運営規程
(居宅介護支援事業所)

株式会社 みのりの絆

指定居宅介護支援/指定介護予防支援 事業所

みのりの絆 ケアプランセンター

みのりの絆 ケアプランセンター
指定居宅介護支援事業 / 指定介護予防支援事業
運営規程

（事業の目的）

第１条

株式会社みのりの絆が開設する みのりの絆 ケアプランセンター（以下「事業所」という。）が行う指定居宅介護支援及び指定介護予防支援の事業（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、事業所の介護支援専門員が、要介護又は要支援状態にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、適正な事業を提供することを目的とする。

第２条

事業所の介護支援専門員は、利用者が居宅において、その心身の特性を踏まえ、自立に向けて設定された目標を達成するために必要な保健医療サービス又は福祉サービスの適切な利用等をすることができるよう、利用者等の依頼を受けて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するとともに、当該計画に基づく指定居宅介護サービス又は指定介護予防サービス（以下「サービス」という。）等の提供が確保されるようサービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行う。事業の実施に当たっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図るものとする。

（事業所の名称等）

第３条

事業を行なう事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

（１）名　称 みのりの絆 ケアプランセンター

（２）所在地 福井県福井市新田塚１丁目 55-1

（職員の職種、員数及び職務内容）

第４条

事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

（１）管理者 介護支援専門員　１名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元化に行うとともに、自らも指定居宅介護支援及び指定介護予防支援の提供に当たるものとする。

（２）介護支援専門員　　１名以上【常勤職員１名以上（１名は管理者と兼務）】

介護支援専門員は、指定居宅介護支援の提供に当たる。

（３）事務職員　　１名以上（非常勤職員）

必要な事務を行う。

（営業日及び営業時間）

第５条

事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

（１）営業日　月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝日に関する法律に規定

する休日及び12月31日から1月3日までを除く。また業務遂行において必要となる場合は営業日と振替等行い、休業日を営業日とする場合がある。

（2）営業時間　　午前8時30分から午後5時30分までとする。

（3）上記の営業日時のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

（指定居宅介護支援/指定介護予防支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額）

第6条

指定居宅介護支援/指定介護予防支援の提供方法及び内容は、次のとおりとする。

（1）利用者の相談を受ける場所　・・・　事業所内及び利用者宅その他必要と認められる場所において行うものとする。

（2）使用する課題分析票の種類　・・・　利用者の状況を勘案し、書式化されたアセスメント方式を使用する。

（3）サービス担当会議の開催場所　・・・　事業所内その他必要と認められる場所において開催する。

（4）介護支援専門員の居宅訪問頻度　・・・　要介護者：月1回以上必要に応じて訪問する。要支援者：3ヵ月に1回以上必要に応じて訪問する。

①事業を提供した場合の利用料の額は、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及び指定介護予防支援が法定代理受領サービスであるときは、利用者からの利用料の支払は受けないものとする。

②次条の通常の事業の実施地域を超えて行う事業に要した交通費は、その実費とする。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とする。通常の事業実施地域を越えた地点から、1km毎に10円徴収させて頂きます。

③前項の費用の支払を受ける場合は、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払に同意する旨の文書に署名・押印をうけることとする。

（通常の事業の実施地域）

第7条

通常の事業の実施地域は、福井市区域とする。

（苦情処理）

第8条

当事業所は、自ら提供した事業（ケアマネジメント）又は自らが居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に位置付けたサービス等に対する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため担当職員を置き、解決に向けて調査を実施し改善の措置を講じ、利用者及び家族に説明するものとする。

（事故発生時の対応）

第9条

当事業所は、利用者に対する事業（ケアマネジメント）の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要措置を行う。

当事業所は、事業（ケアマネジメント）の提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由によ

り賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行う。
当事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入する。
事故発生防止の為の委員会を設置し、指針に基づき安全管理の徹底を行い、定期的に従事者に対し研修を実施することとし、且つ適切に実施するための担当者を配置する。

（緊急時の対応）
第１０条
事業者は、現に事業（ケアマネジメント）の提供を行っているときに、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかにご家族、主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

（虐待防止に関する事項）
第１１条
事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。
（１）虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催。その結果について、従事者に周知徹底を図る。
（２）虐待の防止のための指針の整備
（３）虐待を防止するための従事者に対する研修の定期的な実施
（４）上記措置を適切に実施するための担当者の配置
（５）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
（６）その他、虐待防止のために必要な措置

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを利用者の所在する市町に通報するものとする。

（感染症の予防及びまん延防止のための措置）
第１２条 事業所において感染症が発生した場合、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。
（１） 感染症の予防及びまん延防止対策を検討する委員会の定期的な開催。その結果について従事者に周知徹底を図る。
（２） 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備。
（３） 感染症の予防及びまん延を防止するための従事者に対する研修の定期的な実施。
（４） 上記措置を適切に実施するための担当者の配置
その他、感染症の予防及びまん延防止のために必要な措置

（身体的拘束等の適正化に関する事項）
第１３条 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
２、緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し適正に管理する。

（業務継続計画の策定等）

第１４条 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。

（１） 事業所は従事者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施する。

（２） 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

その他、業務継続計画の策定等のために必要な措置

（個人情報の保護）

第１５条

事業所は、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」及び厚生労働省が策定した「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ドライン」を遵守し適切な取扱いに努める。

事業所が得た利用者の個人情報については、事業所での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の了解を得るものとする。

（秘密保持）

第１６条

事業所の介護支援専門員及び事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしたりしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。

事業者は、利用者の家族から予め文書で同意の得ない限り、サービス担当者会議において、当該家族の個人情報を用いません。

（その他運営に関する重要事項）

第１７条

事業所は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

（１）採用時研修 採用後３か月以内

（２）継続研修　年２回　※ 身体拘束・虐待防止に関する研修実施は必須とする。

（３）①従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

②事業所は、従業者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、雇用契約の内容とする。

③この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は株式会社みのりの絆と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

（ケアマネジメントの基礎技術に関する実習等への協力又は協力体制の確保）
第１８条
　事業所は、介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保する。

附　則
この規程は令和２年４月１日から施行する。

令和５年４月１日
（改定：虐待防止に関する事項及び実習等への協力又は協力体制の確保の追加）
令和６年４月１日
（改定：事故発生時の対応に関する事項の内容追加
　　感染症の予防及びまん延防止に関する事項の追加
　　身体的拘束等の適正化に関する事項の追加
　　業務継続計画に関する事項の追加）
令和８年４月１日
（改定：指定介護予防支援事業に関する内容の追加）

居宅介護支援／介護予防支援
重要事項説明書

《　2026年6月1日　現在　》

みのりの絆 ケアプランセンター

居宅介護支援／介護予防支援
重要事項説明書

１．事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号　　0776-76-8777

ＦＡＸ　　0776-76-8877

担当　清水　隆仁

※ご不明な点は、お気軽におたずねください。

２．居宅介護（予防）支援事業所の概要

（１）居宅介護支援及び介護予防支援事業所の指定番号および提供地域

事業所名	みのりの絆 ケアプランセンター
事業所の所在地	福井県福井市新田塚１丁目５５－１
介護保険指定番号	第 １８７０１０３７７５ 号
サービスを提供する地域	福井市

（２）同事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容
管理者	１名		事業所の職員・業務の管理
介護支援専門員	３名 （うち１名兼務）	０名	居宅介護支援業務

（３）営業時間

◎月～金曜日　　午前８時３０分～午後５時３０分

◎休　業　日　　土・日曜日、１２/３１～１/３

※ 業務遂行上、必要の場合変更あり

当事業所の居宅介護支援及び指定介護予防支援の特徴等

（1） 運営方針

・指定居宅サービス及び指定介護予防支援サービス等の提供が適切に確保されるよう各サービス提供事業者との連携調整その他の便宜を図りサービス計画を作成することで、利用者さまの特性と能力に応じ自立した生活ができるよう努めます。
・十分な説明と同意に基づいたサービス提供を心がけます。
・公正中立なサービス提供に努めます。
・さまざまなニーズに応じ総合的なサービスが提供できるよう関係機関との綿密な連携を図ります。

（2） 居宅介護支援及び介護予防支援の実施概要等

・居宅サービス計画及び介護予防サービス計画にあたっての訪問、状況把握
・居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の作成、説明、同意、交付、モニタリング
・給付管理業務
・サービス担当者会議の開催、連絡調整
・認定申請の援助
・介護保険施設等の紹介

【当法人の概要】

●法　人　名　株式会社 みのりの絆
●代表取締役　野口　晃
●法人所在地　福井市新田塚１丁目５５-１
●電話番号　　０７７６-７６-０８０８
●設立年月日　令和元年１０月２５日

※定款の目的に定めた介護保険関連実施事業
・訪問介護事業所
・居宅介護支援事業

3．居宅介護支援／介護予防支援の申込みからサービス提供までの流れと主な内容

利　用　申　込

▽

重要事項の説明

▽

契　　約

▽

サービス計画の作成

▽

状況の把握

利用者本人や家族に面接し、抱えている問題点や解決すべき課題を分析します。
施設への入所を希望する場合には施設を紹介します。

▽

計画の原案作成

前６ヵ月間に作成されたケアプランの総数のうち、訪問介護、（地域密着型）通所介護、福祉用具貸与がそれぞれ位置付けられたケアプランが占める割合、及び前６ヵ月間に作成されたケアプランに位置付けられた訪問介護、（地域密着型）通所介護、福祉用具貸与ごとの回数のうち、同一の事業者によって提供されたものが占める割合（上位３位まで）について説明を行います。（別紙参照）
在宅サービス事業者に関する情報が複数提供され、サービスを位置付けた理由を確認した上で利用者が事業者を選びます。

▽

サービス担当者との連携・調整

介護支援専門員を中心に、サービス担当者や利用者本人・家族も参加し、意見交換等を行います。

▽

介護サービス及び介護予防サービス計画の作成

介護サービス及び介護予防サービスの目標、サービスの種類・内容など介護サービス計画及び介護予防サービス計画はサービスを受ける利用者の希望や心身の状態をよく考慮して作ります。

▽

利用者の同意

計画の内容が利用者の希望に沿っているか確認します。

利用者の同意を得て、主治医を含む関係事業者に居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の配布をし、同意・受領を確認した上でサービスの実施を行います。

利用料金

（1） 基本利用料

利用者		要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3～5
保険料の滞納等	なし	保険から全額給付		
	あり	472 単位/月	1,086 単位/月	1,411 単位/月
上記のいずれかの認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されます。ただし、保険料の滞納等により、保険給付が直接事業者に支払われない場合、要介護度に応じて上記の金額をお支払いいただきます。当事業者からサービス提供証明書を発行しますので、後日、市町村（保険者）の窓口に提出頂くことで、全額払戻しを受けられます。				

（2）加算料金

初回加算	適切かつ質の高いケアマネジメントを実施するため、特に手間を要する初回（新規に居宅サービス計画及び介護予防サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分の２段階以上の変更認定を受けた場合）	300 単位/月
入院時情報連携	入院先の職員に対し必要な情報を提供した場合	
	加算Ⅰ 入院後、入院したその日のうちに情報提供を行った場合に算定。（情報提供の方法は問わない）	250 単位/月
	加算Ⅱ 入院後、入院したその日の翌日又は翌々日に情報提供を行った場合に算定。（情報提供の方法は問わない）	200 単位/月
退院・退所加算	入院・入所されていた方が、退院・退所するにあたり病院・施設の職員と面談を行い、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利用の調整を行った際に算定。	1 回 600 単位 2 回 750 単位 3 回 900 単位 /月

	入院・入所期間３回まで。 ※入院又は入所期間中につき１回を限度。また、初回加算との同時算定は不可。	※カンファレンス参加時
通院時情報連携加算	利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師に利用者の 心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師から 利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合。	50 単位/月
緊急時等居宅カンファレンス加算	病院の職員と共に居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じてサービス利用に関する調整を行った場合に算定（病院からの要請時のみ）	200 単位/月 ×2 回
ターミナルケアマネジメント加算	末期の悪性腫瘍であり、在宅で死亡した利用者。 ・24 時間連絡がとれる体制の確保 ・必要に応じて指定居宅介護支援を行う事ができる体制の整備 ・利用者又は家族の同意を得た上で死亡日前 14 日以内に 2 日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得て利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施 ・心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者へ提供 ※上記すべてを実施した場合に算定	400 単位/月
特定事業所加算（Ⅲ）	中重度者や支援困難ケースへの対応、専門性の高い人材の確保など、公正中立で質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価するための加算	323 単位/月
介護職員等処遇改善加算	・キャリアパス要件（職位・職責・職務内容に応じた任用要件や賃金体系の整備、昇給の仕組みの構築） ・職場環境等要件（研修の実施、資質向上、両立支援・多様な働き方（有給取得促進など）の推進） ・見える化要件（賃金改善の情報を介護サービス情報公表システムや事業所のホームページ等で公表）	基本介護報酬に対し 2.1%の加算

＊厚生労働大臣が定める基準額（介護報酬の告知上の額）によるものとし、
福井市は地域区分が、「7 級地」であるため、上記の（1）（2）の表の単位数に
【10．21 円】を乗じた金額となります。

（３）交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方の交通費は頂きません。
提供地域以外にお住まいの方は、介護支援専門員が訪問するための交通費を
ご負担して頂く事になります。
実施地域境界から起算して【１ｋｍ毎】にガソリン代の自費分として１０円
徴収させて頂きます。

（４）解約料

利用者は、いつでも契約を解約することができ、解約料はいただきません。

サービスの利用方法

サービスの利用開始

①まずは、お電話でお申し込みください。

②当事業所職員がお伺いいたします。
　契約を締結したのち、 サービスの提供を開始します。

サービスの終了

■利用者のご都合 ⇒文書で申し出ることによりいつでも解約できます。
■当事業所の都合 ⇒人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供
を終了させていただく場合があります。
その場合は、終了１か月前までに文書で通知するとともに、
地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

③自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します
（ア）利用者が介護保険施設に入所した場合

（イ）介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）及び事業対象者と認定された場合
（ウ）要支援１、要支援２と認定された方で日常生活支援総合事業のみの利用となった場合
（エ）利用者がお亡くなりになった場合

④利用者やご家族の背信行為

利用者やご家族などが当事業所または介護支援専門員に対して、本契約を継続しがたいほどの下記事項等の背信行為（ハラスメント等）を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

・身体的暴力：叩く、蹴る、突き飛ばす等の行為
・精神的暴力：暴言、怒鳴り声、侮辱的な発言、SNS 等への誹謗中傷
・セクシャルハラスメント：不必要な身体接触、卑猥な発言、性的な要求
・その他の迷惑行為：過度な謝罪の要求、理不尽なサービス外の要求、長時間にわたる拘束

事故発生時の対応について

１．事故が発生した場合は、利用者に対し、応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じるとともに、速やかに家族等及び関係諸機関に事故発生状況及び今後の対応等について報告いたします。

２．事故等により要介護認定に影響する可能性のある場合には市町村（保険者）に事故の概要を報告いたします。

３．事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。

４．事業者は、自己の責任に帰すべき理由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は賠償責任を免れます。

①契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、また不実の告知を行ったことに起因して損害が生じた場合。

②契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、また不実の告知を行ったことに起因して損害が生じた場合。
③契約者が急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合。
④契約者が事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合。

ご家族 連絡先	氏名 (続柄)
	住所
	連絡先①
	連絡先②
主治医 連絡先	氏名
	連絡先

個人情報の保護について

1．事業所は、利用者及び家族の個人情報の管理について
「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ドライン」を遵守し適切な取り扱いを行います。
2．事業者が知り得た利用者及び家族の個人情報については、原則的にサービス調整等の目的以外には利用しません。
3．外部への情報提供については必要に応じて利用者及び家族、又は代理人の了承を得るものとします。

秘密保持について

1．事業者の介護支援専門員および事業者の使用するものは、サービス提供をする上で知り得た利用者および家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
2．事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。

３．事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報用いません。

緊急時の対応について

訪問中に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医、または歯科医、家族等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

サービス内容に関する苦情

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談や苦情を承ります。

みのりの絆 ケアプランセンター　　管理者　清水　隆仁
電話番号　　０７７６－７６－８７７７
受付時間　　月～金曜日　　８：３０～１７：３０
＊土、日曜日、祝日、12/３１～1/3は休業日となります。（業務遂行上の理由にて変更あり）

●福井市介護保険課　電話番号　　0776-20-5715
●福井県国民健康保健団体連合会　　苦情担当電話番号　0776-57-1611
●福井県運営適正化委員会（ハート支援室）　　電話番号　0776-24-2347

居宅介護支援の提供開始に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

所在地　　福井市新田塚１丁目５５-１

名　称　　みのりの絆 ケアプランセンター

説明者　　清水　隆仁　　印

私は、本書面により、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ました。

年　　月　　日

利用申込者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

署名代行者（続柄　　）

署名代行事由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞