

かりや愛知中央生活協同組合  
C O · O P 中央ケアプランセンターふたばの杜  
重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(愛知県指定第 2372901559号)

当事業所はご契約者に対するサービス提供の開始にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

(事業者の概要)

第1条 事業者の概要は次の通りです。

- |         |               |
|---------|---------------|
| ① 法人名   | かりや愛知中央生活協同組合 |
| ② 法人所在地 | 刈谷市東陽町1丁目11番地 |
| ③ 電話番号  | 0566-21-4896  |
| ④ 代表者氏名 | 代表理事 加納 嘉男    |
| ⑤ 設立年月日 | 昭和24年5月11日    |

(事業所の概要)

第2条 事業所の概要は次の通りです。

- |          |                            |
|----------|----------------------------|
| ① 事業所名   | C O · O P 中央ケアプランセンターふたばの杜 |
| ② 事業所の種類 | 居宅介護支援事業所                  |
| ③ 事業所番号  | 愛知県指定第 2372901559号         |
| ④ 事業所所在地 | 刈谷市半城土中町2丁目15番地21          |
| ⑤ 電話番号   | 0566-56-1619               |
| ⑥ 管理者    | 庄司 明美                      |
| ⑦ 開設年月日  | 平成27年1月1日                  |
| ⑧ 事業所の目的 |                            |

ご契約者が抱える問題点を明らかにし、ご契約者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するうえでご契約者・ご家族のご相談に耳を傾け最も適切なサービスの組み合わせについて検討し、ご契約者及びご家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題を提案・紹介をしていきます。

(事業実施地域及び営業時間)

第3条 実施地域及び営業時間は次の通りです。

- |          |  |
|----------|--|
| ① 事業実施地域 | 刈谷市、安城市、知立市、高浜市  |
| ② 営業日    | 月曜日から金曜日までとする。<br>但し、8月13日から15日まで<br>及び12月29日から1月3日までは休業とする。 |
| ③ 営業時間   | 午前8時から午後5時まで   |

(職員の配置状況)

第4条 職員の体制については、指定基準に遵守しています。

- ① 管理者 1名（常勤兼務職員、介護支援専門員と兼務）
- ② 介護支援専門員 1名（常勤兼務職員、管理者と兼務 1名）

(居宅サービスの流れ)

第5条 居宅サービス計画の作成

ご契約者のご家庭を訪問して、ご契約者の心身の状況、置かれている環境等を把握したうえで居宅介護サービス及びその他の必要な保健医療サービス、福祉サービス（以下「指定居宅サービス等」という。）が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、居宅サービス計画を作成します。

<居宅サービス計画の作成の流れ>

- 1) 事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させます。
- 2) 居宅サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に契約者又はその家族等に対して説明を行い、更に契約者にサービスの選択を求めます。
- 3) 介護支援専門員は、ご契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- 4) 介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について契約者及びその家族等に対して説明し、契約者の同意を得た上で決定するものとします。

1. 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案について、介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービス選択に資する内容を利用者またはその家族に対して説明します。
2. 介護支援専門員は、利用者の居宅サービス計画の原案への同意を確認した後、原案に基づく居宅サービス計画を作成し、改めて利用者の同意を確認します。

(サービス実施状況の把握、評価について)

第6条 ① 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後において、居宅サービス計画の実施状況の把握を行い、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。

上記の把握に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するとともにモニタリングの結果を記録します。

ただし、次のいずれにも該当する場合少なくとも二ヶ月に一回、利用者宅を訪問しない月はテレビ電話装置等を活用して利用者に面接することができるものとする。

1. テレビ電話装置等を活用して面接を行う旨を、文章にて利用者の合意を得ている。
  2. サービス担当者会議等において主治医、担当者その他の関係者の合意を得ている。
    - ・利用者的心身の状態が安定している
    - ・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行う事ができる
    - ・介護支援専門員がテレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について担当者から情報を受けること
  - ② 居宅サービス計画の変更の必要性を認めた場合、または居宅サービス計画の変更が必要であると判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって居宅サービス計画の変更を実施するものとします。
  - ③ 介護支援専門員は、その居宅において日常生活を営むことが困難になったと認められる場合または利用者が介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、事業者は利用者に介護保険施設に関する情報を提供します。
1. 要介護認定等の協力について  
事業者は、利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力をいたします。
  2. 居宅サービス計画等の情報提供について  
利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合には、利用者の居宅サービス計画作成が円滑に引き継げるよう、利用者の申し出により、居宅サービス計画等の情報の提供に誠意をもって応じます。
  3. 居宅介護支援の内容及びサービス利用料金  
居宅介護支援の内容及びサービス利用料金については、下記のとおりとなります。

度区分 取扱い件数区分	要介護 1・2	要介護 3～5
介護支援専門員 1 人に当りの利用 者の数が45人未満の場合	居宅介護支援費 I 1,086単位／月	居宅介護支援費 I 1,411単位／月
“ 45人以上の場合に おいて、45人以上60人未満の部分	居宅介護支援費 II 544単位／月	居宅介護支援費 II 704単位／月
“ 45人以上の場合に おいて、60人以上の部分	居宅介護支援費 III 326単位／月	居宅介護支援費 III 422単位／月

- ※ 当事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の50／100又は0／100となります。また、特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より200単位を減額することとなります。
- ※ 45人以上の場合については、契約日が古いものから順に割り当て、45件目以上になった場合に居宅介護支援費 II 又は III を算定します。

#### ○ I C T 活用又は事務職員の配置を行っている場合

居宅介護支援費は上記と同単位です。

介護支援専門員1人に当りの利用者の数が50人未満となります。

- ※ 当事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の50／100又は0／100となります。
- また、特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より200単位を減額することとなります。
- ※ 50人以上の場合については、契約日が古いものから順に割り当て、50件目以上になった場合に居宅介護支援費Ⅱ又はⅢを算定します。

	加 算	加算額	内 容 ・ 回 数 等
要介護度による区分なし	初回加算	300単位	新規に居宅サービス計画を作成する場合 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
	入院時情報連携加算Ⅰ	250単位	入院した日のうちに病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅰ)
	入院時情報連携加算Ⅱ	200単位	入院の日から3日以内に病院等の職員に必要な情報提供をした場合(Ⅱ)
	退院・退所加算(Ⅰ)イ	450単位	入院等の期間中に病院等の職員と面談を行い必要な情報を得るための連携を行い居宅サービス計画の作成をした場合。
	退院・退所加算(Ⅰ)ロ	600単位	(Ⅰ)イ連携1回
	退院・退所加算(Ⅱ)イ	600単位	(Ⅰ)ロ連携1回(カンファレンス参加による)
	退院・退所加算(Ⅱ)ロ	750単位	(Ⅱ)イ連携2回以上
	退院・退所加算(Ⅲ)	900単位	(Ⅱ)ロ連携2回(内1回以上カンファレンス参加) (Ⅲ)連携3回以上(内1回以上カンファレンス参加)
	通院時情報連携加算	50単位	病院において医師の診断を受ける時に同席し利用者の必要な情報提供を行う
	特定事業所加算(Ⅰ)	505単位	「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること」等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合(一月につき)
	特定事業所加算(Ⅱ)	407単位	
	特定事業所加算(Ⅲ)	309単位	
	特定事業所加算(A)	100単位	
	特定事業所医療介護連携加算	125単位	特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している等厚生労働大臣が定める基準に適合する場合(一月につき)
	ターミナルケアマネジメント加算	400単位	在宅死亡の末期の利用者に対し医療、ケア方針を確認したうえで死亡日及び死亡前14日以内に2日以上訪問し居宅介護支援を行った場合。
	緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位	病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問しカンファレンスを行いサービス等の利用調整した場合

なお、ご契約者の介護保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、サービス利用料金の全額をお支払いいただくことになります。

(居宅介護支援の提供にあたっての留意事項について)

- 第7条 ① 利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求める  
ことや、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由につい  
て説明を求ることができます。
- ② 居宅介護支援提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、  
要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者  
の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。  
また、介護負担割合証の割合に変更が生じた場合もご連絡ください。
- ③ ご契約者の意思を踏まえて、要介護認定の更新申請等に必要な援助を行います。
- ④ 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援  
等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には  
担当する介護支援専門員の名前や連絡先をお伝えください。
- ⑤ 前6ヶ月間に提供された当事業所が作成した居宅サービス計画書が占める訪問介護、通  
所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与のサービス利用割合は別紙のとおりです。
- ⑥ 南海トラフ巨大地震への対応、新型コロナ同様の感染症の発生に備え、事業継続、再  
開が早期に行えるように事業継続計画（BCP）計画を策定しています。

(虐待防止に関する事項)

- 第8条 1. 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じる  
ものとする。
- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を  
活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結  
果について介護職員その他の従業員に周知徹底を図ること。
- ② 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 事業所において、介護職員その他の従業員に対し、虐待の防止のための研修を定  
期的に実施すること。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
2. 介護従事者等は、利用者に虐待行為はしてはならない。管理者は介護従事者等の虐待  
行為を発見した場合は速やかに家族及び所轄関係者に報告し、虐待防止に努めるものとす  
る。

(身体拘束等の禁止)

- 第9条 ① 事業所はサービス提供において、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得  
場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② やむを得ず身体拘束を行う場合は、その態様及び時間、その際の心身の状況並び緊急  
やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。
- ③ 当業者は身体拘束等の適正化を図るための検討委員会を開催とその結果の周知徹底を  
図ります。
- ④ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すると共に、従業者に対し研修を実施します。

(ハラスメントに関する指針)

第10条 ご利用者様との信頼に基づいた関係を結ぶためにも下記の行動・行為があつた際にはサービス提供の中止をさせていただく場合がございます。

- ① 大声や暴言、脅迫的な言動により、当事業所職員に迷惑を及ぼすこと  
(尊厳や人格を傷つけるような行為)
- ② 当事業所職員に対する暴力行為、もしくはその恐れが強い場合。
- ③ 解決しがたい要求を繰り返し行い、業務を妨害すること。
- ④ 当事業所職員にみだりに接触すること、卑猥な発言などの公然わいせつ行為及びストーカー行為をすること。
- ⑤ 正当な理由なく居室内・施設内に当事業所職員をとどまらせること。
- ⑥ 当事業所の了解を得ず、撮影や録音をすること。
- ⑦ 謝罪や謝罪文を強要すること。
- ⑧ 当事業所の備品、材料等の器物破損行為。
- ⑨ その他事業所の迷惑となる行為及びサービス提供に支障をきたす行為。

(契約終了・解約の手続き)

第11条 ① ご契約者・ご家族のご都合によりご利用を中止される場合事前にお申し出ください。  
ただし、緊急の入院など、やむを得ない場合はこの限りではありません。

② 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

1. ご契約者が介護保険施設等に入所した場合
  2. ご契約者の要介護度認定区分が、「非該当」と認定された場合  
\*要介護度認定期間をもって利用の終了をしていただくことになります。
  3. ご契約者がお亡くなりになった場合
- ③ 事業者は、ご契約者またはご家族が事業者や介護支援専門員に対してこの契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちに契約を解約することができます。

(守秘義務)

第12条 ① 事業者・介護支援専門員及び従業員は居宅介護支援を提供する上で知り得たご契約者またはご家族に関する事項を正当な理由もなく第三者に漏らしません。  
この守秘義務は契約が終了した後も継続します。

② 前項にかかわらず、ご契約者にかかるサービス担当者会議での利用など正当な理由がある場合には、その情報が用いられるものの文章上の同意を前提に、ご契約者またはご家族などの個人情報を用いることがあります。

(第三者評価の実施状況)

第13条 当事業所は第三者評価機関による評価を実施しておりません。

(サービス提供に関する相談、苦情について)

第14条 事業者は居宅介護支援時において、ご契約者に対する事故が発生した場合速やかに市町村、

ご契約者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。  
また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により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。

(苦情の受付)

第15条 提供した指定居宅介護支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情は当事業の専用窓口で受け付けるため窓口を設置します。

① CO・OP中央ケアプランセンターふたばの杜 管理者 庄司明美

電話番号 0566-56-1619

FAX 0566-27-1414

② かりや愛知中央生活協同組合 代表理事 加納嘉男

電話番号 0566-21-4896

FAX 0566-22-4422

受付時間月曜日から金曜日午前9時から午後5時

※行政機関でも受け付けています。

① (刈谷市役所長寿課)

(安城市役所介護保険課)

電話番号 0566-62-1013

電話番号 0566-71-2226

FAX 0566-24-2466

FAX 0566-74-6789

(知立市役所長寿介護課)

(高浜市いきいき広場介護保険・障がいグループ)

電話番号 0566-83-1111

電話番号 0566-52-9871

FAX 0566-83-1141

FAX 0566-52-7918

② 愛知県国民健康保険連合会介護福祉課苦情相談窓口

電話番号 052-971-4165

FAX 052-962-8870

附則

この重要事項説明書は、平成27年1月1日より施行する。

この重要事項説明書は、平成27年4月1日より実施する。

この重要事項説明書は、平成27年6月26日より実施する。

この重要事項説明書は、平成30年4月1日より実施する。

この重要事項説明書は、平成30年9月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和元年5月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和元年6月28日より実施する。

この重要事項説明書は、令和元年10月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和3年4月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和4年3月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和5年4月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和5年6月26日より実施する。

この重要事項説明書は、令和6年4月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和6年6月1日より実施する。

この重要事項説明書は、令和7年3月1日より実施する。

令和        年        月        日

居宅介護支援の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

かりや愛知中央生活協同組合  
C.O・O.P中央ケアプランセンター ふたばの杜

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、提供開始に同意します。

<ご契約者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

<連帯保証人>

住所 \_\_\_\_\_

ご契約者との続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_