

# 社会福祉法人徳之島町社会福祉協議会訪問入浴介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(鹿児島県指定 第4679100042号)

当事業所はご契約者に対して指定訪問入浴介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## ◇◆目次◆◇

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の体制.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	2
6. サービスの利用に関する留意事項.....	3
7. 事故発生時の対応.....	3
8. 苦情の受付について.....	3

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 徳之島町社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 鹿児島県大島郡徳之島町亀津7674番地
- (3) 電話番号 0997-83-1205
- (4) 代表者氏名 会長 吉川 毅
- (5) 設立年月 昭和58年3月25日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問入浴介護事業所・平成12年2月4日指定 鹿児島県4679100042号
- (2) 事業の目的 要介護状態にある利用者に対し、適正な指定訪問入浴介護を提供すること。
- (3) 事業所の名称 社会福祉法人徳之島町社会福祉協議会訪問入浴介護事業所
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県大島郡徳之島町亀津7674番地
- (5) 電話番号 0997-83-1205
- (6) 管理者 氏名 作元 将克
- (7) 当事業所の運営方針 利用者の心身の特性を踏まえて、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。
- (8) 開設年月 平成12年4月1日
- (9) 事業所が行っている他の業務  
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

- 【訪問介護】 平成12年2月14日 鹿児島県4679100034号
- 【介護予防訪問介護】 平成18年4月1日 鹿児島県4679100034号

【通所介護】	平成12年2月14日	鹿児島県4679100059号
【介護予防通所介護】	平成18年4月1日	鹿児島県4679100059号
【介護予防訪問入浴介護】	平成18年4月1日	鹿児島県4679100042号
【居宅介護支援事業】	平成11年9月21日	鹿児島県4679100026号

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 徳之島町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金 ※ただし12月29日～1月3日までを除く。
営業時間	月～金 8時30分～17時15分

### 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定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 (兼務)	非常勤 (兼務)
1. 管理者	1	
2. 看護職員	1	
3. 介護職員	2	

### 5. 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、

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</li> <li>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合</li> </ul> |
|---|

があります。

(1) 介護保険の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）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要と利用料金〉

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○入浴介護<br/>入浴・洗髪等による清潔の保持。シーツ交換。衣類着脱等</li> <li>○清拭<br/>清拭による清潔の保持。シーツ交換。衣類着脱等</li> </ul> |
|--|

☆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（ケアプラン）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。

〈サービス利用料金〉

従 業 者	基準単価	特別地域 加算後額	1割負担額
①看護師1名、介護職員2名で実施した場合	12,500円	14,380円	1,438円
②①員数で清拭又は部分入浴の場合	8,750円	10,060円	1,006円
③介護職員3名で実施した場合	11,880円	13,660円	1,366円

※①の場合 1,437.5円×サービス回数とする。小数点以下は四捨五入

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い

いただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## (2) 交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

## (3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1回ごとの計算又は月末払いで、ご請求します。

## (4) 利用の中止、変更

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、変更の場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問入浴介護員の状況により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契約者に提示して協議します。

## 6. サービスの利用に関する留意事項

サービスの提供を受けようとする利用者は、サービスの利用の際に熱発等体調に異常や異変がある場合や、食事摂取時間等について申し出ること。

## 7. 事故発生時の対応

(1) 指定訪問入浴介護事業者は、利用者に対する指定訪問入浴介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

(2) 指定訪問入浴介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

(3) 指定訪問入浴介護事業者は、利用者に対する指定訪問入浴介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 8. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付（苦情の解決に当たっては運営規程に基づき適切に処理します。）

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（担当者）

管理者 作元 将克

○苦情解決責任者

会長 吉川 毅

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8時30分～17時15分

○連絡先 電話番号 0997（83）1205

FAX 0997（83）1684

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島県国民健康保険団体連合会	所在地	鹿児島市鴨池新町7-4
	電話番号	099-206-1029
	FAX	099-206-1068
鹿児島県社会福祉協議会	所在地	鹿児島市鴨池新町1-7
	電話番号	099-257-3855
	FAX	099-251-6779

徳之島町保健福祉課 介護保険担当	所在地 鹿児島県大島郡徳之島町亀津7203 電話番号 0997-82-1111 FAX 0997-82-1101
伊仙町保健福祉課 介護保険担当	所在地 鹿児島県大島郡伊仙町伊仙1842 電話番号 0997-86-3111 FAX 0997-86-2301
天城町保健福祉課 介護保険担当	所在地 鹿児島県大島郡天城町平土野2691-1 電話番号 0997-85-3111 FAX 0997-85-3110

平成 年 月 日

指定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。

社会福祉法人徳之島町社会福祉協議会訪問入浴介護事業所

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、指定訪問入浴介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 鹿児島県大島郡 氏名 印

代理者氏名 印

なお、この重要事項説明書は、平成22年 1月 1日より適用します。

### 個人情報に関する同意

私は、徳之島町社会福祉協議会訪問入浴介護事業所が下記の第三者に対して、下記の個人情報を必要な範囲で提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用することに同意します。

提供する第三者

サービスを受けている又受けようとする介護保険事業所、管轄市町村、主治医、医療機関、管轄行政機関、その他サービス担当者会議出席者

利用する者の利用目的

介護サービス計画書作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業所間での連絡調整、医師等の意見・助言を求めるためその他本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供のため

提供する個人情報

- ①氏名・住所・生年月日・電話番号・家族構成・居住状況
- ②介護保険被保険者証に記載されている情報その他身体に関する情報

平成 年 月 日

利用者 住所 鹿児島県大島郡 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

ご家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印