

モデル重要事項説明書

(介護予防訪問入浴介護用)

(メモ) 重要事項の掲示については書面掲示に加え、令和7年4月1日以降は、ウェブサイトへの掲載が必要になります。

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防訪問入浴介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例第115号）」第10条の規定に基づき、指定介護予防訪問入浴介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定介護予防訪問入浴介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	(法人種別及び法人の名称)
代表者氏名	(代表者の役職名及び氏名)
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	(法人登記簿記載の所在地) (連絡先部署名)(電話・ファックス番号)
法人設立年月日	(法人設立年月日)

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	(指定事業所名称)
介護保険指定 事業所番号	(指定事業所番号)
事業所所在地	(事業所の所在地、ビル等の場合には 建物名称、階数、部屋番号まで)
連絡先 相談担当者名	(連絡先電話・ファックス番号) (部署名・相談担当者氏名)
事業所の通常の 事業の実施地域	(運営規程記載の市町村名を記載)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	(運営規程記載内容の要約)
運営の方針	(運営規程記載内容の要約)

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	(運営規程記載の営業日を記載)
営業時間	(運営規程記載の営業時間を記載)

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	(サービス提供可能な日)
サービス提供時間	(サービス提供可能な時間帯)

(5) 事業所の職員体制

管理者	(職名) (氏名)
-----	-----------

職	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者	1 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 名
看 護 師 ・ 准 看 護 師 (看護職員)	1 居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、指定介護予防訪問入浴介護のサービスを提供します。 2 入浴前後の利用者の心身の状況の把握のため、バイタルチェック（体温、血圧・心拍数の測定など）を行います。	○名以上
介 護 職 員	1 居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、指定介護予防訪問入浴介護のサービスを提供します。	○名以上
職 事 務	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	○名以上
サービスの提供の責任者		1回の訪問につき、看護職員1人及び介護職員1人をもって行うものとし、これらの者のうち1人を当該サービスの提供の責任者とします。

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
入浴の援助	居宅における入浴の援助を行い、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図ります。

(2) 看護職員及び介護職員の禁止行為

看護職員及び介護職員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員が行うバイタルチェック等を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤ 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

⑥ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料について

全身入浴を実施した場合		全身入浴が困難な場合であって、利用者の希望により清拭又は部分浴を実施した場合	
看護師又は准看護師1名及び介護職員1名で実施した場合	介護職員2名で実施した場合	看護師又は准看護師1名及び介護職員1名で実施した場合	介護職員2名で実施した場合
基本単位	基本単位	基本単位	基本単位
856 単位	813 単位	770 単位	732 単位

加 算	基本単位	算 定 回 数 等
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の 5/100	1 回あたり
中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の 10/100	1 回あたり
初 回 加 算	200 単位	1 月につき
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位	1 日につき
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 単位	1 日につき
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	44 単位	1 回あたり
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	36 単位	1 回あたり
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	12 単位	1 回あたり
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ 1～14） 【※各事業所で該当区分を記載してください】	所定単位数の○／1000	1 月につき 〔※所定単位数〕 基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数

- ※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物に居住する利用者にサービス提供を行った場合は、上記所定単位数の 90/100 に相当する単位数を上記単位数より減算し、当事業所における一月当たりの利用者が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サービス提供を行った場合は、上記所定単位数の 85/100 に相当する単位数を上記単位数より減算します。
- ※ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者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していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を上記単位数より減算します。
- ※ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を上記単位数より減算します。

（メモ）業務継続計画未策定減算は、令和 7 年 3 月 31 日までの間、経過措置となっています。

- (4) 中山間地域等における小規模事業所加算は、サービスを提供する訪問介護事業所が次の地域にあり、1月当たりの延訪問回数(前年度の平均延訪問回数)が200回以下の事業所である場合に、利用者の同意を得て加算します。
- (5) 中山間地域等：千早赤阪村の全域、太子町の一部(山田)、能勢町の一部(東郷、田尻、西能勢)
- (6) ※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、下記の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定訪問介護を行った場合に加算します。なお、当該加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越える場合の交通費は徴収しません。
- (7) 中山間地域等：千早赤阪村の全域、太子町の一部(山田)、能勢町の一部(東郷、田尻、西能勢)
- ※ 初回加算は、新規利用者の居宅を訪問し、サービス利用に関する調整を行った上で、初回の介護予防訪問入浴介護を行った場合に算定します。
- ※ 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事又は市町村長に届け出た介護予防訪問入浴介護事業所が、利用者に対し、介護予防訪問入浴介護を行った場合に算定します。
- ※ **介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。**
- ※ 中山間地域等における小規模事業所加算・中山間地域に居住する者へのサービス提供加算・介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

(メモ) 事業所が所在する地域区分別の単価で計算の上、金額等を計算してください。

上記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

4 その他の費用について

① 交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合は(運営規程に記載されている内容を記載する)により請求いたします。
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。

	24 時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12 時間前までにご連絡の場合	1 提供当りの料金の 〇〇%を請求いたします。
	12 時間前までにご連絡のない場合	1 提供当りの料金の 〇〇%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ 利用者の選定により提供される特別な浴槽水等に係る費用	運営規程の定めに基づき、実費を請求いたします。	

(メモ) キャンセル料を請求する、しない及びその徴収率等の設定については、各事業者において決定する事項です。したがって、キャンセル料を請求しない場合には、この条項の記載は不要です。

利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯設定として例示では「24 時間」を目安時間として掲げています。

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の〇日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となる場合があります。)

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から〇月以上遅延し、さらに支払いの督促から〇日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

(メモ) ②のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払い方法を採用するようにしてください。

6 サービスの提供に当たって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要

介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 看護職員、介護職員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。
- (4) 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。
職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします。

7 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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(職・氏名を記載する)
-------------	-------------

- (2) 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し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (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。
- (7) 介護相談員を受入れます。
- (8) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	ア	事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
	イ	事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
	ウ	また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
	エ	事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又は

	その家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	ア 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 イ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は当事業所における協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【家族等緊急連絡先】	氏名 住所 電話番号 携帯電話 勤務先
【主治医】	医療機関名 氏名 電話番号

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

記載内容の例示

主治医：氏名、所属医療機関名等・所在地・電話番号（勤務先及び携帯）

家族等連絡先：氏名及び続柄、住所、電話番号（自宅、勤務先及び携帯）

協力医療機関：所属医療機関名等・担当医師氏名・所在地・電話番号（勤務先及び携帯）

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防訪問入浴介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防訪問入浴介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(メモ) 事故発生時の対応方法に掲げる市町村、居宅介護支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階(契約の締結の合意が行われたとき)で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

記載内容の例示

市町村：市町村名、担当部・課名、電話番号

居宅介護支援事業者：事業所名、所在地、担当介護支援専門員氏名、電話番号

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	
保険名	
補償の概要	

11 身分証携行義務

看護職員、介護職員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

12 心身の状況の把握

指定介護予防訪問入浴介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防訪問入浴介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14 サービス提供の記録

- ① 指定介護予防訪問入浴介護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② 指定介護予防訪問入浴介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間保存します。
- ③ 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15 衛生管理等

- ① 介護予防訪問入浴介護従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定介護予防訪問入浴介護の用に供する浴槽その他の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

16 指定介護予防訪問入浴介護サービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) サービス提供の責任者

職名・氏名 _____ (連絡先: _____)

(2) 提供予定の指定介護予防訪問入浴介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険適用する場合）

(3) (メモ) 利用者の負担額については、**利用者の負担割合に応じた額**を用いて説明を行ってください。

曜日	訪問時間帯	サービス内容	介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
月	11:00～12:00	入浴援助	○	〇〇〇円	〇〇円
火					
水					
木	10:00～11:00	入浴援助	○	〇〇〇円	〇〇円
金					
土					
日					
1週当たりの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額				〇〇〇円	〇〇円

(3) その他の費用

①交通費の有無	(有・無の別を記載) サービス提供1回当たり… (金額)
②キャンセル料	重要事項説明書4-②記載のキャンセル料となります。
③特別な浴槽水の費用	利用者(お客様)の別途負担となります。

(4) 1ヶ月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	(目安金額の記載)
----------	-----------

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 ヶ月以内とします。

(メモ) サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途料金表の活用も可能です。

17 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定介護予防訪問入浴介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- } 指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。
- }
- }
- }

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	(所在地) (電話番号) (受付時間)	(ファックス番号)
【市町村(保険者)の窓口】 (利用者の居宅がある市町村(広域連合)の介護保険担当部署の名称)	(所在地) (電話番号) (受付時間)	(ファックス番号)
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	(所在地) (電話番号) (受付時間)	(ファックス番号)

18 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成 24 年大阪府条例第 115 号)」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	
	法人名	
	代表者名	
	事業所名	
	説明者氏名	

事業者から上記内容の説明を確かに受けました。（※説明を行った記録として必要に応じて記載を求めてください）

利用者	住 所	
	氏 名	

代理人	住 所	
	氏 名	

（メモ） この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には、利用者及び事業者の双方が署名を行います。重要事項説明書と契約書は目的が異なりますが、一体の書面として、1つの署名に一本化することも可能です。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

利用者	住 所	大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏 名	大 阪 太 郎

上記署名は、浪速 花子（子）が代行しました。

※事前に利用者等の承諾を得た上で、電磁的方法によることもできます。