

居宅介護・重度訪問介護・同行援護重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族、後見人)(以下、「利用者」といいます)がケアフレンド豊島(以下、「事業所」といいます)において利用しようと考えている居宅介護・重度訪問介護・同行援護(以下、「居宅介護等」といいます)サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 事業者の概要

事業者名	有限会社ケアフレンド
所在地	東京都板橋区若木3-9-7
連絡先	03-5917-0188
代表者役職・氏名	取締役 岸川 和文
事業内容	居宅介護支援(豊島区登録選択的介護協力事業所) 訪問介護/総合事業訪問型サービス(A2) 総合事業訪問型サービス(A4) 障害福祉(居宅/重度/同行/移動) 選択的介護(豊島区登録)/自費 福祉用具貸与/販売/住宅改修 地域密着型通所介護/総合事業通所型サービス(A6) としまりハビリ通所サービス(A8) 介護ショップ/認知症カフェ(豊島区登録) 訪問マッサージ 訪問看護ステーション

2 事業所の概要(通常の事業の実施地域)

事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ケアフレンド豊島 事業開始日:平成17年2月1日
所在地	東京都豊島区长崎2-4-9
連絡先	03-5917-0186
事業所番号	1311600553
サービス提供地域※	豊島区、板橋区、練馬区、中野区、新宿区、 文京区
管理者名	岩間 建吾

※上記以外の地域の方でもご希望の方はご相談ください

3 目的と運営方針

事業の目的	身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者、障がい児に対し、適正なサービス(居宅介護・重度訪問介護・同行援護)を提供することを目的とします。
運営の方針	利用者及びその家族が抱えている在宅生活での問題やニーズをいち早く把握し、社会性のある生活を送れるよう出来る限りの対応を実現し、利用者やその家族と一緒に住み良い環境

作りに努めます。

4 営業日時

営業時間：月～土 午前9時から午後6時まで(緊急時、24時間対応いたします)
(日曜・12月30日～1月3日は休業)

サービス提供時間：原則として 午前9時から午後6時まで

* 上記以外の時間帯も状況に応じて対応させていただきます。ご相談ください。

* ただし時間帯により料金が異なります。

主たる対象者

* 居宅介護: 特定なし

* 重度訪問介護: 特定なし

* 同行援護: 特定なし

5 職員体制

管理者	1名
サービス提供責任者	2名以上
訪問介護員	5名以上

6 サービス内容と提供方法

(1) 居宅介護

身体介護: 入浴、排泄及び食事の介護、通院介助

家事援助: 調理、洗濯及び掃除等の家事、通院介助

(2) 重度訪問介護

重度の肢体不自由者、または重度の知的障害、若しくは精神障害により行動上著しい困難を有し、常時介護を有する障害者に対する入浴、排泄及び食事等の介護、外出時における移動中の介護、並びに介護等に関する助言、その他の生活全般にわたる支援を行う。

(3) 同行援護

視覚障害により、移動に著しい困難を要する利用者に対し、移動時及びそれに伴う外出先において、必要な視覚的情報の提供や移動介護、排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる支援を行う。

(4) サービス提供の記録について

事業所は、サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後 **完結の日から5年間** 保管します。利用者は、事業所の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。利用者は、当該利用者に関するサービス記録の複写物の交付を受けることができます。

7 利用料金

別に定めた料金表のとおりです。

ただし、他の事業所からも居宅介護等サービス等の提供を受け、利用者負担額の合計が月額負担上限額を超過する場合は、利用者が指定した利用者負担上限管理者が算定し、その内

容について利用者が承認した利用者負担額をお支払頂きます。利用者が区市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合には、事業所が利用者に代わって区市町村から減額分の支払を受け、減額後の利用者負担額をお支払い頂きます。この場合にも、利用者が指定した利用者負担上限額管理者が利用者負担額の管理を行う場合は利用者負担上限額管理者が算定し、その内容について利用者が承認した利用者負担額をお支払い頂きます。なお、利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であつて、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金を頂きます。

※ 法定代理受領通知: 事業所が区から受領した**介護給付費**を代理受領した際には、利用者(障害児の場合はその保護者)に対し、当該利用者に係る介護給付費の額を通知します。

※ 利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これらの利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

8 その他の費用

(1) 交通費

前記で定めたサービス提供地域にお住まいの方は無料です。但し公共交通機関を使用する場合やサービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従事者がお訪ねするための交通費の実費をいただきます。(事業所～利用者宅の往復の交通費)

(2) キャンセル料他、諸費用

① サービスを中止する場合は、早急にご連絡ください。 連絡先 03-5917-0186

② 急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

・ご利用の前日までにご連絡いただいた場合 →無料

・ご利用の当日キャンセル及びご連絡いただかなかった場合

→1000円/回(消費税別途)

(ただし利用者の容態急変等、緊急の場合に限りキャンセル料は不要です)

③ その他

・サービスを提供するために使用する光熱費用は、利用者のご負担になります。

・利用者は、自身に関するサービス実施記録の複写物を1枚10円で受け取ることができます。

9 請求及び支払方法

料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月15日頃に当月分の料金を請求いたしますので、末日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。料金は、ご指定の金融機関の口座から翌月、郵便局22日、銀行及び信用金庫27日の引落としとなりますので、ご契約の際に郵便局自動引落、銀行自動引落し、現金集金のいずれかを選んでいただきます。

事業所は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

ただし口座引落しが実行されるまで、又は口座引落しが実行されなかった場合は、現金回収又はお振込みとなります。領収書は支払を確認した後2週間以内にお届けします。

10 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 居宅介護等について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業所のサービス利用を希望される方は電話等でご連絡ください。当事業所のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護等計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 居宅介護等の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業所に対し文書で通知を行った場合は、いつでも契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、通知がない場合でも契約を解除することができます。
- ② 当事業所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、利用者やご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、2週間以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為やハラスメント行為を行った場合は、事業所は文書で通知することにより、直ちに契約を終了します。
- ④ 事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。
- ⑤ 利用者が正当な理由なくサービスの中止をサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院、もしくは病気等により3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、一度サービス提供を終了させていただき、再開時にあらためて調整させていただきます。

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 居宅介護等の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)
- ③ 利用者がお亡くなりになった場合

11 秘密保持

- (1) 事業所及び従事者は、サービス提供上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密や情報を、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。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。
- (2) 事業所は障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律124号)に基づき関係機関に連絡できるものとし、その場合、事業所は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

12 個人情報の保護

別紙 個人情報使用同意書に定めたとおりです。

- ※ 会議や多職種連携におけるICTの活用をする場合があります。その際は、利用者等の同意を得た上で「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして実施します。

13 緊急時・事故発生時の対応方法(損害賠償の方法を含む)

- (1) 従業者はサービス提供中に利用者の容態に急変があった場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに管理者に報告します。主治医への連絡が困難な場合には医療機関への緊急搬送等の必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに担当の区市町村や当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- (3) 利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

14 非常災害対策ならびに感染症対策

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、サービス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業務継続計画(BCP)を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

・業務継続計画

- ①業務継続計画の策定します。
- ②業務継続計画の定期的な計画の見直しします。
- ③従業者への業務継続計画の周知します。
- ④研修・訓練(シミュレーション)の実施(年1回以上)します。

・感染症の予防及びまん延の防止

- ①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の設置します。
- ②委員会の定期的開催(年2回以上)します。
- ③従業者への委員会結果の周知します。
- ④感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備します。

⑤研修・訓練(シミュレーション)の実施します。

⑥感染対策措置を適切に実施するための専任担当者の設置・従業員の役割分担します。

・災害対策

①緊急災害時は、速やかに対応し、体制の構築に努めます。

②防災訓練(シミュレーション)の実施、及び委員会の開催します。 各年1回以上の実施

③防火責任者 管理者

15. 虐待防止および身体拘束の適正化に関する項目

事業所は、虐待の発生又は再発を防止するため、以下の措置を講じます。

① 事業所は虐待防止委員会・身体拘束適正化委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に十分に周知します。

②事業所における虐待の防止のための指針を整備します。

③従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的(年1回以上)に開催します。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

⑤ チェックシートを活用し、適切な支援の実施に努めます。

⑥虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発防止策を講じるとともに区へ報告します。

⑦身体拘束はやむを得ない場合を除き行いません。行う場合は必要事項を記録します。

16 ハラスメント対策

利用者や家族等による介護職員への身体的暴力や精神的暴力、セクシュアルハラスメントなどの防止のために、マニュアルに沿って速やかに対応します。職場環境においても同様に講じます。

(1) 研修等を通じて、従事者の人権意識や知識の向上を行い、ハラスメントを未然に防止できるよう努めます。

(2) 事業所はハラスメントについて、組織的、総合的に対策を実施します。

ハラスメントが発生した場合は、要因分析し適切な初期対応を行います。

(3) ハラスメント委員会を年2回以上開催します。また、研修を年1回以上実施します。

17 身分証携行義務

従事者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

18 苦情対応、苦情相談の窓口

事業所は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

苦情・相談の連絡先

	◎当事業所ご利用相談・苦情窓口	◎当事業者ご利用相談・苦情窓口
担当者	統括介護長	ケアフレンド 企画運営室

電話番号	03-5917-0186	03-6821-3165
受付時間	月～金 午前9時から午後6時	月～金 午前9時から午後6時

◎ 当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受付けています。

身体障害者	障害福祉 障害者支援グループ第一、第二 03-3981-2141
精神障害者・難病等	障害福祉課精神障害者福祉グループ03-3981-1988
児童・障害児	障害福祉課児童・障害児支援グループ03-4566-2451
知的障害者	障害福祉課知的障害者支援グループ 03-3981-1853

東京都社会福祉協議会 ※1	東京都千代田区神田駿河台1-8-11 東京YWCA会館3階
福祉サービス運営適正化委員会事務局	03-5283-7020

※1東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても、区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。調査等にはできる限り協力するものとします。

19 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況—実施なし

20 その他サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 障害福祉サービスを利用する際のサービス提供の際、訪問介護員等は各種関係法令で定められたサービス内容以外の支援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。
- (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) 選任された訪問介護員の交替を希望される場合は、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事由その他交替を希望される理由を明らかにして事業所に交替を申し出ることができます。
- (4) 事業所の都合により訪問介護員を交代することがあります。交代する場合はサービス利用上の不利益が生じないように十分配慮致します。特定の訪問介護員を指定することはできませんのでご了承ください。
- (5) 従事者の清潔の保持および健康状態について、必要な管理を行い、従事者が感染源となることを予防する対策を講じます。
- (6) 訪問介護員等の質的向上を図るため、研修の機会を次のとおりに設け、業務体制を整備します。
 - ① 採用時研修 採用後2ヶ月以内
 - ② 継続研修 年2回以上
- (7) 事業者、及び事業所はその運営について暴力団員等の支配を受けないものとします。

以下余白

令和 年 月 日

本書2通を作成し、利用者、事業所が1通ずつ保有するものとします。
居宅介護等の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 東京都豊島区长崎2-4-9

名称 ケアフレンド豊島 印

説明 _____ 印

私は本書面により、上記説明者より居宅介護等についての説明を受け同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

(家族もしくは代理人)

(続柄: _____)

住所 _____

氏名 _____