

「指定予防訪問入浴介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
社会福祉法人一関市社会福祉協議会
訪問入浴センター藤沢
(岩手県指定 第 0370901662 号)

当事業所はご契約者に対して指定予防訪問入浴介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. サービスの区分及びサービスの内容	3
4. 利用料金	3
5. サービス利用に関する留意事項	4
6. 守秘義務（秘密の保持）	5
7. 事故発生時・緊急時の対応	5
8. 苦情の受付について	6
9. 重要事項説明の確認・署名	7

1 事業者

事業者名称	社会福祉法人一関市社会福祉協議会
代表者氏名	会長 畠山 博
法人所在地 (連絡先及び電話番号等)	一関市城内1番36号 TEL 0191-23-6020 FAX 0191-23-6024
法人設立年月日	平成18年4月1日

2 事業所の概要

(1) 運営の方針と目的

①方針

介護予防訪問入浴介護の提供にあたっては、事業所のサービス従業者は、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活が営むことができるよう、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活向上支援を行うことを目的とします。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 事業所の所在地及び提供できるサービスの種類と地域

事業所名	訪問入浴センター藤沢（介護予防訪問入浴介護）
事業所所在地	一関市藤沢町藤沢字町裏 55 番地
介護保険の指定	0370901662
管理者	白石 和枝
法令遵守責任者	事務局長 千葉 敏紀
開設年月	平成 27 年 4 月 1 日
連絡先 相談担当者名	TEL 0191-63-2936 FAX 0191-48-3047 白石 和枝
サービスを提供する地域	一関市藤沢町藤沢字町裏地内の区域

(3) 提供できるサービスの時間

営業日	月曜日から土曜日まで。但し、12 月 31 日から翌年 1 月 2 日及び事業所が別に定める日を除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

(4) 事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	計	職務内容
管理者	介護福祉士	1 名		1 名	従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の一元的管理を行います。 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
看護師	准看護師		3 名	3 名	利用者の健康状態の確認及び介護予防サービス支援計画書（ケアプラン）に基づき入浴サービスを提供します。
介護職員	介護福祉士 2 級課程修了者 実務者研修修了者	1 名 1 名	1 名	3 名	介護予防サービス支援計画書計画（ケアプラン）に基づき入浴サービスを提供します。
事務職員		1 名		1 名	事務に必要な事務

3. サービスの区分及びサービスの内容

(1) 基本サービス

健康チェック、安否確認、環境整備、相談援助、話し相手

(2) 身体介護

入浴援助（全身清拭、手浴、足浴、洗髪、洗顔、入浴の見守り）

4. 利用料金

介護保険から給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割、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になります。

(1) 利用料

サービス内容	基本料金	自己負担分
看護職員1名、介護職員2名で行う介助	8,560円	856円
介護職員3名で行う介助	8,132円	813円
清拭又は部分浴の場合	7,704円	770円

※主治医の意見を確認したうえで、入浴により利用者の身体の状況等に支障を生じるおそれがないと認められる場合において、看護職員に代えて介護職員によりサービス提供を実地したとき（介護職員3名）は、利用料等は95/100となります。

※訪問時の利用者の心身の状況から全身入浴が困難な場合であって、当該利用者の希望により清拭又は部分浴（洗髪、陰部、足部等の洗浄をいいます。）を実施した時は、利用料等の90/100となります。

(2) 加算

加算	加算内容
初回加算	1月につき2,000円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1ヶ月あたりの利用合計（自己負担分）の7.9%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%加算

※初回加算は、新規利用者の居宅を訪問し、介護予防訪問入浴介護の利用に関する調整を行った上で、利用者に対して初回の訪問入浴介護を行った場合に加算します。

※当事業所では、介護人材の確保とサービスの質の向上を目的とし、1ヶ月あたりの所定単位数に1,000分の79（7.9%）を乗じた額が加算されます。

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、通常の実施地域以外の地域の居宅において訪問サービスを行う場合、その地域が厚生労働大臣の定める地域であるときは、利用料1回につき5%を乗じた額が加算されます。

(3) 交通費

通常の実施区域以外にサービス提供を行った場合、それ以外の地域の方は交通費の実費（1kmあたり25円）が必要になります。

(4) キャンセル料

原則として無料としますがキャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

（連絡先 電話0191-63-2936）

5 サービス利用に関する留意事項

(1) サービス提供について

- サービスは、介護予防居宅サービス計画（予防ケアプラン）にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分配慮をいたします。
- サービス実施のために必要な備品（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

(2) サービス内容の変更

- 訪問時に、利用者の体調等の理由で介護予防居宅サービス計画に予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービスの内容を変更いたします。その場合、事業者は、変更したサービス内容と時間に応じたサービス料金を請求いたします。

(3) 介護保険被保険者証の確認

- 「住所」及び「要介護状態区分等」、「認定期間」など「被保険者証」の変更があった場合は速やかに事業所のサービス担当者にお知らせください。また、事業所の従業者が「被保険者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示下さいますようお願いいたします。

(4) 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者は管理者としております。

虐待防止等責任者	所長 白石 和枝
虐待防止等担当者	訪問介護員 千葉 真紀

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情処理体制の整備をしています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 虐待防止等委員会を設置し虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証・再発防止策の検討等を行います。
- ⑥ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者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。

(5) 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の①～③の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ① 切迫性・・・直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- ② 非代替性・・・身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- ③ 一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

6 守秘義務（秘密の保持）

従事者が業務上知り得た利用者及びご家族の個人情報、正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、個人情報の使用提供は、サービス担当者会議、訪問介護員、医師との連絡会議など最小限とし、用いる場合は予め同意書で確認をとります。

なお、この守秘義務は、従事者が退職後及び契約終了後も同様です。

7 事故発生時・緊急時の対応

サービス提供中に状態の変化または、事故等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者、市町村等へ連絡して、速やかに必要な措置を講じます。また、利用者に対する本事業所の訪問入浴介護サービスに起因する賠償すべき事故が発生した場合は、所定の手続きのうえ、損害賠償いたします。

【緊急連絡先】

利用者の主治医	医療機関名	
	担当医師名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 1	氏 名	様 続柄：
	住 所	
	電話番号	携帯：
緊急連絡先 2	氏 名	様 続柄：
	住 所	
	電話番号	携帯：

8 サービス提供に関する相談、苦情について

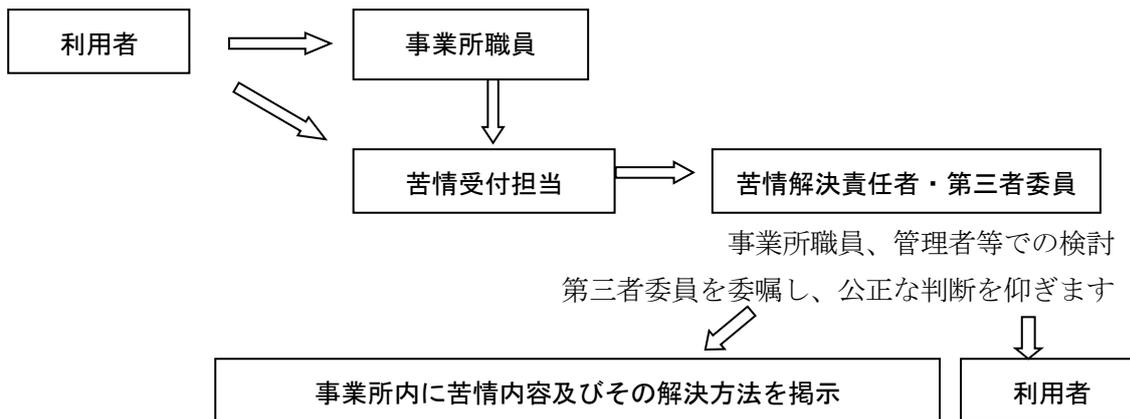
(1) 苦情処理の体制及び手順

①提供した指定居宅介護支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

②相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ・ 苦情等受付書
- ・ 苦情等受付報告書
- ・ 苦情等の処理結果報告書

} 苦情等処理規程に基づき解決にあたります。



(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	訪問入浴センター藤沢 所在地 一関市藤沢町藤沢字町裏 55 番地 TEL 0191-63-2936 FAX 0191-48-3047 受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
【市町村（保険者）の窓口】	一関地区広域行政組合 介護保険課 所在地 一関市竹山町 7 番地 2 TEL 0191-31-3223
	一関市役所藤沢支所 市民福祉課 所在地 一関市藤沢町藤沢字町裏 187 番地 TEL 0191-63-5304 受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
【公的団体の窓口】	岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課 (相談・苦情担当) 所在地 盛岡市大沢川原三丁目 7 番 30 号 TEL 019-604-6700
	岩手県福祉サービス運営適正化委員会 所在地 盛岡市三本柳 8 地割 1 番地 3 TEL 019-637-8871

【法人の苦情窓口】	社会福祉法人一関市社会福祉協議会 所在地 一関市城内1番36号 TEL 0191-23-6020 FAX 0191-23-6024 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 <第三者委員> 菅原 良男 千葉 岩 黄海 千鶴子
-----------	---

9 重要事項説明書の確認・署名

介護予防訪問入浴介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日
 事業者 所在地 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏 55 番地
 名称 訪問入浴センター藤沢（介護予防訪問入浴介護）

説明者 氏名 _____ (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防訪問入浴介護についての重要事項の説明を受けサービス提供の開始に同意しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記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。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。

令和 年 月 日

事業所の名称 訪問入浴センター藤沢

(利用者) 住所 一関市

氏名

印

(家 族) 住所 一関市

氏名

印