

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）契約書別紙（兼重要事項説明書）

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	一般社団法人ワンハート・ユニティー
主たる事務所の所在地	〒960-8133 福島県福島市桜木町1-6
代表者（職名・氏名）	代表理事 佐藤 弘美
設立年月日	令和2年 2月 25日
電話番号	024-563-1095

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護ステーション ワンハート	
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	〒960-8133 福島県福島市桜木町1-6	
電話番号	024-529-7903	
指定年月日・事業所番号	令和2年 5月 1日指定	0770105799
管理者の氏名	山田 夏美	
通常の事業の実施地域	福島市、伊達市、伊達郡	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、介護予防サービス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、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしく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自宅を訪問し、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、日常生活上の支援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支援を行います。 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(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の支援を行います。 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	月曜日から土曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後18時00分まで ただし、サービスの提供時間については、要相談とします。

6. 事業所の職員体制

勤務の形態・人数			
常勤	9人	非常勤	7人

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応じた基本利用料の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サービスの利用料
基本部分と加算の額となります。

サービスの内容	基本利用料	利用者負担金 (1割)
週1回程度の訪問が必要とされた方に対する1カ月の上限額	11,760円/月	1,176円
週2回程度の訪問が必要とされた方に対する1カ月の上限額	23,490円/月	2,349円
週3回程度の訪問が必要とされた方に対する1カ月の上限額	37,270円/月	3,727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。

種類	要件	基本利用料	利用者負担金 (1割) 利用者負担金 (2割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円/月	200円 200円
生活機能向上 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に同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合	1,000円/月	100円 100円
生活機能向上 連携加算Ⅱ		2,000円/月	200円 200円
口腔連携強化 加算	職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理事業所の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価した場合	500円/回	50円

(2) その他の費用

生活援助に係わる買い物等で利用者宅から目的地までヘルパーが車を利用した場合の移動費として、1回60円の実費負担が発生します。

(3) 介護職員等処遇改善加算

利用区分 加算率（1月あたり）

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の 24.5%加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の 22.4%加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数の 18.2%加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） 所定単位数の 14.5%加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）

※令和7年3月31日までの間 所定単

8. 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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、末日までに差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引落	サービスを利用した月の翌月２６日に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。（詳細別紙参照）
銀行振込	サービスを利用した月の翌月の２６日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する口座にお振り込みください。（別紙参照）
現金払	サービスを利用した月の翌月の２６日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

10. 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	(管理者 山田 夏美)
-------------	-------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(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) 介護相談員を受入れます。

(6) 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。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び市町村へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12. 相談・苦情窓口

(1) サービス提供に関する相談は、下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	024-529-7903
	FAX番号	024-505-4863
	受付時間	午前10時00分から午後16時00分まで

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付 機 関	運営適正化委員会	所在地	福島市渡利字七社宮 1 1 1 番地 福島県総合社会福祉センター 2 階
		所 管	福祉監査課
		電話番号	0 2 4 - 5 2 3 - 2 9 4 3
		F A X 番号	0 2 4 - 5 2 3 - 2 9 4 3
		受付時間	午前 9 時 0 0 分から午後 5 時 0 0 分まで (土日・祝日を除く)
	福島県国民健康 保険団体連合会	所在地	福島県福島市中町 3 - 7
		所 管	介護福祉課
		電話番号	0 2 4 - 5 2 3 - 2 8 7 1
		F A X 番号	0 2 4 - 5 2 8 - 0 9 8 9
		受付時間	午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 0 0 分まで (土日・祝日を除く)

1 3 . 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、できる限り早めに事業所の担当者又は担当の地域包括支援センターへご連絡ください。

1 4 . 第三者による評価の実施状況

<実施> 1 あり 2 なし

<結果の開示> 1 あり 2 なし

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。

令和 年 月 日

<事業 者> 所在地 福島県福島市桜木町1-6
事業者(法人) 一般社団法人ワンハート・ユニティー
訪問介護ステーション ワンハート
代表者職・代表理事 佐藤 弘美

説明者

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。
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

<利 用 者>

住 所

氏 名

<署名代行者(又は法定代理人)>

住 所

本人との続柄

氏 名