

山形市社会福祉協議会 訪問入浴介護 重要事項説明書

当事業所は、介護保険法令の趣旨に従い、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、指定訪問入浴介護サービスを提供します。以下に事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

1 事業者

法人名	社会福祉法人 山形市社会福祉協議会		
所在地	〒990-0832 山形市城西町二丁目2番22号		
電話番号	023 (645) 9230	FAX	023 (645) 9236
代表者氏名	会長 今野 厚志		
設立年月日	昭和32年1月		

2 訪問入浴介護事業所の概要

事業所名	山形市社会福祉協議会 訪問入浴介護事業所
所在地	山形市城西町二丁目2番22号
介護保険指定番号	平成12年3月1日指定 山形市00670100684号
電話番号	023 (645) 9232 FAX 023 (647) 9751
管理者氏名	高橋 由美
開設年月日	平成12年4月1日
運営方針	<p>① 利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、居宅における入浴の援助を行うことによって、ご利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図ります。</p> <p>② 事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者・地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者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。</p>
当法人で行っている他のサービス	<p>◎介護予防訪問入浴介護（介護保険法）</p> <p>◎障がい者訪問入浴介護（障害者総合支援法）</p> <p>◎訪問介護・訪問型サービス（従前相当）・A（介護保険法）</p> <p>◎居宅介護・重度訪問介護・同行援護（障害者総合支援法）</p> <p>◎居宅介護支援（介護保険法） ◎移動支援（障害者総合支援法）</p> <p>◎認知症対応型共同生活介護</p>

3 同事業所の職員体制（令和 年 月 日現在）

職 種		常勤	常勤 兼務	非常勤	非常勤 兼務	計	業 務 内 容
管 理 者		名	名	名	名	名	事業所の職員管理、利用申込に係わる調整、業務の実施状況把握他
従 業 者	看護職員	名	名	名	名	名	訪問入浴介護の提供
	介護職員	名	名	名	名	名	
事務職員		名	名	名	名	名	必要な事務

4 通常の事業実施地域及び営業日・時間

実施地域	山形市、天童市、上山市、山辺町及び中山町
営業日及び 営業時間	月曜日から土曜日まで（但し、12/31～1/3を除く） 午前8時30分から午後5時30分まで
サービス 提供時間	午前8時30分から午後7時まで

5 提供するサービスの内容（手順）

専門の研修を受けた職員（看護職員1名、介護職員2名の計3名もしくは、介護職員3名）が、浴槽や必要な機器をもって、ご家庭にお伺いします。

サービス提供に用いる設備、器具については、安全・衛生に注意しております。

手 順	サ ー ビ ス 内 容
① 体調チェック	看護職員が血圧、脈拍、体温等を計り体調をチェックします。
② 浴槽準備	浴槽を枕元まで運びますので、安心して気持ち良く入浴できます
③ 脱衣	衣類を脱がし、担架で浴槽まで安全に運びます。
④ 入浴	身体に適した湯温と湯量で、やさしく入浴のお手伝いをします。
⑤ 着衣	着衣のお手伝いやシーツの取り替えをします。
⑥ 入浴後チェック	再び看護職員が血圧、脈拍、体温等を計り体調をチェックします。

6 サービス利用料金とお支払い方法

(1) サービス利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用者様の所得等により原則として基本料金（料金表）の1割、2割または3割になります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービスをご利用の場合は、全額自己負担となりますので、ご承知おきください。

区 分	提 供 体 制	サービス内容	基本単価	自己負担額		
				(1割)	(2割)	(3割)
基本サービス	看護職員含む 計3名	入 浴	12,660円	1,266円	2,532円	3,798円
		清拭又は部分浴	11,390円	1,139円	2,278円	3,417円
	介護職員3名	入 浴	12,030円	1,203円	2,406円	3,609円
		清拭又は部分浴	10,830円	1,083円	2,166円	3,249円
初回加算	新規にサービス提供を行う場合		2,000円	200円	400円	600円
サービス提供体制強化加算	加算(Ⅲ)(従業者の勤続年数が7年以上の者が30%以上配置)		120円	12円	24円	36円
保険適用外サービス	介護保険給付の支給限度額を超えたサービスについては、基本単価全額負担になります。			円		

(2) 介護職員等処遇改善加算

当事業所では、下記の介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)が利用者負担金に加算されます。

項 目	加算割合(月額)
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	9.4%

*介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)の要件・・・介護員等に対し、賃金改善を実施した場合介護保険利用実績単位数に対して9.4%が加算されます。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

当事業所【電話 645-9232】へ至急連絡をお願いします。

利用予定日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
利用予定日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	負担割合に応じた額 (1割、2割または3割)

※ ご利用予定日の前日が休業日の場合は直前の営業日とします。

(4) サービス利用料金のお支払い方法

毎月、15日頃までに前月分の請求をいたしますので、末日迄にお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払方法は、下記のいずれかの方法でお支払いください。

自動口座引落の場合	山形市内に本店・支店のある、すべての金融機関でご利用いただけます。
振 込 の 場 合	きらやか銀行 桜町支店 (普) 1022129 山形市社会福祉協議会 会 長 今野厚志

(5) まだ要介護認定を受けていないご契約者の場合

サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担額

を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）この場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付しますので、その後、市町村に証明書を提出、申請し、給付を受けてください。

（6）その他

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

7 サービスの利用に関する留意事項

（1）サービス提供を行うサービス従事者

管 理 者	高 橋 由 美	TEL 023 (645) 9232
担当サービス従業者	複数のサービス従事者が交替してサービスを提供します。	

（2）サービス実施時の留意事項

- ① サービス利用にあたっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。
- ② 利用者は、体調のすぐれないときや、都合でサービス利用を中止する場合は、あらかじめ事業所に連絡するものとする。
- ③ 入浴当日には、家族（介護者）等が付き添うものとする。
- ④ 入浴当日には、入浴予定時間の1時間以上前に食事を済ませておくこととする。
- ⑤ 入浴当日には、入浴する部屋を適温で実施できるようにしておくこととする。

（3）サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合事業者は、変更したサービスの内容に応じたサービス利用料金を請求いたします。

（4）サービス利用の追加

サービス利用の追加の申し出に対して、サービス従事者の稼働状況により契約者の希望による期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示します。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合せにより、主治医、又は協力医療機関、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	病院・医院名	
	担当医師名	
	連絡先	

9 事故発生時の対応

事業者は、契約者に対する訪問入浴介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族及び担当ケアマネージャー等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。その概要は次のとおりです。

- ・事故の発生・発見があった場合には、生命の安全の確保を図ります。
- ・発見者は、生命の安全の確保のため必要な処置をするとともに、必要に応じて救急車の要請をします。
- ・発見者は、家族及び事業所に概要を報告します。家族には、帰宅や来院の要請をします。
- ・家族に対し、事故の詳細や今後の対応を説明します。
- ・保険の適用の判断をします。

当事業者は、全国社会福祉協議会「社協の保険」に加入しています。

10 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を選定しています。

虐待防止に関する責任者	高橋由美
-------------	------

- (2)成年後見制度の利用を支援します。
- (3)苦情解決体制を整備しています。
- (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年1回以上実施しています。

11 身体拘束等の適正化について

- (1)事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の利用者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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。
- (2)事業所は、やむを得ず前項の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など必要な事項を記録します。

12 ハラスメントの防止について

- (1)事業所は、従業者等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にハラスメントの防止に取り組みます。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。

13 衛生管理等について

- (1)事業所は、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。また、感染症が発生又はまん延しないように措置を講じます。

1.4 業務継続計画に向けた取り組みについて

- (1) 事業所は、感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 事業所は従業者に対し、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実施します。
- (3) 事業所は、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。

1.5 介護サービス情報の公表について

当事業所の介護サービス情報の公表については、下記のサイトで自由に閲覧できます。

公表サイト <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp>

1.6 サービス内容に関する苦情

- (1) 訪問入浴介護に関する苦情等は、管理者又は下記窓口までお申し下さい。

サービス苦情等相談窓口

担当部署	訪問入浴サービス係（担当 高橋 由美）
電話番号	0800（800）0804（通話無料）
受付時間	月～金曜日 午前9時から午後5時まで （但し、12/31～1/3を除く）

- ・当事業所では、事務局長、事務局次長を苦情解決責任者、在宅サービス課長、事業所の管理者を苦情実務担当者とし苦情等の対応を行います。また社会性と客観性を確保するため第三者委員を配置しています。

- (2) 当事業所以外に、下記の相談窓口等に苦情を伝えることができます。

山形市役所 介護保険課 指導監査課	所在地	山形市旅籠町2丁目3番25号
	電話番号	023（641）1212 （介護保険課・指導監査課）
	受付時間	月～金曜日 午前8時30分から午後5時15分まで （但し、国民の祝日、12/29～1/3を除く）
天童市役所 保険給付課	所在地	天童市老野森1丁目1番1号
	電話番号	023（654）1111
	受付時間	月～金曜日 午前9時00分から午後5時00分まで （但し、国民の祝日、12/29～1/3を除く）
上山市役所 健康推進課	所在地	上山市河崎一丁目1番10号
	電話番号	023（672）1111
	受付時間	月～金曜日 午前8時30分から午後5時15分まで （但し、国民の祝日、12/29～1/3を除く）

中山町役場 保健福祉センター 健康福祉課	所在地	東村山郡中山町柳沢 2 3 3 6 - 1
	電話番号	0 2 3 (6 6 2) 2 4 5 6
	受付時間	月～金曜日 午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分まで (但し、国民の祝日、12/29～1/3を除く)
山辺町役場 保健福祉課	所在地	東村山郡山辺町緑ヶ丘 5
	電話番号	0 2 3 (6 7 7) 1 1 0 7
	受付時間	月～金曜日 午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分まで (但し、国民の祝日、12/29～1/3を除く)
国民健康保険 団体連合会	所在地	寒河江市大字寒河江字久保 6
	電話番号	0 2 3 7 (8 7) 8 0 0 6
	受付時間	月～金曜日 午前 9 時から午後 4 時まで (但し、国民の祝日、12/29～1/3を除く)
山形県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	山形市小白川町二丁目 3 番 3 1 号
	電話番号	0 2 3 (6 2 6) 1 7 5 5
	受付時間	月～金曜日 午前 9 時から午後 4 時まで (但し、国民の祝日、12/29～1/3を除く)

1 7 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施	1 あり	実施日	
		評価機関の名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

指定訪問入浴介護サービスの提供にあたり、利用申込者に対して本書面に基づき重要事項の説明をしました。

事業所（説明者）所在地 〒990-0832
山形市城西町二丁目2番22号

名称 山形市社会福祉協議会 訪問入浴介護事業所

職・氏名 印

私は、本書面により、事業者から重要事項の説明及び交付を受け、指定訪問入浴介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印

続柄（利用者との関係）