

指定訪問介護事業所

# フォービスライフ江東

江東区地域支援事業  
介護予防・日常生活支援総合事業による  
介護予防・生活支援サービス  
重要事項説明書

フォービスライフ株式会社

**江東区地域支援事業**  
**介護予防・日常生活支援総合事業による**  
**介護予防・生活支援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 03-6666-6840

\* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

**2. フォービスライフ江東の概要**

(1) 事業所の指定番号およびサービス提供地域、第三者評価の実施状況

事業所名	フォービスライフ江東
所在地	東京都江東区海辺23-15
介護保険指定番号	訪問介護 (東京都 1370800409号)
サービスを提供する地域	江東区
第三者評価の実施状況	なし

(2) 同事業所の職員体制 (兼任含む)

	資格	職務内容	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	労務管理及びサービス管理	1名	名	1名
訪問事業責任者	介護福祉士 実務者研修	サービス管理及びサービス提供	名	名	名
訪問介護員	介護福祉士 初任者研修等	サービス提供	名	名	名

(3) 営業時間

年中無休	午前8:00～午後6:00
------	---------------

**3. 運営の方針**

- (1) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- (2) 地域との結びつきを重視し、市区町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- (3) 従業者の教育研修を重視し、提供するサービスの質について、常にその改善に努めます。

**4. サービス内容**

介護予防型訪問 (サービス A)

- ① 身体介護を伴うサービス (食事介助・入浴介助・排泄介助・清拭・体位変換・移乗介助・移動介助・更衣介助・整容介助等・利用者の身体に直接触れる介助及び準備、後始末)
- ② 身体介護を伴わないサービス (買い物・調理・掃除・洗濯等)

**5. 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は、原則として【契約書別紙 利用料金表】の利用

者負担金の額となります。

(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は無料です。それ以外の地域にお住まいの方につきましては、当事業所の職員がお伺いするための実費をいただきます。なお、通院・外出介助を行う際に発生する交通費につきましては、実費をいただきます。また、自動車を使用した場合の交通費は、1キロメートル当たり20円を請求いたします。

(3) その他

① お客様のお住まいで、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ご負担になります。

② 料金のお支払方法

毎月17日頃に前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落の3通りの中からご契約の際に選べます。

現金集金	毎月末日締め、直接当社職員にお支払いいただきます。
銀行振込	毎月末日締め、翌月17日頃に請求書を発行いたしますので、請求当月の末日までに、振込手数料負担の上、お振込いただきます。
口座自動引落	毎月末日締め、翌月17日頃に引落金額を通知し、通知当月の28日(土日祝日の場合は翌営業日)に引落させていただきます。

※現金集金の場合は、なるべく釣り銭のないように、小銭をご用意ください。

## 6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

江東区地域支援事業の契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの中止

お客様のご都合でサービスをキャンセルする場合、サービス実施日の前日18時までにご連絡ください。当社は、キャンセル料をいたしません。

(3) 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ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等止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、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等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、要介護または非該当(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

#### ④ その他

- ・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、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・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係わらず10日以内に支払わない場合、また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、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

### 7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、速やかに親族、主治医等へ連絡を取り、必要な措置を講じます。

### 8. 秘密の保持

サービス提供をする上で知り得たお客様及びそのご家族に関する秘密や情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。サービス担当者会議等でお客様及びそのご家族に関する個人情報を用いる場合がある為、個人情報に関する同意書を以って、お客様からの同意をいただいたことといたします。

### 9. 虐待の防止

事業者は、虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知します。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 前記③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。  
担当者 鈴木 裕介
- ⑤ 前記①に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。

### 10. ハラスメント

事業者は、介護現場で働く従業者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 従業者に対し、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。

### 1 1. 感染症対策

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ヶ月に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実施します。

### 1 2. 身体的拘束等の禁止

- ① 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないものとします。
- ② 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

### 1 3. 業務継続に向けた取り組み

- 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介護予防訪問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実施します。
- 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。

### 1 4. 事故発生時の対応

サービスの提供にともなって事故が発生した場合には、速やかに区市町村、親族等に連絡を致します。また、当社の責めに帰すべき事由によりお客様の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償します。

### 1 5. サービス内容に関する苦情

お客様からの相談・苦情等に迅速かつ適切に対応するため、担当者を置き、事実関係の調査を実施し改善措置を講じ、お客様及びそのご家族にご説明いたします。

#### ① 当事業所お客様相談

当事業所のサービスに関するご相談・苦情を承ります。

担当 苦情相談窓口 鈴木 裕介 電話 03-6666-6840

#### ② 保険者、東京都の相談・苦情担当

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

担当 江東区福祉部介護保険課

介護サービス利用相談 電話 03-3647-9099  
担当 東京都国民健康保険団体連合会  
介護サービス苦情相談窓口 電話 03-6238-0177

## 16. 当社の概要

- 各称・法人種別 フォービスライフ株式会社
- 代表者役職・氏名 代表取締役 篠原 興道
- 本社所在地 東京都港区海岸1丁目2番3号 汐留芝離宮ビルディング104
- 営業所数等
  - 訪問介護 2ヶ所 通所介護 2ヶ所
  - 居宅介護支援 1ヶ所 介護予防支援 2ヶ所
  - 小規模多機能型居宅介護 1ヶ所 認知症対応型共同生活介護 1ヶ所
  - 福祉用具貸与 1ヶ所

サービス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。

説明日 年 月 日

事業者 所在地 東京都港区海岸1丁目2番3号 汐留芝離宮ビルディング104  
名称 フォービスライフ株式会社  
代表取締役 篠原 興道 印

説明者 氏名 印

私は、本書面により、事業者からサービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

同意日 年 月 日

利用者

住所

氏名 印

代理人（選任及び立会人）

住所

氏名 印 ※代筆理由

(利用者との続柄 ) \_\_\_\_\_

**【江東区地域支援事業 介護予防・生活支援サービス 契約書別紙】**

● 訪問介護事業所 : フォービスライフ江東

《利用料金表》(令和6年6月1日改定)

特定事業所加算 : 無      地域単価 : 11.40円

介護予防型訪問 (1回あたり)

サービス	単位数	介護費用	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
身体介護を伴うサービス	281単位	3,203円	321円	641円	961円
身体介護を伴わないサービス	251単位	2,861円	287円	573円	859円

◎ その他の加算 (1ヶ月あたり)

① 初回加算

新規に介護予防訪問介護計画を作成し、初回月に訪問事業責任者が自ら訪問介護を実施又は他の訪問介護員が訪問介護を行う際、同行訪問を行った場合

② 生活機能向上連携加算

・生活機能向上連携加算 (I)

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又はリハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師からの助言に基づき、訪問事業責任者が生活機能の向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成する場合

・生活機能向上連携加算 (II)

訪問リハビリテーション実施時に訪問事業責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による介護予防訪問介護計画を作成する場合

	単位数	介護費用	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	200単位	2,280円	228円	456円	684円
生活機能向上連携加算 (I)	100単位	1,140円	114円	228円	342円
生活機能向上連携加算 (II)	200単位	2,280円	228円	456円	684円

③ 介護予防型訪問処遇改善加算II

介護度	単位数	介護費用	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	263単位	2,998円	300円	600円	900円
要支援2	526単位	5,996円	600円	1,200円	1,799円

注) ① 実際の利用者負担金は、ご利用された単位数を合算してから算出するため、前述の表及びその他の加算の金額の合計とは一致しない場合があります。

② 利用者負担金の負担割合は、「負担割合証」に記載されている負担割合となります。

この同意を証するため、本書面 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 東京都港区海岸 1 丁目 2 番 3 号 汐留芝離宮ビルディング 104  
名称 フォービスライフ株式会社  
代表取締役 篠原 興道 印

同意日 年 月 日

私は、本書面により、事業者から上記内容についての説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名 印

代理人（選任及び立会人）

住所

氏名 印

（続柄 ）

※ 代筆理由

---

