

訪問入浴介護 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な訪問入浴介護を提供することを目的とし、安全・快適な心身共に温まる訪問入浴を提供します。

また関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業所の内容

(1) 事業所の従業者体制

管理者	業務の一元的な管理
看護師又は准看護師	心身の健康管理、処置、生活相談・指導
介護職員	介護業務

(2) 設備の概要

- ・移動訪問入浴車

(3) 営業日および営業時間

- ・営業日 月～金
(12月29日～1月3日は休業となります。)
- ・営業時間 8時30分～17時30分

3. 訪問入浴介護の内容

- (1) 病状・障害の観察
- (2) 入浴（洗髪含む）・清拭による清潔の保持、オムツ交換、更衣
- (3) 創部の処置等
- (4) 療養生活の相談・指導

4. 利用料金

介護保険法により定めた額とします。

介護報酬告示額

- (1) 1回（訪問入浴）：1割負担の方 1,266円 2割負担の方 2,532円
3割負担の方 3,798円

※利用者の健康状態により、清拭を行う場合：入浴利用料金の90%を徴します。

- (2) 加算料金（訪問入浴料金に下記が加算されます。）

※初回加算（利用開始初月のみ）	200円
※サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	36円
※特別地域加算	15%
※介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	10.0%

保険以外の利用料金

(1) 交通費

孺恋村を越えて行う場合

実施地域を越えた地点から起算して片道1kmあたり40円徴収します。

(2) 利用者の選定により、特別な浴槽水及び入浴剤等を利用して行う訪問入浴介護を提供とした費用として、その実費を徴収します。

5. 利用の中止について

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になり利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者の体調不良等やむをえない場合キャンセル料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額
利用予定日の当日中止の申し出がなかった場合	全額いただきます

6. 訪問入浴介護利用にあたっての留意事項

- ・利用者・ご家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ・従業員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

7. 緊急時の対応

訪問入浴介護を実施中に、利用者様の病状に急変・その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

訪問入浴介護を実施中に、事故が発生した場合には、ご家族、市町村、居宅介護支援事業所への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故の対応（処置等）について記録の充実を図ります。

9. 損害賠償

事業者はサービスの提供にあたり、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を保険の範囲内において賠償します。

10. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業員は、業務上知り得た利用者様又はご家族の秘密を保持します。

11. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護の為業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

13. 虐待の防止

サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

14. この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

嬭恋村社会福祉協議会	電話 0 2 7 9 - 9 6 - 1 6 1 1 担当者 横沢 征 (受付時間 月～金曜日 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0)
------------	--

行政機関その他苦情受付機関

嬭恋村役場健康福祉課	電話 0 2 7 9 - 9 6 - 0 5 1 2 住所：大前 1 1 0 (受付時間 月～金曜日 8 : 3 0 ～ 1 7 : 1 5)
群馬県国民健康保険団体連合会	電話 0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3 (苦情相談専用) 住所：前橋市元総社町 3 3 5 - 8 受付時間 月～金曜日 9 : 0 0 ～ 1 7 : 0 0)

※指定訪問入浴介護サービスの開始に当たり、ご利用者・ご家族に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

＜事業者＞ 社会福祉法人 嬭恋村社会福祉協議会
会長 干川 博志

＜説明者＞ 氏名 印

同意書

私は、本書面により、事業所から訪問入浴介護サービスについて重要事項説明を受け内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 嬭恋村大字田代 4 6 番地の 3
氏名 印

ご家族 住所 嬭恋村
(または代理人)
氏名 印

(本人との関係)