

重要事項説明書
〈令和3年4月1日現在〉

【事業所の概要】

1 事業所の名称、所在地

| | |
|-----------|-----------------------|
| 事業所名 | 諏訪市社会福祉協議会指定訪問入浴介護事業所 |
| 所在地 | 諏訪市四賀 1844-6 岩波ビル1階 |
| 介護保険事業所番号 | 2070600073 |
| 通常事業の実施地域 | 諏訪市内・下諏訪町内・茅野市の一部地域 |

2 同事業所の職員体制

| | |
|------|--------------|
| 管理者 | 1名 |
| 看護職員 | 4名以上（管理者を含む） |
| 介護職員 | 8名以上 |

3 営業日、サービスの提供時間

| | |
|------|-----------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| 定休日 | 日曜日 8月15日 12月29日～1月3日 |
| 提供時間 | 午前8時30分～午後5時15分 |

4 サービス内容

利用者に対し、血圧、脈拍、体温を測定し、全身状態の確認を行います。
全身入浴時には、髪を洗い、体を洗います。
ただし、訪問時の利用者の心身の状況等から全身入浴が困難な場合は、利用者及び家族の希望によって、清拭又は洗髪、陰部、足部の部分浴を行います。
その他のサービスとして、爪切り、ひげ剃り、床ずれ処置、膀胱洗浄、介護相談等ができます。

5 料金

【契約書別紙】に定めます。

6 利用方法

- ・ 事業者訪問時、看護師により利用者の体の容体、食事及び水分摂取状況、排尿及び便通状況について介護者（家族）に伺うことを基本としています。ただし、介護者（家族）の立会いが困難な場合は、上記の状況について連絡帳の書面にて入浴可能かを判断させていただきます。
- ・ 利用者宅において訪問入浴介護を提供するために使用する、水道、温泉、電気は利用者負担になります。
- ・ 用意していただくもの
お下用タオル 1枚
露取り用のバスタオル1枚
- ・ 冬期間は暖房機器等により室温を20～23度に保ってください。
- ・ 入浴は安全を考慮して湯温38～40度程度、時間は10分以内で行います

7 利用料のお支払方法

当月末締めで、翌月15日頃までに請求書を発行いたしますので25日までにお支払いください。
支払方法は原則として口座引き落としでお願いします。

8 緊急時の対応方法

訪問入浴介護の提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、緊急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

| | | |
|-----|-----|--|
| 主治医 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

9 サービス内容に関するお問い合わせ・相談窓口

担当 管理者

電話 電話 52-0088

受付時間 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時15分

8 当社の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 諏訪市社会福祉協議会

代表者役職 会長

本社所在地 長野県諏訪市小和田19-3

電話番号 52-2508

事業所数 訪問介護 1ヶ所 訪問入浴介護 1ヶ所
 通所介護 5ヶ所 居宅介護支援 2ヶ所
 在宅介護支援センター 2ヶ所