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

* この契約書様式は、**あくまでも参考様式例ですので、文面内容は法人等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。
* この契約様式は、居**宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受け、利用者との直接契約により介護予防支援に関する業務を行うことを想定**して作成しています。
* 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】

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

○○居宅介護支援事業所

○○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

　サービス利用者（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○○地域包括支援センター（以下「センター」という。）は、事業所及び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）

　事業所及びセンターは、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。

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。

第３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　事業所及びセンターは、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　事業所及びセンターは、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、事業所及びセンター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　事業所及びセンターは、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４条（介護予防サービス・支援計画書の作成等）

１ 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者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。

２ 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。

３ 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、又は、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することができるよう努めます。

４　介護予防サービス・支援計画書を作成する事業所又はセンターは、次の各号に定めるとおり、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施します。

（１）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）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。

第５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　事業所及びセンターは、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　事業所及びセンターは、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　事業所及びセンターは、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６条（事故時の対応）

１　事業所及びセンターは、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　事業所及びセンターは、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、事業所及びセンター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７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事業所及びセンター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、事業所、センター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　事業所及びセンターは、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　事業所及びセンターは、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８条（秘密保持）

１　事業所及びセンターは、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　事業所及びセンターは、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　事業所及びセンターは、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、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

第９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、事業所及びセンター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介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント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１０条（事業者の解除）

　　事業所及びセンターは、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１１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、事業所及びセンター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）利用者が事業所及びセンター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

（４）利用者が死亡した場合

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１２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○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

 　　　 法人名

 　　　　　　 　　代表者名

事業所名

　　　　　　　　　　　担当者名

センター　 所在地

 　　　 法人名

 　　　　　　 　　代表者名

事業所名

　　　　　　　　　　　担当者名

重要事項説明書

（居宅介護支援事業所用）

１　事業所の概要

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

２ 事業所の職員体制等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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。

 (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（事業者）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、地域包括支援センターにおける参考例です。

上記記載を参考に基本理念、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　０４５－３２９－３４４７ |  |
|  | (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１５分（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　 法人名

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。

重要事項説明書

（地域包括支援センター用）

１　センターの概要

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

２ 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。

 (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（事業者）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、地域包括支援センターにおける参考例です。

上記記載を参考に基本理念、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　０４５－３２９－３４４７ |  |
|  | (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１５分（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　 法人名

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

　私（利用者及びその家族）の個人情報については、令和 年 月 日に利用者と〇〇居宅介護支援事業所と○○地域包括支援センターで締結した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約に伴い、次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）川崎市（保険者）や地域包括支援センターが、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検討を行う場合

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

　〇〇居宅介護支援事業所　宛

 ○○地域包括支援センター　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。