

障害福祉サービス

地域生活支援事業 「障害者訪問入浴介護」

重要事項説明書

ふりがな ご利用者氏名			
住 所	飛 騨 市		
電話番号		携帯電話	
緊急連絡名①		続柄①	
緊急連絡先住所①			
電話番号①		携帯電話①	
緊急連絡名②		続柄②	
緊急連絡先住所②			
電話番号②		携帯電話②	
医療機関名		主治医名	
医療機関住所		連絡先	

当事業所は障害者自立支援法に基づく地域生活支援事業の中の障害者訪問入浴介護事業を行うものとして指定を受けています。当事業所の概要や提供するサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人 吉城福祉会
(2) 事業所在地 岐阜県飛騨市古川町若宮二丁目1番60号
(3) 電話番号 0577-73-7715
(4) 代表者氏名 理事長 橋本 正 人

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 障害者訪問入浴介護サービス事業所
- (2) 事業所の目的 障害者訪問入浴介護サービスは、障害者自立支援法令に従うと共に飛騨市との契約を重んじ、ご契約者（利用者）が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限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として、サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 吉城訪問入浴介護やすらぎ
- (4) 事業所の所在地 飛騨市古川町若宮二丁目1番60号
- (5) 電話番号 0577-73-7715
FAX番号 0577-73-7133
- (6) 事業所長（管理者）氏名 泉原 美由紀
- (7) 当事業所の運営方針 1. 当事業所の従業員は、障害者等の心身の特性を踏まえて、可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、または、清拭・部分浴等の介助を行うことにより、利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るための援助を行う。
2. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス、地域包括支援センターとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月 (介護保険) 平成15年11月1日
(飛騨市指定) 平成18年10月1日
(基準該当指定) 平成28年 4月1日
- (9) 通常の事業の実施地域 飛騨市
- (10) 営業日及び受付時間、営業時間

営業日	月曜日～金曜日の内3日以内 (但し、祝祭日及び12月31日～1月3日を除く)
受付時間	月曜日～金曜日 8時00分～17時00分
営業時間	月曜日～金曜日の内3日以内 8時00分～17時00分

(上記営業時間・営業時間外でも別途対応可能としています。)

3. 職員の体制及び職務内容

当事業所では、ご契約者に対して**障害者**訪問入浴介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤 (専任・兼務)	非常勤 (専任・兼務)	訪問入浴 介護従業者	指定基準	職務の内容
1. 事業所長	1 (常勤・非常勤問わず)			1	管理
2. 看護職員		1	1	1	看護
3. 介護職員		5	2	* 基準該当の場合 看護職員1名以上 介護職員2名以上 基準該当であること から、訪問入浴 介護従業者非常勤 職員で良い	介護
(1) 介護福祉士		4			
(2) ヘルパー1級					
(3) 介護職員初任者研修 修了者(ヘルパー2級)		1			
(4) ヘルパー3級					

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

(例) 週8時間勤務の訪問介護員が5名いる場合、常勤換算では、
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

- (1) 管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとし、その業務に支障のない限りにおいて他の業務と兼務することができる。
- (2) 看護職員は、主治医及び協力医療機関と連携し、ご利用者の身体情報を収集把握し、ご利用者の健康状態の観察及び看護業務を行う。
- (3) 介護職員は、ご利用者の訪問入浴介護全般にわたる入浴介護業務を行う。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が自立支援給付から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

<自立支援給付の対象となるサービス>

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が自立支援給付から給付されます。

<サービスの概要>

○入浴 入浴・清拭・部分浴

- (1) ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画がある場合には、それを踏まえた訪問入浴介護計画に定められます。
- (2) 訪問入浴介護では、看護職員1名、介護職員2名を基本として配置しますが、主治医の意見により、介護職員3名の配置にすることも可能とします。

<サービス利用料金>

障害者訪問入浴介護サービスについての料金は別紙①次の通りです。給付費額を除いた金額（1割の自己負担額）をお支払い下さい。

<給付対象とならないサービス>

自立支援給付の対象となるサービスにおいて、居宅サービス計画に基づき、給付限度額を超えてご利用された場合、超えた部分について利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<その他>

- (1) 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明します。
- (2) 市独自の減免制度及び社会福祉法人等負担減額対象の方については、資格証を提示していただくことによって、記載された内容及び割合に応じて減額をさせていただきます。
- (3) 事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能
 - ① ご契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、ご契約者に対して当該サービスを提供すべき義務を負いません。
 - ② 前項の場合に、事業者は、ご契約者に対して、既に実施したサービスについては所定のサービス利用料金の支払いを請求できるものとします。

5. 交通費

通常の事業実施地域、事業実施地域以外の地区に関わらず無料とします。

6. 利用料金（自己負担額）のお支払い方法

- (1) 受給者証に記載された各支払いの所得区分に応じた限度額までの支払いを基本としますが、それを超えた場合には、実費負担していただきます。
- (2) 利用料の支払いにあたっては、一ヶ月ごと定められた方法を用

いて定められた期間内に収めていただきます。利用料金・費用は、1カ月ごとに計算し、請求書を送付致しますので、翌月末日までにお支払い下さい。(1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

7. 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問入浴介護サービスの利用を中止又は 変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

(2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消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、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

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	当日の利用料の10% (自己負担相当額)

(3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問入浴員の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

(4) 「受給者証の確認」として、住所・ご利用者負担上限月額・支給量等に変更が生じ、受給者証の記載内容に変更があった場合は、速やかに本事業所従事者にお知らせ下さい。また、本事業所従事者より受給者証の確認をさせていただく場合には、ご提示下さいますようお願いいたします。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービスの提供を行う訪問入浴員

サービス提供時に、担当の訪問入浴員を決定します。但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問入浴員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問入浴員の交替

① ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問入浴員の交替を希望する場合には、当該訪問入浴員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問入浴員の交替を申し出ることができます。但し、ご契約者から特定の訪問入浴員の指名はできません。

② 事業者からの訪問入浴員の交替

事業者の都合により、訪問入浴員を交替することがあります。訪問入浴員を交替する場合はご契約者及びそのご家族に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

ご契約者は「4. 当事業者が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者へ依頼することはできません。

②訪問入浴サービスの実施に関する指令・命令

訪問入浴介護サービスの実施に関する指令・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問入浴介護サービスの実施にあたってご契約者の事情・意向等に十分配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問入浴介護サービスの実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は、無償で使用させていただきます。訪問入浴員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更（契約書第9条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合に、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問入浴員の禁止行為

訪問入浴員は、ご契約者に対する訪問入浴介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 契約者もしくはそのご家族等からの品物等の授受
- ② 飲酒及びご契約者もしくはそのご家族等の同意なしに行う喫煙
- ③ ご契約者もしくはそのご家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ④ その他ご契約者もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

9. 事故発生や緊急時における対応方法

(1) 訪問入浴員は、訪問入浴介護を実施中にご利用者の状態が急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡するなどの処置を講ずるとともに、ご家族にもご連絡します。（※吉城福祉会緊急時対応マニュアルにて対応）

そのため、初回アセスメント時に、緊急連絡先等について確認させていただきますが、変更が生じた時には、遅滞無くお教えいただきますようお願いいたします。

(2) 緊急事態の対応について訪問介護員は管理者に報告し、必要に応じて市及び県に報告します。

10. 個人情報を用いる場合の同意

当事業所が、サービスを提供する上で、サービス担当者会議等において、ご利用者またはそのご家族等の個人情報を用いることに同意していただきます。

また、特定個人情報（マイナンバー）についての取扱いは一切行っ

ておりません。

1 1. 虐待防止に関する事項について

当事業者は、利用者の人権擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うと共に、その従事者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとします。

1 2. 損害賠償について

(1) 損害賠償がなされる場合

ご契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりご契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。また、守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2) 損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② ご契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ ご契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

1 3. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（苦情解決責任者） 奥田康弘
（苦情受付担当者） 泉原美由紀・山腰邦彦
（電 話） 0 5 7 7 - 7 3 - 7 7 1 5
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日
8：00～17：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

吉 城 福 祉 会	所在地：岐阜県飛騨市古川町若宮二丁目1番60号 電話番号：0577-73-7715 受付時間：午前8：00～午後5：00
第 三 者 委 員	佐 野 光 弘 (電話0577-73-2523) 岩 佐 美 保 子 (電話0577-73-5489)
飛騨市役所 障害福祉課	所在地：岐阜県飛騨市古川町若宮二丁目1番60号 電話番号：0577-73-7483 受付時間：午前8：30～午後5：15
国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係	所在地：岐阜県岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館内 電話番号：058-275-9826 受付時間：午前9：00～午後5：00

平成 年 月 日

障害者訪問入浴介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 吉城福祉会

説明者 職 名 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、障害者入浴サービスの提供開始に同意しました。また、個人情報を用いることについても同意いたしました。

利用者 住 所 飛騨市

氏 名 印

代理人 住 所 飛騨市
(代筆者)

氏 名 印