

指定訪問介護事業 重要事項説明書

第1条（企業理念）

株式会社ビリーブケアサポート（以下、「ビリーブケアサポート」とします。）は、お客様の居宅にサービス従事者を派遣して、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の援助を行う訪問介護（以下、「サービス」とします。）の提供を行います。サービスの実施に当たっては、「高齢者の尊厳と自立を守る」という企業理念のもと、いかなる場合においても、「お客様第一主義」を徹底するものとします。

第2条（運営の方針）

ビリーブケアサポートは、地域との結びつきを重視し、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者及び関係市区町村との密接な連携を図りつつ、お客様の心身の状況、その置かれている環境及びご希望等の把握に努め、お客様が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の支援を行うことにより、お客様の心身機能の維持回復を図り、もってお客様の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。

第3条（事業者の概要）

- ① 法人名：株式会社 ビリーブケアサポート
- ② 法人所在地：青森県青森市浪打1丁目14-3
- ③ 代表者氏名：櫛引 由希子
- ④ 設立：2011年
- ⑤ 資本金：500万円
- ⑥ 実施事業：在宅介護事業
- ⑦

第4条（営業日及び営業時間）

(1) サービス提供

- ① 営業日：365日
- ② 営業時間：24時間

注1) サービス提供時間は、事前に居宅介護支援事業者等により計画された居宅サービス計画に基づくものとし、原則として緊急のサービス依頼をお受けすることは出来ません。

(2) 事業所の営業日・営業時間

- ① 営業日：月曜日～金曜日（祝祭日、12/31～1/2を除く）
- ② 営業時間：9:00～17:00

注2) 電話等により、事業所に24時間連絡が可能な体制を取るものとします。

第5条（サービス提供事業所の概要）

事業所名	ビリーブ訪問介護八戸中央
所在地	青森県八戸市類家5丁目27番1号
電話番号等	0178-71-2921
指定事業所番号	0270303266
サービス実施地域	八戸市 階上町 おいらせ町 南部町 五戸町 三戸町 洋野町
福祉サービス第三者評価の実施の有無	当事業所では、福祉サービス第三者評価を受審していません。

第6条（当事業所の職員体制）

	資格	常勤	非常勤	備考（兼務の有無）
管理者		1人	—	サービス提供責任者と兼務
サービス提供責任者	介護福祉士	4人以上		
	実務者研修修了者	1人以上		
サービス従事者	介護福祉士		10名以上	
	実務者研修修了者		3名以上	
	介護職員基礎研修修了者		3名以上	
	介護職員初任者研修修了者		3名以上	
	訪問介護員1級		1名以上	
	訪問介護員2級		10名以上	
	看護師・准看護師		1名以上	

第7条（サービス利用料金）

- サービス利用料金は、介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した次の金額となります。利用者負担額は、利用金額のうち「介護保険負担割合証」に記載されている利用者負担割合（1～3割）の分になります。

①身体介護又は生活援助のサービスを個別に利用する場合。

	身体介護			
	サービス利用料金	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）
20分未満	1,630 円	163 円	326 円	489 円
20分以上30分未満	2,440 円	244 円	488 円	732 円
30分以上1時間未満	3,870 円	387 円	774 円	1,161 円
1時間以上1時間30分未満	5,670 円	567 円	1,134 円	1,701 円
1時間30分以上は30分毎に	820円を追加	82円を追加	164円を追加	246円を追加

	生活援助			
	サービス 利用料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
20分以上45分未満	1,790 円	179 円	358 円	537 円
45分以上	2,200 円	220 円	440 円	660 円

② 1回の訪問で、身体介護と生活援助の混在したサービスを一連のサービスとして利用する場合、そのサービス利用料金は、下記AとBを合計した金額となります。

	A：身体介護			
	サービス 利用料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
20分未満	1,630 円	163 円	326 円	489 円
20分以上30分未満	2,440 円	244 円	488 円	732 円
30分以上1時間未満	3,870 円	387 円	774 円	1,161 円
1時間以上1時間30分未満	5,670 円	567 円	1,134 円	1,701 円
1時間30分以上は30分毎に	820円を追加	82円を追加	164円を追加	246円を追加
	B：生活援助			
	サービス 利用料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
20分以上	650 円	65 円	130 円	195 円
45分以上	1,300 円	130 円	260 円	390 円
70分以上	1,950 円	195 円	390 円	585 円

注1) 通常の時間帯（午前8時～午後6時）以外の時間帯にサービスを提供する場合には、次の割合でサービス利用料金に割増料金が加算されるものとします。

- ・早朝（午前6時～午前8時）：25%
- ・夜間（午後6時～午後10時）：25%
- ・深夜（午後10時～午前6時）：50%

注2) 2名のサービス従事者によりサービスを提供する必要があると判断される場合には、お客様の同意を得た上で、2名のサービス従事者によりサービスを提供するものとします。この場合には、通常のサービス利用料金の2倍の料金をお客様にお支払い頂くものとします。

③サービス利用にあたり、必要に応じて、下記の加算を算定させていただきます。

加算名	利用者負担額			加算条件等
	1割	2割	3割	
初回加算 (初回利用のみ1月につき)	200円	400円	600円	新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した指定訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が指定訪問介護を行う際に同行訪問した場合(初回利用のみ1月につき)
緊急時訪問介護加算 (1回につき)	100円	200円	300円	利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたとときに、訪問介護員等が居宅サービス計画にない身体介護を行った場合
生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (1月につき)	100円	200円	300円	自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハビリテーション事業所やリハビリテーションを実施する医療提供施設のリハビリ専門職・医師と連携して作成した計画に基づく介護を行った場合
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) (1月につき)	200円	400円	600円	(Ⅰ)ICTを活用して助言した場合 (Ⅱ)サービス提供責任者とリハビリ専門職と一緒に自宅を訪問し助言を行った場合
口腔連携強化加算 (1回につき/ 1月1回が限度)	50円	100円	150円	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し評価の結果を情報提供した場合
認知症専門ケア加算 (Ⅰ) (1回につき)	3円	6円	9円	厚生労働大臣が定める体制を整備し、日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動がみられる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合
認知症専門ケア加算 (Ⅱ) (1回につき)	4円	8円	12円	
特定事業所加算(Ⅱ)	1月の利用料金の10%			サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質や確保、介護職員の活動環境の整備、重度要介護者への対応を行っている事業所に認められる加算
介護職員等 処遇改善加算 I ロ	1月の利用料金の28.7%			介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算(区分支給限度額対象外)

2. 介護保険の適用がある場合には、お客様はビリーブケアサポートに対して、上記サービス利用料金から保険給付額を控除した金額（以下、「利用者負担額」とします。）を支払うものとします。
3. 支払い方法が償還払いになる場合には、上記に係る利用料の全額をお支払いいただきます。この場合、ビリーブケアサポートは「サービス提供証明書」を交付いたしますので、領収書を添えて市町村窓口にて居宅介護サービス費等の支給申請を行ってください。
4. 本契約の有効期間中、介護保険法その他関係法令の改正により、サービス利用料金又は利用者負担額の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。この場合、ビリーブケアサポートは、法令改正後速やかにお客様に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知するものとします。

第8条（交通費その他の費用）

1. 従業者がサービスを提供するため、お客様宅を訪問する際にかかる交通費は、第5条に記載するサービス実施地域内にお住まいのお客様につきましては、無料となります。
2. 第5条に記載するサービス実施地域外にお住まいのお客様につきましては、ビリーブケアサポートに対して交通費の実費を支払うものとします。その場合の実費は、第5条に記載するサービス実施地域を超えた地点から目的地までの区間における往復の公共交通機関利用実費又は自動車使用時の経費 [15 円/km]（消費税込）、有料道路代、通行料となります。
注）従業者の移動手段は、地域により異なります。
3. 通院・外出介助における公共交通機関等の交通費は、お客様が負担するものとし、同行する訪問介護員等の交通費実費をお客様にご負担していただきます。なお、片道みのサービスの提供であっても、往復におけるサービス従事者分の交通費をお客様にご負担頂きます。
例：サービス従事者が自動車又は自転車によりお客様宅を訪問し、病院への通院介助を行った結果、お客様が入院され、サービス従事者がお客様宅まで公共交通機関を利用して戻る場合

第9条（キャンセル）

1. お客様がサービスの利用の中止（以下、「キャンセル」とします。）をする際には、速やかにビリーブケアサポートまで連絡しなければならないものとします。
2. お客様のご都合により本サービスをキャンセルする場合には、本サービス利用の前日17：00までに連絡しなければならないものとします。何ら申し出なくサービスがキャンセルされた場合又は本サービス利用の前日17：00以降に連絡のあったキャンセルについては、お客様に次のキャンセル料金をお支払い頂きます。
但し、お客様の容態の急変など、緊急かつやむを得ない事情がある場合には、キャンセル料金は頂きません。

連絡時期	キャンセル料金
サービス利用日の前日17：00まで	無 料

サービス利用日の前日17：00以降 及び利用予定当日の連絡（不在を含む）	一律 1,000円を頂戴します
---	-----------------

3. キャンセル料金は、当月分の利用料金の支払いに合わせてお支払い頂きます。

第10条（お支払い方法）

1. ビリーブケアサポートは、利用実績に基づいて1ヶ月ごとにサービス利用料金を請求し、お客様は原則としてビリーブケアサポートの指定する期日に口座引き落としの方法により支払うものとします。1ヶ月に満たない期間のサービス利用料金は、利用実績に基づいて計算した金額とします。
2. 前項の規定にかかわらず、ビリーブケアサポート所定の払込票による郵便局、銀行等からのお支払いや現金回収も可能ですが、お振込みに手数料がかかる場合には、その手数料はお客様のご負担とさせていただきます。
3. 前各項の規定による費用の支払いを受ける場合には、お客様又はその家族に対して事前に文書を交付して説明を行い、その同意を得るものとします。
4. 利用料等の支払を受けたときは、お客様又はその家族に対し、利用料とその他費用（個別の費用ごとに区分）について記載した領収証を交付するものとします。

第11条（管理者）

管理者は、当事業所の従業者の管理及び業務管理を一元的に行うものとします。また、法令等に規定されている指定訪問介護事業の実施に関して遵守すべき事項についての指揮命令を行うものとします。

第12条（サービス提供責任者）

サービス提供責任者は、当事業者に対する利用申込みに係る調整、お客様の状態及び意向の把握、訪問介護員等に対するお客様情報の伝達及び技術指導、サービス内容の管理、訪問介護計画書の作成及び居宅介護支援事業者との連携を行うものとします。また、居宅介護支援事業者に対して、サービスの提供にあたり把握したお客様の服薬状況や口腔機能等のお客様の心身の状況及び生活状況に係る必要な情報提供を行います。

第13条（サービス従事者）

サービス従事者とは、ビリーブケアサポートがお客様にサービスを提供するために使用する介護福祉士、訪問介護員研修課程修了者等の資格を有する者とします。

第14条（身分証の携行）

サービス従事者は、常に身分証を携行し、お客様又はそのご家族から求められた時はいつでも提示するものとします。

第15条（訪問介護計画書）

1. ビリーブケアサポートは、お客様の心身及び生活の状況を調査し、お客様及びそのご家族と

協議して訪問介護計画書を作成します。但し、居宅サービス計画が作成されている場合には、当該居宅サービス計画に基づくものとします。

2. ビリーブケアサポートは、訪問介護計画書の作成につき、その内容についてお客様又はそのご家族に対して説明し、その同意を頂くとともに、作成した訪問介護計画書をお客様に交付するものとします。
3. ビリーブケアサポートは、訪問介護計画書に沿って計画的にサービスを提供するものとします。
4. ビリーブケアサポートは、お客様の要望等により、訪問介護計画の変更又は中止の必要がある場合には、状況調査等を踏まえ協議し、医師又は居宅介護支援事業者の助言及び指導等に基づいて、訪問介護計画を変更又は中止するものとします。

第16条（サービス内容）

1. ビリーブケアサポートは、介護保険法令に定める下記のサービス行為区分の中から、居宅サービス計画に基づき、指定された時間帯に、選択されたサービスを提供するものとします。

(1) 身体介護

お客様の身体に直接接触して行う介助及びお客様と共に行動する自立支援のためのサービス。

排泄介助	トイレ及びポータブルトイレへの移動、オムツ交換、後始末、失禁及び失敗への対応など
食事介助	配膳、食事姿勢の確保、摂食介助、水分補給など
特段の専門的配慮をもって行う調理	流動食及び糖尿病食などの特別食（医療食及び治療食）の調理
清拭	清潔保持のための身体拭き、陰部洗浄など
部分浴・全身浴	手浴及び足浴等の部分浴、全身浴の介助。浴室への移動、洗髪、洗体、使用物品の片付けなど
身体整容	洗面、口腔ケア、爪きり、耳そうじ、髪の手入れ、簡単な化粧などの日常的な身体整容
更衣介助	着替えの準備、手伝い
体位交換	体位の変換、安楽な姿勢の確保など
移乗・移動介助	車いすへの移動の介助、補装具等の確認、安全移動のための通路の確保、声掛け、移動時の介助など
通院・外出介助	目的地に行くための準備、交通機関への乗降、受診等の手続き、必要に応じて院内の介助
起床・就寝介助	ベッドサイドでの起き上がり、移動の介助、ベッド上での仰臥位・側臥位の確保など
服薬介助	配剤された薬の確認、服薬の手伝い、後片付けなど
自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助	安全を確保しつつ、常時介助できる状態で行う見守り

注) お客様の状況によっては、上記サービスを実施できない場合がございます。

(2) 生活援助

日常生活の援助。お客様ご本人やご家族が行うことが困難な場合に行われる、本人の代行的サービス。

掃除	居室内やトイレ、卓上などの清掃、ごみ出し、後片付け
洗濯	洗濯機や手洗いによる洗濯、洗濯の乾燥、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ
ベッドメイク	お客様が寝ていない状態でのシーツや布団カバーの交換
衣類の整理	衣類の整理（夏・冬物の入れ替えなど）
被服の補修	ボタンつけや破れの補修などの被服の補修
一般的な調理、配下膳	配膳、後片付け、一般的な調理
買い物代行	日常品の買い物（内容の確認、品物・金銭の確認を含む）
薬の受け取り	病院や薬局での薬の受け取り

2. 次のようなサービスは、介護保険適用のサービスとして提供することはできませんので、予めご了承ください。

(1) 「本人の援助」に該当しないもの

例：ご家族等のための洗濯、調理、買い物、布団干し。主としてお客様が使用する居室以外の掃除、来客の応接（お茶の手配等）、自家用車の洗車等。

(2) 「日常生活の援助」に該当しないもの

例：庭の草むしり、花木の水やり、犬の散歩等ペットの世話、家具等の移動、大掃除、窓のガラス磨き、室内外家屋の修理、正月料理等の特別な調理等。

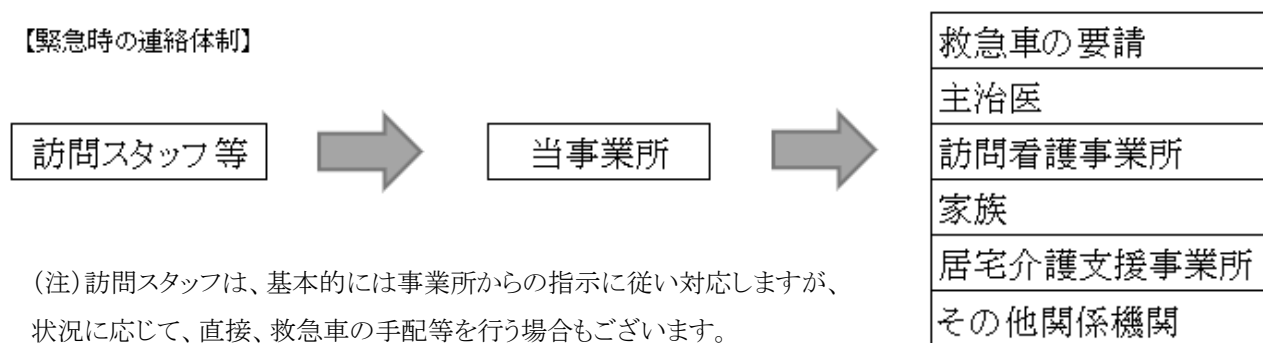
第17条（ビリーブケアサポート及びサービス従事者の義務）

1. ビリーブケアサポート及びサービス従事者は、サービスの提供にあたってお客様の生命、身体及び財産の安全に配慮するものとします。
2. ビリーブケアサポートは、サービス従事者の清潔保持及び健康状態について必要な管理並びに設備・備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
3. ビリーブケアサポートは、サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師及び医療機関等への連絡体制の確保に努めるものとします。
4. ビリーブケアサポートは、お客様に対するサービスの提供内容について記録を作成し、サービス実施日の終了時ごとにお客様又はそのご家族等による確認を受けるものとします。また、作成したサービス実施記録及び各種介護計画書は、サービスの完結の日から2年間保存し、お客様又はその連帯保証人の請求に応じてこれを開示するものとします。
5. 運営基準や各種加算の要件等において実施が求められる会議等については、感染防止や多職種連携の促進の観点から、必要に応じてICT（情報通信技術）を活用するものとします。

- ①お客様及びご家族が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施する会議については、各種ガイドラインを遵守してテレビ電話等を活用して実施します。
- ②お客様及びご家族が参加して実施するものについては、各種ガイドラインの遵守に加え、お客様等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施するものとします。

第18条（緊急時及び事故発生時の対応）

1. ビリーブケアサポートは、サービス提供中又はサービスの提供により、お客様の容態に急変が生じ又は事故が発生した場合その他必要な場合には、速やかに救急隊、主治医、協力医療機関、市区町村、お客様にかかる居宅介護支援事業所、ご家族等へ連絡して必要な措置を講じるものとします。



【緊急時の連絡および対応可能時間】

当事業所の連絡先	所在地	八戸市類家5丁目27-1		
	電話番号	0178-71-2921		
	対応時間	9:00～17:00 (祝祭日、年末年始を除く月～土曜日)		
主治医の連絡先	医療機関名			
	氏名			
	電話番号			
ご家族等の連絡先	氏名		続柄	
	日中連絡先			
	夜間連絡先			

2. ビリーブケアサポートは、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。
3. ビリーブケアサポートは、お客様に対するサービス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ものとします。

第19条（その他留意事項）

1. お客様及びそのご家族は、本契約で定められた業務以外の事項をサービス従事者に依頼することはできません。
2. サービス従事者は、サービスに伴い、医療行為を行うことはできません。
3. お客様の担当となるサービス従事者の選任及び変更は、お客様に適正かつ円滑にサービスを提供するため、ビリーブケアサポートが行うものとし、お客様がサービス従事者を指名することはできませんので、予めご了承ください。
4. お客様が、担当のサービス従事者の変更を希望する場合には、業務上不適当と判断される事由を明らかにして、事業所までお申し出ください。但し、業務上不適当とされる事由が無いと判断される場合には、サービス従事者の変更を致しかねる場合がございます。
5. 訪問予定時間は、交通事情等により前後することがありますので、予めご了承ください。
6. サービス提供の際の事故及びトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
 - ① サービス従事者は、生活援助として行う買物の場合を除き、現金をお預かりすることはできません。なお、買物のため現金をお預かりする場合も、1万円以下の少額の金銭とし、お客様又はそのご家族に必ずその場で金額等をご確認頂きます。
 - ② サービス従事者は、預金通帳、キャッシュカード、印鑑、年金証書その他有価証券等は、一切お預かりすることができませんので、予めご了承ください。
 - ③ 現金や貴重品は、室内に放置せず、目に見えない場所や金庫等に保管してください。
 - ④ サービス従事者に対する贈り物や飲食等のご配慮は、遠慮させていただきます。
 - ⑤ お客様及びそのご家族は、お客様の居宅においてサービスを実施するために必要な電気、水道又はガス等の使用を、サービス従事者に無償で許可するものとします。
 - ⑥ お客様のご不在時にはサービス提供はできません。
 - ⑦ お客様、そのご家族及びその付添人は、ビリーブケアサポートおよび従業者が使用する自動車に乗車することはできません。

第20条（サービスに対する相談・苦情・要望等の窓口）

1. サービスに関する相談、苦情及び要望等（以下、「苦情等」とします。）については、下記の窓口にて対応致します。苦情等については真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に臨みます。対応内容は記録及び保存し、当該内容をお客様又はそのご家族に対して周知するものとし、常に居宅サービス事業者としてサービスの質の向上に努めます。

（1）サービス提供事業所苦情等窓口

苦情等受付担当者	当事業所の従業者
苦情等解決責任者	当事業所の管理者
受付時間	9：00～17：00（休業日を除く）
電話番号	0178-71-2921

注）苦情対応の基本手順

- ①苦情の受付、②苦情内容の確認、③苦情等解決責任者への報告、④苦情解決に向けた対応の実施、⑤原因究明、⑥再発防止及び改善の措置、⑦苦情等解決責任者への最終報告、⑧苦情申立者

に対する報告。

(2) ビリーブケアサポート以外の苦情等窓口

市区町村	受付窓口	八戸市役所 介護保険課
	電話番号	0178-43-2111
市区町村	受付窓口	階上町役場
	電話番号	0178-88-2111
市区町村	受付窓口	南部町役場
	電話番号	0178-84-2111
市区町村	受付窓口	おいらせ町役場
	電話番号	0178-56-2111
市区町村	受付窓口	五戸町役場
	電話番号	0178-62-2111
国保連等	受付窓口	青森県国民健康保険団体連合会
	電話番号	017-723-1301

第21条（秘密の保持）

1. ビリーブケアサポート及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得たお客様及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。この守秘義務は、従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。
2. ビリーブケアサポートでは、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等が必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。
3. ビリーブケアサポートは、お客様及びそのご家族の個人情報に関して、お客様から開示又は訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示又は訂正するものとします。

第22条（感染症対策の強化）

1. ビリーブケアサポートは、感染防止を実践する組織的な体制を整備し、感染症発生時には感染拡大防止のため、適切な対応をとるものとします。
 - ①従業者による感染症及び感染対策に対する正しい知識習得と感染予防対策の実施
 - ②事業所内での感染対策を実践
(手洗い、研修実施、衛生用品や設備の整備など)
 - ③法人・事業所内の危機管理体制を構築
(感染対策委員会の開催、指針・マニュアル・事業継続計画作成、シミュレーションなど)
 - ④自治体等の関係機関との連携と情報共有や感染症発生時の届出等の実施
2. お客様及びご家族様は、普段の体調と比べて変化がみられる場合は、かかりつけ医や担当の介護支援専門員等に早めに相談し、必要に応じて受診していただきますようお願いいたします。

第23条（虐待の防止）

1. ビリーブケアサポートはお客様の人権の擁護・虐待の防止等のために必要な体制を整備するとともに、法令に基づき、次に掲げる必要な措置を講じるものとします。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催とその結果についての従業者への周知徹底
- ②虐待の防止のための指針を整備
- ③従業者に対する虐待の防止のための研修の定期的な実施
- ④虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者の設置

虐待防止に関する担当者	当事業所の管理者（大久保 良子）
-------------	------------------

- ⑤成年後見人制度の利用支援
- ⑥苦情解決体制の整備
- ⑦その他虐待の防止のために必要な措置の実施

2. ビリーブケアサポートは、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（お客様の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

第24条（身体拘束等の禁止）

1. ビリーブケアサポートは、サービスの提供にあたり、お客様の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）は行いません。
2. ビリーブケアサポートは、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のお客様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要なことを記録するものとします。
3. ビリーブケアサポートは、法令に基づき、身体拘束等の適正化にむけて、以下の対策をとるものとします。

- ①身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催とその結果についての従業者への周知徹底
- ②身体拘束等の適正化のための指針の整備
- ③従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施

第25条（ハラスメント対策の強化）

1. ビリーブケアサポートは、適切なサービスの提供にあたり、職場において行われる性的な言動（いわゆる「セクシュアルハラスメント」）又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの（いわゆる「パワーハラスメント」）により従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化など必要な措置を講じるものとします。
2. ビリーブケアサポートは、従業者に対する適切なケア技術の習得に向けた研修、苦情に対する検証、組織的な虐待防止対策の推進等により、お客様及びご家族様が安心してサービスを受けることがで

きるよう、サービスの質的向上に取り組むものとします。

3. ビリーブケアサポートは、お客様及びそのご家族様、関係者様からの職員への著しい迷惑行為が確認され、その改善を求めても改善されなかった場合は、サービスの中断や契約の解除をする場合がございます。

【著しい迷惑行為の例】

- ①身体的暴力 : 物を投げつける、唾を吐く、たたく、つねる 等
- ②精神的暴力 : 大声を出す、怒鳴る、業務外のサービス強要など理不尽な要求をする、無視する 等
- ③セクシャルハラスメント : 必要もなく手や腕をさわる、抱きしめる、ヌードの写真を見せる 等
- ④その他 : 従業員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く、ストーカー行為(つきまとい) 等

第26条 (業務継続に向けた取り組みの強化)

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等を行うとともに、定期的に計画の見直しと変更を行うものとします。

ビリーブケアサポートは、お客様又はそのご家族に対し、本サービス重要事項説明書により重要事項について説明し、お客様及びそのご家族はサービスの提供開始、重要事項について同意しました。

説明日 令和 年 月 日

<お客様> 住所 _____

氏名 _____

<代理人> 住所 _____

氏名 _____

(お客様との続柄 : _____)

<署名代行人> 住所 _____

氏名 _____

(お客様との続柄 : _____)

<サービス提供事業所>

住所 八戸市類家5丁目27-1

名称 ビリーブ訪問介護八戸中央 印

説明者 _____

※自署または記名押印