

訪問入浴介護重要事項説明書

アムール大町 訪問入浴介護事業所

令和6年 9月 1日 現在

訪問入浴介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1 事業者の概要

法人名	社会福祉法人アムール
主たる事務所の所在地	長野市若里二丁目10番1号
代表者	理事長 清水隆一
事業者の連絡先	電話：026-226-9485 FAX:026-217-1518 メールアドレス：groupinfo@amour.or.jp ホームページ：https://www.amour.or.jp
設立年月日	平成16年5月26日

2 サービス提供事業所

事業所名称	アムール大町 訪問入浴介護事業所	
サービスの種類	訪問入浴介護事業	
事業所所在地	〒398-0002 大町市大町4603-1	
事業所の連絡先	電話：0261-23-0438 FAX:0261-23-0495 メールアドレス：bathing_omachi@amour.or.jp	
管理者	中村秀明	
指定年月日・事業所番号	平成16年6月1日指定	2071200295
営業日	毎週月曜日から土曜日まで ※但し、盆休(8月14・15日)、 年末年始(12月30日～1月3日)を除く	
営業時間	8:30～17:30	
サービスを提供する地域	大町市、東筑摩郡生坂村、北安曇郡（小谷村を除く）、安曇野市 （旧三郷村、旧堀金村を除く）、長野市	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法令に従い、事業所の訪問入浴介護員その他の従事者が適切な訪問入浴介護サービスを利用者に対し、提供できることを目的とします。
運営の方針	要介護者の心身の特性を踏まえて、その利用者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ことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図ります。

4 事業所の職員体制

職 種	職員数	業 務 内 容
管理者	1 名	業務統括、苦情対応、職員指導
看護師	1 名以上	訪問入浴介護
介護職員	2 名以上	訪問入浴介護

5 サービス内容

事業者は、看護職員 1 名と介護職員 2 名を利用者の居宅に訪問させ、必要な健康チェックの後、入浴に相当と判断した場合において、居宅サービス計画に基づく訪問入浴サービスを実施します。サービスに必要な器具・物品などは、事業者が用意します。

なお、入浴によりお客様の身体の状態等に支障を生じるおそれがないと認められる場合に、その主治医の意見を確認した上で、介護職員 3 名による訪問入浴介護を行うことがあります。

①入浴前に体調チェックし、入浴実施の可否を決定（看護師が血圧・体温・脈拍を測定）

②入浴の準備をし、入浴を実施

③入浴の体調チェック（看護師が入浴前と同様に体調を確認）

④終了（後片付けをし、退出）

※看護師が入浴実施不可と判断した場合は、全身清拭・部分清拭・爪切り・シーツ交換・オムツ交換・寝衣交換等の介助および助言指導の中から、看護師が適当と思われるサービスをお客様の同意を得て実施することがあります。

6 サービス提供の担当者

サービス提供の担当者職員は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点や要望などがありましたら、お申し出ください。

担当職員の氏名	
---------	--

7 利用料金

(1) 介護保険サービス利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金のうち、介護保険負担割合証に基づいた負担割合です。ただし介護保険の給付範囲を超えたサービスの利用は全額自己負担となります。

【料金表－基本料金】

サービス項目	単位	単価	金額
全身浴	1 2 6 6 / 回	1 0 . 0	1 2 , 6 6 0 円
部分浴・清拭	1 1 3 9 / 回		1 1 , 3 9 0 円
初回加算	2 0 0 / 初回 1 回		2 , 0 0 0 円
看取り連携体制加算	6 4 / 回 ※死亡日及び死亡日以前 30 日以下に限る		6 4 0 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	3 6 / 回		3 6 0 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	月の所定単位数の 1 0 %		—

※介護職員 3 名による訪問入浴介護は、全身浴・全身清拭の基本料金の 9 5 % となります。

※介護保険適用の場合でも、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は基本料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。

後日、当該市町村窓口へ提出し、払戻しを受けてください。

※居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、一旦お客様が基本料金をお支払い下さい。サービス提供証明書を発行しますので、その後市町村に対して保険給付分を請求して下さい。

【訪問入浴介護サービスに係る加算】

見取り連携体制加算

- ・医師に一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された場合。
- ・看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用して行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けた場合、加算されます。

(2) その他の費用

キャンセル料	サービス実施日前日までにご連絡のない無断キャンセルは、キャンセル料 625 円を請求させていただきます。 ※但し、利用者の容態の急変等、緊急でやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は請求しません。
交通費	通常の事業の実施地域を越えて訪問を行う場合、その実費をいただきます。 ①通常の事業実施地域を越えた地点から、片道 5 k m 未満 150 円 ②通常の事業実施地域を越えた地点から、片道 5 k m 以上は 5 k m 毎に 150 円

(3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は翌平日) 利用可能金融機関：八十二・長野・しんきん・ゆうちょ・JA・けんしん
銀行振込	サービスを利用した月の翌月の月末(祝休日の場合は直前の平日)までに、お振り込みください。(手数料は利用者様の負担になります)

8 サービスの利用方法

まずは、電話等でお申し込みください。当事業所より看護師を含む入浴従事者による事前訪問をいたします。訪問入浴の内容を説明した後、訪問入浴介護計画作成と同時に主治医の診断書・意見書を添えて契約を結び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とご相談下さい。

9 相談窓口

(1) サービス提供に関する相談や苦情等は、当事業所の下記窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号：0261-23-0438 (8:30~17:30) 面接場所：当事業所の相談室 メールアドレス：bathing_omachi@amour.or.jp
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	大町市保険福祉課高齢者・介護保険係	0261-22-0420
	北アルプス広域連合組合	0261-22-6764
	長野県国民健康保険団体連合会	026-238-1580
	長野県社会福祉協議会サービス適正化委員会	0120-28-7109

10 守秘義務について

事業従事者は業務上知り得た利用者またその家族の秘密を保持します。

従事者であった者に、業務上知り得た利用者またその家族の秘密を保持させる為、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する旨を、従事者との雇用契約の内容としています。

11 サービスの提供内容に係る記録・保管

(1) サービスを提供した際はサービスの内容等を記録します。また利用者からの申出があった場合は当該情報を利用者に対して提供します。

(2) サービス提供に係る記録を契約終了後5年間保管し、利用者およびその家族に限り求めに応じて閲覧させ、または複写物を交付します。ただし、複写に際しては、実費相当額をご負担いただきます。

12 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	— —
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）	()
	電話番号	— —

13 損害賠償

事業者は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償いたします。

但し、事業者自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、その限りではありません。

損害賠償義務の履行を確保するため、事業者は、損害賠償責任保険に加入しています。

利用者またはその家族などが事業従事者に対し、生命・身体・財産等の損害を与えた場合には、その損害賠償を請求されることがあります。

14 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市区町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

15 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの利用にあたり、利用者またその家族にご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

(2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業所または当事業所の担当者へご連絡下さい。

(3) 禁止事項について

①事業従事者に対する身体的暴力

②事業従事者に対する精神的暴力

③事業従事者に対するセクシャルハラスメント

※事業従事者へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

16 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し担当者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従事者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

①事業所は利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

②当該事業所従事者または養護者（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。

③虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従事者に

周知徹底を図ります。

④事業所は次の通り虐待防止担当者を定めます。役職：管理者 氏名：中村秀明

17 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、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考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び対応等についての記録を行います。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。

18 ハラスメント防止について

事業所は、介護現場で働く事業従事者の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向けて取り組みます。

- ①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - ・身体的または力を使って危害を及ぼす行為
 - ・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。
- ②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどをもとに即座に対応し、再発防止会議等により同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③従事者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

19 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①サービス従事者等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね年2回以上開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底しています。
- ④事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑤従事者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

20 業務継続に向けた取り組みについて

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②従事者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います

21 第三者評価

第三者評価は実施していません。

令和 年 月 日

訪問入浴介護サービスの開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明者 所 属 アムール大町 訪問入浴介護事業所

氏 名

私は、本書面により、事業者から訪問入浴介護サービスについての重要事項の説明を受け、必要に応じて加算することに同意します。

利用者 住 所

氏 名

代理人 住 所

氏 名