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

（居宅・包括３者用）

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、介護予防支援業務を行う事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契約書

　　　　　　　　　　　（以下「利用者」という。）と○○居宅介護支援事業所（以下「事業所」という。）及び印西市○○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について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第１条　事業所又はセンターは、介護保険法等関係法令に従い、利用者に対し、適切な介護予防サービス・支援計画書及びケアマネジメント計画書を作成し、かつ、介護予防サービス及び介護予防・生活支援事業サービス（以下「介護予防サービス等」という。）の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業所及び介護予防・生活支援サービス事業所（以下「介護予防サービス事業所等」という。）及び関係機関との連絡調整その他の便宜を図ります。

（契約期間）

第２条　この契約の契約期間は、　　　　年　　月　　日から利用者の要介護（要支援）認定の有効期間満了日もしくは介護予防サービス等の提供期間までとします。

２　上記契約期間満了日までに利用者から事業所へ文書により契約終了の申し出がない場合は､契約は自動更新されるものとし、以降も同様とします。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施）

第３条　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。

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、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。

４　事業所又はセンターは､介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する知識を有する職員を担当者として指定し、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。

５　担当者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたり、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､利用者及びその家族に面接し、解決すべき課題の把握に努めること。

(2)　当該地域における介護予防サービス事業所等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者及びその家族に提供し、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、サービスを提供する上での留意点を明記した介護予防サービス・支援計画書原案又はケアマネジメント結果を作成すること。

(4)　介護予防サービス・支援計画書原案又はケアマネジメント結果に位置付けたサービスについて、その種類、内容、利用料等について、利用者及びその家族に説明し、利用者から文書による同意を受けること。

(5)　その他、利用者及び家族の希望をできる限り尊重すること。

（介護予防サービス・支援計画書作成後の支援）

第４条　事業所又はセンターは、利用者及びその家族と継続的に連絡を取り、経過の把握に努めます。

２　事業所又はセンターは、利用者が介護予防サービス・支援計画書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・支援計画書の変更、要介護（要支援）認定の新規申請及び変更申請、関連事業所に連絡するなど必要な支援を行います。

３　事業所又はセンターは、利用者からのサービス利用に関する相談苦情等を受け、必要に応じてサービスを点検し、給付管理票の作成・提出ほか関連機関との連絡調整を行います。

（契約の終了）

第５条　利用者は、事業所又はセンターに対して、文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。

２　事業所又はセンターは、やむを得ない事情がある場合には、利用者に対して、１か月間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知をすることにより、この契約を解約することができます。

３　事業所又はセンターは、利用者その家族が担当者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。

４　次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

(1) 利用者の要介護（要支援）状態区分が要介護となった場合

(2)　利用者が要介護（要支援）認定及び基本チェックリストで非該当となった場合

(3)　利用者が介護保険施設等へ入所した場合

(4)　利用者が市外に転出した場合

(5)　利用者が死亡した場合

（秘密保持）

第６条　事業所又はセンターは、業務上知り得た利用者及びその家族に関する情報について、利用者や第三者の生命、身体等に危険がある場合などの正当な理由がある場合を除き、第三者に漏らすことはありません。

２　事業所又はセンターは、利用者からあらかじ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又はその家族の個人情報を用いません。

（記録の整備、閲覧）

第７条　事業所又はセンターは、利用者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に際して作成した記録、書類を完了日より５年間保存します。

（賠償責任）

第８条　事業所又はセンターは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施にともなって、事業所の責めに帰すべき事由により、利用者に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

（苦情対応）

第９条　事業所又はセンターは、提供した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに苦情があった場合又は事業所が作成した介護予防サービス・支援計画書若しくはケアマネジメント結果に基づいて提供されたサービスに関する苦情の申し出があった場合には、迅速かつ誠実に対応を行います。

２　事業所又はセンターは、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を重要事項説明書にて明らかにします。

（契約外事項）

第10条　本契約に定めのない事項については、介護保険法等関係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。

本契約の締結を証するため、本書３通を作成し、利用者、事業所及びセンターが署名押印の上、各自１通を保有するものとします。

　　　年　　　月　　　日

利用者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人）　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所　　法人等所在地

 法人等名称

　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　 　 印

　　　　　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

センター　法人等所在地

 法人等名称

　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　 　 印

　　　　　事業所名称　 印西市○○地域包括支援センター

　　　　　　　　　　　　　事業所所在地　 印西市

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

（　　　　年　　月　　日現在）

1. 概要

（センター）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 〇〇地域包括支援センター |
| 所在地 | 印西市 |
| 連絡先 | ０４７６－ |
| 事業所番号 |  |
| 営業日 | 月曜日から金曜日（祝祭日及び１２月２９日から１月３日までを除く） |
| 営業時間 | 午前８時３０分～午後５時１５分 |
| サービス提供地域 |  |
|  |  |

（事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | ○○居宅介護支援事業所 |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |
| 事業所番号 |  |
| 営業日 | 月曜日から金曜日（祝祭日及び１２月２９日から１月３日までを除く） |
| 営業時間 | 午前８時３０分～午後５時１５分 |
| サービス提供地域 |  |

1. 職員の職種、員数及び職務内容

（センター）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 職務内容 |
| 管理者 | １人（兼） | 事業所の職員及び業務の管理（※三職種のいずれかを兼務） |
| 保健師または経験のある看護師 | 　人 | 介護予防サービス・支援計画書又はケアマネジメントの作成並びにサービスの提供に係る連絡調整 |
| 社会福祉士または経験のある社会福祉主事 | 人 |
| 主任介護支援専門員 | 　人 |
| 介護支援専門員 | 　人 |
| 事務職 | 　人 | 事務一般 |

（事業所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 職務内容 |
| 管理者 | １人（兼） | 事業所の職員及び業務の管理（※主任介護支援専門員を兼務） |
| 主任介護支援専門員 | 　人 | 介護予防サービス・支援計画書又はケアマネジメントの作成並びにサービスの提供に係る連絡調整 |
| 介護支援専門員 | 　人 |
| 事務職 | 　人 | 事務一般 |

1. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供方法及び内容

|  |
| --- |
| ①　利用者が事業所及びセンターに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを依頼する。②　市高齢者福祉課に「介護予防サービス計画作成依頼届出書」、被保険者証を提出する。③　利用者の心身の状態や環境などを把握し、生活機能低下の背景や原因、課題の分析を行う。④　目標を設定し、それを達成するための具体策や利用サービスを決定する（ケアマネジメントＣの場合を除く）。⑤　サービスの提供が確保されるよう、介護予防サービス事業所等との調整等便宜を図る。⑥　サービスの実施後、サービスの実施状況や利用者の状態等、経過の達成状況を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書を見直す（ケアマネジメントＣの場合を除く）。※ケアマネジメントＣ：初回のみの介護予防ケアマネジメント。ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。 |

４．利用料金

(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利用者の負担はありません。

(2)　事業所の担当地域を超える地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが生じる可能性があります。

５．運営方針

(1)　利用者の介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な援助を行います。

(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、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類または特定の事業所に不当に偏ることのないよう、公正かつ中立に行います。

(3)　事業の運営にあたっては、印西市、他の居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業所等との連携に努めます。

６．業務継続計画の策定

　　感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画等の策定、研修、訓練（シミュレーション）の実施に取り組みます。

７．感染症の予防及びまん延防止のための措置

　　感染症及びまん延等に関して、指針を整備し、委員会の開催、定期的な研修や訓練（シミュレーション）の実施に取り組みます。

８．虐待の防止

　　虐待の発生またはその再発防止のため、指針を整備し、委員会の開催、定期的な研修の実施に取り組みます。

９．相談・苦情窓口

　　提供した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに苦情があった場合又は作成した

　介護予防サービス・支援計画書若しくはケアマネジメント結果に基づいて提供されたサービスに関する相談や苦情の申し出があった場合は、速やかに対応します。

 (センター)

|  |  |
| --- | --- |
| 印西市○○地域包括支援センター管理者　 | 電話番号：０４７６－受付時間：（平日）午前８時３０分～午後５時１５分（祝祭日および１２月２９日～１月３日までを除く） |

　（事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| ○○居宅介護支援事業所管理者　 | 電話番号： 受付時間：（平日）午前８時３０分～午後５時１５分（祝祭日および１２月２９日～１月３日までを除く） |

（行政機関その他苦情受付機関）

|  |  |
| --- | --- |
| 印西市　福祉部　高齢者福祉課 | 電話番号：０４７６－４２－５１１１（代表）受付時間：（平日）午前８時３０分～午後５時１５分（祝祭日および１２月２９日～１月３日までを除く） |
| 千葉県国民保険団体連合会介護保険課 | 電話番号：０４３－２５４－７４２８受付時間：（平日）午前９時～午後５時 |

　（センター）

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約の締結にあたり、上記のとおり

重要事項を説明しました。

　　年　　月　　日

　　　　事業所名　　印西市○○地域包括支援センター

　　　　　　　　　　　　 説明者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　（事業所）

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約の締結にあたり、上記のとおり

重要事項を説明しました。

　　年　　　月　　　日

　　　　事業所名　　○○居宅介護支援事業所

　　　　　　　　　　　　 説明者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　（利用者）

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約の締結にあたり、上記のとおり

重要事項の説明を受けました。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　利用者　　 氏　 名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　（代理人） 　氏　 名　　　　　　 印

**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契約）**

　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、関係機関との調整等において必要な場合に使用するものとする。

２　使用にあたっての条件

(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小限に留め、情報提供の際に

は、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

　(2)　個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

３　個人情報の内容

　　個人情報とは、介護保険法に基づく介護予防サービス等を提供する上で必要な次に掲げるものとする。

(1)　氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業所及び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を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報等

(2)　基本チェックリスト記入内容、要介護（要支援）認定に係る調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見

４　使用する期間

　　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書に定める期間と同様とする。

　　年　　月　　日

　 センター名　　印西市○○地域包括支援センター

事業所名　　 ○○居宅介護支援事業所

　　　　　　　　　　　　　　利用者　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　（代理人）　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名