居宅介護支援契約書

利用者　　様(以下、「利用者」といいます)と医療法人社団　爽秋会ふくしま緩和ケア支援事業所(以下「事業者」といいます)は、事業者が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、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な居宅サービスが適切に利用できるよう、居宅サービス計画を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な居宅サービスの提供が確保されるよう、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。

第2条(契約期間)

1　この契約の契約期間は、令和　　年　　月　　日から利用者が現に受けている要介護認定又は要支援認定(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　契約期間満了日の7日前までに、利用者から解約の申し出がない場合は、この契約は更新認定の有効期間満了日まで同一の内容で更新されます。

第3条(居宅介護支援の担当者)

1　事業者は、居宅介護支援の担当者(以下「担当者」といいます。)として介護支援専門員である職員を選任し、適切な居宅介護支援に努めます。

2　担当者は、常に身分証を携行し、利用者又はその家族から求められた場合には、いつでもこれを提示します。

第4条(居宅介護支援の内容)

事業者が行う居宅介護支援の具体的な内容は、重要事項説明書に記載のとおりです。

第5条(利用者の協力)

利用者は、居宅介護支援に必要な範囲で担当者に協力を行わなければなりません。

第6条(暫定的な居宅介護支援)

1　利用者が受ける要介護認定等の結果が不明な場合には、事業者は利用者の状態等を十分勘案して暫定的な居宅サービス計画(以下「暫定居宅サービス計画」といいます。)を作成します。

2　事業者は、暫定居宅サービス計画を作成する際には、保険給付の対象にならない費用が生じる場合があることを十分に利用者又はその家族に説明します。

第7条(サービス提供の記録等)

1　事業者は、居宅サービス計画の実施状況に関する書類を整備し、その完結の日から5年間保存します。

2　事業者は、利用者の求めにより居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類の閲覧に応じます。

第8条(料金)

事業者が行う居宅介護支援の料金は、重要事項説明書に記載のとおりです。

第9条(利用者の解約権)

利用者は、事業者に対しいつでも一週間以上の予告期間をもって通知することにより、この契約を解約することができます。

第10条(事業者の解約権)

1　事業者は、自ら適切な居宅介護支援を行うことが困難となった場合は、一週間以上の予告期間をもってその理由を通知することにより、この契約を解除することができます。この場合、他の居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を行います。

2　事業者は、利用者又はその家族の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、一週間以上の予告期間をもってその理由を記載した文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

第11条(契約の終了)

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

1　利用者が介護保険施設その他居宅介護支援の対象とならない施設に入所又は入院した場合。

2　利用者について要介護認定等が受けられなかった場合。

3　利用者が死亡した場合。

第12条(損害賠償)

事業者は、居宅介護支援の実施にあたって利用者の生命・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、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。

第13条(秘密保持)

1　事業者及びその従業者は、業務を行う上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第二者に漏らすことはありません。

2　事業者は、居宅介護支援を実施するため必要最小限の範囲内において、利用者及びその家族の同意を得た上で、その個人情報を使用できるものとします。この場合において、事業者は、関係者以外には決して個人情報が漏れることのないよう細心の注意を払うとともに、個人情報を提供した会議、相手方、内容等についての記録を保存します。

第14条(苦情対応)

1 利用者は、提供した居宅介護支援に苦情がある場合または事業者が作成した居宅サービス計画に基づいて提供された居宅サービスに苦情がある場合には、事業者、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2 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するとともに、苦情の申立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

第15条(公正中立なケアマネジメントの確保)

1 利用者及びその家族は、居宅サービス等計画に位置付ける、居宅サービス等事業所について複数のサービス事業所の紹介を求めることができます。

2 居宅サービス等計画の作成に位置付けた指定居宅サービス事業所の選定理由の説明を求めることができます。

第16条(協議事項)

この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者との協議により定めます。

以上のとおり契約が成立したことを証するために本契約書2通を作成し、利用者及び事業者は記名押印の上、各自その1通を保有することとします。

令和　　年　　月　　日

事 業 者

事業者名:　医療法人社団　爽秋会
　　ふくしま緩和ケア支援事業所
住　　所:　福島県福島市郷野目字宝来町21－3
管 理 者:　所長　　半沢　まゆみ　　印

利 用 者: 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(家族または代理人)

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(事業者)所在地:福島県福島市郷野目字宝来町21－3
名　　称:医療法人社団　爽秋会
ふくしま緩和ケア支援事業所 (福島県指定事業者番号:0770104321)

重要事項説明書

1　事業所の概要

事業所名	ふくしま緩和ケア支援事業所
所在地	〒960-8161　福島県福島市郷野目字宝来町21－3
福島県指定事業所番号	福島県
管理者・連絡先	半沢　まゆみ　　℡:050－5482－9411
サービス提供地域	福島市、伊達市、伊達郡川俣町、二本松市　※

※上記サービス提供地域外においても利用者の要請・ご相談に応じます。

2 事業所の職員体制

職種	従事するサービスの内容等	人員
管理者 （主任介護支援専門員）	管理者は、業務全般にわたり管理を一元的に行う。	1名 （常勤・介護支援専門員を兼務）
介護支援専門員	介護支援専門員は、要介護者等およびその家族からの相談に応じ、居宅サービス計画の作成を行う。また、介護に関わる課題の解析を行い、必要に応じて利用者への説明を行う。	1名 （常勤介護支援専門員を専従）

3 業務日及び業務時間

業務日	業務時間
月曜日～金曜日 但し、祝祭日、年末年始（12月29日～1月3日）を除く　※	午前8時30分から午後5時30分までとする

※上記、時間外であっても24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備します。

4 サービス内容

(1)居宅サービス計画の作成
(2)サービス事業者との連絡調整
(3)居宅介護サービス計画の実施状況の把握
(4)市町村への連絡・調整等
(5)介護保険施設の紹介その他便宜の供与

5 サービス利用料及び利用者負担

⑴居宅介護支援については、利用者の直接的な負担はありません。

⑵介護支援専門員が通常のサービス実施地域を越える地域に訪問・出張する必要がある場合は、その旅費(実費)の負担をお願いすることがあります。

⑶利用者は、この居宅介護支援にかかる訪問調査、居宅サービス計画の作成等のサービス提供を1週間以上の予告期間をもつて解約できます。その際のキャンセル料等については必要ありません。

6 当事業所における運営方針

当事業所におけるサービス提供方針は次のとおりです。

⑴居宅サービス計画の作成にあたっては、利用者の意思を尊重し、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者が自立した日常生活を営むことができることを目標とします。また、計画の作成にあたっては、原則として相談を受け付けてから14日以内に利用者宅を訪問の上、状況調査を行います。

⑵適正な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように、常に利用者の立場に立ち、提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないように、公正中立に居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者との連絡調整を行います。

⑶事業の実施にあたっては、関係行政機関、地域の保健、医療・福祉サービス、ボランティア団体等との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供の調整に努め、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するように十分配慮いたします。

⑷事業所は、介護支援専門員等の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務態勢を整備します。

ア 採用時研修 採用後6か月以内

イ 定期研修 年1回

7 秘密保持

当事業所及び介護支援専門員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。ただし、居宅サービス計画を作成するにあたり、他のサービス事業者に開示しなければならない情報については、事前に利用者又はその家族から、文書で同意を得るものとします。

8 個人情報の保護について

当事業所では、利用者様の個人情報を以下にあげる目的に利用いたします。

その取り扱いについては、細心の注意を払い、職員一同個人情報の保護に努めます。

個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、当事業所担当者までお気軽にお申し出ください。

1)当事業所における個人情報の利用目的

医療提供

・医療サービスの提供
・病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等との連携
・医療機関等からの紹介および、患者さんの同意にもとづく民間保険会社からの問い合わせへの回答
・利用者様の診療のため、医師等の意見・助言を求める場合
・検体検査業務の委託その他の業務委託
・ご家族等への病状説明
・その他、利用者様への医療提供に関する利用

診療費請求のための事務

・医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
・審査支払機関へのレセプト提出
・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
・公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
・その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求

管理運営業務

・会計、経理
・医療事故等の報告
・当該利用者様の医療・介護サービスの向上
・その他、管理運営に関する利用：企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知医療・介護従事者の賠償責任保険などに係わる、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等。医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料。当事業所および連携する岡部医院において行われる医療・介護実習への協力。医療・介護の質の向上を目的とした症例研究、アンケート、インタビュー、医療の質や死生感等に関連した研究会などへの協力(医療者・介護者以外の研究者、学生等を含む)。
・外部監査機関への情報提供

2)電子メールでの個人情報の取り扱いについて

当事業所および連携する(医)医療法人社団　爽秋会では、患者さんにかかわる各職種間の連携のため、以下の目的に電子メールを活用しております。

個人情報の保護に関して、セキュリティー上不安定な手段ではありますが、これによる連絡調整業務の利便性、効率性は、運営上必要不可欠なものとなっております。

また、利用者様の取り違え等の事故防止のため、氏名や地域、病名などの情報についても、暗号化せずに電子メールを送ることがあります。

（電子メールでの個人情報の利用目的）

・訪問のための連絡・調整
・サービスの予定、連絡・調整
・利用者様・患者様の状態報告
・指示、指示受けの確認
・処方内容の連絡・確認
・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等との連絡・調整

付記:以上の**個人情報の保護について、電子メールでの個人情報の取り扱い**についての説明について、同意しがたい事項がある場合には、その旨、当院の苦情相談窓口まで遠慮なくお申し出ください。お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等をすることが可能です。

医療法人社団　爽秋会
ふくしま緩和ケア支援事業所
苦情・相談窓口担当責任者　：　半沢　まゆみ
電　話　：　050－5482－9411

9　事故発生時の対応

⑴利用者に対する居宅介護支援サービス提供において事故が発生した場合には、速やかに、市町村、利用者のご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

⑵居宅介護支援サービス提供にともなって、自己の責に帰するべき事由により、利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様 とします。

⑶利用者に過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して、損害賠償責任を減じることができるものとします。

10 虐待防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な 措置を講じます。

（1）虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	半沢　まゆみ

（2）成年後見制度の利用を支援します。

（3）苦情解決体制を整備しています。

（4）従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

（5）従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等 の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

11 サービス利用にあたっての禁止事項について

利用者、家族、親族等から以下の行為があった場合、対応の改善を文書により通告させていただく場合があります。改善に応じて頂けない場合は居宅介護支援を終了させていただきます。

・身体的な攻撃(暴行、傷害)、精神的な攻撃(脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言)、威圧的な言動、差別的な言動、性的な言動や行為、緊急時以外の時間外対応要求などの迷惑行為。

・サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でおこなうこと。SNS等に掲載する行為。

12 相談窓口、苦情対応

○当事業所のサービスに関する相談やご意見、苦情については、次の窓口で対応いたします。

電話番号	050－5482－9411
FAX番号	024-544－6988
担当者	半沢　まゆみ
その他	相談・ご意見・苦情については、担当者、管理者および介護支援専門員が対応致します。不在の場合でも、応対した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、管理者及び介護支援専門員に引き継ぎを致します。

○その他、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。

市町村介護保険相談窓口	所在地　福島市五老内町３番１号 電話番号　０２４－５２５－６５８７ FAX 番号　０２４―５２６―３６７８ 対応時間　８：３０～１７：００
福島県国民健康保険団体連合会 （国保連）	所在地　福島市中町３番７号 電話番号　０２４―５２８―００４０ FAX 番号　０２４―５２３－２８８０

13 運営法人の概要

名　　称	医療法人社団　爽秋会
代表者名	理事長　　河原　正典
法人本部所在地・連絡先	仙台市青葉区国分町2丁目3番2号エトスビル4階　・ 022-381-5452
実施事業の概要 事業所数	訪問診療、訪問看護・3カ所 居宅介護支援・2カ所

14 緊急時の対応

緊急時には下記の主任介護支援専門員が電話対応を実施致します。

主任介護支援専門員	電話番号
半沢　まゆみ	050－5482－9411

【説明確認欄】

サービス契約の締結にあたり、前記により重要事項を説明しました。

事業者　　所在地　　福島県福島市郷野目字宝来町21－3

名　称　　医療法人社団　爽秋会

ふくしま緩和ケア支援事業所

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿

サービス契約の締結にあたり、前記により重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

利用者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

上記代理人(代理人を選任した場合)

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

情報提供同意書

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

　利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者との連絡調整、介護支援専門員と事業者との連絡調整において必要な場合。

2　条件

① 個人情報の提供は必要最低限とし、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 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。
③ 使用する期間は居宅介護支援の契約期間であること。

令和　　年　　月　　日
医療法人社団　爽秋会
ふくしま緩和ケア支援事業所　殿

（利用者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（利用者の家族）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

居宅介護支援　サービス利用割合等説明書

①前６ヵ月に作成したケアプランにおける訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与の各サービスの利用割合

訪問介護	５８％
通所介護	１２％
地域密着型通所介護	３％
福祉用具貸与	８９％

②前６ヵ月に作成したケアプランにおける訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与のサービスごとの同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	ピュアート訪問介護事業所	27%	よろこび介護サービス	11%	ヘルパーステーションくるみ	11%
通所介護	ケアパートナー福島	22%	Q アップスタジオ森合	22%	すこやかの里デイサービスセンター	11%
地域密着型通所介護	せいふうケア・リハビリホーム方木田	42%	ケアセンターつどい　しのぶ台	28%	ミック健康の森　福島駅前	14%
福祉用具貸与	株式会社ファミリーケア	43%	エヌケイ商事	16%	ダスキンヘルスレント福島ステーション	14%

③ 判定期間（令和６年度）

□　前期　　３月１日　～　８月末日

☑　後期　　９月１日　～　２月末日

令和　　年　　月　　日

本書面により、事業所から居宅介護支援の提供に際し上記の内容について説明を受けました。

【利用者】　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【署名代行者】氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ターミナルケア加算　同意書

私は、貴事業所が提供するターミナルケアマネジメントについての説明を受けましたが、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意いたします。

記

要件

① ターミナル期に担当ケアマネジャーが通常よりも頻回に訪問すること

② 担当ケアマネジャーが状態変化やサービス変更の必要性を把握すること

③ 把握した心身の状況等の情報を記録すること

④ 把握した心身の状況等を主治の医師等やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供すること

⑤ 必要に応じて主治医等に病状等に関する指示をうけること

令和　　年　　月　　日

(利用者)　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(利用者の家族)住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿