

指定訪問入浴介護事業所 重要事項説明書

- あなたに対する訪問入浴介護サービス提供の開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. ご利用の事業所概要

事業所の名称	社会福祉法人 志布志市社会福祉協議会指定訪問入浴介護事業所
事業所の所在地	〒 899-7103 鹿児島県志布志市志布志町志布志 3222-1
法人の種別	社会福祉法人
代表者の氏名	会長 溝口 敏久
管理者の氏名	八代 政明
電話・FAX	099-472-1800 099-472-1593
指定年月日	訪問入浴介護 平成 30年 2月 15日
県指定番号	鹿児島県知事 4671700419号

※当法人では、次の事業もあわせて実施しています。

訪問介護事業	令和6年2月15日指定	鹿児島県 4671700401号
訪問型サービス（独自）	令和6年4月1日指定	鹿児島県 4671700401号
居宅介護支援事業	令和6年2月15日指定	鹿児島県 4671700393号
地域密着型通所介護	令和6年1月4日指定	鹿児島県 4671700070号
通所型サービス（独自）	令和6年4月1日指定	鹿児島県 4671700070号

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的 と運営方針	事業の目的 ◎当事業所は、看護師及び介護職員が、要介護状態にある高齢者等にその有する能力に応じて可能な限りその居宅において、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います。
	事業の方針 ◎当事業所の訪問入浴介護職員等は、要介護者の状態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、利用者の身体の清潔保持、心身の機能維持等が図られるよう援助を行います。 ◎当事業所は、事業の実施にあたり、関係市、市域の保健・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。

3. 事業所の職員体制

《指定訪問入浴介護事業所》

職 員	常勤	非常勤	備 考
管 理 者	1		兼 務
事 務 職 員	1		兼 務
訪問介護員			
看護師（准）		1以上	
訪問介護員	1以上	1以上	

4. 事業実施地域および営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 志布志市（近隣地域は相談に応じる）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時15分
サービス提供時間	月曜日から土曜日（午前9時から午後4時）
休日	12月29日から1月3日
※ ただし、営業日外にサービス提供の要請があった場合には、この限りでない。	

5. 利用料

事業の種類	利用料
訪問入浴介護	厚生労働大臣が定める基準額（別紙）

※別途、介護職員処遇改善加算が加算された額をいただきます。

6. 苦情申立先

- 当事業所が提供したサービスについて、苦情等がありましたらいつでもお申し立てください。

利用者相談窓口	ご利用時間	月曜日から金曜日（平日） 午前8時30分～午後5時15分
	ご利用方法	電話 472-1800 志布志市健康ふれあいプラザ（担当：管理者）
志布志市役所	ご利用時間	月曜日から金曜日（平日） 午前8時30分～午後5時15分
	ご利用方法	電話 474-1111 志布志市役所 介護保険係
鹿児島県国民健康 保険団体連合会	ご利用時間	月曜日から金曜日（平日） 午前8時30分～午後5時15分
	ご利用方法	電話 099-206-1084 県市町村自治会館内介護相談室
第三者委員会	西園 則子 099-472-1972（志布志町） 坂ノ上 きよ子 099-487-8353（松山町） 中村 睦子 099-475-2034（有明町）	

7. 緊急時の対応

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
又、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	

8. 事故発生時の対応

あなたに対する訪問入浴介護の提供により事故が発生した場合には、保険者（志布志市）、あなたの家族、あなたの利用している居宅介護支援事業所等に連絡するとともに

に、必要な処置を講じます。

あなたに対する訪問入浴介護の提供により事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うとともにその事故の原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

＜重要事項説明書付属文書＞

● 当事業所が、あなたに提供する訪問入浴介護サービスは、以下のとおりです。

1. 提供するサービス

次の訪問入浴介護サービスをサービススケジュール表並びに手順表に従って提供します。	
通常のサービス	体調不良時
<input type="checkbox"/> ①健康チェック (入浴前) <input type="checkbox"/> ②脱衣 <input type="checkbox"/> ③入浴介護 <input type="checkbox"/> ④洗髪介助 <input type="checkbox"/> ⑤着衣 <input type="checkbox"/> ⑥健康チェック (入浴後)	<input type="checkbox"/> ①健康チェック <input type="checkbox"/> ②部分浴 <input type="checkbox"/> ③清拭 <input type="checkbox"/> ④健康チェック
サービス提供の手順は、サービス手順表にて確認します。	

1 このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、予防になるよう、適切にサービスを提供します。

2 サービス実施にあたっては、居宅介護支援事業所その他保健福祉サービス又は福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、関係市町とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

3 サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがありましたら、いつでも担当職員へお聞きください。

4 サービスの提供に用いる設備、器具については、安全、衛生に留意します。特に利用者の身体に接触する設備、器具についてはサービス提供ごとに消毒した物を用います。

2. 担当職員

担当の訪問入浴介護職員	←	サービス提供者	ホームヘルパー	☆職員は、身分証明書を携帯しています。
看護職員				必要な場合はいつでも提示をお求めください。
介護職員				☆身体状況が安定し、主治医の確認をし、事前に連絡した上で、介護職員のみを派遣することがあります。
介護職員				

3. 担当職員の変更

1 あなたはいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、訪問入浴介護サービスの目的に反する等変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じま

す。

2 当事業所は、担当の介護職員の退職又はより良いサービス提供のために担当職員を変更する事があります。

4. 利用料金

介護保険から給付サービスを利用する場合の利用料金は、負担割合証に応じた額です。但し、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用料金は、全額自己負担となります。

1、訪問入浴介護サービスの場合（要介護1～要介護5の認定を受けた方）

	介護保険利用者の自己負担額(1割)
入浴	1,266円
清拭又は部分浴	1,139円
看取り連携体制加算	64円

※上記1のほか、介護職員処遇改善加算として、毎月算定される総単位の介護保険法に基づいての割合に応じた額をいただきます。

2、お支払いの方法

当事業所は、あなたにサービスを提供した月のサービス提供日、利用料の内容等を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して翌月に請求いたします。お支払いは請求月の20日（郵貯）、17日（K-NET）までにお支払いください。お支払いは、次のいずれかでお支払いください。

- ア 当事業所職員の訪問時の現金払い
- イ 口座引き落とし(郵貯、K-NET)

5. 保険給付請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでもお申し出ください。

6. サービス実施のための備品等、提供承諾

契約者は、サービス実施のために必要な備品等（水道、ガス、電気等を含む。）を無償で提供し、サービス提供職員が事業所に連絡する場合の電話等の使用を承諾するものとする。

7. その他

訪問する職員は、	医療行為を行うことはできません。
	原則として各種支払いや、金銭の管理を行うことができません。
	利用者のための介護なので、家族に対するサービスはできません。

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、重要事項説明書を受け取り、訪問入浴介護の提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名

印

利用者家族の住所

氏 名

印

当事業所は、サービス利用者に対する訪問入浴介護の提供開始にあたり、サービス利用者・署名代行者に対して重要事項説明書に基づいて重要事項の説明をし、重要事項説明書を交付しました。

サービス事業所 名称 社会福祉法人 志布志市社会福祉協議会
指定訪問入浴介護事業所

説明者職名 _____

氏 名 _____ ⑩

訪問入浴介護事業 個人情報使用同意書

管理者 八代 政明 様

私と貴事業所との間の介護保険法に基づく契約書に記載されている秘密保持に関し、貴事業所が私のよりよき介護のためのサービス担当者会議等において、私及び家族の個人情報を契約の有効期間中に用いることに同意します。

令和 年 月 日

(サービス利用者)

住 所

氏 名

⑩

(利用者の家族) 氏 名

⑩

本人との関係 ()