

訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が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（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 由愛会
主たる事務所の所在地	〒015-0041 秋田県由利本荘市薬師堂字谷地287番地2
代表者（職名・氏名）	理事長 小林 直 樹
設立年月日	平成26年11月13日
電話番号・FAX	電話 0184-28-0222 FAX 0184-24-0223

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	鳥寿苑訪問入浴介護事業所	
サービスの種類	訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護	
事業所の所在地	〒015-0501 由利本荘市鳥海町伏見字久保77番地	
電話番号	電話 0184-57-2561	FAX 0184-57-2562
指定年月日・事業所番号	平成28年4月1日	0570524488
通常の事業の実施地域	由利本荘市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、訪問入浴介護サービス又は介護予防訪問入浴介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問入浴介護（又は介護予防訪問入浴介護）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行うサービスです。

5. 営業日時

営業日	火曜日及び金曜日。但し、祝日、国民の休日及び年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。居宅サービス計画又は介護予防サービス計画により申込みがある場合は対応します。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1人（内常勤で特別養護老人ホーム施設長、鳥寿苑短期入所生活介護事業所管理者兼務）
看護職員	1人（常勤で兼務）
介護職員	2人（内常勤で兼務1人、非常勤で兼務1人）

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	看護職員 鎌田 美香
管理責任者の氏名	管理者 高橋 哲

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割（平成27年8月から）より所得が高い方は3割（平成30年4月から））の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

※3割負担の対象となるのは「1. 合計所得金額が220万円以上の人」「2. 単身世帯で年金収入とその他の所得金額が340万円以上の人（夫婦世帯の場合は463万円以上の人）」となります。

（1）訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護の利用料

サービス利用料金	利用者負担金 （自己負担1割の場合） （＝基本利用料の1割）	利用者負担金 （自己負担2割の場合） （＝基本利用料の2割）	利用者負担金 （自己負担3割の場合） （＝基本利用料の3割）
訪問入浴介護 1回につき 12,660円	1,266円	2,532円	3,798円
清拭・部分浴を行った場合 1回につき 11,394円	1,139円	2,279円	3,418円
（介護予防）訪問入浴介護 1回につき 8,560円	856円	1,712円	2,568円
（介護予防）清拭・部分浴を行った場合 1回につき 7,704円	770円	1,540円	2,310円
特別地域訪問入浴介護加算	上記基本部分の金額に15%加算されます。		
介護職員処遇改善加算	加算Ⅱ（訪問入浴利用の総単位数×4.2%）		
初回加算	初回利用時に関する調整（200単位/月）		

（注1） 利用者の都合でサービスを中止又は変更する場合には、サービス利用の2日前までにご連絡ください。

（注2） サービス利用当日に利用者の体調等の理由で入浴できないと判断した場合、サー

ビス提供の中止若しくは利用者、家族の希望により清拭・部分浴に変更することがあります。

(2) 支払い方法

上記サービスの利用料（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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日（祝休日の場合は直前の平日）に、下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 <指定金融機関> 秋田しんせい農業協同組合 鳥海支店 口座 0019452
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

9. 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	

10. 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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0184-57-2561 担当者 管理者 高橋 哲
---------	-----------------------------------

(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	由利本荘市長寿生きがい課	電話番号 0184-24-6323
	秋田県国民健康保険団体連合会	電話番号 018-883-1550
	本荘由利広域市町村圏組合 介護保険課	電話番号 0184-24-3347

12. 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、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対して研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

13. ハラスメント対策

(1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。

(2) 利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

14. 衛生管理

感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し提示を行う。また、研修や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努める。

15. 事業継続計画

事業継続計画（BCP）の策定等にあって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、事業継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び、訓練を実施するものとする。

16. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供にあたっては、複数の介護職員が交代してサービスを提供します。
- (2) 利用者から介護職員の交替を希望する場合には、事業者に対して介護職員の交替を申し出ることができます。
- (3) 必要に応じて診断書の提出をお願いすることがあります。
- (4) 利用者は訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護サービスを受ける前後1時間は、食事摂取を避けてください。また、入浴後は安静が保たれるよう留意してください。
- (5) 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護実施のために必要な光熱費（電気等）は、利用者宅より無償で使用させていただきます。
- (6) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食等の提供などはお断りいたします。
- (7) 通常の事業の実施地域は、由利本荘市の区域となっております。通常の事業の実施区域を超えた地点から居宅までの距離（片道）が1kmを超えるごとに50円徴収されます。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	秋田県由利本荘市薬師堂字谷地 287 番地 2
	事業者（法人）名	社会福祉法人 由愛会
		鳥寿苑訪問入浴介護事業所
	代表者職・氏名	理事長 小林 直樹
	説明者職・氏名	看護職員 鎌田 美香

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意し受領しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 住 所
氏 名

署名代行者（又は法定代理人）

住 所
氏 名

本人との続柄