対して、1 週間の予告期間において文書で通知をすることにより、この契約を解約することができます。ただし、甲の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が 1 週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
2. 乙は、やむを得ない事情がある場合、甲に対して、1 ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
3. 次の事由に該当した場合は、乙は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 乙が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 乙が守秘義務に反した場合
 - ③ 乙が利用者やその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
 - ④ 乙が破産した場合
4. 次の事由に該当した場合は、甲は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 甲のサービス利用料金の支払が 3 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 日以内に支払われない場合
 - ② 甲またはその家族が乙やサービス従業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 甲が施設等に入所した場合
 - ② 甲が死亡した場合

第 8 条 (秘密保持)

乙、及びサービス従業者は、サービス提供をする上で知り得た甲およ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。この守秘義務は契約終了後も同様です。

第9条（賠償責任）

乙は、サービスの提供にともなって、乙の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に著しく損害を及ぼした場合は、甲乙協議の上、当社が加入している、損害保険会社にて対応いたします。

第10条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、甲と乙は、乙の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることに予め合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

介護保険外サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき契約書の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日 説明者

| | | |
|-------|----------|--------------------------------|
| 【事業者】 | 所在地 | 〒177-0041 東京都練馬区石神井町 5-3-12 1F |
| | 事業所(法人)名 | 株式会社 メディカル・アート |
| | 代表者名 | 代表取締役 山添 明 |
| | 事業所名 | 24時間めぐみの会 |

私は、本書面に基づいて事業者から契約書の説明を受け、介護保険外サービスの提供開始に同意しました。

| | | |
|-------|-----|--|
| 【利用者】 | 氏 名 | |
|-------|-----|--|

| | | |
|-------|-----|--------|
| 【代理人】 | 氏 名 | (続柄:) |
|-------|-----|--------|

承 諾 書

(宛先) 株式会社メディカル・アート
24 時間めぐみの会

私は、緊急通報サービスの利用に際して、購入または貸与されている緊急通報機器は、N T Tアナログ回線での利用が前提となっており、N T Tアナログ電話回線以外の回線を使用した場合に、緊急通報の不達、不通達、通話不能、音声不良等の不具合、停電時等または回線メンテナンス時の通報の不発等により、通常のコサービスを提供できない場合がある旨の説明を受け、その内容を確認いたしました。

今後、私は緊急通報機器をN T Tアナログ回線に直接接続していない状態において発生した不具合に起因するいかなる苦情または損害賠償について、貴社に対し一切申し立てないことを承諾します。

また、回線を変更した場合、速やかに貴社に連絡します。

承諾日 令和 年 月 日

住所： 東京都練馬区

氏名： _____

代理人： _____

※緊急通報サービスの利用開始にあたっては、本承諾書と緊急通報機器のテスト通報を行い、問題なく通報が入ることを確認した上でサービス開始となります。

※緊急通報機器設置後に電話回線を変更される場合は必ずご連絡をお願いします。尚、変更するにあたり、機器や回線の条件によっては使用できなくなる可能性がございます。

<電話回線確認表>

緊急通報装置の使用回線は、「単独NTTアナログ回線」が基本です。

ご使用の回線にチェックして下さい。

単独NTTアナログ電話回線 → 緊急通報装置をご利用いただけます。

ISDN・INS

ビジネスホン

共同電話、ピンク電話

フュージョン・コミュニケーションズ

東京ガス（マイツーホー）※1

KDDI ホームプラス電話（VoLTE）

ADSL（YahooBB）

ソフトバンク おうちのでんわ

緊急通報装置をご利用いただけません。単独NTTアナログ回線にして下さい。

※マイツーホーでも PHS タイプは利用可能

・以下の回線は承諾書を頂くことで使用可能になります。（一部使用できない通報装置があります。）本電話回線確認表に必ず記載して、承諾書と共に弊社にご提出ください。

ADSL（YahooBB 以外）※2

（外付けスプリッタが無い場合は使用出来ません。）

ひかり電話（NTT、KDDI、Yahoo 等）

<会社名 >

ケーブルTVに付随した電話

（KDDI ケーブルプラス、J:COM フォンプラス、イツコム等）

<会社名 >

ソフトバンク（旧日本テレコム）おとくライン

ホームテレホン※3

（配線変更が可能な場合のみ）

警報機器（ALSOK 等）ですでに通報装置がある

<会社名 >

（警備会社の通報装置の下位側に設置できる場合のみ）

左記の場合でも、ごく稀に通報が入らない可能性がありますので、できる限り単独NTTアナログ電話回線にして下さい。

※2 ADSL で外付けスプリッタが無い場合はご利用いただけません。外付けスプリッタがある場合でもモデムのタイプにより使用出来ない場合があります。この場合は他の回線に変更していただく必要があります。

※3 ホームテレホンの場合は別途電話工事会社により配線変更が必要になる場合があります。

※緊急通報装置設置後に電話回線を変更される場合は必ず、ご連絡下さい。尚、上記は2017年8月時点での条件ですので通報装置メーカーや回線業者の条件によっては使用できなくなる可能性があります。

介護・看護を受けている療養者様へ

緊急時はオペレーターが電話による相談を受け、必要に応じて緊急訪問して対応します。連絡は次の方法で行ってください。

電話受付時間：

月～金 午前 9：00～午後 6：00

事業所電話：03-6913-1593

夜間・土・日・祝日・年末年始

事業所電話：03-6913-1593

参考

東京消防庁 救急相談センター 24時間年中無休

番号 #7119

救急車を呼んだほうがいいのかどうか迷ったら電話をしてください。

★留守番電話になっている場合は、お名前・メッセージを入れて下さい。
後ほどこちらからご連絡いたします。

★転送電話にて対応している場合がございます。

★交通事情や他の利用者様の緊急対応等で、訪問時間が遅れたり、早まったりする場合がございます。大幅な時間変更は事前にご連絡します。