

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(訪問入浴介護)

利用者： _____ 様

事業者： 訪問入浴 音生人（おいたち）

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

| | |
|----------|-----------------------|
| 事業所名 | 株式会社 emi-go |
| 所在地 | 岐阜県中津川市駒場 1517 番地の 13 |
| 連絡先 | 0573-66-5525 |
| 管理者名 | 竹中 豊 |
| サービス種類 | 訪問入浴介護 |
| 介護保険指定番号 | 2171501113 号 |
| サービス提供地域 | (岐阜県) 中津川市全域、恵那市一部 |

※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 ~ 土曜日 |
| 営業時間 | 午前 8 : 30 ~ 午後 17 : 30 |
| 定休日 | 日曜日 年末年始 |

(3) 職員体制

| | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|------|-----------|---------|---------|----|
| 管理者 | 介護福祉士 | 1名 (兼務) | 名 | 1名 |
| 看護職員 | 正看護師 准看護師 | 1名 (兼務) | 2名 (兼務) | 3名 |
| 介護職員 | | 1名 | 3名 (兼務) | 4名 |

2 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要介護状態と認定されたご利用者様に対し、訪問入浴介護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより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にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問入浴介護のサービスを提供します。訪問入浴介護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重し、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問入浴介護のサービス提供に努めます。

3 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0573-66-5525

担 当 部 署 : 訪問入浴介護

担 当 者 : 竹中 豊

受 付 時 間 : 午前 8 : 30～午後 17 : 30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております

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）の負担割合証に応じた額を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

| サービス内容 | 訪問入浴介護 1 回につき | 予防訪問入浴介護 1 回につき |
|--------|---------------|-----------------|
| 全身入浴 | 1,266 単位 | 856 単位 |
| 清拭・部分浴 | 1,139 単位 | 770 単位 |

利用者負担額は介護保険負担割合証通りとする

② サービスの加算料金

| 初回加算 | 新規 初回時 / 200 単位 |
|------------|--|
| 介護職員処遇改善加算 | 介護保険に基づく利用料自己負担額に国で定めた料率を課した金額。 |
| 看取り連携体制加算 | 加算算定要件に記す利用者基準に該当する方を対象とし 64 単位/回 ※死亡日及び死亡日以前 30 日以下に限る 利用が終了した月に算定しますが、前月分の加算に係る一部負担の請求を行う場合があります。 |

(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 |
| 現地にて体調不良になった場合もキャンセル料は無料となります。キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。 | |

(3) 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。

(4) 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 15 日までに請求しますので、27 日までにあらかじめ指定された方法でお支払ください。※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、終了日の 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
※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ 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3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10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。

(4) 事故発生時の対応

- ① サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。
- ② サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うものとする。ただし事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

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、ご利用者様の状況に急変が生じた場合は、速やかに家族または主治医等に連絡を取る等の措置を講じます。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 長谷川 浩也 |
|-------------|------------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 介護相談員を受入れます。
- (6) 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。

9 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ・ 無

| | |
|---------|--|
| 直近の実施日 | |
| 評価機関名称 | |
| 評価結果の開示 | |

10 サービス提供に関する相談、苦情について

提供した訪問入浴介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

苦情申立の窓口

(1) 事業者の窓口

所在地 岐阜県中津川市駒場 1517-13

常設窓口 電話 0573-66-5525 FAX 0573-66-5526

受付時間 8:30 ~ 17:30 (月~金)

担当者 竹中 豊

(2) 市町村（保険者）の窓口

中津川市健康福祉部 介護保険室

所在地 岐阜県中津川市かやの木 2 番 5 号 健康福祉会館内

電話 0573-66-1111 FAX 0573-62-0058

(3) 公的団体の窓口

岐阜県国民保険団体連合会 介護保険課

所在地 岐阜市下奈良 2 丁目 2 番 1 号 岐阜県福祉農業会館内

電話 058-275-9825

11 身分証携行義務

訪問入浴サービス従事者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者また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。

【 会社の概要 】

【事業者】

住 所： 岐阜県中津川市駒場 1517 番地 13

社 名： 株式会社 emi-go

代表者： 代表取締役 竹中 豊 印

【事業所】

住 所： 岐阜県中津川市駒場 1517 番地 13

事業所名：訪問入浴 音生人（ 指定番号 2171501113 ）

担当者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 岐阜県

氏 名 _____

【代理人】 住 所 _____

氏 名 _____