

介護予防訪問介護相当サービス重要事項説明書

＜令和 6 年 4 月 1 日現在＞

1 サービス提供事業者

事業者名	社会福祉法人 博愛会 理事長 小林 隆 弘
電 話	2 9 - 3 1 8 1

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	日高博愛園ホームヘルプサービス		
所 在 地	御 坊 市 蘭 2 6 3 番 地 3		
サービス（介護保険指定番号）	第 3 0 7 2 0 0 0 0 7 2 号（介護予防）		
訪 問 地 域	御坊市、日高町、美浜町、印南町、日高川町 由良町		

(2) 事業所の職員体制

	職員数	備 考
管 理 者	1 名	サービス提供責任者兼務
サービス提供責任者	2 名	うち 1 名管理者兼務
ホームヘルプサービス 従事者	8 名	管理者・サービス提供責任者を含む
合 計	8 名	

(3) サービス提供の時間帯

営 業 日	営 業 時 間 帯
平 日	AM 8 : 30 ～ PM 17 : 30
土 曜 日	AM 8 : 30 ～ PM 17 : 30
日曜日・祝日	AM 8 : 30 ～ PM 17 : 30

3 サービスの内容

	種 類	内 容 ・ 手 順	保険適用
身体介護	食事介助	食事の介助	○
	入浴介助	入浴の介助	○
	排泄介助	排泄の介助、オムツ交換を行います	○
	清 拭	入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。	○
	その他	病院等の通院に関するお手伝い	○

生活援助	買 物	ご契約者の日常生活に必要な物品の買い物をおこないます。 (預金・貯金の引き出し預け入れは行いません)	○
	掃 除	ご契約者の居室の掃除を行います。(ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません)	○
	洗 濯	ご契約者の衣服等の洗濯、(ご家族の洗濯はしません)	○
	調 理	ご契約者の食事の用意を行います。(ご家族の調理は行いません。)	○
そ の 他	相 談	日常の心身のご相談をうけます。	
	代 行		

4 基本利用料金

(1) 利用料金・利用者負担金

- ・介護保険の適用がある場合は、料金表の利用料金に介護保険負担割合証に記載された割合を乗じた額が利用者負担金となります。

【料金表：介護予防訪問介護相当サービス・昼間】（月額）

	週に1回程度のご利用の場合	週に2回程度のご利用の場合	週に2回を超えるご利用の場合
要支援1	11,760円	23,490円	_____
要支援2	11,760円	23,490円	37,270円

その他の料金 初 回 加 算 2,000円

介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 利用した介護報酬単価の総額の1000分の137に相当する額

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 利用した介護報酬単価の総額（介護職員処遇改善加算を除く）の1000分の63に相当する額

介護職員等ベースアップ等支援加算 利用した介護報酬単価の総額（介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算を除く）の1000分の24に相当する額

※ 令和6年6月1日より、上記の介護職員処遇改善加算、介護職員特定処遇改善等加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は廃止され、下記の『介護職員等処遇改善加算』に一本化されます。

介護職員等処遇改善加算 利用した介護報酬単価の総額（介護職員等処遇改善加算を除く）の1000分の245に相当する額

- ・介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の負担となります。

(2) キャンセル料

- ・お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
- ・ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむをえない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	利用料金の	0%
利用日の前日までに連絡があった場合	利用料金の	50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料金	100%

- ・キャンセルが必要となったときは至急ご連絡ください。

連絡先	0738-24-1828
-----	--------------

(3) 料金のお支払い方法

毎月、月末締で前月分の請求をいたしますので、翌月15日までに現金、当事業所の指定金融機関での預金口座引き落とし又は振込にてお願いします。お支払いいただきますと領収証を発行します。

(4) その他

ア サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者の負担となります。

イ サービス提供証明書の発行について

お客様からご依頼があれば、提供した介護予防訪問介護相当サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記入したサービス提供証明書を発行します。

5 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

6 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化などがあった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者などへ連絡をします。

主治医	氏 名	
	電 話	
	住 所	

ご家族	氏 名	
	電 話	
	住 所	

7 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、速やかに、市町村、利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置

を講じます。

8 サービス内容に関する相談・苦情の受付先

お客様サービス相談窓口	電話受付番号 0738-24-1828
	担 当 者 湯 川 昭 美

○第三者委員

杉浦 守（法人評議員）、池田 尚生・茶畑 公一（法人監事）

○苦情解決責任者

小林 隆弘（法人理事長）

※県・市町村の介護保険担当課や下記の公的機関においても、苦情申し込みができます。

機関名	所在地	電話番号
御坊保健所 総務福祉課	御坊市湯川町財部 8 5 9 - 2	0 7 3 8 - 2 2 - 3 4 8 1
御坊市 介護福祉課	御坊市藺 3 5 0 番地 2	0 7 3 8 - 2 3 - 5 8 5 1
和歌山県国民 健康保険団体 連合会	和歌山市吹上二丁目 1 番 2 2 - 501 号（日赤会館内）	0 7 3 - 4 2 7 - 4 6 6 2
和歌山県福祉 サービス運営 適正化委員会	和歌山市手平 2 丁目 1 - 2 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛 7 階 社会福祉法人和歌山県社 会福祉協議会内	0 7 3 - 4 3 5 - 5 5 2 7

令和 年 月 日

介護予防訪問介護相当サービスの開始にあたり、利用者に対し契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付致しました。

<事業者>

住 所 御坊市名田町野島 1番地9

事業者名 社会福祉法人 博愛会

代表者名 理事長 小 林 隆 弘 ⑩
(指定番号 第3072000072号)

<説明者>

所 属 日高博愛園ホームヘルプサービス

氏 名 ⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防訪問介護相当サービスについての重要事項説明を受け、了承し受領致しました。

<利用者>

住 所

氏 名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所

代理人氏名 印