

# 重要事項説明書

(訪問入浴)

訪問入浴介護事業所

訪問入浴 ひまわり園

あなたに、訪問入浴介護サービスを提供するに際し、事業者として、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）第54条で準用する第8条の規定に基づき、サービス等の内容及び手続きの説明・同意に関する重要事項を次のとおり説明します。

## 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により要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

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. 事業者の内容

### (1) 事業者・ご利用の事業所及び提供できるサービスの地域

事業者の名称	中江報徳園
事業者の所在地	鹿児島市犬迫町5407番地2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	長友 医継
電話番号	099-238-2140

事業所名	訪問入浴 ひまわり園
指定番号	鹿児島県 No4670100611
指定年月日	平成11年11月30日
所在地	鹿児島市犬迫町5407番地2
管理者の氏名	池田 喜代子
電話番号	099-238-2140
FAX番号	099-238-0084
サービスを提供する地域	鹿児島市一円並びに日置市伊集院町の地域

### (2) 事業所の従事者体制

	業務の内容	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名（兼務）
看護職員	訪問入浴介護の提供	1名以上
介護職員	訪問入浴介護の提供	2名以上

\*看護職員、介護職員のうち1名以上は常勤

#### ○ 事業所の従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（看護職による看護処置、バイタルチェック等を除く）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

#### ○ 身分証携行義務

看護・介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します

### (3) 営業時間 8:30～17:30

営業日 月曜日から土曜日

ただし原則として、日曜日および12月31日から1月3日までを除く。

### 3. サービスの内容

利用者の居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行います。

#### (1) 居宅介護支援事業所との連携

居宅サービス計画（ケアプラン）に基づいた時間に適切にサービスを提供します。

- ① 訪問入浴介護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

#### (2) 心身の状況の把握

居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

#### (3) 排泄

随時、排泄介助いたします。（オムツ利用の方は、オムツをご用意ください。）

#### (4) 記録

事業者は、サービスの提供記録を、居宅サービス計画におけるサービス提供の完了の日から5年間保管し、利用者の書面による求めに応じて閲覧、又は複写物を交付します。

### 4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該訪問入浴介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

下記は、原則として1割負担で表記してありますが、各個人の介護保険負担割合証に記載されている通りとなります。

#### 介護報酬告示額

訪問入浴介護費	単位数	利用者負担金額
入浴介護	1,260/回	1,260円/回
清拭・部分浴	1,134/回	1,134円/回
介護職員3人によるサービス提供の場合	1,197/回	1,197円/回

#### 加算料金等

初回加算	200/回	200円/回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	44/回	44円/回
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3/日	3円/日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	サービス合計単位×0.058	（少数点は四捨五入）
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	サービス合計単位×0.021	（少数点は四捨五入）
介護職員等ベースアップ等支援加算	サービス合計単位×0.011	（少数点は四捨五入）

※尚、対象とならない加算もあります。

#### その他の費用

##### 交通費

その他、実施区域以外でサービスを提供した場合は、交通費として、次の額を申し受けます。

- (1) 通常の事業の実施区域を超えた地点から、片道おおむね20Km未満  
1回につき500円
- (2) 通常の事業の実施区域を超えた地点から、片道おおむね20Km以上  
1回につき1,000円

1回当たりの利用料金(目安) 円

## 5. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 利用者又はその家族は、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。
- ② 事業所では、原則として利用者宅の鍵のお預かりはいたしません。鍵の取り扱いについては、利用者又はその家族とご相談させていただきます。

## 6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置について、あらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、従事者等の訓練を行います。

## 7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 8. 守秘義務に関する対策

事業者及び従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

## 9. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

## 10. 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。

ただし、緊急やむを得ない理由により身体拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、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について記録します。

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。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用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に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用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った場合は、直ちに身体拘束を解きます。

## 11. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、個別支援計画の作成と適切な支援の実施、職員の研修の実施、苦情体制の整備、従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

また、事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員又は養護者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。

成年後見制度の利用を支援します。

責任者の職・氏名 管理者 池田 喜代子



16. 衛生管理等

① 衛生管理について

使用する物品、その他の設備について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

② 感染症予防及びまん延防止について

ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。従業者への衛生管理に関する研修を年2回行っています。

在宅サービスのため、経路不明による感染源等の影響を受ける可能性があることをご承知おき下さい。利用中もしくは利用予定前に、本人・ご家族様の体調によっては、利用を中断する場合がございます。

③ 他関係機関との連携について

感染症が発生し又は蔓延しないように、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医(かかりつけ医)や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

また、利用者の急変時、救急車を要請し、当法人の職員が同乗して救急搬送した場合、当該職員が当園へ帰園するための交通費(実費)をご負担いただきます。

かかりつけ医	医療機関名 :
	主治医 :
	連絡先 :

私は、本書面に基づいて事業所の職員(職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_)から、上記事項について説明を受け、これに同意し、本書面を1部受け取りました。

年 月 日

〈利用者〉

住 所

氏 名

〈利用者代理人(選任した場合)〉

住 所

氏 名 (続柄 \_\_\_\_\_)

〈家族代表〉

住 所

氏 名 (続柄 \_\_\_\_\_)