

はまなす苑氷見 居宅介護（障害福祉サービス）

重要事項説明書

(2024.4.1)

あなたに対する指定居宅介護サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	はまなす苑氷見 指定居宅訪問介護事業所
所在地	氷見市島尾837番地（有料老人ホームいちえ内）
法人種別	社会福祉法人 はまなす厚生会
代表者名	中村 國雄
電話番号	0766-91-7701
FAX	0766-91-7706

富山県知事から指定を受けている事業者名	事業者番号	サービスの種類
特別養護老人ホーム はまなす苑氷見	1610500025	障害者居宅介護

2 事業の目的と運営

- 適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、当事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者（以下は「訪問介護員等」という）が、利用者に対し、適正な指定居宅介護を提供することを目的とする。
- 当事業所の訪問介護員等は、障害等、心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

3 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業員の職種	員数	勤務の体制
介護福祉士	3名	常勤3名 勤務時間 午前8:30～午後5:15
介護職員初任者研修課程を修了した者等	名	常勤 名 勤務時間 午前8:30～午後5:15

4 通常の事業の地域

氷見市全域、高岡市太田地域

5 営業時間

- ・ 営業日 : 年中無休
- ・ 営業時間 : 午前 8 : 00 ~ 午後 5 : 00
- ・ 電話連絡により、24 時間常時連絡が可能な体制をとっています。

6 サービスと利用料金

以下のサービスについては、9 割が介護給付の対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は利用者負担分として、個別減免等が適用されない場合、サービス利用料金の 1 割の額を事業者にお支払いいただきます（定率負担）。

なお、介護給付費が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。

サービスの内容

(1) 身体介護

- 健康チェック（利用者の安否確認・顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック）
- 排泄介助
- 食事介助
- おむつ交換
- 入浴介助
- 清拭・身体整容
- 更衣介助
- 体位交換・移動・移乗介助・外出介助
- 起床・就寝介助
- 服薬介助

(2) 家事援助

- 掃除・洗濯
- 衣類の整理・被服の補修
- 調理・配下膳
- 買い物・薬の受け取り 等

ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- 医行為
- 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

- 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- 利用者の同居家族に対するサービス
- 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- 身体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）
- 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
- その他、介護保険サービスで行える行為以外の行為

利用料金

ア サービス利用料金

単位 円

サービス類型	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分 未満	1時間30分 以上 2時間未満	2時間以上 2時間30分 未満	2時間30分 以上 3時間未満
身体介護 (自己負担額)	2560 (256)	4040 (404)	5870 (587)	6690 (669)	7540 (754)	8370 (837)
重度訪問介護 (自己負担額)	1880 (188)		2770 (277)	3690 (369)	4610 (461)	5530 (553)

身体介護 3時間以上は 30分毎に+83円（重度訪問介護は+85円）

サービス類型	30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 1時間未満	1時間以上 1時間15分 未満	1時間15分以 上1時間30分 未満	1時間30分以 上
家事援助 (自己負担額)	1060 (106)	1530 (153)	1970 (197)	2390 (239)	2750 (275)	3110 (311)

1時間30分以上は 15分毎に+35円

イ その他の加減算（対象の方のみ）

初回加算（新規のご利用及び過去2ヶ月間利用がなく、再利用される場合、初回の月のみ）

2000（自己負担額200円）

緊急時対応加算（家族の入院等による緊急要請によりサービスを提供した場合）

1回の要請につき、1000（自己負担額100円）

利用者負担上限額管理加算（利用者負担額上限管理を必要とする場合）

月1回 1500（自己負担額150円）

特別地域加算 中山間地域等に居住される方にサービスを提供する場合

1月の所定単位数の15%

同一建物減算

当事業所と同一建物の利用者（いちえ利用者）は1回につき所定単位の10%が減算になります。

ウ 利用者負担上限月額（平成22年4月～）

区 分	生活保護※1	低所得※2	一 般	
			市 町 村 民 税 所得割 16 万未満	市 町 村 民 税 所得割 16 万以上
軽減措置後 負担上限月額	0円	0円	9,300円	37,200円

※1 生活保護受給世帯 ※2 市町村民税非課税世帯

上限月額についての詳細は氷見市にお問い合わせください。

時間帯加算

区 分	時 間	料 率
早 朝	午前6：00～午前8：00	アの料金に25%増し
夜 間	午後6：00～午後10：00	アの料金に25%増し
深 夜	午後10：00～翌午前6：00	アの料金に50%増し

☆ご負担いただく金額については、市町村が発行する支援費受給者証に記載された金額の範囲内の額といたします。

7 サービス利用料金のお支払方法

費用は居宅支給決定の内容に基づき、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（1ヶ月に満たさない期間のサービスに関する利用料は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

- ① 窓口での現金支払い
- ② 下記指定口座への振込み
富山第一銀行 氷見支店
普通預金口座

（口座振込みの場合、手数料は利用者負担となります。）

8 キャンセル規定

ご利用者の都合によりサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料が必要です。

（1）ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無料
（2）ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	利用料金の50%
（3）ご利用の12時間前までにご連絡いただかなかった場合	利用料金の100%

上記の他に、ご利用者に負担いただく料金が発生する場合は、事前に協議致します。

9 事故発生時の対応

- ・ 事故が発生した場合、下記 1 1 の対応ほか利用者の家族、その利用者の居宅介護支援事業所等及び市町村に連絡し必要な措置を講じます。
- ・ 事故発生の状況及び事故に際してとった措置を記録します。
- ・ 事故により、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償します。
- ・ 事故が発生した際にはその原因を解明し、再発防止策を講じます。

1 0 秘密保持

- ・ 訪問介護従業者（以下従業者という。）は、サービス提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密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同様です。
- ・ 従業者は、あらかじ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およびその家族の個人情報を用いません

1 1 苦情申立窓口

- ご利用相談担当者 _____
ご利用時間 午前 9 : 0 0 ~ 午後 5 : 0 0
電話番号 0 7 6 6 - 9 1 - 7 7 0 1
面接場所 有料老人ホームいちえ 相談室
- その他苦情相談窓口
氷見市役所 市民部福祉介護課
電話番号 0 7 6 6 - 7 4 - 8 1 1 1
氷見市社会福祉協議会
電話番号 0 7 6 6 - 7 4 - 8 4 0 7

1 2 緊急時の対応

利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の 主治医	医師名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
協力 医療機関	医療機関名	医療法人正友会 中村記念病院
	院長名	中村 國雄
	所在地	氷見市島尾 8 2 5 番地
	電話番号	0 7 6 6 - 9 1 - 1 3 0 7

緊急 連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

年 月 日

法人 社会福祉法人はまなす厚生会
 住所 富山県氷見市島尾791番地
 代表者 理事長 中村 國雄
 事業所 はまなす苑氷見指定居宅訪問介護事業所
 事業所番号 富山県 1610500025

指定居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

はまなす苑氷見指定居宅訪問介護事業所

説明者.....氏名.....印.....

私は、本書面にに基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所.....

氏名.....印.....

代理人.....印.....