

## 訪問入浴サービス事業説明書

当事業所は、中標津町より委託を受け中標津町障害者地域生活支援事業実施規則に基づき訪問入浴サービスを提供致します。サービスの利用は中標津町より利用の決定を受けた方とします。

また、当事業所は介護保険法の事業所指定も受けております。

### 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 中標津町社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 標津郡中標津町西10条南9丁目1番地4
- (3) 電話番号 0153-79-1231
- (3) 代表者氏名 会長 渡部 徳樹
- (4) 設立年月 昭和42年6月3日

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 訪問入浴介護事業所
- (2) 事業の目的 訪問入浴介護は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、入浴サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 中標津町社協ケアサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 標津郡中標津町西10条南9丁目1番地4
- (5) 電話番号 0153-79-1231
- (6) 管理者氏名 武田 敦
- (7) 開設年月 平成12年4月1日
- (8) 事業所が行っている他の訪問入浴サービス
  - ・介護保険指定訪問入浴介護事業
  - ・介護保険指定介護予防訪問入浴介護事業
  - ・中標津町在宅福祉事業における訪問入浴サービス
- (9) 通常の事業の実施地域 中標津町全域
- (10) 営業日及び営業時間

営業日	月～金（土・日曜・祝日・12月31日から1月5日は休み）
受付時間	月～金 午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間帯	月～金 午前8時30分～午後5時15分 （土・日曜・12月31日から1月5日は休み）
緊急連絡先	武田 敦（電話：0153-72-5139）

### 3. 職員体制

当事業所では、利用者に対して訪問入浴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、介護保険法の指定基準を遵守しています

職 種	常勤 兼務	非常勤 専従	非常勤 兼務	職 務 内 容
1 管理者	1			事業の運営管理及び総括
2 看護職員		3		サービスの提供
3 介護職員	2	1	1	
4 事務職員	1			必要な事務

### 4. 当事業所が提供するサービスと利用者負担金

#### (1) 提供するサービス

・入浴介助：浴槽等、入浴に必要な設備及び備品を備えた移動入浴車で訪問し、入浴を行います。サービス利用当日、体調不良等の理由により、入浴困難な場合は清拭、部分浴などを行います。

#### (2) 利用者負担金

当事業所が提供するサービスの負担金は中標津町障害者地域生活支援事業実施規則第46条に基づき決定した金額をお支払いいただきます。シャワー浴・部分浴・清拭を行った場合についても、通常の負担金となります。

・1回につき1,256円

但し、規則第46条の規定により費用負担の減免又は免除が決定された場合には決定内容に応じて減額及び免除されます。

#### (2) 利用中止・変更・追加

○利用予定日の前に、サービスの中止又は変更、もしくは定められた範囲内でサービス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にご連絡してください。ただしサービスの変更・追加についてはサービス従事者及び移動入浴車の稼働状況により希望する日時に提供できないことがあります。この場合、他の利用可能日時を提示して協議させていただきます。

○都合により利用を中止する場合は必ず前日までに連絡して下さい。また原則としてご家族のどなたかに立ち会っていただきますので、訪問予定日に居宅を留守にする場合は、必ず前日までに連絡して下さい。ご家族が留守だった場合や訪問してから中止となった場合でも料金をお支払いいただくことがあります。但し利用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。

## 5. サービスの利用に関する留意事項

### (1) 利用者の診断書の提出について

訪問入浴サービスの提供を受けようとする場合、申請時に診断書を提出していただきます。診断書は主治医に記載してもらい、料金は医療機関に直接支払って下さい。長期入院などにより病状に変化があった場合には再度提出してもらうことがあります。

事業者は診断書に記載された内容に沿ってサービスを提供するものとします。

### (2) サービス従事者

① サービス従事者とは看護職員、介護職員等事業者が訪問入浴介護サービスを提供するために使用する者をいうものとします。

② サービスは看護職員1人、介護職員2人以上で行うものとします。

### (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

利用者は「4. 当事業所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に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示・命令

訪問入浴サービスの実施に関する指示・命令はすべて中標津町と事業者が行います。但し、事業者は訪問入浴サービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

#### ③ 備品等の使用

訪問入浴サービス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。また、サービス従事者が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただくことがあります。

#### ④ 入浴前の体調チェック

利用者が体調不良の時は主治医の診察を事前に受けてください。その他利用者の身体状況について変化のある場合は事前に事業所に連絡してください。入浴サービス提供前にサービス従事者は利用者の血圧測定及び栄養、水分の摂取状況等について問診を行い、ご家族と話し合い入浴可否についての決定をします。

### (4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、利用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（清拭等）を行います。

### (5) サービス従事者の禁止行為

サービス従事者は、訪問入浴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。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 利用者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受</li><li>② 飲酒及び喫煙</li><li>③ 利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動</li><li>④ その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為</li></ul> |
|--|

## 6. 緊急時等における対応方法

サービス従事者は訪問入浴サービス実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたとき、又は事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、主治医に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。主治医への連絡が困難な場合には、協力医療機関に連絡して迅速かつ適切な処置を行います。

但し、その場合にかかる費用については、利用者が医療保険を利用して支払っていただきます。

☆当事業所の協力医療機関

町立中標津病院                      中標津町西10条南9丁目1番地1

0153-72-8200

## 7. 利用者及び利用者家族の個人情報の取り扱いについて

①サービス提供において、医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関等に対して必要な情報を提供すること。

②サービス提供に係る会議などにおいて関係者に提示すること。

③担当する中標津町福祉課又は相談支援事業者及び利用している福祉サービス等事業者等との連携を図るため、必要な情報を提供すること。

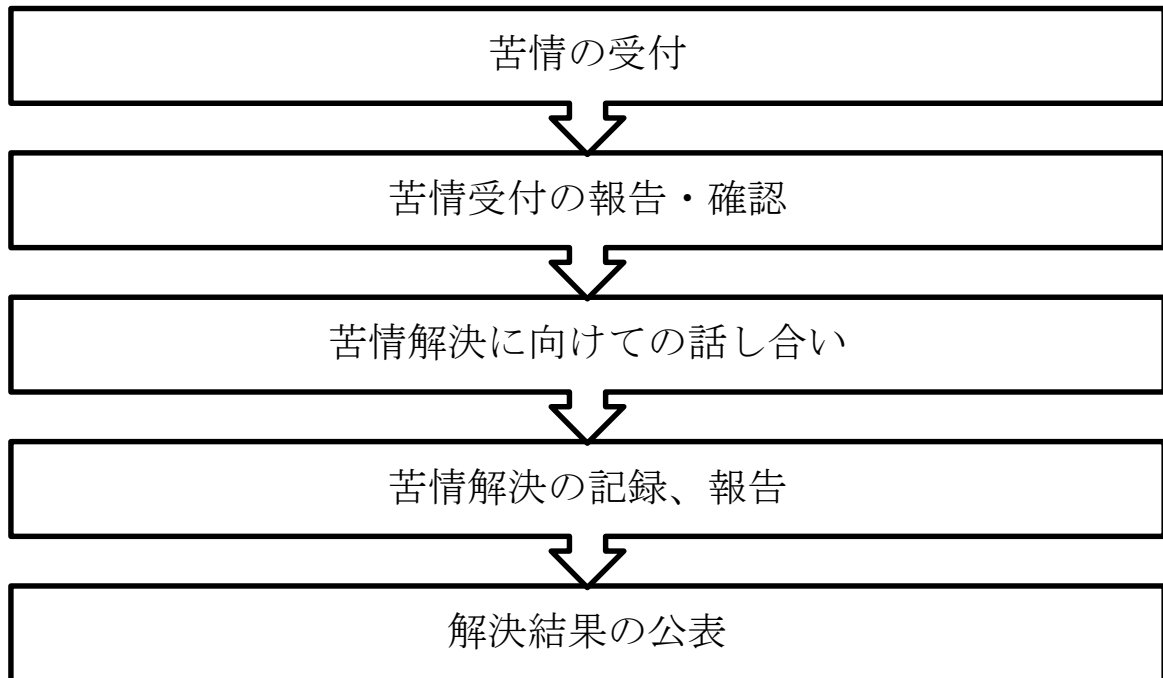
以上に掲げる事項等で必要な時は、利用者及び利用者家族の個人情報を提供する事に同意をお願いいたします。

## 8. 苦情の受付について

(1) 相談・苦情対応の体制及び手順について

①提供したサービスに係る利用者様及びご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下記に記す【事業者の窓口】のとおり)

②相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は社会福祉法人中標津町社会福祉協議会の「福祉サービスなどに関する苦情解決要綱」に基づき以下のとおりとします。



<p><b>【当事業所の窓口】</b></p> <p>○苦情受付担当者 訪問入浴介護事業 主任 福澤 さゆり</p> <p>○第三者委員 小崎 千城  小田 一夫</p>	<p>社会福祉法人中標津町社会福祉協議会 (所在地) 中標津町西10条南9丁目1番地4 (電話番号) 0153-79-1231 (受付時間) 土日祝日及び12月31日～1月5日 までを除く8時30分～17時15分</p> <p>(住所) 中標津町西2条南4丁目1番地 (電話番号) 0153-72-1115 (住所) 中標津町西7条北9丁目5番地1 (電話番号) 0153-72-4623</p>
<p><b>【訪問入浴サービス事業 実施主体の窓口】</b></p> <p>○中標津町役場福祉課</p>	<p>(所在地) 中標津町丸山2丁目11番地 (電話番号) 0153-73-3111 (受付時間) 土日祝日及び12月31日～1月5日 までを除く8時30分～17時15分</p>

平成 年 月 日

訪問入浴サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき、説明を行いました。

中標津町社協ケアサービスセンター

訪問入浴介護事業所 説明者 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から説明を受け、訪問入浴サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 氏 名 印

中標津町

署名代行者 印