

# 契約書別紙兼重要事項説明書

## 1. 事業者(法人)の概要

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 事業者(法人)の名称 | 株式会社Empower Life            |
| 主たる事務所の所在地 | 〒737-0883 広島県呉市天応西条三丁目25番4号 |
| 代表者(職名・氏名) | 代表取締役 中島 幹雄                 |
| 電話番号       | 0823-38-8202                |

## 2. ご利用事業所の概要

|             |                             |  |
|-------------|-----------------------------|--|
| ご利用事業所の名称   | エンパワーライフ居宅介護支援事業所           |  |
| サービスの種類     | 居宅介護支援(介護予防支援)              |  |
| 事業所の所在地     | 〒737-0882 広島県呉市天応東久保1丁目5-20 |  |
| 電話番号        | 0823-38-8202                |  |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和6年8月1日指定                  |  |
| 管理者の氏名      | 池田 由美子                      |  |
| 通常の事業の実施地域  | 呉市 安芸郡坂町                    |  |

## 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護(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、適正な指定居宅介護支援(介護予防支援)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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、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

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画(介護予防サービス・支援計画)」を作成します。
- あなたの居宅サービス計画(介護予防サービス・支援計画)に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画(介護予防サービス・支援計画)を変更します。
- 指定居宅介護支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- 当事業に対して、特定の指定居宅サービス事業者だけではなく、複数の指定居宅サービス事業者を紹介するよう求めることができます。
- 当事業に対して、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス(介護予防サービス)事業者等の選定理由を求めることができます。

- あなたの要介護(要支援)認定の申請についてお手伝いします。
- あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。

## 5. 営業日時

|      |                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで<br>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30日から1月3日)及びお盆(8月13日から8月15日)を除きます。 |
| 営業時間 | 午前9時00分から午後5時00分まで                                                             |

## 6. 事業所の職員体制

|         |              |
|---------|--------------|
| 従業者の職種  | 勤務の形態・人数     |
| 管理者     | 常勤 1名        |
| 介護支援専門員 | 常勤 2名 非常勤 0名 |
| 事務職員    | 常勤 1名 非常勤 1名 |

## 7. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

|           |              |
|-----------|--------------|
| 担当職員      |              |
| 連絡先(電話番号) | 0823-38-8202 |

## 8. 利用料

指定居宅介護支援(指定介護予防支援)を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1か月当たりの料金をお支払いいただきます。

その場合、事業者は指定居宅介護支援提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口指定居宅介護支援提供証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

### (1) 居宅介護支援の利用料

#### 【基本利用料】

| 取扱い要件                            | 利用料      |         | 利用者負担金  |           |
|----------------------------------|----------|---------|---------|-----------|
|                                  |          |         | 法定代理受領分 | 法定代理受領分以外 |
| 居宅介護支援費(i)<br>(取扱件数が45件未満)       | 要介護1・2   | 10,860円 | 無料      | 10,860円   |
|                                  | 要介護3・4・5 | 14,110円 |         | 14,110円   |
| 居宅介護支援費(ii)<br>(取扱件数が45件以上60件未満) | 要介護1・2   | 5,440円  |         | 5,440円    |
|                                  | 要介護3・4・5 | 7,040円  |         | 7,040円    |
| 居宅介護支援費(iii)<br>(取扱件数が60件以上)     | 要介護1・2   | 3,260円  |         | 3,260円    |
|                                  | 要介護3・4・5 | 4,220円  |         | 4,220円    |
| 介護予防支援費                          | 要支援1・2   | 4,720円  | 無料      | 4,720円    |

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

## 【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         |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 初回加算                   | 新規あるいは要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅支援を提供した場合(1月につき)                                                                                                   | 3,000円      |
| 入院時情報連携加算(Ⅰ)           | 利用者が入院してから3日以内に、病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合(1月につき1回を限度)                                                                                                   | 2,500円      |
| 入院時情報連携加算(Ⅱ)           | 利用者が入院してから4日以上7日以内に、病院等の職員に対して必要な情報を提供した場合(1月につき1回を限度)                                                                                               | 2,000円      |
| 通院時情報連携加算              | 利用者が病院又は診療所において医師の診察を受けるときに、医師等に対して必要な情報を提供するとともに、医師等から必要な情報を受けて記録した場合(1月につき1回を限度)                                                                   | 500円        |
| 退院・退所加算(Ⅰ)イ            | 病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たって病院等の職員から必要な情報の提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合(入院又は入所期間中につき1回を限度)<br>病院等の職員からの情報収集を1回行っている場合                           | 4,500円      |
| 退院・退所加算(Ⅰ)ロ            | 病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たって病院等の職員から必要な情報の提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合(入院又は入所期間中につき1回を限度)<br>病院等の職員からの情報収集をカンファレンスにより1回行っている場合                 | 6,000円      |
| 退院・退所加算(Ⅱ)イ            | 病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たって病院等の職員から必要な情報の提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合(入院又は入所期間中につき1回を限度)<br>病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合                         | 6,000円      |
| 退院・退所加算(Ⅱ)ロ            | 病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たって病院等の職員から必要な情報の提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合(入院又は入所期間中につき1回を限度)<br>病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合 | 7,500円      |
| 退院・退所加算(Ⅲ)             | 病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たって病院等の職員から必要な情報の提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合(入院又は入所期間中につき1回を限度)<br>病院等の職員からの情報収集を3回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合 | 9,000円      |
| ターミナルケアマネジメント加算        | 末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者に対して、ターミナルケアマネジメントを行った場合(1月につき)                                                                                                | 4,000円      |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算        | 病院等の求めにより、医師等と共に居宅を訪問してカンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス等の利用調整を行った場合(1月に2回を限度)                                                                                | 2,000円      |
| 特定事業所加算(Ⅰ)             | 主任介護支援専門員を2名以上配置し、質の高いケアマネジメントを実施できる体制を整える等、一定の要件をすべて満たした場合                                                                                          | 5,190円      |
| 特定事業所加算(Ⅱ)             | 主任介護支援専門員を1名以上配置し、質の高いケアマネジメントを実施できる体制を整える等、一定の要件の一部を満たした場合                                                                                          | 4,210円      |
| 特定事業所加算(Ⅲ)             | 主任介護支援専門員を配置し、質の高いケアマネジメントを実施できる体制を整える等、一定の要件の一部を満たした場合                                                                                              | 3,230円      |
| 特定事業所加算(A)             | 主任介護支援専門員を配置し、質の高いケアマネジメントを実施できる体制を整える等、一定の要件の一部を満たした場合                                                                                              | 1,140円      |
| 特定事業所医療介護連携加算          | 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定し、かつ、医療機関等との連携に関する取組を積極的に行っている場合                                                                                               | 1,250円      |
| 特別地域居宅介護支援加算           | 当事業所が特別地域に所在する場合                                                                                                                                     | 上記基本利用料の15% |
| 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外に居住する利用者へサービス提供した場合                                                                                                             | 上記基本利用料の5%  |

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

| 減算の種類  | 減算の要件                            | 減算額                        |
|--------|----------------------------------|----------------------------|
| 運営基準減算 | 指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、一定の要件に該当した場合 | 上記基本利用料の50%(2月以上継続の場合100%) |

|           |                                                      |         |
|-----------|------------------------------------------------------|---------|
| 特定事業所集中減算 | 居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等について特定の事業者への集中率が、正当な理由なく80%を超える場合 | -2,000円 |
|-----------|------------------------------------------------------|---------|

## (2) 支払い方法

上記の利用料は、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、法定代理受領サービスである時は、利用料の自己負担はありません。

| 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（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 |
| 現金払い    | サービスを利用した月の翌月の27日（休業日の場合は直後の営業日）までに、現金でお支払いください。         |

## 9. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援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、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 苦情相談窓口

- (1) 当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0823-38-8202<br>面接場所 当事業所の相談室 |
|---------|------------------------------------|

- (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 | 呉市市介護保険課           | 電話番号<br>0823-25-2626 |
|        | 広島県国民健康保険団体<br>連合会 | 電話番号<br>082-554-0783 |

## 11. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

## 12. 第三者評価の実施状況

|               |      |        |                |
|---------------|------|--------|----------------|
| 第三者による評価の実施状況 | ① あり | 実施日    |                |
|               |      | 評価機関名称 |                |
|               |      | 結果の開示  | 1 あり      2 なし |
|               | ② なし |        |                |

## 13. 当事業所の訪問介護等の利用状況

当事業所が作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

#### 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) 介護支援専門員に贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (2) 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サービス事業所の担当者へご連絡ください。
- (3) 病院や診療所に入院する必要がある場合には、「7. 担当の介護支援専門員」に記載の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先の病院等にお伝えください。

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

広島県呉市天応西条三丁目25番4号

事業者(法人)名

株式会社Empower Life

代表者職・氏名

代表取締役 中島 幹雄

説明者職・氏名

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

## 重要事項説明書別紙 ケアプランの訪問介護等の利用状況

重要事項説明書「13. 当事業所の訪問介護等の利用状況」についての説明資料は、次のとおりです。

＊この用紙で説明する前6月の期間( 年 月 ～ 年 月 )

① 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

- 訪問介護……………%
- 通所介護……………%
- 地域密着型通所介護…%
- 福祉用具貸与……………%

② 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者(所)によって提供されたものの割合

| サービス種別        | 1位   |    | 2位   |    | 3位   |    |
|---------------|------|----|------|----|------|----|
|               | 事業所名 | 割合 | 事業所名 | 割合 | 事業所名 | 割合 |
| 訪問介護          |      | %  |      | %  |      | %  |
| 通所介護          |      | %  |      | %  |      | %  |
| 地域密着型<br>通所介護 |      | %  |      | %  |      | %  |
| 福祉用具貸与        |      | %  |      | %  |      | %  |

上記の説明を受け、内容に同意します。

同意日：        年        月        日

署 名：\_\_\_\_\_