

光風園訪問入浴介護事業所 重要事項説明書

利用者：_____様

訪問入浴 重要事項説明書

様（以下「利用者」という。）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が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）名	社会福祉法人光風会
所在地	(〒404-0045) 山梨県甲州市塩山西野原 603 番地
電話番号	0553 (33) 7511
代表者（職名・氏名）	理事長 熊谷 信利
設立年月日	平成3年10月23日
運営事業所	・特別養護老人ホーム 光風園 (指定介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業) ・特別養護老人ホーム ひかり屋形 (地域密着型介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業) ・デイサービスセンター 光風園 (指定通所介護事業・指定第1号通所事業(通所介護サービス)) ・デイサービスセンター ひかり横丁 (指定通所介護事業・指定第1号通所事業(通所介護相当サービス)) ・グループホーム ひかり長屋(認知症対応型共同生活介護事業) ・光風園指定居宅介護支援事業所 ・在宅介護支援センター 光風園 ・風の子保育園(幼保連携型認定こども園事業・一時預かり事業) ・甲州市鈴宮寮(指定管理 救護施設事業) ・花園ハイツ(無料低額宿泊事業) ・すずみや計画相談室(指定特定相談支援事業・指定障害児相談支援事業) ・すずかけ荘・第2すずかけ荘(共同生活援助事業) ・光風会居住支援事業所(住宅確保要配慮者居住支援法人事業) ・山梨市立晴風園(指定管理 養護老人ホーム事業) ・山梨県地域生活定着支援センター(地域生活定着支援センター事業) ・福祉有償運送事業 ・登録支援機関 ・光風園訪問介護事業所(訪問介護事業) ・光風園訪問入浴事業所(訪問入浴事業)

2. ご利用事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	光風園訪問介護事業所
サービスの種類	訪問入浴介護事業 / 介護予防訪問入浴介護事業
所在地	(〒404-0045) 山梨県甲州市塩山西野原 603 番地
連絡先	TEL : 0553 (33) 7511 / FAX : 0553 (33) 7513
指定年月日	令和7年6月1日指定

事業所番号	1972200370号
管理者名	末木 次良
サービス提供地域	甲州市・山梨市
併設事業	・特別養護老人ホーム 光風園 ・デイサービスセンター 光風園 ・光風園居宅介護支援事業所 ・光風園訪問介護事業所
第三者評価受審の有無	無

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

事業所営業日	月曜日、土曜日（年末年始問わず営業） 8時30分～17時30分
サービス提供時間	8時30分～17時30分
定休日	火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、日曜日

※上記の営業日、営業時間、サービス提供時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制としています。

※営業時間外での対応は要相談。

(3) 職員体制

職種	資格	職務内容
管理者	常勤1名（兼務）	管理
看護職員	看護師・准看護師のいずれかの資格を有する者を1名以上	健康状態の観察
介護職員	介護職員2名以上	入浴介護サービスの提供

※上記のうち1名は常勤職員とする。

3. 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要介護状態と認定された利用者に対し、訪問入浴介護のサービスを提供し、居宅において利用者がよ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にサービスを提供します。

(2) 運営方針

利用者の心身状態に応じた適切な訪問入浴介護のサービスを提供します。訪問入浴介護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、利用者個々の主体性を尊重し、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問入浴介護のサービス提供に努めます。

(3) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず、求めがあれば全ての方が閲覧することができます。

4. 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

電話番号：055（33）7511

担当部署：光風園訪問入浴事業所

担当者：管理者 末木 次良

受付時間：8時30分～17時30分

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

5. サービス内容

浴槽・その他入浴に必要な設備を持参のうえ、利用者の自宅に出向き、全身入浴の介助を行います。ただし、利用者の心身状況によっては、清拭・部分浴の介助になる場合もあります。

○サービスが提供できる時間帯

事業所営業日	月曜日、土曜日（年末年始問わず営業） 8時30分～17時30分
サービス提供時間	8時30分～17時30分
定休日	火曜日、水曜日、木曜日、金曜日、日曜日

6. 利用料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下の通りであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として介護保険負担割合証に応じた基本料金の1割又は2割・3割の額です。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービスの利用料金については、全額自己負担となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業所に支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。後日、サービス提供証明書を市区町村に提出すると差額の払い戻しを受けることが出来ます。

(1) 利用料金（1単位＝10円で算出しています。）

基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

要介護1～5 基本料金

	職員体制	単位数	利用料 (介護報酬額)	自己負担額（法定代理受領の場合）		
				1割負担	2割負担	3割負担
全身入浴	看護職員1名 介護職員2名	1,266	12,660 円/回	1,266 円/回	2,532 円/回	3,798 円/回
	介護職員3名	1,203	12,030 円/回	1,203 円/回	2,406 円/回	3,609 円/回
清拭・部分浴	看護職員1名 介護職員2名	1,139	11,390 円/回	1,139 円/回	2,268 円/回	3,402 円/回
	介護職員3名	1,083	10,830 円/回	1,083 円/回	2,166 円/回	3,249 円/回

要支援1・2 基本料金

	職員体制	単位数	利用料 (介護報酬額)	自己負担額（法定代理受領の場合）		
				1割負担	2割負担	3割負担
全身入浴	看護職員1名 介護職員1名	856	8,560 円/回	856 円/回	1,712 円/回	2,568 円/回
	介護職員2名	813	8,130 円/回	813 円/回	1,626 円/回	2,439 円/回
清拭・部分浴	看護職員1名 介護職員1名	770	7,700 円/回	770 円/回	1,540 円/回	2,310 円/回
	介護職員2名	732	7,320 円/回	732 円/回	1,464 円/回	2,196 円/回

(2) キャンセル料

キャンセル料	ご利用日の前営業日の 17 時 30 分までにご連絡いただいた場合 無料 ご利用日の前営業日の 17 時 30 分までにご連絡がなかった場合 1,000 円 (税別)
--------	--

※利用者のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金をいただきます。
キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(3) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

交 通 費	事業所から片道 10 キロメートル未満	300 円
	事業所から片道 10 キロメートル以上	500 円

(4) その他

利用者の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は利用者の負担になります。

記録の複写費等は、当該複写実費分の支払いを受けるものとします。

(5) 利用料金などのお支払方法

当月 1 日から末日までの合計額を翌月 27 日にご指定の金融機関の預金口座より 自動引落によるお支払となります。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

サービス担当者会議を実施し契約を結んだ後、計画に則りサービスの提供を開始いたします。なお、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ください。

(2) サービスの終了

① 利用者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 日以上前までに、文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の 2 週間以上までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します。）

- ・①に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- ・②に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者が特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、又は認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合

④ 契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・利用者又はその家族などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、利用者は即座に契約を解約することができます。

- ・利用者又はその家族が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

(3) その他

- ① 交通事情などにより、訪問時間が多少前後することがございます。予めご了承ください。
- ② 利用者又はその家族が、当事業所の派遣するサービス従事者の交代を希望する場合は、理由を明らかにした上で、事業所に対して、サービス従事者の交代を要望することができます。

(4) 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、必要な措置を迅速に講じます。

8. 緊急時の対応方法

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。

主 治 医	病 院 名	
	主治医氏名	
	所 在 地	
	連 絡 先	
緊急連絡先 (家族等)	氏 名	(続柄:)
	連 絡 先	

9. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記窓口でお受けいたします。

事業所相談窓口	電話番号	0553 (33) 7511
	管理者	末木 次良
	第三者委員	山下 律子、広瀬 市郎
	面接場所	当事業所の相談室

(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。

行政の相談窓口

市区町村等	担当部署	連絡先電話番号	市区町村等	担当部署	連絡先電話番号
甲府市	長寿介護課	055 (237) 5473	早川町	福祉保健課	0556 (45) 2363
富士吉田市	介護保険担当	0555 (22) 1111	身延町	介護保険担当	0556 (20) 4611
都留市	介護保険担当	0554 (43) 1111	南部町	福祉保健課	0556 (64) 4836
山梨市	介護保険担当	0553 (22) 1111	富士川町	介護保険担当	0556 (22) 7207
大月市	介護保険担当	0554 (23) 8035	昭和町	福祉介護課	055 (275) 8784
韮崎市	介護保険担当	0551 (23) 4313	道志村	住民健康課	0554 (52) 2113
南アルプス市	介護保険担当	055 (282) 6179	西桂町	福祉保健課	0555 (25) 4000
北杜市	介護保険担当	0551 (42) 1333	忍野村	介護保険係	0555 (84) 7795
甲斐市	介護保険係	055 (276) 2111	山中湖村	介護保険係	0555 (62) 9976
笛吹市	介護保険課	055 (261) 1903	鳴沢村	福祉保健課	0555 (85) 3081
上野原市	長寿介護課	0554 (62) 3128	富士河口湖町	健康増進課	0555 (72) 6037
甲州市	介護保険担当	0553 (32) 5066	小菅村	住民課	0428 (87) 0111
中央市	介護保険担当	055 (274) 1125	丹波山村	住民生活課	0428 (88) 0211
市川三郷町	介護保険係	055 (272) 1106			

山梨県国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口

国保連合会担当窓口 介護・保険者支援課 相談窓口専用電話
電話番号 055 (233) 9201

10. 虐待防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、次の措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置

虐待防止に関する責任者	管理者 末木 次良
-------------	-----------

(2) 成年後見制度の利用支援

(3) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知徹底

11. 身体拘束の適正化に関する事項

(1) サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するための緊急ややむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行いません。

(2) やむを得ず身体拘束を行う場合には、その容体及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

年 月 日

【事業者】 住 所 山梨県甲州市塩山西野原 603 番地
法人名 社会福祉法人 光風会本部
理事長 熊谷 信利

【事業所】 光風園訪問介護事業所
管理者 末木 次良

説明者 _____ 印

【利用者】 住 所 _____
氏 名 _____ 印

【代理人】 私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

代行理由 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者との関係 _____)