

「指定介護予防訪問入浴介護事業」重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定介護予防訪問入浴介護サービスの提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人丹波市社会福祉協議会
事務所の所在地	〒669-3309 丹波市柏原町柏原 2715
代表者（職名・氏名）	会長 中川 泰一
設立年月日	平成 16 年 11 月 1 日
電話番号	0 7 9 5 - 8 6 - 7 1 7 1
F A X 番号	0 7 9 5 - 8 6 - 7 2 1 1
ホームページ	https://www.tambawel.jp/

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	丹波市社会福祉協議会ホームヘルプセンター	
サービスの種類	指定介護予防訪問入浴介護	
事業所の所在地	〒669-3309 丹波市柏原町柏原 2715	
事業所の管理者	十倉 由美子（兼任）	
電話番号	0 7 9 5 - 7 2 - 1 1 2 5	
F A X 番号	0 7 9 5 - 7 0 - 1 7 3 9	
開設年月日・事業所番号	平成 16 年 11 月 1 日	2 8 7 1 3 0 0 7 3 3
通常の事業の実施地域	丹波市内	
損害賠償責任保険	社協の保険（株式会社福祉保険サービス）	
事業所が行っている他の業務	【兵庫県指定】 ・訪問介護（介護保険サービス） ・居宅介護（障害福祉サービス） ・同行援護（障害福祉サービス） 【丹波市指定】 ・訪問型現行相当サービス（介護予防・生活支援サービス） 【丹波市指定】 ・訪問型サービス A（介護予防・生活支援サービス）	

3. 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

要支援の状態にあるご契約者の生活の安定と自立のための支援並びにご家族の身体的・精神的な負担を軽減することを目的とします。

(2) 運営の方針

ご契約者が可能な限り居住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入浴の援助を行い、契約者の身体の清潔保持、心身機能の保持を行う。

4. 営業日及び営業時間

営業日・受付時間	月曜日～金曜日 (国民の祝日及び国民の休日、並びに12月30日から1月3日までを除く。ただし、国民の祝日及び国民の休日、日曜日を合わせて3日以上連続する場合は、日曜を除く3日以内を営業日とする。) 午前8時30分～午後5時15分まで
----------	--

5. 職員の体制

事業所では、ご契約者に対して指定訪問入浴サービスを提供する者として、以下の職種の職員を配置しています。

(1) 職員の配置状況

職種	員数	職務の内容
管理者 (指定訪問介護事業及び障害福祉サービス等と兼務)	1人 (常勤)	事業所と職員の管理及び事業の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行うとともに、事業の実施に関する法令等、遵守すべき事項について指揮命令を行う。
看護職員	1名以上	ご契約者の健康状態等の確認及び入浴サービスの提供を行う。
介護職員 (指定訪問介護事業及び障害福祉サービス等と兼務)	1名以上	入浴設備の運搬及び入浴サービスの提供を行う。

(2) 身分証明書の携行

ご契約者に介護予防訪問入浴介護サービスを提供する事業所の職員は、身分証明書を携行し、初回訪問時及びご契約者やご家族から求められた際は、いつでも提示をします。

6. 事業所が提供するサービス

事業所は、ご契約者のご家庭を訪問し、次の中から選択されたサービスを提供します。サービスを提供する職員は、看護職員1人と介護職員です。

サービス種類	サービス内容
健康チェック	入浴の前後に血圧・脈拍等の測定をします。
全身入浴	簡易浴槽にて入浴
洗髪	洗髪
清拭・部分浴	全身入浴が困難な場合に清拭・部分浴をします。

7. サービス利用料金表

(1) 料金表

項目	料金	自己負担額 (1割負担の場合)
基本利用料(1回につき)	9,000円	900円
介護職員3人でサービス提供した場合※1	8,570円	857円
訪問時のご契約者の心身状況等から全身入浴が困難な場合で、清拭・部分浴を実施した場合	8,140円	814円

※料金表の自己負担額は利用料負担割合1割の場合です。自己負担額は、介護保険負担割合証に応じた利用料をご負担いただきます。

※上記料金表はサービス提供体制強化加算(I)を含めた金額です。

※ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援の認定を受けたあと、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)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、お客様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。

※1「介護職員3人でサービス提供した場合」とは、入浴によってご契約者の身体の状態等に支障を生じるおそれがないと認められる場合に、主治の医師に確認した上で、看護職員に代わって介護職員がサービス提供を行った場合です。(通常のサービスは、看護職員1人と介護職員2人のサービス提供です。)

(2) 加算料金表

項目	内容	料金
サービス提供体制強化加算 (I)	介護福祉士の割合が 60%以上、または勤続 10 年以上の介護福祉士の割合が 25%以上配置している。	440 円/1 回
初回加算	初めてサービスをご利用いただく際に、利用に関する調整を行い、初回の訪問入浴介護サービスを提供した場合。	2,000 円/月額
介護職員の処遇改善加算 (III)	介護職員に対し賃金改善を行っていること等。	料金に 10.1% を乗じた額

※自己負担額は、介護保険負担割合証に応じ、料金に対する 1 割～3 割の金額になります。

(3) 料金の改定

「(1) 料金表」及び「(2) 加算料金表」の金額は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい料金を書面でお知らせします。

(4) その他料金

テープ代・・・1 回 100 円

(5) キャンセル料

ご契約者のご都合により、予約していたサービスの利用を中止する場合、キャンセル料を頂く場合があります。サービス利用中止のご連絡がない場合、予定されていたサービス提供分としての介護報酬額 1 割を請求します。

ただし、ご契約者の容態の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合、または、前日の午後 5 時 15 分までにご連絡がある場合、キャンセル料は請求しません。

(6) 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。(1 枚につき 20 円)

(7) 利用料金のお支払い方法

利用料金等は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金払い

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし (毎月 25 日)

ご利用できる金融機関：丹波ひかみ農業協同組合、または中兵庫信用金庫

8. サービス利用の手順

担当のケアマネジャーや地域包括支援センター等との連携のもと、ご契約者の申込みにより、被保険者証を確認させていただいた上で、契約を締結し、サービスを提供します。

9. サービス実施記録の確認

事業所は、サービス提供ごとに実施日時及び実施したサービス内容などを記録します。記録の閲覧を希望される場合はお申し出ください。なお、サービス提供ごとの記録は、サービス完結の日から5年間保存します。

10. サービスの利用に関する留意事項

- (1) ご契約者宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はご契約者の実費負担となります。
- (2) サービス提供にあたり必要となるご契約者宅で使用する電気、水道の費用は、ご契約者の負担となります。

11. 秘密の保持

事業所、職員及び法定研修等における実習生は、サービスの提供にあたって知り得たご契約者又はご家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても第三者には漏らしません。事業所がご契約者へのサービスを円滑かつ一体的に実施するため、サービス担当者会議等において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

12. サービス利用に関する禁止事項（契約の解除）

ご契約者、ご家族、関係者等において、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

- (1) 職員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為
- (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音したものを無断で SNS などに掲載すること

13. 緊急時における対応方法

サービス提供中に、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご契約者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

14. 損害賠償（事故発生時の対応）

事業所の責任において、ご契約者の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業所はその損害を賠償いたします。

ただし、その損害について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

15. 虐待の防止について

事業所は、ご契約者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次の必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者は、管理者とします。
- (2) 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し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (5) サービス提供中に、事業所の職員又は養護者（現に養護しているご家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご契約者を発見した場合は、高齢者虐待防止法に基づき、「11. 秘密の保持」に記載の内容にかかわらず、これを市に通報します。

16. 身体的拘束等について

事業所は、原則としてご契約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、ご契約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、ご契約者またはご家族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、ご契約者の心身の状況、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記録し、5年間保存します。また、身体的拘束等をなくしていくための取り組みとして、身体拘束適正化委員会を定期的に開催します。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、ご契約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……ご契約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。

17. 業務継続計画の策定について

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ています。

- (1) 感染症及び災害に係る研修を定期的(年1回以上)に行います。
- (2) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。
- (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。

18. 衛生管理等

事業所は、事業所において感染症の発生の防止、又はまん延しないように次の必要な措置を講じます。

- (1) 感染症のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。
- (4) 職員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。

19. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合は、ご契約者に説明の上、変更内容を記載した別紙を作成して同意を得るものとします。

20. 相談（苦情を含む）の受付について

(1) 相談の受付

事業所に対する苦情を含むご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

受付窓口

事業所	[管理者] 十倉 由美子
所在地	丹波市柏原町柏原 2715
電話番号	0795-72-1125
F A X	0795-70-1739
受付時間	月曜日～金曜日（祝日及び12月29日から1月3日を除く） 8時30分～17時15分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

(1) 以外にも以下の期間で相談（苦情）の受付が可能です。

丹波市役所介護保険課	所在地 兵庫県丹波市氷上町常楽 211 電話番号 0795-88-5266 F A X 0795-88-5283
兵庫県丹波県民局	所在地 兵庫県丹波市柏原町柏原 688 電話番号 0795-72-0500
兵庫県国民健康保険団体 連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9-1-1801号 電話番号 078-332-5617 F A X 078-332-5650 受付時間 8:45～17:15 月～金曜日（祝日除く）
兵庫県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 兵庫県神戸市中央区坂口通2丁目1-1 電話番号 078-242-6868 F A X 078-271-1709 受付時間 10:00～16:00 月～金曜日（祝日除く）

指定介護予防訪問入浴サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日時：令和 年 月 日（午前・午後 時 分～ 時 分）
説明場所：利用者ご自宅・事業所事務所・その他（ ）

丹波市社会福祉協議会 ホームヘルプセンター

説明者 氏名 印

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受け、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

（本人との続柄： ）