

指定訪問入浴介護・指定介護予防訪問入浴介護
ぷらす+

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定訪問入浴介護・指定介護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とおり説明します。

※ 当事業所の利用は、要介護又は 要支援状態にある 高齢者に対し、適正な訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護を提供することを目的とします。

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	訪問入浴介護 ぷらす+
所在地	北海道勇払郡むかわ町駒場105番地
連絡先	080-6675-9593
管理者名	野宮 誠
サービス種類	指定訪問入浴介護・指定介護予防訪問入浴介護
介護保険指定番号	0173600198号
サービス提供地域	通常の事業の実施地域は、鶴川慶寿苑よりおおよそ半径2.5km圏内 むかわ町（穂別本町まで）、厚真町（本郷、朝日まで）、苫小牧市（苫 小牧駅より東側まで）、平取町（二風谷まで）、日高町（門別本町ま で）の区域とする。

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ただし、1/1～1/3を除く
受付時間	午前8:30～午後5:30
サービス提供時間	午前9:00～午後5:00
定休日	土、日曜日

(3) 職員体制

	資格	専従	兼務	計
管理者	介護福祉士	名	1名	1名
看護職員	正看(2)、准看(1)	名	3名	3名
介護職員	介護福祉士(2)	1名	2名	3名

【 事業内容 】

指定訪問入浴介護・指定介護予防訪問入浴介護

2 事業の目的・運営方針

(1) 目的

社会福祉法人鶴川慶寿会が設置するぷらす+（以下「事業所」という。）において実施する指定訪問入浴介護〔指定介護予防訪問入浴介護〕事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定訪問入浴

介護〔指定介護予防訪問入浴介護〕の円滑な運営管理を図るとともに、ご利用者の意思及び人格を尊重し、要介護状態（介護予防においては要支援状態）のご利用者の立場に立った適切な指定訪問入浴介護〔指定介護予防訪問入浴介護〕の提供を確保することを目的とします。

(2) 運営方針

指定訪問入浴介護においては、要介護状態の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配慮して、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の保持、心身機能の維持等を図ります。

指定介護予防訪問入浴介護においては、要支援状態のご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、居宅における入浴の支援を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持回復を図り、もってご利用者の生活機能の維持又は向上を図ります。

(3) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、ご利用者様およびそのご家族にとどまらず、求めがあれば全ての方が閲覧することができます。

3 当事業所の連絡窓口（相談・キャンセル連絡など）

TEL :

担当者： 小原 由貴子

受付時間：午前8：30～午後5：30

4 サービス内容

浴槽・その他入浴に必要な設備を持参のうえ、ご利用者様の自宅に出向き、全身入浴の介助を行います。ただし、ご利用者様の心身状況によっては、清拭・部分浴の介助になる場合もあります。

5 利用料金

(1) 利用料金

介護保険の給付を利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割をご利用者様にお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービスの利用料金については、全額自己負担となります。

① 基本料金

要介護 1～5	看護職員 1 名 + 介護職員 2 名の場合	介護職員 3 名の場合
全身入浴	1, 266 円 (×90/100)	1, 203 円 (×95/100)
清拭・部分浴	1, 139 円 (×90/100)	1, 083 円 (×90/100)
要支援 1～2	看護職員 1 名 + 介護職員 1 名	介護職員 2 名の場合
全身入浴	856 円 (×90/100)	813 円 (×95/100)
清拭・部分浴	770 円 (×90/100)	732 円 (×90/100)

② サービスの加算料金

訪問入浴サービス提供加算	自己負担額	加算及び算定の内容
認知症専門ケア加算 (I)	3 円/1 日	認知症介護実践リーダー研修等修了者を 1 名以上配置
サービス提供体制強化加算 (I)	44 円/1 日	介護福祉士が 60%以上、または勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上
介護職員処遇改善加算 (I)	1 月の利用総合計の 10%	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届出た指定訪問入浴介護（指定介護予防訪問入浴介護）事業所が、利用者に対し、指定訪問入浴介護（指定介護予防訪問入浴介護）を行った場合。
特別地域訪問入浴介護加算	1 月の利用総合計の 15%	厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問入浴介護（指定介護予防訪問入浴介護）事業所の訪問入浴介護従事者が指定訪問入浴介護（指定介護予防訪問入浴介護）を行った場合
初回加算	200 円	初回時のみ
看取り連携体制加算	64 円	死亡日及び死亡日以前 30 日以下に限り 1 回につき

上記の自己負担合計額に個々の状況、体制に応じた加算が適用される場合があります。

(2) キャンセル料

① ご利用日の前営業日までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日までにご連絡がなかった場合	3, 000 円

※利用予定日の当日にキャンセルをした場合は、キャンセル料をいただきます。ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

(3) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

複写物	1枚につき	10円
		円

(4) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

交通費	町外を超える地点から1回500円
-----	------------------

(5) その他

ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

(6) 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月末日までに請求しますので、翌月の末日までにあらかじめ指定された方法でお支払いください。※振り込みの場合、振込手数料はご利用者様の負担となります。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

「訪問入浴介護計画」作成と同時に契約を結んだ後、サービスの提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに、文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日1ヶ月前までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します。）

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・ご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- ・ご利用者様が亡くなられた場合

④ 契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様またはそのご家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。
- ・ご利用者様またはそのご家族が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

(3) その他

- ① 交通事情などにより、訪問時間が多少前後することがございます。予めご了承ください。
- ② ご利用者様またはそのご家族が、当事業所の派遣するサービス従事者の交代を希望する場合は、理由を明らかにした上で、事業所に対して、サービス従事者の交代を要望することができます。

(4) ご利用者又はご家族は、体調の変化があった際には事業所にご一報ください。

(5) 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、必要な措置を迅速に講じます。

7 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		

8 個人情報の取り扱いについて

事業者が得たご利用者又はご家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供についてはご利用者又はご家族よりあらかじめ書面にて同意を得ます。

9 損害賠償について

事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、おかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

10 身体拘束の禁止について

事業所は、当該利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。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、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

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

11 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

(1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(2) 虐待防止のための指針の整備

(3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施

(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（ご利用者のご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ご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。

12 感染症について

事業所は、従業者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、指定訪問入浴介護〔指定介護予防訪問入浴介護〕に用いる浴槽その他の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

(3) 事業所において、従業者に対し、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。

1.3 業務継続計画について

感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対しサービスの提供を継続的に実施するための計画を策定し、非常時の体制で一時中断することがあっても早期の業務再開を図るため、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

(1) 職員に対し、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ています。

(2) 本事業所は、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っています。

1.4 苦情の受付について

・ 苦情解決責任者

・ 苦情受付窓口（担当者）

[職名] 管理者 野宮 誠

小原 由貴子

(1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
上記の他、関係機関の相談・苦情窓口行政機関その他苦情受付期間

むかわ町健康福祉課保健介護グループ 電話番号 0145 - 42 - 2411

北海道国民健康保険団体連合会 電話番号 011 - 231 - 5161 内線 6111

北海道社会福祉協議会 電話番号 011 - 241 - 3976

北海道福祉サービス運営適正化委員会 電話番号 011 - 201 - 6310

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

① 苦情等があった場合は、直ちに管理者がご利用者に連絡を取り、ご利用者宅に直接訪問等の措置を行い、詳しく苦情等の内容を確認するとともに、担当者からも事情を確認し、迅速な対応を行います。

② 管理者は、担当者及び他の従業者を加え、苦情処理に向けた事例検討を行ない、以後の苦情処理対策強化への対応を図ります。

③ 苦情等の結果を基に処理結果をまとめ、管理者は早期に具体的な対応を指示し解決に向けることとします。

【事業者】 住所 北海道勇払郡むかわ町駒場105番地
事業所名 社会福祉法人 鶴川慶寿会
代表者名 理事長 加藤 務

【事業所】

住 所： 北海道勇払郡むかわ町駒場105番地
事業所名： 訪問入浴介護 ふらす+
(指定番号 0173600198号)

担当者 小原由貴子 より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住 所 _____

氏 名 _____

【代理人】住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)

署名代行理由：