訪問入浴介護サービス重要事項説明書

（　　年　　月　　日現在）

当事業所は利用者ご本人に対して訪問入浴介護サービスを提供します。事業所の概況や提供されるサービスの内容、契約上ご注意をいただきたいことを次の通り説明します。

1.　事業者の概要

事業者名称	ハピネスケア株式会社			
事業者所在地・電話番号	埼玉県さいたま市見沼区南中野 57 番地　　電話番号048－685－5163			
代表者役職・氏名	代表取締役社長　中村　真悟			
設立年月日	昭和61年2月8日			
事業所数	訪問入浴介護事業所	3ヶ所	居宅介護支援事業所	3ヶ所
	訪問介護事業所	2ヶ所	福祉用具貸与事業所	2ヶ所
	訪問看護事業所	1ヶ所	通所介護事業所	1ヶ所

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定訪問入浴介護事業所
介護保険事業所番号	1170200040
事業所の目的	当事業所は、居宅において要介護状態にある高齢者に対し適正な訪問入浴サービスを提供する。
事業所の管理者	井上　利昭
事業所の名称	ハピネスケア株式会社　川口営業所（訪問入浴介護）
事業所所在地・電話番号	埼玉県川口市芝樋ノ爪2－12－4　　電話048－264－1170
当事業所の運営方針	当社は、利用者との契約にて委託を受けて、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者がその身体の清潔を保持し、身体機能を維持・増進しながら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支援することを目的として、訪問入浴介護サービスをご提供いたします。
通常の事業の実施地域	川口市、さいたま市、蕨市、戸田市、八潮市、草加市 （上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。）

3.　当事業所の営業日及び営業時間等

営業日	月～土（日曜日及び12月30日～1月3日は除く）
営業時間	月～土　8:30～17:30
受付時間	月～土　8:30～17:30

4. 職員の配置

当事業所では、利用者ご本人に対して訪問入浴介護サービスを提供する職種として、以下の職員を配置しています。

職種	業務内容	員数
管理者	事業所の従業者の管理を一元的に行うと共に、ご相談・事前調査入浴作業を行ないます。	
看護職員	健康状態の確認及び必要な保健衛生上の業務を行い従事者として従事します。	
介護職員	訪問入浴介護サービスにおける入浴作業業務を行います。	
事務職員	事業に必要な事務・連絡調整を行います。	

5. サービスの流れ

サービスの申込み

お申し込みは、お電話で結構です。

居宅サービス計画（ケアプラン）を依頼している場合は、介護支援専門員にご連絡してください。

事前調査

サービスを申し込まれますと、職員が挨拶をかねておうかがいします。

サービスについてのご説明を行い、利用者の容体を看護師がおたずねしたり、入浴車の駐車位置、浴槽の搬入方法や室内での作業内容を検討します。

契　約

サービス内容や料金等をご確認いただき、了承されましたらご契約をお願いいたします。

これで準備は完了、居宅サービス計画にもとづいてサービスをご提供いたします。

サービスの開始・入浴車の到着

あらかじめ予定した場所に駐車し、機材等の搬入の準備をします。

体調チェック

看護師が、体温・脈拍・血圧を測定し、立会いの方からも健康状態をお聴きします。（その日の体調により部分浴・清拭にさせていただくこともあります）

浴槽・機材の準備

畳や床は濡らしませんが念のためにシートを敷き浴槽をセットします。浴槽を含め入浴に使う機材は、事前に消毒してありますので、衛生面でも安心です。

給　湯

入浴車からホースで浴槽に注ぎます。お湯は利用者の方に適した湯温と湯量に調整します。（上層階の方は家庭内浴槽のお湯を小型ポンプで給湯します）

脱　衣

脱衣の際には、利用者のプライバシーを配慮しタオルで覆うように対応させていただきます。

浴槽への移動

利用者の状態に合わせて、無理なく、不安なく浴槽へ移動します。

入　浴

浴槽のシートを下げ身体を沈めます。お湯にふれる感覚は最高です。横になったまま入れるお風呂は、心臓に負担をかけません。

全身洗い・洗髪

優しくマッサージをかねた洗いかたですから神経を刺激し、血行を良くします。洗い終えたらお湯にしっかりつかり、お風呂の醍醐味を味わってください。

上がり湯

シートを上げ、上がり湯をかけて、きれいにします。

移動・着衣・体調再チェック

お湯をよく拭き、移動した後、ベッドで着衣します。入浴の効果の確認と次回のために体温、脈拍、血圧を測定し容体を観察します。

サービスの終了

機材の搬出、料金のお支払い、保険関連の書類をご確認いただきます。

入浴専用車両の特徴について

- ○ 入浴専用車両には、特殊浴槽、湯・水ホースやお湯を沸かすボイラーが搭載され、お部屋まで送湯・送水し室内で快適な入浴をすることができます。
- ○ 手元で温度調整が自在にできる【湯・水混合式】なので、利用者に適した温度で快適な入浴を実現します。特に寒い冬場では、浴槽の湯の温度が下がらないように威力を発揮します。

6. サービス内容（介護保険の給付の対象となるサービス）

サービス種類	内　　容
入　　浴	浴槽に入り寝たままの状態で入浴し、洗髪、洗体等の全身入浴をします。
部　分　浴	看護師の判断で入浴不可の場合、部分的（手・足）にお湯で温め、蒸しタオルで身体をお拭きます。
清　　拭	看護師の判断で入浴および部分浴が不可となった場合、蒸しタオルで身体をお拭きします。

◎サービス従事者は、看護師1名、介護職員2名（男女各1名）の計3名でお伺いします。
◎入浴前に看護師が、体温・脈拍・血圧等の測定をおこない入浴の可否判断をします。入浴後も体調確認をします。
◎シーツ交換・衣類の着脱は、職員がお手伝いします。
◎爪切り等をご希望する方はお申し付けください。
◎消毒済の浴用タオル（バスタオル3枚、タオル8枚）やシャンプー、ボディーソープ、入浴剤をご用意いたしますので、ご希望の方はお申し出ください。

7. 介護保険の給付の対象となるサービスの利用料金

○ 当事業所が提供するサービスの利用料金は、負担割合証に記載の割合に応じた額が介護保険より給付されます。

○ 利用者ご本人に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、それを踏まえた訪問入浴介護サービス計画に定められます。

※ 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に支払われない場合があります。その場合は、一旦利用料金を実費にていただきますと、サービス提供証明書と領収書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、市区町村の介護保険担当窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

8. 介護保険の給付の対象とならないサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金及び介護職員処遇改善金の全額が利用者の負担となります。

9. 利用料金のお支払方法

① 1か月ごとに計算し、月末締めで精算し翌月にご請求書を発行いたします。お支払方法は、口座振替となります。
② 契約時、事前に所定の用紙をお渡ししますので申し込んでいただきます。利用者又は家族、家族の代表の希望する所定の金融機関より原則として毎月28日に自動引落しとなります。
尚、お手続きが済むまではゆうちょ銀行よりお振込みをしていただきます。
③ ご入金が確認されますと領収証を発行します。

10. サービスの中止

利用予定日の前に、利用者ご本人の都合により、サービスの利用を中止することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者ご本人の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

① ご利用日前日17:30までにご連絡いただいた場合	無　　料
② ご利用日当日 8:30までにご連絡いただいた場合	1日の利用料の 10%
③ ご利用日当日 8:30までにご連絡がなかった場合	1日の利用料の 20%

11. 訪問入浴介護サービスの利用に関する留意事項

(1)サービスのご提供に必要な事項

事　　項	説 明
医師の意見書等	原則、利用者の体調や病状の把握をするために主治医の意見書等が必要です。
立　　会　　人	原則、入浴実施前の体調等の把握のために立会人の方をお願いいたします。
そ　　の　　他	・着替え・交換用シーツ類、タオルケット、洗面器またはバケツ１個をご用意ください。 ・入浴の1時間前には利用者の食事を済ませておいてください。 ・冬季は、入浴するお部屋を20℃ぐらいに保つようお願いします。 ・入浴に使う水は250リットル程度の水と、電気を使用させていただきます。

※ 職員へのお心付けは、一切お受けしないことになっております。

(2)特徴

入浴サービスマニュアル	当社では、安全な入浴を楽しんでいただくためマニュアルが作成されています。
在宅医療をお受けの方	当社では、IVH（中心静脈栄養）・人工呼吸器・胃ロウ・気管切開・尿留置カテーテル・経管栄養・在宅酸素療養等の方も入浴することができます。ご相談ください。
専門職員への研修体制	当社では、年1回全体研修会、月1回部別研修会を実施しています。

(3)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1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- 利用者が介護保健施設等に入所した場合
- 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要支援及び非該当（自立）と判定された場合　※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- 利用者がお亡くなりになった場合

③ その他

当社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、利用者や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、又は当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

利用者が、サービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合、又は利用者や家族などが当社や当社のサービス従業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により、サービスを終了させていただく場合がございます。

12.　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、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	井 上　　利 昭

(2)虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従事者に周知徹底を図っていきます。

(3)虐待防止のための指針の整備をしていきます。

(4)従事者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

(5)成年後見制度の利用を支援します。
(6)苦情解決体制を整備しています。

13. 緊急時の対応方法

事業者は、サービスの提供中に利用者の容態に急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族や家族の代表、管理者等へ連絡をいたします。

14. 事故発生時の対応

事業者は、サービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族や家族の代表、地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、サービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、契約書に基づき対応いたします。

15. 非常災害発生時の対応

大規模災害が発生した時、もしくは発生が予想される時点に対処するため、別に「ハピネスケア株式会社　災害時防災マニュアル」を定め、あらゆる災害に対し備えるものとします。

16. 衛生管理等

事業所において感染症が発生した際、蔓延しないように次に掲げる措置を講じます。

① 事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催すると共に、その結果について、従事者に周知徹底しています。
② 事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の指針を整備しています。
③ 従事者に対し、感染症の予防及び蔓延防止の為の研修及び訓練を定期的に実施します。

17. 業務継続計画の策定について

(1)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(業務継続計画)を策定し、当該事業継続計画に従って必要な措置を講じます。
(2)従事者に対し、業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
(3)定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18. サービス内容に関する相談・苦情のお取り扱い

(1) 当事業所におけるご相談・苦情受け付け窓口

当社の訪問入浴介護サービスに関するご相談・苦情および居宅サービス計画にもとづいて提供しています各サービスについてのご相談・苦情を承ります。また、個人情報の取り扱いについても苦情・相談を承ります。

〇受付相談　管理責任者　井 上　利 昭　　(不在時は、職員及び事務職員)

〇受付時間　月～土 8:30～17:30まで　　電話番号　　048－264－1170

(2) 行政機関その他苦情受付機関

当事業所以外に、市区町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会に苦情を伝えることができます。

市区町村名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

埼玉県国民健康保険団体連合会　介護保険課 (苦情・相談受付)　　電話　048－824－2568(直)

年　　月　　日現在

2025. 3. 1 改定

訪問入浴介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な項目を説明しました。

（事業所） ハピネスケア株式会社　川口営業所　訪問入浴介護

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、契約書及び本書面により、事業所から訪問入浴介護サービスについての重要事項の説明を受けサービス提供開始について同意しました。

年　　月　　日

（利用者） 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人） 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿