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

（居 宅 介 護 支 援 事 業 所 委 託 用）

* この新しい契約書様式は、**あくまでも参考様式例ですので、文面内容は施設や法人の判断により適宜修正して**くださいますようお願いいたします。
* 現在御使用の契約書の文面との整合が必要ですので、**この新しい契約書様式例をそのまま用いることができない場合があります**。
* **御利用者に対する読み替え規定の説明を省略することを認めるものではありません。**
* この新しい契約書様式は、**文面案の例示ですので、契約書様式文面案に沿って改定等を行った結果で損害等が生じた場合でも、川崎市は当損害等に対する補償や賠償等を致しかねます**。

【参考】

○　地域包括支援センターから介護予防支援に係る再委託を受けている場合においても、同様に介護予防ケアマネジメントへの読み替えが必要になる場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防支援 | 介護予防給付のみ又は介護予防給付と総合事業サービスを組み合わせた予防プランの作成 |
| 介護予防ケアマネジメント | 介護予防給付を含まず、総合事業サービスのみのケアプラン作成 |

社会福祉法人○○

○○地域包括支援センター

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

（居宅介護支援事業所委託用）

　サービス利用者（以下「利用者」という。）と社会福祉法人○○（以下「事業者」という。）とは、利用者と事業者の両当事者間において、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの利用について、次のとおり契約を締結します。

第１条（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの目的及び内容）

１　事業者は、介護保険法（平成９年法律第１２３号）その他関係法令等、及び本契約書に従い、利用者に対し、要介護状態となることの予防と、可能な限り居宅において自立した日常生活を営み続けるために利用者の選択に基づいて必要な介護予防サービス等が適切に利用できるよう、介護予防サービス・支援計画書を作成します。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提供します。

２　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容の詳細は、別紙に記載のとおりとします。

第２条（契約の有効期間）

１　本契約の有効期間は、　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日までとします。

２　利用者が契約の有効期間満了日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、前項の規定によらず、本契約は介護保険認定の更新に伴い自動更新されるものとします。

３　利用者が「介護保険法施行規則第百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」（平成２７年厚生労働省告示第１９７号）に掲げる様式第１の記入内容が、同基準様式第２に掲げるいずれかの基準に該当した際に、利用者が契約の有効期間満了日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、第１項の規定によらず、本契約は自動更新されるものとします。

第３条（業務の委託）

１　事業者は、本契約に係る介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務を別紙の指定居宅介護支援事業者に委託するものとします。

２　事業者は、前項の指定居宅介護支援事業者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行うとともに、事業者の都合により指定居宅介護支援事業者を変更する場合には、あらかじめ利用者と協議します。

３　利用者は、指定居宅介護支援事業者が定められたサービスを提供しなかった場合には、指定居宅介護支援事業者の変更を事業者に申し出ることができます。

第４条（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者）

１ 指定居宅介護支援事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者として介護予防支援専門員（ケアマネジャー）である職員を選任し、適切な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに努めます。

２　指定居宅介護支援事業者は、前項の担当者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行うとともに、指定居宅介護支援事業者の都合により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者と協議します。

３　指定居宅介護支援事業者は、第１項に規定する担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

第５条（介護予防サービス・支援計画書の変更等）

１　指定居宅介護支援事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望する場合には、速やかに自立した日常生活に向けての検討を行い、必要に応じてその変更に向けた手続きをするとともに、これに基づき介護予防サービス等が円滑に提供されるようサービス事業者等への連絡調整等を行います。

２　指定居宅介護支援事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の範囲内でサービス内容等の変更を希望する場合には、速やかにサービス事業者への連絡調整等を行います。

第６条（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの記録等）

１　指定居宅介護支援事業者は、利用者との合意のもと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　指定居宅介護支援事業者は、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定期的に評価し、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・支援計画書の変更が生ずる場合は、必要に応じて介護予防サービス・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　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する介護予防サービス等の提供に際して作成した記録や書類を整備し、契約の完結の日から５年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

第７条（事故時の対応）

１　指定居宅介護支援事業者は、介護予防支援及び介護予防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　指定居宅介護支援事業者は、介護予防支援及び介護予防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、その損害を賠償します。ただし、指定居宅介護支援事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

第８条（苦情対応）

１ 利用者は、提供された介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関して苦情がある場合又は指定居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス・支援計画書に基づいて提供された介護予防サービス等に苦情がある場合には、指定居宅介護支援事業者、事業者及び市区町村に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。また、神奈川県国民健康保険団体連合会に対しても、介護予防支援に関する苦情を申し出ることができます。

２　事業者及び指定居宅介護支援事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

３　事業者及び指定居宅介護支援事業者は、利用者が苦情の申出等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いもいたしません。

第９条（秘密保持）

１ 事業者及び指定居宅介護支援事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

２　事業者及び指定居宅介護支援事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

３　事業者及び指定居宅介護支援事業者は、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、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

第１０条（利用者の解約）

１　利用者は、少なくとも３日前までに事業者に予告することにより、いつでも本契約の解約を申し入れることができます。

２　利用者は、事業者及び指定居宅介護支援事業者が次の各号のいずれかに該当する場合には、直ちに契約を解除することができます。

（１）正当な理由がなく介護保険法等の関係法令及び本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）守秘義務に違反したとき

（３）破産等業務を継続する見通しが困難になったとき

（４）前各号の他本契約に違反したとき

第１１条（事業者の解除）

　　事業者は、利用者の著しい背信行為により本契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、本契約を解除することができます。

第１２条（契約の終了）

１　次の場合には、本契約は終了するものとします。この場合には、事業者は利用者に対し速やかにその旨を通知するものとします。

（１）利用者が医療施設等に入院（所）し、相当期間以上にわたり、本契約が目的とするサービスの利用が困難となった場合

（２）利用者が指定居宅介護支援事業者の運営する指定居宅介護支援事業所の担当地区外に転居したこと等により、サービス利用が困難になった場合

（３）要介護認定及び要支援認定の結果、要介護認定を受けた場合又は要支援認定を継続して受けられなかった場合

２　事業者は、本契約が終了する場合で、必要があると認められるときは、利用者の同意を得て、利用者が指定する指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者及び地域包括支援センター、並びに医療機関等の関係機関への関係記録の写しの引き継ぎ、介護保険外サービスの利用に係る市町村等への連絡等の調整を行うものとします。

第１３条（契約外の事項）

　　介護保険法その他関係法令等及び本契約で定められていない事項については、介護保険法その他関係法令等の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。

上記のとおり、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの契約を締結します。

なお、本契約の締結を証するため、本書２通を作成し、当事者が自署（自署が困難な場合は記名押印）の上、各自１通を保有することとします。

　　　　　年　　月　　日

　　　 　利用者　 住所

氏名

　　 　　　上記代理人（代理人を選任した場合）

　　 住所

氏名

　　　　　立会人

住所

氏名

※「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

　　　事業者　 所在地

　　　 事業者名

　　　　　　 　　代表者名

　　　　　　　　　　　担当者名

【別紙】

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書

（居宅介護支援事業所委託用）

１ サービスの内容

(1) 指定居宅介護支援事業者は、利用者自らが要介護状態になることを予防し、居宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、その上で利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画書を作成するとともに、当該計画に基づいてサービス提供が確保されるよう事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

(2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう努力します。

(3) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、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て、提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏することがないよう、公正中立に行います。

(4) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、医療サービスとの連携に十分配慮し、利用者が医療サービス等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い、介護予防サービス・支援計画書を作成します。

(5) 指定居宅介護支援事業者は、介護予防サービス・支援計画書の作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握するとともに、利用者についての解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書の変更、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います。

(6) 前項の介護予防サービス・支援計画書の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供、説明等を行います。

２　事業者の担当職員等

事業者の担当職員及び管理者は、次のとおりです。指定居宅介護支援事業者の行うサービスについて御相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

管理者　　　　 氏名： 　　　　　 連絡先（電話）：

　担当職員　　　　氏名： 　 連絡先（電話）：

３　担当する指定居宅介護支援事業者及び担当職員等

契約書第３条第１項により、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務を委託する指定居宅介護支援事業者及び担当する介護支援専門員は、次のとおりです。サービスについて御相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定居宅介護支援事業者名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 担当する介護支援専門員の氏名 |  | |
| 連絡先 | （電話） | （FAX） |
| 緊急時の連絡先 |  | |
| 管理者の氏名 |  | |
| 連絡先 | （電話） | （FAX） |

４ 市町村への届出

　この介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのサービスを受ける際には、その旨を市区町村に届け出て、被保険者証に記載を受ける必要があります。具体的な手続きは上記の管理者に御相談ください。

５　利用者負担金

(1) 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自己負担額はありません。

ただし、介護予防支援については、介護保険料の滞納等により被保険者証に支払方法変更の記載がある場合には、初回利用月　　　　　円、２ヶ月目以降　　　　　円、また、委託連携加算を算定する場合にあっては、初回利用月　　　　　　円、２ヶ月目以降　　　　円を事業者にお支払いください。この場合、事業者は介護予防支援提供証明書を発行いたしますので、この証明書と領収書を添付して区役所の窓口に申請していただくと、支払い額が払い戻しされる場合があります。

(2) 担当職員が通常のサービス提供地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いを求める場合があります。

令和６年４月以降の介護予防支援費に係る算定は次のとおりです。

■　介護予防支援費　442単位　　■　初回加算　300単位

■　委託連携加算　300単位　■　川崎市級地区分　２級地　11.12円

金額記載例

初回利用月＝｛介護予防支援費（442単位）＋初回加算（300単位）｝×級地区分（11.12円）

＝742単位×11.12円＝**8,251円**（小数点以下切捨て）

２ヶ月目以降＝442単位×11.12円＝**4,915円**（小数点以下切捨て）

委託連携加算を算定する場合

初回利用月＝｛442単位＋300単位+300単位｝×11.12円

＝1,042単位×11.12円＝**11,587円**（小数点以下切捨て）

初回以外　＝｛442単位+300単位｝×11.12円＝742単位×11.12円＝**8,251円**（小数点以下切捨て）

**※　利用者負担金における具体的金額の記載については、報酬単価及び級地区分の改定の都度、金額の修正が必要ですので御注意ください**

６　サービスの中止（キャンセル）等

　(1) 利用者がこの介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る訪問等のサービス提供を中止する場合は、事前に次の連絡先（又は３の担当する介護支援専門員の連絡先）まで御連絡ください。

　 ・連絡先（電話）： 　　　　　―　　　　　－

・連絡時間　　 ： ○○：○○～○○：○○

(2) 介護予防サービス・支援計画書の変更、事業者との連絡調整等について利用者が行った依頼等を取り消す場合は、速やかに次の連絡先まで御連絡ください。

　 ・連絡先（電話）： 　　　　　―　　　　　－

・連絡時間　　 ： ○○：○○～○○：○○

(3) 利用者は、少なくとも３日の予告期間があれば、契約全体を解約することもできます。

(4) サービス提供のキャンセル又は契約の解約の場合にも、キャンセル料等は必要ありません。

７　その他

※利用者に対する注意事項等があればここに記載してください。

　 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約にあたり、上記のとおり説明しました。

　　　 年　　月　　日

　　　　　 （事業者）

事業者名

事業所名（事業所番号）

説明者氏名

重要事項説明書

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）

（居宅介護支援事業所委託用）

１　事業所（地域包括支援センター）の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 所 在 地 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 事業者指定番号 |  |  |
|  | 管理者・連絡先 |  |  |
|  |  | 電話：　　　　　　　　　　　　FAX： |  |
|  | サービス提供地域 |  |  |

２ 事業所（地域包括支援センター）の職員体制等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職　　種 | 人　　員 |  |
|  | 管理者 | 名 |  |
|  | 保健師又は看護師 | 名 （常勤　　名、非常勤　　名） |  |
|  | 主任介護支援専門員等 | 名 （常勤　　名、非常勤　　名） |  |
|  | 社会福祉士等 | 名 （常勤　　名、非常勤　　名） |  |
|  | 事務担当職員 | 名 （常勤　　名、非常勤　　名） |  |

３　サービス提供時間

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区　分 | 平　日 | 土曜日 | 祝日 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 提供時間 | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： |  |
|  |  |  |  |  |  |

（注）年末年始（12/31～1/3）は「祝日」の扱いとします。

４ 利用者負担金

(1) 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ありません。ただし、介護予防支援については、介護保険料の滞納等により被保険者証に支払方法変更の記載がある場合には、初回利用月　　　　　円、２ヶ月目以降　　　　　円を事業者にお支払いください。この場合、事業者は介護予防支援提供証明書を発行いたしますので、この証明書と領収書を添付して区役所の窓口に申請していただくと、支払い額が払い戻しされる場合があります。

(2) 担当職員が通常のサービス提供地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いを求める場合があります。

５ 当法人のサービスの方針等

社会福祉法人○○は社会福祉法・介護保険法・老人福祉法等の関係法令の定めに従い、ノーマライゼーションの理念と個人の尊厳の保持を旨とし、利用者本位の考え方に立ち、その有する能力に応じた日常生活が営めるよう自立支援するとともに、地域住民への在宅福祉サービスや家族介護教室の場の提供などを通しての介護予防の推進など、広く地域全体に向けて福祉サービスを提供することを基本とします。福祉サービスの質を向上させるため、自己評価を行い、苦情や御要望など利用者様や御家族他皆様より御意見をいただき、検討の上でサービスの改善を行います。また第三者評価にも取り組み、サービスの改善を進めます。

　施設の環境を活かした介護サービス・在宅系福祉サービスを実施し、地域における保健・医療のサービスとの更なる連携強化をはかります。そのためにも制度の改正の変化と今後の予測に早めに対応するとともに、施設内部でも介護老人福祉施設・居宅サービスセンター等の連携を図り、その他関連する外部サービスとの信頼ある協力関係を築いていきます。

更にサービスの実施においては「よりその人がその人らしく生きられるよう」自立支援を心掛けるとともに、地域ニーズへも対応可能な「安心して、ゆとりある暮らしができる施設」づくりのため、業務の見直しと技術水準の向上等に努めサービスの質の向上を進めます。

上記記載は、参考例です。

自法人に沿った基本理念、サービスの質の向上のための方策等について記載してください。

６ 　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、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関等 | 主治医等の氏名 |  |
|  |  | 連　絡　先 |  |
|  | 緊急連絡先 | 氏　名 |  |
|  |  | 連　絡　先 |  |

７　相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口に御連絡願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当法人お客様相談コーナー | 窓口名 |  |  |
|  |  | 電話番号 |  |  |
|  |  | fax番号 |  |  |
|  |  | 相談員（責任者） |  |  |
|  |  | 対応時間 |  |  |

○ 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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 区役所相談窓口 | 所在地　　川崎市●●区●●▲丁目▲番▲号 |  |
|  | ●●区役所 | 電話番号　０４４－●●●－●●●● |  |
|  | 高齢・障害課 | FAX番号　 ０４４－●●●－●●●● |  |
|  |  | 対応時間　午前８時３０分～午後０時、午後１時～午後５時 |  |
|  |  | （土･日曜日・祝日、年末年始（12/29～1/3）を除く） |  |
|  | 神奈川県国民健康保険 | 所在地　　横浜市西区楠町２７番地１ |  |
|  | 団体連合会（国保連） | 電話番号　０５７０－０２２１１０ |  |
|  | (介護予防支援に限ります) | 対応時間　午前８時３０分～午後５時  （土曜日･日曜日・祝日・年末年始（12/29～1/3）を除く） |  |

８　当法人の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 名称・法人種別 |  |  |
|  | 代表者名 |  |  |
|  | 法人所在地・電話 |  |  |
|  | 業務の概要 |  |  |
|  | 事業所数 |  |  |

法人全体の概要について簡潔に記載してください。

【 説明確認欄 】

　　　年　　月　　日

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、上記により重要事項を説明しました。

　　事業者　 事業者名

事業所名（事業所番号）

説明者

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、上記のとおり説明を受けました。

利用者 氏　名

代理人又は立会人

氏　名

※氏名欄は自署（自署が困難な場合は記名押印）してください。

【様式例】

個人情報使用同意書

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）

（居宅介護支援事業所委託用）

　私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限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

　　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やサービス事業者及び関係機関等の担当者との連絡調整等において情報共有を行うこと

２　使用する事業者の範囲

　　指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、主治医、医療機関の担当者、及び介護予防支援並びに介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る。）

３　使用する期間

　　　　　　年　　　月　　　日から契約終了日まで

４　条　件

（１）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（２）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もある。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な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）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年　　　月　　　日

社会福祉法人○○　理事長　○○　宛

業務委託先指定居宅介護支援事業者　 宛

（利用者）　　住所

氏名

（代理人）（代理人を選任した場合）　　住所

氏名

（　　同　　）　　住所

氏名

※氏名欄は自署（自署が困難な場合は記名押印）してください。