

契約書
及び
重要事項説明書

指定居宅介護支援事業所
社会医療法人 青洲会
青洲会ケアサポートSひかり

居宅介護支援契約書

____様(以下、「利用者」と青洲会ケアサポートSひかり(以下、「事業者」)は、利用者に対して行う居宅介護支援について、次のとおり契約します。

第1条(契約の目的)

事業者は、利用者の委託を受けて、利用者に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、居宅サービス計画の作成を支援し、居宅サービス等の提供が確保されるよう指定居宅サービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図ります。

第2条(契約期間)

1. この契約の契約期間は 年 月 日から利用者の要介護認定(以下、「要介護認定等」といいます)の有効期間満了日までとします。
2. 契約満了日までに、利用者から事業者に対して、事前の連絡による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条(介護支援専門員)

事業者は、介護保険法に定める介護支援専門員を利用者へのサービスの担当者として任命し、その選定または交代を行った場合は、利用者にもその氏名を通知します。

第4条(居宅サービス計画作成の支援)

事業者は、次の各号に定める事項を介護支援専門員に担当させ居宅サービス計画の作成を支援します。

- ① 利用者の居宅を訪問し、利用者および家族に面接して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。
- ② 当該地域における指定居宅サービス事業者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およびその家族に提供し、利用者にもサービスの選択を求めます。
- ③ 提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④ 居宅サービス計画の原案に位置づけた居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、その種類・内容・利用料等について利用者およびその家族に説明し、利用者から文書による同意を受けます。
- ⑤ その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

第5条(経過観察・再評価)

事業者は、居宅サービス計画作成後、次の各号に定める事項を介護支援専門員に担当させます。

- ① 利用者及びその家族と連絡調整を行い経過把握の為、毎月自宅訪問致します。
- ② 居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ③ 利用者の状態について、毎月再評価を行い、状態の変化等に応じて居宅サービス計画変更の支援、要介護認定区分変更申請の支援等の必要な対応をします。

第6条(施設入所への支援)

事業者は、利用者が介護保険施設への入院または入所を希望した場合、利用者に介護保険施設の紹介その他の支援をします。

第7条(居宅サービス計画の変更)

利用者が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって居宅サービス計画を変更します。

第8条(給付管理)

事業者は、居宅サービス計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、福岡県国民健康保険団体連合会に提出します。

第9条(要介護認定等の申請に係る援助)

1. 事業者は、利用者が要介護認定等の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請を円滑に行えるよう利用者を援助します。
2. 事業者は、利用者が希望する場合は、要介護認定等の申請を利用者に代わって行います。

第10条(サービスの提供の記録)

1. 事業者は、指定居宅介護支援の提供に関する記録を作成し、これをこの契約終了後5年間保管します。
2. 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。
3. 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

4. 第12条1項から3項の規定により、利用者または事業者が解約を通知し、かつ、利用者が希望した場合、事業者は、直近の居宅サービス計画およびその実施状況に関する書面を作成し、利用者に交付します。

第11条(料金)

事業者が提供する居宅介護支援に対する料金規定は契約書のとおりです。

第12条(契約の終了)

1. 利用者は、事業者に対して、いつでもこの契約を解約することができます。
2. 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月間の予告期間に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。この場合、事業者は当該地域の他の指定居宅介護支援事業者に関する情報を利用者に提供します。
3. 事業者は、利用者またはその家族が事業者や介護支援専門員に対して、この契約を継続し難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 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
 - ③ 利用者の要介護認定区分が、新予防給付(要支援1、2)と認定された場合
 - ④ 利用者が死亡された場合

第13条(秘密保持)

1. 事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその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、利用者及び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利用者の個人情報を用いません。

第14条(賠償責任)

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には、その損害を賠償します。

第15条(身分証携行義務)

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者や利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

第16条(相談・苦情対応)

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、自ら提供した居宅介護支援または居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第17条(善管注意義務)

事業者は、利用者より委託された業務を行うにあたっては、法令を遵守し、善良なる管理者の注意をもってその業務を遂行します。

第18条(本契約に定めのない事項)

1. 利用者と事業者は、信義誠実をもって本契約を履行するものとします。
2. 本契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第19条(裁判管轄)

利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

前記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契 約 書

契約締結日 年 月 日

契約者氏名

事業者 <事業者名> 青洲会ケアサポートSひかり
(指定番号)4071003307
<住所> 福岡県福岡市中央区清川3丁目 17-11

<代表者名> 社会医療法人 青洲会
理事長

中村 幹夫 (印)

<管理者> 村島 美子 (印)

<説明者> (印)

私は、本書面により、事業者から重要事項及び契約についての説明を受け、了承、契約いたします。

利用者 <住所> _____

<氏名> _____

(代筆) (続柄)

利用者が自らの意思を表明することが困難な状況であるため又は、今後、自らの意思を表明する事が困難な状況になった場合は、私が利用者に代わり判断を行ないます。

代理人 <住所> _____

<氏名> _____ (続柄)

重要事項説明書

事業の目的

ここでは居宅介護支援(ケアマネジメント)を行います。
介護保険で要介護状態(介護度 1～5)の方にご利用いただけます。

ケアマネジメントの内容

居宅サービス、又は施設サービスの選択に必要な情報をご本人やご家族に提供します。その際には複数のサービス事業所を紹介いたします。また半年間に位置付けたサービス事業所の割合を提示させていただきます。

ご本人やご家族が抱える介護についての課題を分析し、希望、相談に対応します。状況や状態に最適なケアプランをご提案、ご本人やご家族と相談のうえ作成します。また、ケアプランに位置づけたサービス事業所を選定した理由についても説明いたします。

医療との連携においては、把握した必要な情報を主治医、歯科医師、薬剤師などに伝達します。また、医療機関に入院する際は、退院後の居宅介護支援について医療との連携を行うため、入院する医療機関に担当の居宅介護支援員の氏名をお伝えください。

居宅サービス計画作成後においても、サービス実施状況の継続的な把握と必要に応じたケアプランの変更を行います。

運営方針

できるだけご自宅で、ご本人の能力に応じ、自立した生活ができるように援助いたします。ご本人の選択を尊重しつつ、最適な保健医療サービスや福祉サービスを総合的に受けていただけるよう配慮します。

サービスの提供にあたっては、関係市町村および各機関との連携につとめ、特定の事業者に偏ることなく、公正中立に行います。

1 サービスについての相談窓口・および緊急時連絡先

TEL:092-534-0156 FAX:092-521-3400

*ご不明な点は、おたずねください。

2 青洲会ケアサポートSひかりの概要

居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	青洲会ケアサポートSひかり
所在地	福岡市中央区清川3丁目 17-11
介護保険指定番号	4071003307
サービスを提供する地域*	福岡市博多区・南区・中央区

*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

職員体制

管理者	主任介護支援専門員
-----	-----------

職	職務内容	人員数
管理者	業務の管理を一元的に行うとともに自らも介護支援専門員として職務に当たる。	常勤 1 名
介護支援専門員	要介護者等の依頼そのほか保険者等の委託を受け、居宅サービス計画の作成、サービス提供確保の為調整、介護支援専門員としての職務に当たる。	常勤 3 名 【兼務 1 名】

営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 (国民の祝日及び 12 月 30 日～1 月 3 日を除く)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

利用料金

サービス計画作成にかかる介護支援専門員への利用料金については、保険者から全額給付されますので、お支払いはありません。

* 保険料の滞納により、保険給付が当事業者に行われない場合、1ヶ月につき別紙料金表に記載する居宅介護支援費をいただきます。その際、領収書としてサービス提供証明書を発行いたします。保険料納入後、このサービス提供証明書を各市町村区の窓口に出しますと、全額払い戻しを受けられます。

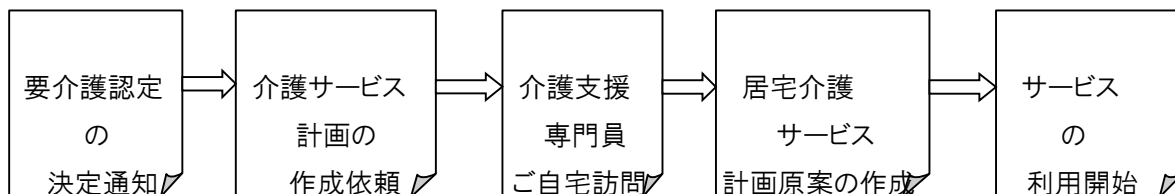
解約料

一切料金はかかりません。

緊急時等の対応

サービス提供中に容態の変化、災害等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡いたします。

3 介護保険におけるサービスの提供方法とその流れ



* ご本人やご家族とそれぞれの希望や現状の問題点をよく話し合います。

* ご本人とご家族が介護支援専門員から出された原案を確認・了承。その上で介護支援サービス計画が作成・提出され、サービスを受ける事ができます。受けられるサービスは要介護度に応じて変わります。

(例)1週間のサービス利用

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護	通所介護 または	訪問介護	訪問介護	通所介護 または	訪問介護	訪問介護
午後		通所リハビリ		訪問看護	通所リハビリ		

(例)居宅介護サービス計画書

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		サービス内容			
	長期目標	短期目標	介護内容	サービス種別	頻度	期間
右麻痺ではあるが杖を利用して安全に屋内を歩行したい。	屋内を自力歩行できる。	安定した杖歩行が行なえる。	リハビリ 歩行訓練 下肢筋力訓練	通所リハビリ(医療機関)	2回/週	年 月 日
本人は入浴が好きである。自宅で入浴できさっぱりしたい。	自宅で入浴でき、身体の清潔が保持できる。	安心して入浴できる	入浴介助	訪問介護(身体)	2回/週	年 月 日
安全に安心して自宅で入浴したい。	自宅での入浴が継続できる。	安全に入浴できる環境が得られる。	手すりの設置 移動台 シャワーチェア	住宅改修 福祉用具購入	随時	年 月 日

4 暫定的サービス計画について

緊急その他やむを得ない場合には要介護認定前(申請中)であってもサービス計画を暫定的に作成し、サービスを利用することができます。

しかし、要介護認定の結果、非該当(自立)と認定された場合及び、認定調査が行われる前に死亡された場合は保険の給付はされませんので、ご利用分は全額自己負担となります。

住宅改修について…入院中(入所中)に住宅改修を行った場合、退院(退所)に至らなければ住宅改修費は支給されません。

5 苦情の相談

お客様の当事業所に対する苦情やご要望に迅速かつ適切に対応します。ご不明な点もお気軽にお問い合わせ下さい。お申し出後、直ちに当事業所の苦情対応マニュアルに沿って検討し、回答、説明などをさせていただきます。また、サービス事業所に対する苦情等についても、迅速かつ適切に対応します。

自らの居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス等に対する苦情の国保連合会への申し立てに関する必要な援助を行ないます。

申し立てがあった際には、市町村、国保連合会が行なう調査への協力及び、指導、助言に従い必要な改善をします。

● 事業所の窓口

青洲会ケアサポートSひかり

相談窓口 管理者 村島 美子

受付時間 午前8:30～午後5:30

電話 092-534-0156

ファックス番号 092-521-3400

百年橋リハビリテーション病院事務長

岩屋 匡彦

092-534-0177

● 福祉・介護保険課 受付時間 午前9:30～午後5:00

博多区 〒812-8512 博多区博多駅前2丁目8-1 092-419-1081

中央区 〒810-8622 中央区大名2-5-31 092-718-1102

南区 〒815-0032 南区塩原3-25-3 092-559-5125

● 公的団体の窓口

福岡県国民健康保険団体連合会（介護サービス相談窓口）

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号

TEL:092-642-7859 FAX:092-642-7856

● 地域の介護保険相談窓口

〒

TEL:

FAX:

6 事故発生時の対応

サービス提供中に転倒転落事故、その他、人身事故が起こった場合は、速やかに適切な処置を行なうと共に、ご家族、当事業所責任者に報告します。また、医療処置を必要とするほどの事故については、保険者に書面にて報告します。必要時は契約書第14条に則り賠償いたします。

7 その他

- ① 介護支援専門員(ケアマネジャー)は勤務中常に身分を証明する標章を携帯しています。初回訪問時にご確認いただきます。
- ② 当事業所の介護支援専門員の担当件数を、介護保険法の定めに従い、標準担当件数 35 件としております。なお、要支援認定の方に関しましては、原則として、地域包括支援センターへ移管とさせていただきます。
- ③ 判断能力が十分でない方の権利を守り、日常生活に困ったことがないよう、自立した地域生活が送れるよう、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業の詳しい説明を行ないます。お気軽にご相談ください。
- ④ 希望される方は、当事業所の事業計画及び収支計画を閲覧することができます。お気軽に申し出ください。

事業所をご利用の皆様へ

平成17年4月より、『個人情報保護に関する法律』が施行されました。それに伴い、当事業所では個人情報の取り扱いにつき規定を制定し、また、その保護監視体制を強化しています。つきましては、介護保険サービスを安全、確実に提供するために同法に基づく『医療・介護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』（厚生労働省平成16年12月24日発）に従い、当事業所ご利用者様の個人情報取り扱いにつき、以下の点をご理解いただきますようお願い致します。

【個人情報の利用目的】

I 皆様への介護保険サービス提供のために必要な情報のうち、事業所内で利用するための情報

- ① 介護サービス提供のための居宅サービス提供のための計画書
- ② サービス提供記録
- ③ 個別援助計画表
- ④ 苦情内容等の記録
- ⑤ サービス担当者会議の要点
- ⑥ データベース
- ⑦ モニタリング記録
- ⑧ その他

・当事業所のご利用者様に十分な介護サービスが提供できるよう、上記①～⑧を利用させていただきます。

・お一人、お一人の利用者様の介護サービスを安全、確実に提供するために利用させていただきます。

II 他の事業所や本人以外への情報提供について

- ① 当事業所のご利用者の皆様に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答等、ご家族等への心身の状況の説明
- ② 介護保険事務のうち、審査支払基金へのレセプト提出
- ③ 保険者または審査支払基金への照会および回答
- ④ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等

Ⅲ 上記以外の利用目的

- i 当事業所ならびに法人内外における利用に係る事例
 - ① 医療、介護、福祉、保険サービスや業務維持のための基礎資料としての利用
 - ② ケアマネジメントの質の向上の観点から、学術発表会や他法人と協働で開催する症例検討会などでの利用
- ii 当事業所の管理運営業務のうち、第三者評価機構等の外部監査機関への情報提供
- iii 学会発表や学術誌発表などの研究、あるいは医学、医療、介護の進歩のために匿名化した上での利用
(その際、事例の内容から匿名化が困難な場合は、その利用については原則としてご利用者様の同意を得ます。)
- iv 個人情報の第三者提供に関して
 - ① 『個人情報の保護に関する法律』に基づき、法令に基づく場合
 - ② 人の生命、身体、財産保護、公衆衛生の向上、児童の健全育成の明確な目的があり、何らかの理由にて個人の同意を得ることが困難な場合
 - ③ 国等の公共団体からの協力依頼の場合
(例外的に本人の同意を得ることなしに利用することもあります。)

以上につきまして、不明な点や異論がある場合には、遠慮なく『個人情報相談窓口』へお申し付け下さい。なお、個人情報は申し出により開示させていただきます。介護サービス記録等の開示に関しては、別途、開示規定に従わせていただきます。以上の点に同意をされなくとも、何ら不利益は生じません。更に同意及び保留は申し出により、いつでも変更することが可能です。

社会医療法人 青洲会
青洲会ケアサポート S ひかり
個人情報相談窓口 村島 美子

同意書

私は介護保険を利用するにあたり、個人情報に関する
指針および使用目的に関する説明を受け、その内容につ
いて同意いたします。

年 月 日

利用者 <氏名> _____

(代筆 _____) (続柄 _____)

家族代表 <氏名> _____ (続柄 _____)