

介護予防訪問入浴介護サービス重要事項説明書

和幸ケアにおける、介護予防訪問入浴介護サービスに関する基本的事項について、ご説明いたします。介護予防訪問入浴介護サービスのご依頼に際し、以下の事項にご了承いただきますようお願いいたします。

1. 事業目的と運営方針

(1) 事業目的

要支援状態にある利用者に対して、適切介護予防訪問入浴介護サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、居宅における入浴の支援を行うことによって、利用者の身体の清潔、心身機能の維持回復を図ります。
- ② 利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に支援いたします。また医療サービスと連携を図り、予防に努め、緊急事態に対して備えます。
- ③ 介護予防訪問入浴介護サービスの提供にあたり、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図ることによって、総合的なサービスの提供に努めます。
- ④ 介護予防訪問入浴介護サービスの提供にあたり、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って公正中立に行います。
- ⑤ 事業の運営にあたり、自らその提供する介護予防訪問入浴介護サービスの質の評価を行い、常に改善を図ることとします。(第三者評価未実施)

2. サービスを提供する事業所の概要

事業所名	和幸ケア
所在地	岩見沢市志文町998-62
電話番号	0126-35-7247
FAX	0126-35-7248
営業日	月～土（第三水曜日のみ定休日）
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	8時30分～17時30分
サービス実施地域	岩見沢市、夕張市、美唄市、三笠市、江別市、幌向町、上幌向町、栗山町、栗沢町、南幌町、野幌町

3. 会社概要

法人名	和幸ケア株式会社
代表	代表取締役 下山 彩架
所在地	岩見沢市志文町998-62
電話番号	0126-35-7247
事業開始日	2024年9月1日
営業種目	介護予防支援、介護予防、一般介護予防、介護予防・生活支援 障害福祉

4. 事業の職員体制

職種	主な職務の内容	員数
管理者	管理業務	常勤1名
介護職員	入浴の介助	2名以上
看護職員	入浴の介助、心身状況の 確認	1名以上

※介護職員または看護職員のうち1名以上は常勤

5. サービス内容

介護予防訪問入浴介護	・利用者の居宅を訪問し、浴槽を搬入して入浴介助を行う。 ・身体状況に応じて清拭又は部分浴（洗髪・足部・手部）を行う。
その他	・生活、身の上、介護に関する相談と助言、関係各所への連絡 ・入浴サービスに伴い、着脱介助・シーツ交換・爪切り等を行う。

6. 利用料金

(1) 利用料

介護保険給付サービスの料金は基本料金及び加算料金のとおりです。介護保険適用における自己負担額は、負担割合証に基づく額になります。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用分は、全額自己負担となります。

「基本料金 1 回あたり」

	基本料金	介護保険適用における自己負担金		
		1 割	2 割	3 割
入浴サービス (看護職員同行)	8,560 円	856 円	1,712 円	2,568 円
入浴サービス (介護職員のみ)	8,130 円	813 円	1,626 円	2,439 円
清拭の場合 (看護職員同行)	7,700 円	770 円	1,540 円	2,310 円
清拭の場合 (介護職員のみ)	7,320 円	732 円	1,464 円	2,196 円

※事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者が 20 人以上にサービスを行ったときは、所定単位数の 90%に相当する単位数を算定し、事業所と同一建物の利用者 50 人以上のサービスを行ったときは、所定単位数の 85%を算定します。

「加算料金」

	加算料金	介護保険適用における自己負担金		
		1 割	2 割	3 割
初回加算	2,000 円	200 円	400 円	600 円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ ※2026 年 6 月改定	1 か月にご利用いただいた所定単位数に 10.1%を加算します。			

※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者を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します。後日、サービス提供証明書を市町村の窓口を提供すると差額の払い戻しを受けることができます。

(2) 交通費

前期 1 で示したサービス実施地域にお住まいの方は、無料です。それ以外の地域の方は、訪問入浴車で訪問した場合、下記の交通費を負担していただきます。

当事業所の通常のサービス実施地域を超えた地点から 5Kmごとに片道	60 円
-----------------------------------	------

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合、必ずご連絡下さい。

当日入浴、体調不良のため入浴を中止した場合	無料
当日入浴、訪問時に不在のため入浴を中止した場合	770 円

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話にてお申込みください。作成された介護予防サービス・支援計画書に基づいて日程等の調整をさせていただき、事前調査を実施した上で、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合によりサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する2週間前までに、文章にてお申し出ください。

② 事業者の都合によりサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了の1か月前までに文章等にて通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。但し、必ずサービスを終了する旨をお電話等で管理者までご連絡ください。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・利用者の要支援認定区分が、自立（非該当）または、要介護認定とされた場合。
- ・利用者が亡くなった場合

8. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は直ちに市町村へ報告するものとします。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ・虐待防止のための指針を整備します。
- ・職員に対し、虐待防止のための研修（年1回以上及び採用時）を実施します。
- ・前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者（管理者）を置きます。

9. 身体拘束等の禁止

事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体の保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。但し、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、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を記録します。

10. 秘密保持

事業者及び事業者の使用するのは、介護予防訪問入浴介護サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も継続します。あらかじめ文章により利用者の同意を得た場合には利用者の個

人情報を、利用者の家族の同意を得た場合は、利用者の家族の個人情報を、前項の規定に関わらず、同意書の内容に基づいて利用できるものとします。

1 1. 事故発生時の対応

利用者に対する介護予防訪問入浴介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。利用者に対する介護予防訪問入浴介護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、協議の上、損害賠償を速やかに行います。

1 2. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態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、救急隊、親族、等に連絡をいたします。

主治医	病院名	
	氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄)
	連絡先	

1 3. サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 当社窓口

「事業所の窓口」 和幸ケア 管理者：下沢 和幸	0 1 2 6 - 3 5 - 7 2 4 7
----------------------------	-------------------------

(2) 公的機関の窓口

「市町村の窓口」 岩見沢市役所	「電話番号」 0126-23-4111
美唄市役所	0126-62-3131
三笠市役所	0126-72-3181
夕張市役所	0126-52-3131
江別市役所	011-382-4141
栗山町役場	0123-72-1111
南幌町役場	011-378-2121
北海道国民健康保険連合会	011-231-5157

事業者は介護予防訪問入浴介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明し、交付を行いました。

年 月 日

●事業者

「事業者所在地」 岩見沢市志文 9 9 8 - 6 2

「事業者名・事業所名・管理者」 和幸ケア株式会社・和幸ケア・下沢 和幸

「事業所番号」 0175-70-1333 印

●説明者 「氏名」 _____

本書面により、事業者から介護予防訪問入浴介護サービスについて、重要事項の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

●利用者 「氏名」 _____ 印

(代理人) 「氏名」 _____ 印

(立会人) 「氏名」 _____ 印

※代理人を選任した場合のみ記入

※立会人とは利用者ととともに重要事項の内容を理解し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整を行える方とします。また、立会人は、契約上の法的な義務を負うものではありません。