

訪問介護・介護予防訪問介護相当サービス

契約書別紙（兼重要事項説明書）

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令に基づき、当事業所が利用者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	プラウドライフ株式会社
主たる事務所の所在地	〒210-0006 神奈川県川崎市川崎区砂子1丁目2番地4川崎砂子ビルディング8階
代表者（職名・氏名）	代表取締役 峰山 正樹
設立年月日	2006年7月3日
電話番号	044-589-2713

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あたたか前橋	
サービスの種類	訪問介護・介護予防訪問介護相当サービス	
事業所の所在地	〒371-0831 群馬県前橋市小相木町483-1	
電話番号	027-226-5880	
指定年月日・事業所番号	2016年2月1日 指定	1070106453
管理者の氏名	田村 タ子	
通常の事業の実施地域	前橋市、高崎市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	プラウドライフ株式会社（以下、「運営法人」という。）が開設するヘルパーステーションあたたか前橋（以下、「事業所」という。）が行う訪問介護事業及び第1号訪問事業（以下、「事業」という。）の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、要介護者、要支援者又は事業対象者（以下、「要介護者等」という。）に対し、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者等（以下、「訪問介護員等」という。）が、利用者の居宅において入浴、排せつ、食事の介護、その他の生活全般にわたる世話又は支援等の適切な訪問介護及び第1号訪問事業（以下「訪問介護等」という。）を提供することを目的とする。
運営の方針	事業の実施に当たっては、要介護者等となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる世話又は支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立

	場に立ったサービスの提供に努める。 事業の実施に当たっては、要介護者等となることの予防又はその状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、他の居宅サービス事業者、他の介護予防サービス事業者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 事業の実施に当たっては、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。
--	---

4. 提供するサービスの内容

訪問介護（又は介護予防訪問介護相当サービス）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。

① 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。 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、通院・外出介助など
② 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。 例）調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

5. 営業日時及びサービス提供時間

営業日	月曜日から日曜日まで（祝日も営業）
営業時間	午前7時から午後19時まで
サービス提供時間	午前7時から午後19時まで 時間外・休日のサービス提供は相談に応じる。また、電話等による連絡は24時間可能とする。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数			
介護福祉士	常勤	8 人	非常勤	2 人
介護職員実務者研修課程 修了者	常勤	1 人	非常勤	1 人
介護職員基礎研修課程 修了者	常勤	1 人	非常勤	0 人
介護職員初任者研修課程 修了者	常勤	0 人	非常勤	4 人

7. サービス提供の責任者

利用者へのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	田村タ子・久保田真由・高村裕美
--------------	-----------------

※ご利用者様の口腔に関する問題や服薬状況などに係る気付きがあれば、サービス提供責任者の責務として、居宅介護支援事業者等のサービス関係者に連絡するなどして情報共有致します。

※居宅サービス計画上の標準的な時間と提供時間などが著しく乖離している場合、サービス提供責任者は、担当介護支援専門員に連絡し居宅サービス計画見直しなどの働きかけを致します。

8. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本単位」は以下のとおりであり、利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、基本単位に 10.21（※1）を乗じた金額（利用料）の原則 1 割の額（一定以上の所得を超えた方は 2 割または 3 割の額）です。ただし、介護保険給付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。

また、利用者の同意を得て、同時に 2 人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、下記基本利用料の 2 倍の額となります。

（※1）地域によって物価や人件費等が異なるため地域区分が設定されておりますが、前橋市は 7 級地に該当しており、基本単位に 10.21 乗じた金額が利用料となります。

（1）訪問介護の利用料

【基本部分】

サービスの内容 1 回あたりの所要時間		基本単位 ※（注 1）参照	利用者負担金 ※（注 2）参照
身体介護中心型	20 分未満	163 単位	1 割 : 167 円 2 割 : 333 円 3 割 : 500 円
	20 分以上 30 分未満	244 単位	1 割 : 250 円 2 割 : 499 円 3 割 : 748 円
	30 分以上 1 時間未満	387 単位	1 割 : 396 円 2 割 : 791 円 3 割 : 1,186 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	567 単位	1 割 : 579 円 2 割 : 1,158 円 3 割 : 1,737 円
	1 時間 30 分以上	30 分増すごとに 82 単位を加算	30 分増すごとに 1 割 : 84 円 2 割 : 168 円 3 割 : 252 円
引き続き「生活援助中心型」を算定する場合		25 分増すごとに 65 単位を加算 （身体介護の所要時間が 20 分以上の場合に限る。）	25 分増すごとに 1 割 : 67 円 2 割 : 133 円 3 割 : 199 円

生活援助中心型	20分未満		
	20分以上45分未満	179単位	1割 : 183円 2割 : 366円 3割 : 549円
	45分以上	220単位	1割 : 225円 2割 : 450円 3割 : 674円
通院等乗降介助		97単位	1割 : 99円 2割 : 198円 3割 : 297円

(注1) [身体介護中心型]及び[生活援助中心型]において、利用者の同意を得て、同時に2人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本単位の2倍となります。

上記の基本単位は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本単位を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加減算】

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減算されます。

加減算の種類	加減算の要件	加減算額	
		基本単位	利用者負担金
初回加算	新規のご利用者様へサービス提供した場合 (1月につき)	200単位	1割 : 205円 2割 : 409円 3割 : 613円
夜間・早朝、 深夜加算	夜間(18時～22時)又は早朝(6時～8時) にサービス提供する場合	上記基本単位の25%	
	深夜(22時～翌朝6時)にサービス提供する場合	上記基本単位の50%	
緊急時訪問 介護加算	ご利用者様やご家族等からの要請を受け、緊急に サービスを提供した場合(1回につき)	100単位	1割 : 103円 2割 : 205円 3割 : 307円
特定事業所加算	事業所における体制の要件・人材の要件を満たす 場合(各要件を満たした翌月より加算)	加算Ⅰ:20% 加算Ⅱ:10% 加算Ⅲ:10% 加算Ⅳ:3% 加算Ⅴ:3%	
生活機能 向上連携加算	Ⅰ 在宅での生活機能向上を図るため、訪問リハビリ又は通所リハビリの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士から助言を受け、訪問介護計画を作成した場合	100単位	1割 : 103円 2割 : 205円 3割 : 307円
	Ⅱ 在宅での生活機能向上を図るため、訪問リハビリ又は通所リハビリの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と訪問介護のサービス提供責任者が同行訪問し、訪問介護計画を作成した場合	200単位	1割 : 205円 2割 : 409円 3割 : 613円

認知症 専門ケア加算	I	①認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の100分の50以上 ②認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施 ③当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催	3単位/ 日	1割： 3円/日 2割： 6円/日 3割： 9円/日
	II	①（I）の②③の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施 ②認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上 ③介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定	4単位/ 日	1割： 4円/日 2割： 8円/日 3割： 12円/日
口腔連携強化加算		・事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する ・事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること	50単位/ 回 ※1月に1 回に限	1割： 51円/回 2割： 102円/回 3割： 153円/回
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※		中山間地域において、通常の事業の実施地域以外に居住するご利用者様へサービス提供した場合	基本単位の5%	
中山間地域等における小規模事業所加算 ※		中山間地域に所在する小規模事業所が算定出来る単位	基本単位の10%	
※介護職員等処遇改善加算（2024年6月から）		当該加算の算定要件を満たす場合 （介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は2024年6月より当加算へ一本化）	基本単位と各種加算減算の 合計加算Ⅰ： 24.5% 加算Ⅱ： 22.4% 加算Ⅲ： 18.2% 加算Ⅳ： 14.5%	
集合住宅減算		事業所と同一敷地内又は隣接する建物に居住する者に訪問した場合、また、当該以外の建物へ訪問する利用者数が1月あたり20名以上の場合	上記基本単位と一部加算の合計の-10%	
		事業所と同一敷地内又は隣接する建物に居住する居住する利用者の人数が1月あたり50名以上の場合	上記基本単位と一部加算の合計の-15%	

	正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合	基本単位と一部加算の合計 の－12%
業務継続計画 未策定減算	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策定されていない場合 （令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援については、令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。）	所定単位数の－1%
高齢者虐待防止 措置 未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合	所定単位数の－1%

※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。

（２）介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ		基本単位 ※（注１）参照	利用者負担金（２割） ※（注２）参照
介護予防訪問介護相当サービス （Ⅰ）（Ⅳ）	１週間に <u>１回程度</u> の介護予防訪問サービスが必要とされた場合（要支援１・２）	月４回まで ２３５単位/回 月４回以上の場合 １，１７６単位/月	１割 ： ２４０円/回 1，２０１円/月 ２割 ： ４８０円/回 2，４０２円/月 ３割 ： ７２０円/回 3，６０２円/月
介護予防訪問介護相当サービス （Ⅱ）（Ⅴ）	１週間に <u>２回程度</u> の介護予防訪問サービスが必要とされた場合（要支援１・２）	月８回まで ２３５単位/回 月８回以上の場合 2，３４９単位/月	１割 ： ２４０円/回 2，３９９円/月 ２割 ： ４８０円/回 4，７９７円/月 ３割 ： ７２０円/回 7，１９５円/月
介護予防訪問介護相当サービス （Ⅲ）（Ⅳ）	１週間に <u>２回を超える程度</u> の介護予防訪問サービスが必要とされた場合（要支援２のみ）	月１２回まで ２３５単位/回 月１２回以上の場合 3，７２７単位/月	１割 ： ２４０円/回 3，８０６円/月 ２割 ： ４８０円/回 7，６１１円/月 ３割 ： ７２０円/回 1１，４１６円/月

（注１）上記の基本単位は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本単位を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加減算】

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減算されます。

加減算の種類	加減算の要件		加減算額	
			基本単位	利用者負担金
初回加算	新規のご利用者様へサービス提供した場合		200単位	1割：205円 2割：409円 3割：613円
生活機能向上 連携加算	I	在宅での生活機能向上を図るため、訪問リハビリ又は通所リハビリの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士から助言を受け、訪問介護計画を作成した場合	100単位	1割：103円 2割：205円 3割：307円
	II	在宅での生活機能向上を図るため、訪問リハビリ又は通所リハビリの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と訪問介護のサービス提供責任者が同行訪問し、訪問介護計画を作成した場合	200単位	1割：205円 2割：409円 3割：613円
口腔連携強化加算	・事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する ・事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること		50単位／回 ※1月に1回に限り算定可能 1割： 51円/回 2割：102円/回 3割：153円/回	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※	中山間地域において、通常の事業の実施地域以外に居住するご利用者様へサービス提供した場合		上記基本単位の5%	
中山間地域等における小規模事業所加算 ※	中山間地域に所在する小規模事業所が算定できる単位		基本単位の10%	
※介護職員等処遇改善加算（2024年6月から）	当該加算の算定要件を満たす場合 （介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は2024年6月より当加算へ一本化）		基本単位と各種加算減算の合計加算Ⅰ： 24.5% 加算Ⅱ： 22.4% 加算Ⅲ： 18.2% 加算Ⅳ： 14.5%	
集合住宅減算	事業所と同一敷地内又は隣接する建物に居住する者に訪問した場合、また、当該以外の建物へ訪問する利用者数が1月あたり20名以上の場合		基本単位と一部加算の合計の－10%	
	事業所と同一敷地内又は隣接する建物に居住する居住する利用者の人数が1月あたり50名以上の場合		基本単位と一部加算の合計の－15%	

	正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合	基本単位と一部加算の合計の －12%
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合	所定単位数の－1%

※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。

（３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防訪問介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（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、翌月の請求書と同封させていただきます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	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、指定する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27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。 横浜銀行 瀬谷支店 （普）1426336 プラウドライフ株式会社 代表取締役 峰山正樹 * 振込手数料はお客様ご負担となります。

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. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、市町村、家族等に早急に連絡を行い、必要な措置を講じるとともに、当該事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

また、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。このため、次の損害賠償保険に加入しています。

- ・ 保険の種類 賠償責任保険（施設所有管理者、生産物、受託者）
- ・ 保険会社 三井住友海上火災保険株式会社

11. 苦情相談窓口

（１）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 027-226-5880 面接場所 当事業所の相談室
プラウドライフ(株) 苦情相談窓口	電話番号 0120-913-880 ※土日祝以外 受付時間 月～金・祝日 10:00～17:00

（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	前橋市介護保険課	電話番号 027-898-6132
	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号 027-290-1323

12. 個人情報の保護

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」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

- 2 事業者が得た利用者及び利用者家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人から同意を得るものとします。

13. 秘密保持

事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

- 2 事業者は、利用者及び利用者家族の個人情報について、利用者の居宅サービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員及び居宅サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
- 3 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止・高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

14. 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致します。
- (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介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(4) 当事業所における第三者評価実施の有無

なし		
あり	実施年月日	年 月 日
	実施した評価機関の名称	
	評価結果の開示状況	

年 月 日

事業所は、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。

事業所 事業所名 ヘルパーステーションあたたか前橋
説明者職・氏名 管理者 印

私は、事業所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 印

署名代行者（又は法定代理人）
住所
氏名 印
本人との続柄

立会人 住所
氏名 印