

**訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）重要事項説明書**

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電 話 042-506-1812

担 当 _____

2. 事業者の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

| | |
|---------------------|---|
| 事業者名 | 株式会社フージャースウェルビーイング パートナーズ |
| 事業所名 | リルセーヌ国立 訪問介護事業所 |
| 所在地 | 東京都国分寺市西町一丁目24番6号 LoftK2階 |
| サービス名（介護保険指定番号） | 訪 問 介 護 （1373101896号） 日常生活支援総合事業第1号訪問事業 （1373101896号） |
| 併設するサービス名（介護保険指定番号） | なし |
| サービスを提供する地域※ | 国分寺市 国立市 立川市 |

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) ご利用事業所の従業員体制

①管理者 1名（常勤）

管理者は、当事業所の従業員及び業務の管理を一元的に行う。なお、運営に関する規定を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

②サービス提供責任者 1名以上（常勤）

サービス提供責任者は、指定訪問介護の利用に係る調整、訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行う。利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、訪問介護計画を作成する。

③訪問介護員等 名以上

訪問介護員等は、指定訪問介護の提供に当たる。

(3) サービスの提供時間帯

営 業 日 月曜日～金曜日

営 業 時 間 9時00分～18時00分

訪問可能時間 9時00分～18時00分

※時間帯により料金が異なります。

3. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合には、原則として下記単価表に、事業所が所在する地域の区分単価を掛けた金額の1割又は2割又は3割です。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なります。詳細については別紙料金表を参照ください。

※身体生活は、身体介護を行い、その後生活援助を行うもの

※別紙料金表をご参照ください。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方の負担はございません。それ以外の地域の方は通常事業の実施地域を越えてから、片道1kmあたり30円の実費を負担頂きます。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

| | |
|------------------------|---------------|
| ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご連絡がなかった場合 | 利用料自己負担分の100% |

(4) その他

- ①お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客様の負担になります。
- ②毎月20日前後に前月分の請求をいたしますので、毎月末日までにお支払ください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。
- ③お支払い方法は、口座振替・銀行振込の2通りの中からご契約の際に選べます。

4. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

- 「欲しかった暮らし」を支援します。

高齢者の方々が望む暮らしを、専門職として培った技術と知識を活かし、真心を持って支援します。

- 家族を支援します。

一緒に生活をされている方。離れて生活をされている方。その方々の希望に寄り添い支援します。

- 皆様の健康維持、向上のための活動を行います。

加齢は失うことばかりでなく、「何かを得ること」「発達・成長すること」と考え、そのための活動を行います。

(2) 運営方針

「やさしさとおもいやり、人と人との結びつき」をモットーとし、会社並びに従業員は、高齢者の心身の状況を踏まえ、利用者本位のサービスを提供し、可能な限り

在宅での生活を営むことができるよう援助を行います。

5. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

| | | |
|-----------|-------|--|
| 主治医 | 主治医氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 第1 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 第2 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

6. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故等が発生した場合は、上記の主治医、家族に連絡をするとともに、管理者へ連絡をいたします。

7. ハラスメントの防止

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

8. 虐待の防止等

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ①事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ②当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。
- ③虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ⑤ 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。氏名： _____

9. 感染症の予防とまん延防止

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。

- ① 従業者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑤ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

10. 事業所において業務継続に向けた取り組みについて

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11. サービス内容に関する苦情窓口

| | |
|---------------------------|---|
| 当社相談窓口 (担当事業所) | 東京都国分寺市西町1-24-6 LoftK 2階 電話：042-506-1812 (事業所) |
| 弊社窓口 (本社) | 東京都中央区日本橋室町四丁目3番16号 柳屋太洋ビル 電話：03-3243-8110 (代表) |
| 国分寺市福祉部 高齢福祉課 介護保険係 | 東京都国分寺市泉町2-2-18 電話：042-325-0111 |
| 東京都国民健康保険 団体連合会 | 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階 電話：03-6238-0011 |

12. 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|---------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

13. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社
- ・保険の内容 企業総合賠償責任保険

20 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面により重要な説明をしました。それを証するために本書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。

事業者

所在地 東京都中央区日本橋室町四丁目3番16号柳屋大洋ビル

法人名 株式会社フージャースウェルビーイングパートナーズ

代表者 代表取締役 大久保 将樹

説明者 リルセーナ国立訪問介護事業所

氏 名 _____

私は、本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受け、同意し、本書面の交付を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族の個人情報について、次に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- ① 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員や他のサービス事業者との連絡調整等において必要な場合
- ② 利用者が自らの意思によって介護保険施設等に入所されることに伴う情報の提供
- ③ 利用者が必要な医療を受けるための医療機関との情報の共有
- ④ 行政機関による指導・監督や事故発生時の報告などに伴う情報の提供

2 使用する事業者の範囲

サービス利用票（兼居宅サービス計画）に記載されたサービス事業者等

3 使用条件

- ① 個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れる事の無いよう細心の注意を払うこと
- ② 事業者は、私及びその家族の個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと

4 個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他のサービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報

*「個人情報」とは、利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

5 使用期間

契約で定める期間に準じる。

以上

20 年 月 日

リルセーヌ国立訪問介護事業所 様

(利用者) 住所

名前

電話

(ご家族代表者) 住所

名前

電話