
居宅介護支援事業契約書

〒815-0084

福岡市南区市崎1丁目15番20号

ひらおケアプランサービス

TEL 092-791-5310

FAX 092-523-3932

居宅介護支援事業契約書

事業所：ひらおケアプランサービス

第1条（居宅介護支援の目的）

- 1 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（ケアプラン）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）

この契約期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。

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」という。）として居宅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 事業者は、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、事業者側の事情により変更する場合にはあらかじめ利用者と協議します。
- 3 事業者は、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に指導するとともに、必要な対応を講じます。

第4条（居宅サービス計画の変更等）

- 1 事業者は、利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合には、速やかに居宅サービス計画（ケアプラン）を変更するとともに、これに基づき居宅サービス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 事業者は、利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）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5条（サービス提供の記録等）

- 1 事業者は、一定期間ごとに、居宅サービス計画（ケアプラン）に記載したサービスの提供の目標等の達成状況等を評価し、その結果を「居宅サービス計画記録書」の書面に記載して、利用者に説明のうえ提示します。

- 2 事業者は、「サービス提供記録」等を作成し、介護給付費の受領日の翌日より 5 年間適正に保存します。

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（事業継続計画に関する事項）

- 1 事業者は、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けることができるよう、別途事業計画を策定します。
- 2 事業者は感染及び災害時に対応するための研修を実施します。

第 7 条（身体的拘束の禁止に関する事項）

事業者は利用者の生命または身体の保護のために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。また、生命または身体の保護のために緊急やむを得ない場合であっても、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況、並びにその理由を記録します。

第 8 条（虐待防止に関する事項）

- 1 事業者は利用者の人権擁護、虐待防止のため別途指針を定め虐待防止に必要な措置に講じます。
- 2 事業者は、事業者の担当者または擁護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見したときは、速やかに市町村等関係機関へ通報します。
- 3 事業者は、虐待防止責任者を定め、虐待防止会議の定期的開催および虐待防止の研修をおこない、意識啓発に努めます。

第 9 条（ハラスメント防止の対応）

- 1 事業者は、事業者の担当者の業務遂行にあたり安全確保のための各種ハラスメントの防止に取り組めます。
- 2 事業者はハラスメント事案が発生した場合に、別途定めるハラスメント防止マニュアルに従い迅速に対応します。
- 3 事業者は、事業所職員にハラスメント防止についての研修を実施します。
- 4 ハラスメントと判断された場合にはハラスメント行為者に対し、関係機関への報告・相談の他、必要な措置を講ずることを周知し、利用契約解除の措置を講じます。

第 10 条（利用者の**解約権**）

利用者は、事業者に対しいつでも 1 週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

第11条（事業者の**解除権**）

事業者は、利用者の著しい不信行為、及び前第9条に該当する場合等、契約を継続することが困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解除することができます。

第12条（**契約の終了**）

- 1 次のいずれかの理由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。
 - 一 第10条の規定により利用者から解約の意思表示がなされ、かつ予告期間が満了したとき
 - 二 第11条で定める条件が満たされ、かつ事業者から契約解除の意思表示がなされたとき
 - 三 次の理由により利用者にサービスを提供できなくなったとき
 - （一） 利用者が介護保険施設や医療機関に入所又は入院したとき
 - （二） 利用者が要介護認定が受けられなかったとき
 - （三） 利用者が死亡したとき
- 2 事業者は、契約の終了にあたり必要があると認められる場合には、利用者が指定する他の支援事業者等への関係記録（写し）の引き継ぎ、介護保険外サービスの利用に係わる市町村への連絡等の調整を行うものとします。

第13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14条（**秘密保持**）

- 1 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及び個人情報**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いて、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。退職後も同様のものとします。**
- 2 あらかじめ文書により利用者及びその家族の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

第15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又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、苦情の申し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。
- 3 事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何ら不利益な、取り扱いをすることはありません。

第16条（契約外条項等）

- 1 この契約及び介護保険法その他の関係法令で定められていない事項については、**関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者との協議により定めます。**
- 2 この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものですので、**利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約が必要になります。**

上記のとおり、居宅介護支援の契約を締結します。

令和 年 月 日

（利用者） 住所

氏名 印

（上記代理人）（代理人を選任した場合）

住所

氏名 印

（注）代理人とは自らの意思表示、判断が困難な状況において利用者に代わって判断をして頂く方です。

（立会人） 住所

氏名 印

（注）「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 福岡市南区市崎1丁目15番20号

事業者名 ひらおケアプランサービス

代表者名 垂水 美保子 印

個人情報保護規程

ひらおケアプランサービス

1. 当事業所では、厳格なセキュリティ、及び機密保持基準に従って、常に利用者様の情報を管理します。
2. 利用者様等の情報収集と使用は、私どもの業務遂行に必要とする最小限において使用し、必要とする場合以外は事務所外に持ち出しません。
3. 利用者様等の情報の適切な取り扱いに関する教育を行い、権限を与えられた職員だけが、その情報にアクセスできます。
確約に違反した職員は責任を負います。
4. 利用者様等の情報を他の組織・団体に開示することはありません。利用者様等の許可を得た場合、または厚生労働省よりの通知に基づく情報・提供等に関する指針により、必要とされる場合のみです。
5. その他必要事項は「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めていきます。

個人情報利用に関する説明及び同意書

当事業所では、ご利用者へ安全でより良い居宅介護支援を提供するため、また他の居宅サービス等と連携をとるために、サービス担当者会議等において、主治医や他のサービス担当者等に、ご利用者又はご家族の個人情報を提供する場合がございます。

なお、個人情報の利用はサービス提供に必要な範囲とし、サービス担当者等は、業務上知り得た個人情報を漏らすことがないよう法律で義務付けられています。

令和 年 月 日

〒815-0084

福岡市南区市崎1丁目15番20号

ひらおケアプランサービス

管理者 垂水 美保子

私（家族含む）は自身及び家族の個人情報について、上記目的において利用することの説明を受け同意いたします。

ご利用者氏名： _____ 印

代理同意人氏名： _____ 印

ご家族氏名： _____ 印

ひらおケアプランサービス 宛

サービスの利用にあたり、自らの意思表示、判断が困難なため、
利用者（ ）に代わり、私がサービスに
関する判断を行います。

令和 年 月 日

住所

氏名 印