

## 第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当） 重要事項説明書

あなた（利用者）に対する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（法人）の概要

|            |                    |
|------------|--------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 ハーティーカー       |
| 主たる事務所の所在地 | 札幌市豊平区西岡4条9丁目9番11号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 渡辺 光宏        |
| 設立年月日      | 平成25年4月4日          |
| 電話番号       | 011-261-2808       |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |                      |            |
|-------------|----------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | ヘルパーステーション ハーティークライフ |            |
| サービスの種類     | 第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）  |            |
| 事業所の所在地     | 旭川市大町1条9丁目181-95     |            |
| 電話番号        | 0166-46-8808         |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成29年4月1日指定          | 0172906281 |
| 管理者の氏名      | 押野 茂芳                |            |
| 通常の事業の実施地域  | 旭川市                  |            |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |   |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）を提供することを目的とします。                        |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

### 4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世

話を行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

|      |  |
|------|--|
| 身体介護 | 利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。<br>例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など |
| 生活援助 | 家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。<br>例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など  |

## 5. 営業日時

|      |  |
|------|--|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、年末年始（12月29日から1月3日）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<br>ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

## 6. 事業所の職員体制

| 訪問介護員の職種  | 勤務の形態・人数        |
|-----------|-----------------|
| 管理者       | 常勤1名            |
| サービス提供責任者 | 常勤1名以上、非常勤1名以上  |
| 訪問介護員     | 常勤15名以上、非常勤3名以上 |

## 7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### (1) 第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）の利用料

#### 【基本部分】※身体介護及び生活援助

| サービス名称    | サービスの内容             | 負担割合証   | 負担割合証   | 負担割合証    |
|-----------|---------------------|---------|---------|----------|
|           |                     | 1割      | 2割      | 3割       |
| 訪問型サービス費Ⅰ | 週1回程度のサービス(要支援1・2)  | 1, 176円 | 2, 352円 | 3, 528円  |
| 訪問型サービス費Ⅱ | 週2回程度のサービス(要支援1・2)  | 2, 349円 | 4, 698円 | 7, 047円  |
| 訪問型サービス費Ⅲ | 週2回を超える程度サービス(要支援2) | 3, 727円 | 7, 454円 | 11, 181円 |

**【加算】**

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類             | 加算の要件   | 加算額           |             |             |
|-------------------|---|---------------|-------------|-------------|
|                   |   | 負担割合証<br>1割   | 負担割合証<br>2割 | 負担割合証<br>3割 |
| 初回加算              | 新規に第1号訪問事業計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等   | 200円          | 400円        | 600円        |
| 生活機能向上<br>連携加算Ⅰ   | サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合 | 100円          | 200円        | 300円        |
| 生活機能向上<br>連携加算Ⅱ   | サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合 | 200円          | 400円        | 600円        |
| 介護職員等処遇<br>改善加算Ⅱ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合   | 所定単位数の合計22.4% |             |             |

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**【減算】**

以下の要件を満たす場合、上記の額を算定します。

| 減算の種類  | 減算の要件  | 減算額        |
|--------|--|------------|
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物等に居住する利用者又は1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の利用者にサービスを行う場合 | 上記基本部分の90% |

**(2) 支払い方法**

上記(1)及び(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

| 支払い方法  | 支払い要件等   |
|--------|--|
| 口座引落とし | サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。   |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。<br>北海道銀行 留萌支店 普通預金 口座番号：0675018<br>名義：株式会社 ハーティー케어 |

**8. 事故発生時の対応**

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、北海道及び各市町村、当該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、必要な措置を講ずる。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

## 9. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0166-46-8808       |
|         | 面接場所 当事業所の相談室           |
|         | 苦情受付時間 事業所の営業日及び営業時間に同じ |

## 10. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
  - ① 医療行為及び医療補助行為
  - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
  - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 札幌市豊平区西岡4条9丁目9番11号  
事業者（法人）名 株式会社 ハーティーカー  
代表者職・氏名 代表取締役 渡辺 光宏 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所  
氏名

署名代行者（又は法定代理人）

住所

氏名

署名代行理由：