

# 地域生活支援事業（訪問入浴サービス）重要事項説明書

〈2025（令和7）年4月1日現在〉

## 1 事業者（法人）の概要

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会         |
| 主たる事業所の所在地 | 〒816-0934 福岡県大野城市曙町2丁目3番2号 |
| 電話番号       | 092-589-5533               |
| 代表者        | 会長 楠林 義治                   |
| 設立年月       | 昭和47年10月                   |

## 2 事業所の概要

### (1) 事業所の名称・指定番号

|             |   |
|-------------|---|
| 事業所名        | 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会                              |
| 代表者         | 会長 楠林 義治  |
| 所在地         | 〒816-0934 福岡県大野城市曙町2丁目3番2号<br>大野城市総合福祉センター      |
| 管理者         | 高原 信治   |
| FAX・メール     | FAX：902-589-5531<br>メール：onojo-kaigo@onojo-vc.jp |
| 指定事業所番号     | 4061500064                                      |
| サービスを提供する地域 | 大野城市  |
| 第三者評価の実施状況  | 実施の有無：無   |

### (2) 事業所の職員体制

|           | 資格    | 常勤 | 非常勤 | 計 | 業務内容     |
|-----------|-------|----|-----|---|----------|
| 管理者       | 社会福祉士 | 1  |     | 1 | 事業の統括    |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士 | 1  |     | 1 | 訪問入浴の調整等 |
| 介護職員      | 介護福祉士 | 3  | 1   | 4 | サービスの提供  |
| 看護職員      | 看護師   |    | 2   | 2 | 〃        |
| 合計        |       | 5  | 3   | 8 |          |

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 営業日  | 月曜日～金曜日<br>ただし、12/29～1/3までを除く |
| 営業時間 | 8：30～17：00                    |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

|          |            |
|----------|------------|
| サービス提供日  | 月曜日～日曜日    |
| サービス提供時間 | 8：30～21：00 |

### 3 訪問入浴サービスの内容等

- (1) 訪問入浴サービスの提供方法等は次のとおりです。
- ア 訪問日の前日までに、あらかじめ介護職員等が利用者又はその家族等と協議し、訪問日時を確認を行います。
  - イ あらかじめ決められた訪問日時に、訪問入浴車により利用者の居宅を訪問します。
  - ウ 看護職員は、利用者の身心の状態を検査し、入浴の可否の判断を行います。また、必要に応じ主治医への確認を行いますので、ご了承下さい。
  - エ 入浴可の場合は、搬入した浴槽等を用い、利用者に対し訪問入浴サービスの提供を行います。
  - オ 訪問入浴サービスの内容は、バイタルチェック、入浴、清拭・洗髪等による清潔の保持を行います。
  - カ 訪問入浴サービスの実施ごとに、サービスの内容等を記録表に記入し、サービスの終了時に利用者又はその家族にサービスの利用表等により確認を受けるものとします。
- (2) サービス従事者は、看護師、介護福祉士、ホームヘルパー養成研修を完了した者です。
- (3) 感染症等に対して万全を期すため、主治医への確認を行うことがありますのでご了承ください。

### 4 受給者証の確認

受給者証の記載内容に変更があった場合は速やかにホームヘルパーにお知らせください。また、こちらから確認をお願いしたときは、ご提示くださいますようお願いいたします。

### 5 利用者負担金

- (1) お支払いいただく利用者額は、地域生活支援事業の契約書にもとづき、通常9割が介護給付費の給付対象となります。
- 事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分として原則サービス料金の1割（定率負担）をお支払いいただきます。なお、利用者負担額は市町村が上限を定めています。
- ただし、月々のご利用額が受給者証に記載された支給量を上回るときは、上回った部分について全額実費にて負担していただきます。

- (2) (1) のほかに利用者は、サービスの実施に必要な居宅の水道、電気等及び緊急時等に事業所へ連絡する場合の電話代を負担して頂きますのでご了承ください。
- (3) 利用者負担金については、翌月に明細を付して請求を致します。  
(支払い方法については、別途説明を致します。)

| 内訳      | 金額 (1回あたり) |
|---------|------------|
| 全身浴     | 12,660円    |
| 清拭又は部分浴 | 11,390円    |

## 6 キャンセル (取り消し) 料

- (1) 利用者の都合によりサービスをキャンセル (取り消し) する場合、次のキャンセル料を頂きますのでご了承下さい。但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要 (無料) です。
- ア. 利用日の前日までに連絡がなく、訪問入浴車がすでに自宅に訪問 (到着) し、利用者の都合によりキャンセルをされる場合は、交通費相当として500円を頂きますので、ご了承下さい。
- イ. キャンセルの連絡については、出来るだけ前日までにご連絡下さい。
- (2) キャンセル料は、その都度お支払いして頂きますようお願いいたします。

## 7 サービス利用に当たっての留意事項

サービスの利用者及びご家族は、訪問入浴サービスを受けるにあたり次の事項に留意して下さい。

### (1) 安全管理について

入浴当日は、看護師による健康チェックを行います。

健康状態観察の結果によっては、医師の指示を仰ぐ場合があります。入浴することが悪影響を及ぼすと考えられるときには、入浴を行わない場合もありますのでご了承下さい。

### (2) 準備していただきたいもの

ボディシャンプーとヘアーシャンプー・着替え・バケツ等

### (3) 入浴当日の準備について

- ・入浴前の食事については、入浴予定時間の1時間前までに済ませておいて下さい。
- ・排尿、排便は、入浴の前に済ませておいて下さい。
- ・浴槽の搬入や機材のセッティングは当方で行いますので、入浴される方の衣類の着脱等についてはご協力をお願いします。
- ・身体を洗うときは、できるだけ御一緒に参加して下さい。
- ・入浴器具のポンプやボイラー等の作動に使う電源を使用させていただきます。

- ・入浴で使用した水の分だけご自宅の水を補給させていただきます。
- ・寒い季節には、入浴前30分ぐらいには部屋を温めておいて下さい。
- ・その他必要な事項については、看護職員及び介護職員の指示に従って下さい。

#### (4) 入浴後について

- ・ご本人が落ち着いたら、お茶などの水分補給を行って下さい。
- ・従事者には、飲食等のもてなしは、一切必要ありません。

#### (5) その他

- ・社会福祉協議会の訪問入浴介護員は、公正中立を旨としていますので、利用者からの物品等の購入及び選挙などの協力にも一切応じることが出来ませんのでご了承下さい。

- ・訪問予定時間が、交通事情により多少ずれることがあります。ご了承願います。
- ・介護に関することについての質問等は、看護師等がお答えしますので気軽にご相談下さい。

### 8 事業者の訪問入浴サービスの特徴等

| 事 項        | 内 容                   |
|------------|-----------------------|
| 従業員等の研修等   | 月1回及び必要に応じ研修を行っています   |
| 各種マニュアルの作成 | サービス及び緊急時マニュアルを定めています |
| 相談・苦情      | 営業時間外でも電話により対応いたします   |

### 9 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、救急車、主治医、ご家族、協力医療機関、市町村の担当主管などへ連絡します。

### 10 協力医療機関

緊急時に対応するため、筑紫医師会の推薦により下記の医療機関が協力医療機関となっています。

|             |       |                |
|-------------|-------|----------------|
| 協 力<br>医療機関 | 名 称   | 秦 病 院          |
|             | 所 在 地 | 大野城市筒井1丁目3番1号  |
|             | 電話番号  | (092) 501-1111 |

### 11 利用者へのお願い

事業所が交付するサービス利用票などは、利用者の介護に関する重要な書類なので契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管して下さい。

## 1 2 サービス内容に関する苦情等の連絡先

- ・当事業所の訪問入浴サービスについての苦情・ご相談を承ります。

### 苦情・相談の連絡先

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 月曜～金曜日 8：30～17：00 | TEL（092）589－5533 |
| 平日以外の曜日・時間帯       | TEL（092）501－3311 |
| FAX（ファックス）        | FAX（092）589－5531 |
| 苦情・相談窓口担当         | 松田千草             |
| 苦情解決責任者           | 高原信治             |

- 本会（事務所）で解決できない苦情は、運営適正化委員会または、市の相談  
 ・苦情窓口等でも受け付けています。

|        |   |
|--------|---|
| 苦情受付機関 | 福岡県運営適正化委員会<br>所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町 3-1-7<br>福岡県社会福祉協議会内 クローバープラザ 6階<br>TEL:092-915-3511                          |
|        | 大野城市役所 すこやか福祉部 福祉サービス課 障がい福祉担当<br>所在地 〒816-8510 福岡県大野城市曙町 2丁目 2-1<br>TEL:092-580-1852・092-580-1853 FAX:092-573-8083 |

## 1 3 秘密の保持について

大野城市社会福祉協議会個人情報保護規定に基づき厳正なる取り扱いを行います。

- (1) 当該事業者の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業者の従業者であった者は、正当の理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

## 1 4 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

|             |      |
|-------------|------|
| 虐待防止に関する担当者 | 松田千草 |
| 虐待防止に関する責任者 | 高原信治 |

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

- ⑤ 虐待防止のための対策を検討する委員会をテレビ電話等の活用も行いながら定期的に行います。またその結果について従業者に周知徹底を行います。

## 1.5 身体拘束防止委員会

(身体拘束について)

緊急及びやむを得ない場合を除き利用者の身体拘束を行いません。

- (1) やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、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など必要事項を記録します。
- (2) 身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会をテレビ電話などの活用も行いながら定期的に行います。また、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

## 1.6 事故発生時の対応について

利用者に対する訪問入浴サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村の担当主管、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問入浴サービス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。

## 1.7 ハラスメントについて

大野城市社会福祉協議会 居宅介護サービス課からのお願い  
利用者・家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるように以下の点についてご協力下さい。

※暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

### 【契約を解除する場合の具体例】

#### 1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：物を投げつける/蹴る/唾を吐く/刃物を向ける

#### 2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

例：奇声、大声を発する/怒鳴る/服を引きちぎる/手を払いのける

#### 3) セクシュアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

例：訪問入浴従事者の体を触る、手を握る/腕を引っ張り抱きしめる  
ヌード写真を見せる/訪問入浴従事者の自宅の住所、電話番号を  
何度も聞く/ストーカー行為等

訪問入浴サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

〈事業者〉

住 所 福岡県大野城市曙町2丁目3番2号  
名 称 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会  
代表者名 会 長 楠林 義治 印

〈説明者〉

所 属 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署による場合には押印不要)

私は、契約書及び本書面により、訪問入浴サービスについての重要事項の説明を受けました。

〈契約者〉

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署による場合には押印不要)

〈契約者代理人（選任した場合）〉

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(自署による場合には押印不要)

年 月 日

## 同意書

年 月 日

訪問入浴サービスの開始にあたり、下記の地域生活支援事業者と契約を結びましたが、訪問入浴サービス計画書作成に関し、サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を持ちいることに同意致します。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署による場合には押印不要)

利用者の家族 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(自署による場合には押印不要)

地域生活支援事業者  
(訪問入浴サービス)

住 所 大野城市曙町2丁目3番2号  
事業者名 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会  
代表者名 会長 楠林 義治 印