

## 長上苑重要事項説明書（訪問入浴介護）

当事業者が提供する訪問入浴介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 七恵会
主たる事務所の所在地	静岡県浜松市中央区中田町584番地
電話番号	(053) 411-0011
法人の種別及び名称	社会福祉法人 七恵会
代表者職	理事長
代表者氏名	増田 公基

事業所の名称	長上苑
事業所の所在地	静岡県浜松市中央区中田町584番地
介護保険事業所番号	「2277100208」
指定年月日	平成12年4月1日
交通の便	遠州鉄道バス イオン市野行き 中田東下車1分
通常の事業の実施地域	浜松市中央区（雄踏・舞阪を除く）・浜名区（引佐・細江・三ヶ日を除く）の区域

### 2 事業者の職員の概要

職 種	資 格	員 数
管 理 者	社会福祉士	1人（他職種兼務）
看護職員		1人以上（他職種兼務）
介護職員		2人以上（他職種兼務）

### 3 サービスの提供時間

平 日	8：30～17：30
営業をしない日	土・日・1月1日～1月3日

### 4 訪問入浴介護の運営の方針

入浴が困難な方に、安全でより快適な入浴をしていただく。
-----------------------------

### 5 利用料金

#### (1) 基本料金

当事業者の訪問入浴介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割及び2割及び3割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

看護職員1人及び介護職員2人が訪問入浴介護を行った場合	12,925円
-----------------------------	---------

- 基本料金は、所定の単位に10.21円を乗じて得た額です。
- 身体に支障を及ぼす恐れがない場合に、主治医の確認の下で、介護職員3人が訪問入浴介護を行った場合は、基本料金の5%が減算されます。
- 全身入浴が困難な場合に清拭又は部分浴を行った場合は、基本料金の10%が減算されま  
す。
- 新規利用に伴い、居宅を訪問し利用に関する調整を行い、初回の訪問入浴介護を行った  
場合には、2,042円が加算されます。
- 下記要件を満たす場合、認知症専門ケア加算（Ⅰ）1日30円、認知症専門ケア加算（Ⅱ）  
1日40円が加算されます。  
  - <認知症専門ケア加算（Ⅰ）> ア. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の  
2分の1以上 イ. 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立  
度Ⅱ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を  
超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置 ウ. 認知症高齢者の日常生活  
自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合 エ. 当該事業所の従事  
者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的  
に開催する場合
  - <認知症専門ケア加算（Ⅱ）> ア. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）のイ・エの要件を満たす  
こと イ. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上 ウ. 認  
知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実践した場合  
エ. 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等  
を実施 オ. 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施  
または実施を予定する場合
- 職員が介護福祉士60%以上又は勤続年数10年以上の介護福祉士25%以上の場合には、449  
円が加算されます。
- 医師が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判断した者。看  
取り期における対応方針に基づき、利用者の状態また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ている者（その家族等が説明を受け、同意した  
上でサービスを受けている者を含む）で死亡日及び死亡日以前30日以下に限り、653円が  
加算されます。
- 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険か  
らの支払は受けられません。
- 上記合計金額に介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）10%を加算いたしますが、端数処理の関  
係で請求金額に誤差が生じますので、あらかじめご承知ください。

## （2）交通費

当事業者の通常の事業の実施地域にお住まいの方は、交通費は無料です。それ以外の地域

にお住まいの方は、通常のサービス実施地域を越えた距離1kmあたり30円の交通費を支払っていただきます。

(3) その他の費用

訪問入浴介護を提供するため、あなたのお宅で使用する水道、ガス、電気等の費用はあなたの負担となります。

(4) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。翌月25日までに、前月ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので翌月末日までにお支払ください。支払方法は、口座自動引落とし又は、現金集金の中からご契約の際に選んでください。

(5) キャンセル料

あなたのご都合により訪問入浴介護をキャンセルした場合には、下記の料金をいただきます。キャンセルする場合は、かならず当事業者に連絡してください。

ご利用日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	基本料金の10%

(6) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、浜松市の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- ア 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の訪問入浴介護の内容等についてご説明します。
- イ この説明書によりあなたからの同意を得た後、サービスの提供を開始します。
- ウ あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2) サービスの終了

- ア あなた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7日前までに文書で申し出てください。
- イ 当事業者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あります。この場合は、サービス終了日の14日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

事業所は正当な理由がなく、居宅介護サービスの提供を拒否することはありません。ただし、以下の場合、居宅介護サービスを中止させていただくとともに、ただちに当該市町に状況報告をいたします。

①介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合

②偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、または受けようとした場合

③下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合

■暴力又は乱暴な言動、無理な要求

- ・物を投げつける
- ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
- ・怒鳴る、奇声、大声を発する
- ・対象範囲外のサービスの強要

■セクシャルハラスメント

- ・介護者の体を触る、手を握る
- ・腕を引っ張り抱きしめる
- ・ヌード写真を見せる
- ・性的な話し卑猥な言動をする など

■その他

- ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く
- ・ストーカー行為 など

7 サービス利用に当たっての留意事項

- |  |
|--|
| <p>○ 体調の確認 : 体温、血圧等事前にチェック</p> <p>○ 利用時間の変更 : 事前に相談</p> <p>○ その他 :</p> |
|--|

8 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用曜日 : _____ 曜日
訪問予定時間 : _____ 時頃
内 容 : 全身入浴・部分浴・清拭

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。

- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

## 9 担当の職員

訪問入浴介護員は看護職員1人、介護職員1人、介護職員兼操作員1人の3人で提供します。なお、主治医より、介護職員3人での許可がある場合には、介護職員2人、介護職員兼操作員1人で提供します。

- 職員は常に身分証明書を携行しているので、必要な場合は提示をお求めください。
- あなたはいつでも担当の訪問入浴介護員の変更を申し出ることができます。（これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。）

## 10 緊急時の対応方法

訪問入浴介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医、当事業者の協力医療機関等に連絡します。

主治医	氏名 連絡先	
協力医療機関	名称	天王病院
	連絡先	浜松市中央区天王町1925番地 (053)421-5885
緊急連絡先	氏名 連絡先	

## 11 苦情処理

あなたは、当事業者の訪問入浴介護の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 松岡 徹  
電話番号 (053)411-0011

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

浜松市	担当窓口	中央福祉事務所 長寿支援課 東行政センター内
	電話番号	(053)424-0184
静岡県福祉サービス 運営適正化委員会	担当窓口	静岡県社会福祉協議会
	電話番号	(054)653-0840
国民健康保険団体連合会	担当窓口	国保連静岡県事業部介護保険課
	電話番号	(054)253-5590

令和 年 月 日

訪問入浴介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

(事業者) 所在地 静岡県浜松市中央区中田町584番地  
名称 社会福祉法人 七恵会 長上苑  
説明者 印

この説明書により、訪問入浴介護に関する重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住所  
氏名 印

(代理人) 住所  
氏名 印