

社会福祉法人清幸会
緑風苑訪問入浴サービス
【訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護】
重要事項説明書

1：事業主体概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人清幸会
主たる事務所の所在地	〒361-0004 埼玉県行田市大字須加 1563
代表者（職名・氏名）	理事長 川島 治
設 立 年 月 日	1978 年 10 月 30 日
電 話 番 号	048-557-3115

2：事業者概要

事業所の名称	緑風苑訪問入浴サービス		
事業所の所在地	〒361-0032 埼玉県行田市佐間 2-2-18		
電話番号	048-578-7257 携帯電話：070-5013-5493		
FAX番号	048-578-8966		
管理者	青木 和宏		
開設年月・事業所番号	平成 12 年 4 月 1 日	117370087	
通常の事業の実施地域	行田市 加須市 羽生市 鴻巣市		
併設事業所	緑風苑ホームヘルプサービス・定期巡回随時対応型訪問介護看護		
第三者評価の実施の有無	無	実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	
損害賠償責任保険加入先	あいおい損害賠償保険株式会社		
運営方針	事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ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援助を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るものとする。事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及びその他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。		

3：職員体制

職員の職種	常勤		非常勤		合計	業務内容
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1 名			1 名	施設管理全般
看護師	2 名				2 名	健康管理・サービス提供
介護士	5 名				5 名	介護・サービス提供等

4：勤務体制

営 業 日	月曜日から土曜日まで ただし、お盆（8 月 13 日から 8 月 15 日まで）年末年始（12 月 30 日から 1 月 3 日まで）を除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
サービス提供時間	午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分まで

5：主なサービス

サービス内容
1. 入浴設備を持ち込み、看護職員がバイタルチェックを行い 介護職員が入浴介助を行います。 2. バイタルチェック後、看護職員が入浴困難と判断した場合ご希望に応じて清拭又は部分浴を行います。

6：連携・協力医療機関

病院名	診療科目	所在地
行田中央総合病院	総合（内・外・整形等） ※二次救急指定	埼玉県行田市富士見町 2-17-17 電話：048-553-2000

7：第三者委員及び国保連合会・行政苦情相談受付窓口

苦情相談受付窓口	048-594-7581	
苦情解決責任者	管 理 者	
第三者委員	府川 吉延（法人監事）	電話：048-554-1331
	高橋 秀雄（法人監事）	電話：048-559-2014
埼玉県国民健康保険 団体連合会 （介護福祉課）	〒338-0002 埼玉県さいたま市中央区大字下落合 1704 国保会館 電話：048-824-2568	
行田市	福祉部高齢者福祉課	電話：048-556-1111 内線 269. 277
羽生市	高齢介護課	電話：048-561-1121
鴻巣市	福祉部介護保険課	電話：048-541-1321
加須市	高齢者福祉課	電話：0480-62-1111 内線 103～105

大里広域	市町村圏組合介護保険課 電話：048-501-1330
------	-----------------------------

8：利用料金（令和 6 年 6 月 1 日現在）

基本利用料金簡易表					
－ 訪問入浴介護【要介護 1～5】(1 回あたり) －					
サービス 内容	職員数	自己負担 1 割の方	自己負担 2 割の方	自己負担 3 割の方	介護報酬総額(単位数)
全身浴	看護師 1 名 介護士 2 名	1, 319 円	2, 638 円	3, 957 円	13, 191 円(1266)
清拭 部分浴	看護師 1 名 介護士 2 名	1, 186 円	2, 373 円	3, 560 円	11, 868 円(1139)
－ 介護予防訪問入浴介護【要支援 1. 2】(1 回あたり) －					
全身浴	看護師 1 名 介護士 1 名	891 円	1, 783 円	2, 675 円	8, 919 円(856)
清拭 部分浴	看護師 1 名 介護士 1 名	802 円	1, 604 円	2, 407 円	8, 023 円(770)
－ 加算・減算割合等について －					
サービス 区分	提供時間帯	自己負担 1 割の方	自己負担 2 割の方	自己負担 3 割の方	介護報酬総額(単位数)
初回加算		208 円	416 円	625 円	2, 084 円(200)
看取り連携体制加算		66 円	133 円	200 円	666 円(64)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		37 円	75 円	112 円	375 円(36)
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		1 箇月の総所定単位数の 10.0%を加算			
介護士 3 名対応		利用者の身体状況等に支障を生ずるおそれがないと認められる場合に、利用者、保証人、担当に確認した上で介護職員 3 人が訪問入浴介護を行った場合 100 分の 95 減算			
備 考					
(注 1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額(事業所の所在地が 6 級地のため、単位数に 10.42 を乗じた額)であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。					
(注 2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。					
(注 3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。					

その他の費用

交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外から自動車を使用した場合は交通費実費分 1 kmあたり 10 円【税込】請求します。
その他	その他、日常生活において通常必要となる経費であって入浴剤等で、

	利用者負担が適当と認められるものは、その都度頂く場合があります。 ※事前に内容、費用等、合わせてお知らせ致します。
--	--

9：料金の支払いについて

支払方法	前項の利用料等を翌月のお支払いとなります。 事業所が指定した支払い方法となります。
請求月	翌月の第2週目までに、利用料等の請求書、明細書を交付します。
支払日	月末までに支払いを行い、事業者は、利用者または保証人から利用料等の支払いを受けたときは、利用者または保証人に対し、領収書を発行します。
キャンセル料 (本契約第7条5項)	キャンセル料が発生した場合、下記の料金がかかります。 利用日の8:30までにご連絡いただいた場合⇒利用者負担金の25% 利用日の8:30を超えてのご連絡またはご連絡をいただけなかった場合⇒利用者負担金の50% ※ただし、利用者の健康上の急変など、緊急でやむを得ない理由は不要となる場合があります。 キャンセル時の連絡先 携帯電話：070-5013-5493 月曜日～土曜日 受付時間8:00～17:00
介護保険適用外の 取り扱いについて	介護保険適用外の場合または適用外になってしまった場合、全額（10割負担）を事業者へお支払いいただきます。その際、サービス提供証明書を発行します。介護保険が適用となりましたらサービス提供証明書をご持参のうえ、当該市町村の介護保険窓口にて保険給付相当分の払い戻し申請を行ってください。

10：ご利用の際の留意事項

サービス利用の開始	居宅サービス計画書（ケアプラン）の作成依頼をすでにお済みの場合、担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）と事前にご相談ください。
留意点	● 利用にあたって、医師から指示事項がある場合、利用者は事業所に申し出て下さい。 ● 体調不良時によってサービスのご利用に適さないと判断される場合にはサービスの提供を中止する事があります。 ● 提供時間について予め要望をお聞きした上、当事業所で決めさせて頂きます。前の利用者の提供や道路事情等により、訪問時間が多少前後また変更をお願いすることがあります。 ● 訪問入浴介護において看護師ができる行為は、入浴前後の健康チェック入浴中の状態観察、軟膏の塗布や湿布を貼るといった入浴後のケアなど、入浴に関係する行為のみとなっています。従って痰の吸引や褥瘡のケア、摘便といった医療行為はできません。 ● 室内（サービス提供場所）の温度調節について、入浴をする際には事前に室内温度を夏場は23～27度、冬場は20～24度にして頂き利用者の身体に悪影響を及ぼさない温度設定にして下さい。 ● サービス提供に当たって職員指名や入浴機材の指定は出来かねます。予めご了承ください。