参考様式例

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

利用契約書

重要事項説明書

個人情報使用同意書

※本契約様式は、居宅介護支援事業所が介護予防支援業務に関する指定介護予防支援事業者として、指定を受け、業務を行うことを想定して作成しています。

※本契約様式は、参考様式例となりますので、文面内容は法人の判断により、適宜修正してください。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書

　　　　　　　　　　　　様（以下「利用者」という）、〇〇居宅介護支援事業所（以下「事業所」という。）及び〇〇地域包括支援センター（以下「センター」という。）は、事業所又はセンターが利用者に対して行う介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（以下「ケアマネジメント」）に関する契約を以下のとおり締結します。

（契約の目的）

第１条　この契約は、事業者が利用者に対し介護保険法令の趣旨に従い、利用者に対し、要介護状態の予防と、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、介護予防サービス・支援計画書の作成を支援し、また当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を図ることを目的とします。

（契約期間）

第２条　契約期間は、令和　　年　　月　　日から１年間とします。

２　契約満了日までに、利用者からの意思表示がない場合は、この契約は自動的に1年間延長されるものとし、以降も同様とします。

（介護予防サービス・支援計画作成の支援）

第３条　事業所又はセンターは、利用者の意向や心身の状況及び家族の意向等を踏まえ、介護予防サービス・支援計画の作成を支援します。

２　利用者が介護予防支援を利用する場合であって、かつ、事業所が指定介護予防支援事業所として指定を受けている場合は、事業所が介護予防サービス・支援計画書を作成します。

３　利用者が、介護予防ケアマネジメントを利用する場合は、センターが介護予防サービス・支援計画書を作成します。この場合において、センターは利用者の同意を得た上で、事業所に介護予防サービス・支援計画書の作成を委託することができます。

４　利用者が介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに移行する場合、または、介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行する場合においては、事業所とセンターは密に連絡を取り合い、利用者が遺漏なく円滑にサービスを利用できるよう努めます。

５　介護予防サービス・支援計画書を作成する事業所またはセンターは、その職員の中から介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの担当者を選任し、適切な介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの実施に努めます。

６　介護予防サービス・支援計画書を作成する事業者又はセンターは、その作成に当たり、次の各号に定める事項を遵守します。

　(１)　利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接し、解決すべき課題の把握に努めること。

　(２)　当該地域におけるサービス事業者等に関するサービスの内容及び利用料の情報を、特定の事業者のみを有利に扱うことなく、適正に提供し、利用者にサービスの選択を求めること。

　(３)　提供されるサービスの目標、達成時期、サービス提供上の留意点を明記した介護予防サービス・支援計画の原案を作成すること。

　(４)　前号の原案に位置付けたサービス等について、保険給付または総合事業の対象となるか否かを区分した上で、サービスの種類、内容、利用料等について、利用者から文書による同意を受けること。

　(５)　利用者が、医療サービスの利用を希望している場合には、主治医等の意見を求め、その指示がある場合には、これに従うこと。

　(６)　その他介護予防サービス・支援計画の作成に関し必要な支援を行うこと。

（介護予防サービス・支援計画作成後の援助）

第４条　事業所又はセンターは、介護予防サービス・支援計画策定後、利用者及び家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、利用者の実情や介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握します。

２　事業所又はセンターは、利用者が介護予防サービス・支援計画の変更を希望する場合は、再評価を行い、介護予防サービス・支援計画の変更、要支援認定区分の変更申請、関連事業者に連絡するなど必要な援助を行います。

３　事業所又はセンターは、利用者の受けるサービス利用状況について、利用者からのサービス利用に関する苦情等相談を受け、必要に応じてサービスを点検し、給付管理表の作成・提出ほか、関連機関との連絡調整を行います。

（ケアマネジメントの記録等）

第５条　事業所又はセンターは、利用者との合意のもので、介護予防サービス・支援計画書を作成して利用者にその写しを交付します。

２　事業所又はセンターは定期的に介護予防サービス・支援計画書に記載したサービス提供の目標等の達成状況等を評価し、その結果を介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面に記載するとともに、介護予防サービス・支援計画書を追記、修正し、利用者に説明のうえ、その写しを交付します。

３　事業所又はセンターは、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面を作成した後５年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供します。

（利用料金）

第６条　ケアマネジメントに関する利用料金は、介護保険法の定めるところにより、利用者の自己負担はありません。

（利用者の解約等）

第７条　利用者は、事業所又はセンターに対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、３０日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

２　利用者は、事業所又はセンターが次に掲げる事由に該当するときは、直ちに契約を解除することができます。

　(１)　 事業所又はセンターが正当な理由なく、介護保険法令及びこの契約書に定めた事項を遵守せずにサービスの提供を怠ったとき。

　(２)　 事業所又はセンターが守秘義務に違反したとき。

（事業者の解除）

第８条　事業所又はセンターは、利用者が信頼関係を損壊する行為をなし、改善の見込みがないため、この契約の目的を達することが不可能となったときは、３０日以上の予告期間をもってこの契約を解除します。

（契約の満了）

第９条　この契約は、次の各号のいずれかに該当するときは、満了します。

　(１)　利用者が要介護認定又は非該当（自立）と認定されたとき。

　(２)　第６条の規定により、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。

　(３)　第７条の規定により、事業所又はセンターから契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。

　(４)　利用者が介護保険施設等へ入所したとき。

　(５)　利用者が死亡したとき。

（秘密保持）

第１０条　事業所又はセンターの職員は、正当な理由がない限り、利用者に対するケアマネジメントに当たって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。

２　事業所又はセンターは、職員が退職後も、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

３　事業所又はセンターは、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整、その他必要な範囲内で同意したものの個人情報を用いることができるものとします。

（相談・苦情）

第１１条　利用者は、提供されたケアマネジメントや介護予防サービス・支援計画に基づいて提供されたサービス等に関して相談や苦情がある場合は、事業所又はセンターの窓口や白井市の関係窓口、千葉県国民健康保険団体連合会に申し立てることができます。

（賠償責任）

第１２条　事業者又はセンターは、ケアマネジメントの実施に際して、利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

２　事業者又はセンターは、ケアマネジメントの実施に際して利用者の生命、身体、財産に損害を与えた場合には、利用者に対して損害を保険の範囲内で賠償します。事業者又はセンターの故意または過失によらない時は、この限りではありません。

（契約外条項）

第１３条　この契約に定めのない事項については、介護保険法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業所又はセンターの協議により定めます。

この契約を証するため、本書３通を作成し、利用者又は代理者、事業者及びセンターが記名捺印の上、各１通を保有するものとします。

令和　　年　　月　　日

　（利用者）　住所

　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　（代理者） 住所

　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　（事業者） 所在地

　　　　　　 事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　（センター）所在地

　　　　　　　事業者名

　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

１　事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 |  |

２　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 事業所指定番号 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| サービス提供地域 |  |

３　事業所の運営方針

|  |
| --- |
| （１）介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に従事する職員は利用者の身体、精神の状況及びその置かれている環境に応じて、可能な限り、居宅で自立した生活を営むことができるよう介護予防支援・サービス計画を策定しなければならない。  （２）介護予防支援・サービス計画の実施にあたっては、地域の保健、医療、福祉サービスと連絡を密にするとともに、地域社会との交流を深め、利用者の社会参加を積極的に促進するよう努めるものとする。  （３）介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に従事する職員は職務の内容を充実させるため、各々の専門性を発揮するよう努めるものとする。  ※前各項目に定めるもののほか、介護保険法に基づく指定介護予防支援事業所等の人員、設備及び運営に関する基準に基づき運営するものとする。 |

４　事業所の職員体制等

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 人員 |
| 管理者 | 名 |
| 保健師等 | 名 |
| 主任介護支援専門員等 | 名 |
| 社会福祉士等 | 名 |

５　サービス提供時間

|  |  |
| --- | --- |
| 提供時間 |  |
| 休　　日 |  |

６　利用料金

　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として利用者の負担はございません。

７　介護予防サービス・支援計画に位置付ける介護予防サービス等

　利用者は複数の介護予防サービス事業者等を紹介することを求めることができます。

また、介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

８　医療機関との連携

　（１）病院又は診療所への入院時のお願い

　利用者が病院又は診療所に入院する必要生じた場合には、利用者は当該病院又は診療所に対して担当職員の氏名及び連絡先をお伝えください。

（２）主治の医師、歯科医師又は薬剤師との連携

利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち、必要と認めるものを、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に対して情報提供します。

　また、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーションなどの医療サービスの利用を希望している場合には、主治の医師又は歯科医師の意見を求め、介護予防支援・サービス計画書を主治の医師若しくは歯科医師に交付します。

９　緊急時の対応

　サービス提供にあたり、事故、体調の急変等が生じた場合は、速やかに主治医、救急機関、緊急時連絡先等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等 | 医療機関名  主治医等の氏名  連絡先 |
| 緊急連絡先 | 氏名  連絡先 |

１０　相談・苦情対応

　（１）サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の苦情相談  窓口 | 担当者  受付時間  電話番号  FAX番号 |

（２）公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 白井市高齢者福祉課  介護保険担当 | 所在地　白井市復１１２３  受付時間　月曜日～金曜日（午前8時30分～午後5時15分まで）  電話番号　０４７－４９２－１１１１（代表）  ０４７－４９７－３４７３（直通）  FAX番号　０４７－４９１－３５５１ |
| 千葉県国民保健団体連合会（国保連） | 所在地　千葉市稲毛区天台６町目４番３号国保会館内  　　　　千葉県国保連合会　介護保険課　苦情処理係  受付時間　２４時間受付（※平日の午前9時から午後5時以外は留守番電話対応です）  電話番号　０４３－２５４－７４２８  FAX番号　０４３－２５４－００４８ |

【説明確認欄】

　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結に当たり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

　　　　　年　　月　　日

事業者　事業者名

説明者　　　　　　　　　　　　印

　私は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、重要事項について説明を受け、その内容に同意いたします。

　　　　　年　　月　　日

利用者　住所

　氏名　　　　　　　　　　　　　印

代理人（代理人を選任した場合）

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約における

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、下記に記載するところにより、必要の範囲内で使用することに同意します。

記

１　使用する目的

（１）利用者のための介護予防サービス・支援計画書の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、担当職員や事業者及び関係機関との連絡調整等（要介護認定の申請に係り当該申請を受け付けた関係機関からの依頼による情報提供を含む。）において必要な場合

（２）白井市（保険者）が、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的として専門職を交えて検討を行う場合

２　使用に当たっての条件

　（１）個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で必要最低限に留め、情報提供の際には、関係者以外には決して漏れることの無いよう細心の注意を払うこと。

（２）心身状態の増悪など緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することがある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることの無いよう厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること。

（３）事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録しておくこと。

　　年　　月　　日

利用者　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代理人（代理人を選任した場合）

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

利用者家族代表

　　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印