

指定介護予防訪問入浴介護事業所
グリーンケア 訪問入浴サービス
重要事項説明書

< 令和6年6月1日 現在 >

1. 事業目的

介護保険法の理念に基づき、要支援状態となったご利用者様に対して、適正な介護予防訪問入浴介護を提供することを目的とします。

2. 運営方針

要支援状態となった場合においても、ご利用者様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援助を行う事によってご利用者様の身体の清潔保持、心身機能の維持を図ることを目指します。

3. グリーンケア訪問入浴サービスの概要

(1) 提供できるサービスの種類

①全身浴

②清拭・部分浴

②については、訪問時のご利用者様の心身の状況から、全身入浴が困難な場合、ご利用者様の希望により行います。

(2) サービス地域

会津美里町、会津坂下町、会津若松市

(3) 営業日及び営業時間

水曜日、金曜日です。ただし、12月31日から1月3日は休みです。

営業時間は午前8時30分から午後5時30分です。

営業日以外及び営業時間外でのご要望については別途御相談させていただきます。

(4) 事業所の職員体制

職 種	資 格	員 数
管理者	介護福祉士	1名
看護職員	看護師、准看護師	1名以上
介護職員	介護福祉士、他	1名以上

(5) 職務内容

管理者・・・事業所の職員の管理及び入浴申込に係る調整、業務の管理を行います。

看護職員・・・バイタルチェックを行い、入浴の可否を判断し、ご利用者様の様態の急変に備えます。

介護職員・・・入浴の介助を行います。

4. 利用料金

(1) 利用料 別紙 利用料金表参照

(2) 支払方法

○毎月10日までに、前月分の請求書を発行します。

○お支払いは、原則として預金口座自動引落しでお願い致します(引き落とし日は毎月25日となり、その日が営業休止日の時には翌営業日となります)。但し、預金口座自動引落しができない場合は契約時にご相談ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

○事業所の職員は金銭のお預かりは致しませんのでご了承ください。現金・貴金属類は、ご利用者様の自己責任のもとで管理し、紛失に際して当事業所は一切の賠償に応じ兼ねますのでご注意ください。

○ご利用者様が介護認定を受けていない場合

①サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援認定を受けたあと、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

償還払いとなる場合、ご利用者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。

②認定が「自立」の場合は、全額自己負担になります。

○介護保険料を滞納されている場合

介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接、事業者を支払われない場合、1回ごとに上記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、各市町村介護保険係の窓口に出しますと、自己負担金を控除した金額が払戻されます。

○保険外で訪問入浴サービスを利用された場合、実費にて介護費用の10割を請求させていただきます。

(3) その他

訪問時に使用する、水道、ガス、電気等の費用はご利用者様負担になります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当事業所と契約締結後、介護予防訪問入浴サービス計画を作成しサービスの提供を開始します。

*居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に、介護支援専門員にご相談ください。

(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

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護区分が要介護もしくは非該当（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キャンセルについて

ご利用者様等の都合により、サービス提供をキャンセルする場合は、サービス提供予定日の前日午後5:30までに、ご連絡下さい。

⑤その他

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、ご利用者様やご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当法人が破産した場合、ご利用者様は、文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡いたします。

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速やかに、ご利用者様のご家族及び保険者、並びに地域包括支援センターへ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。なお、事故発生にかかわる対応の流れにつきましては、別紙参照願います。又当該事故がその提供により賠償すべき事故である場合、速やかに損害賠償を行います。

8. 個人情報の保護

(1) 当事業所は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。

(2) 当事業所が得たご利用者様の個人情報については、介護サービス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必要に応じてご利用者様又はその代理人の了解を得るものとします。

※当事業所における個人情報の取り扱い（個人情報に関する基本方針）は、当事業所のホームページで公表しています。

9. 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

- (2) 職員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3) 介護相談員を受入れます。
- (4) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（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。

10. 衛生管理等

事業所の職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、指定介護予防訪問入浴介護の用に供する浴槽その他の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

11. サービス提供記録の開示

- (1) ご利用者様から書面又は口頭により、サービス提供記録の開示の申し出があったときは、身分証等によりご本人であることを確認の上、開示いたします。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことがございます。
 - ①本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
 - ②本団体の事業の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
 - ③他の法令に違反することとなる場合
- (2) 開示は、書面により行うものとします。ただし、開示の申し出をした者の同意があるときは、書面以外の方法により開示をすることができます。
- (3) サービス提供記録の開示又は不開示の決定の通知は、本人に対し書面により遅滞なく行うものとします。

12. 要望及び苦情等の相談

- (1) ご利用者様からの要望・苦情の窓口は、苦情相談担当者が承らせていただきますので、お気軽にご相談下さい。

受付窓口担当者	管理者
受付時間	水曜日、金曜日 午前8時30分～午後5時30分
電話番号	0242-54-2300
苦情解決責任者	管理者
- (2) 当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることもできます。
 - *第三者委員 橋本 由起子 ・ 星 次
 - *会津美里町 健康ふくし課 0242-55-1145
 - *福島県運営適正化委員会 024-523-2943
- (3) 当事業所では、第三者評価の実施はありません。
但し、湖山医療福祉グループとしてサービス改善評価を実施しています。

13. 賠償責任について

- (1) 介護保険サービスの提供に伴って、当事業所の責に帰すべき事由によって、ご利用様が損害を被った場合、当事業所はご利用者様に対して損害を賠償するものとする。
- (2) ご利用者様の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、ご利用様は当事業所に対して、その損害を賠償するものとします。

14. 身分証携行義務

看護職員、介護職員等は、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。

年 月 日

介護予防訪問入浴介護サービスの提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面について重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 福島県大沼郡会津美里町荻窪字上野185番地
名称 医療法人社団 平成会
グリーンケア 訪問入浴サービス
介護保険事業所番号 0772700282号

説明者 氏名 印

私は本書面により事業者から介護予防訪問入浴サービスについての重要事項について、説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

ご利用者 住所

氏名 印

ご家族（代理人）住所

氏名 印