○○○○法人　○○会

障害者（訪問・施設）入浴サービス重要事項説明書

　この重要事項説明書は、横浜市地域生活支援サービス費及び高額地域生活支援サービス費の支給等に関する規則と横浜市障害者入浴事業実施要綱に基づき文章により説明を行うものです。

１　事業者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 |  |
| 法人種別 |  |
| 事業者の所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号/FAX番号 |  |
| 認可年月日/認可番号 |  |

２　事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の種類 |  |
| 事業所の目的 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業開始年月日 |  |
| 管理者名 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 主たる対象者 |  |
| 運営方針 |  |
| 電話番号/FAX番号 |  |
| 電子メール |  |
| ホームページ |  |
| 開設年月日 |  |
| サービス提供地域 |  |
| サービス提供日 |  |
| サービス提供時間帯 |  |

３　職員体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 職員数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 |
| 管理者 |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |

４　サービス内容

（１）入浴介助

　　ア　洗体、洗髪及び洗顔

　　イ　衣類の着脱に関する介助

　　ウ　入浴及び清拭に関する指導

　　エ　その他入浴の実施に必要なこと

（２）健康チェック及び安全管理

（３）入浴サービスの実施に係る事務連絡及び報告

（４）利用者の送迎（施設入浴）

５　利用料金

（１）利用者負担額

　　　上記サービス利用に対しては、横浜市障害者入浴事業実施要綱に基づく（訪問・施設）入浴サービス費が支給され、本事業所が代理受領いたしますので、利用者は支払決定明細兼負担額通知書の記載内容に基づいた請求書により、利用者負担額をお支払いいただきます。

　※事業所が利用者に代わり、横浜市から受領した横浜市障害者入浴事業実施要綱に基づく（訪問・施設）入浴サービス費等の額について、利用者に通知します。

（２）サービス利用に係る実費負担額

　　　サービス提供に要する下記費用は、横浜市（訪問・施設）入浴サービス事業に基づく（訪問・施設）入浴サービスの対象ではありませんので、実費をお支払い頂きます。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 説明 |
| （訪問・施設）入浴サービス | 支給決定量以上の（訪問・施設）入浴サービスの利用を希望される場合は、１回につき　　　円をお支払いいただきます。 |
| 訪問入浴サービス | 事業者で用意する湯水を使用せず、家庭の水道及び給湯設備を使用する場合、水道及びガス使用に係る代金は利用者が負担します。 |

（３）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

　　　　上記（１）、（２）の料金・費用は１ヶ月毎に計算し、請求しますので、翌月○○日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

①　当事業所事務所での現金支払

②　下記指定口座への入金

○○銀行　○○支店　普通○○○○　　○○○○法人○○会

（４）利用の中止、変更について

①利用予定日の前にご利用者のご都合により、（訪問・施設）入浴事業計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合、サービス実施日の前日○○：○○までに事業者に申し出てください。

②サービスの変更・追加は、ヘルパーの稼動状況により、利用者が希望する時間にサービスが提供できないことがあります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、必要な調整を致します。

６　サービスの利用方法

（１）障害者（訪問・施設）入浴事業について、横浜市障害者入浴事業実施要綱に基づく（訪問・施設）入浴事業支給決定を受けた方で、本事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。本事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

（２）サービス利用が決定した場合は契約を締結し、（訪問・施設）入浴計画を作成して、サービスの提供を行います。利用者の体調等の理由により、（訪問・施設）入浴計画で予定されていたサービスが実施できない場合には、利用者の同意を得てサービス内容を変更します。その場合、事業者は変更したサービス内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

（３）適切なサービスを提供するために、同意を頂いた上で、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用情報を活用させていただくことがあります。

（４）外出時の万が一の事故に備えて第三者損害賠償保険にご加入ください。

７　受給者証の確認

「住所」及び「居宅利用者負担」「支給量」等「受給者証」の記載内容の変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください｡また､ヘルパーやサービス提供者が「受給者証」の確認をさせていただく場合には､ご提示くださいますようお願いします｡

８　サービス提供の記録について

（１）サービス提供記録の確認

本事業所では､サービス提供毎に､提供日時及び実施したサービス内容等を記録し､利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に､間違いやご意見があれば､いつでもお申し出ください。なお､居宅介護計画及びサービス提供毎の記録は､サービス提供を完了した日より５年間保管します。

（２）利用者の記録や情報の管理､開示について　本事業所では､利用者の記録や情報を　　適切に管理し､利用者の求めに応じてその内容を開示します。

９　虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

1. 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とその結果の周知（１年に１回以上）
2. 虐待の防止のための研修の定期的な実施(１年に１回以上)
3. 虐待防止に関する責任者の選定

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する責任者 | ○○（役職）　　　　　△△　△△（氏名） |

10　身体拘束の適正化について

1. 事業者は、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緊急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. 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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。
3. 事業者は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

ア 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的開催及びその結果について従業者への周知徹底（１年に１回以上）

イ 身体拘束等の適正化のための指針の整備

ウ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施（１年に１回以上）

11　感染症対策について

事業者は、事業所において感染症の発生及びまん延しないように、次の措置を講ずるものとします。

（１）　事業所における感染症の予防及びまん延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

（２）　事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備

（３）　事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及び万円の防止のための訓練の定期的な実施

12　業務継続計画の策定について

1. 事業者は、感染症や非常災害の発生時においても、利用者に対する必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築するための、業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。
2. 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

13　本事業所ご利用相談・苦情窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 受付担当者 |  |
| 解決責任者 |  |
| 第三者委員 |  |
| 受付時間 |  |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| 横浜市福祉調整委員会　　　　　　　　　　　　　TEL：０４５－６７１－４０４５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：０４５－６８１－５４５７ |
| かながわ福祉サービス運営適正化委員会　　　　　TEL：０４５－３１７－２２００　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：０４５－３２２－３５５９ |

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は､主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか､ご家族が不在の場合等､必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかに連絡します。

【主治医】

|  |
| --- |
| 医療機関名 |
| 住所 |
| 電話番号 |
| 主治医氏名 |

【ご家族緊急連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

【ご家族緊急連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

私は､本書面に基づいて｢○○○○法人 ○○会｣の職員〇〇〇〇から上記重要事項の説明を受けたことを確認すます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日

　　　　　　　　　利用者　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　法定代理人　　　　住所

　　　　　　　　（　　　　　）　　　氏名

　　　　　　　　　身元引取人　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日

当事業所は、　　　　　　　　　　　　　　様に対する（訪問・施設）入浴サービス提供にあたり、上記のとおり重要事項について説明いたしました。

事業者　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

 　　　説明者