

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書

____様（以下「利用者」という。）とまいこ園介護支援センター（以下「事業者」という。）とは、事業者が利用者に対して行う介護予防支援について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険に関する法令の趣旨及び子の契約書に従い、利用者が住み慣れた地域で安心してじりつしたせいかつを継続できるよう、また要介護状態になることを予防するために介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント計画（以下「ケアプラン」という。）を作成するとともに、ケアプランに基づいて介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者・関連機関との連絡調整その他の便宜の提供を図ります。

契約事業者名	社会福祉法人南魚沼福祉会
契約事業所名	まいこ園介護支援センター

（契約期間）

第2条 この契約の有効期間は、令和____年____月____日から利用者の要支援認定の有効期間の満了日までとします。

2 前項の期間満了の日までに、利用者から事業者に対して契約終了の申し出がない場合には、この契約と同様の内容により更新されます。その後についても同様とします。

（介護支援専門員）

第3条 事業者は、介護支援専門員等（以下「ケアマネジャー」という。）を利用者への介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当として選任し、又は交代を行った場合は、利用者にお知らせします。

（ケアプランの作成等）

第4条 事業者は、次に定める事項をケアマネジャーに担当させ、利用者が介護予防サービス等を適切に利用することができるように、利用者の依頼を受け、利用者の心身の状況、置かれている環境並びに利用者及びその家族の希望等を勘案し、ケアプランの作成を行います。

- （1） ケアプランの作成
- （2） 介護予防サービス事業者等との連絡調整その他便宜の提供
- （3） 介護予防サービスの実施状況の把握及びケアプラン等の評価
- （4） 給付管理
- （5） 介護予防サービス等に関する相談・説明
- （6） ケアプランの作成（変更）時又は利用者が介護予防サービスを利用する際に必要と判断した場合は、利用者の同意のうえ関連する医療機関、利用者の主治医との連携

(7) 利用者が介護予防サービスを利用する際に、その財産管理や権利擁護について問題が発生した場合には、利用者等の依頼に基づいた関連機関への連絡

(ケアプランの変更)

第5条 事業者がケアプランの変更を必要と判断した場合又は利用者がケアプランの変更を希望した場合には、事業者は、利用者の意見を尊重するとともに、事業者と利用者の双方の合意をもってケアプランの変更を行う事とします。

(要介護又は要支援の認定申請に係る援助)

第6条 事業者は、利用者の意思を踏まえ要介護認定又は要支援認定の申請（状態の変化に伴う区分の変更を含む。）に必要な支援を行います。

(サービス提供の記録等)

第7条 事業者は、介護予防支援の提供に関する記録を作成するものとし、これをこの契約終了後5年間保存します

2 利用者は、前項の記録を事業者の営業時間内に事業者の指定する場所で閲覧することができますとともに、その複写物の交付を受けることができます。

3 事業者は、この契約の終了に伴い利用者から申し出があった場合は、直近のケアプラン及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。

(料金)

第8条 事業者が提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに対する費用は、介護保険法等の規定に基づくものとし、介護予防支援契約重要事項説明書（以下「重要事項説明書」という。）に記載した額とします。

2 前項の費用について、介護保険法の法定代理受領規定により、事業者が介護保険から直接給付を受領する場合は、利用者の自己負担はありません。

3 前項の規定にかかわらず、利用者の保険料滞納等により介護保険の適用に制限がかかり、事業者が費用を法定代理受領ができない場合は、利用者は重要事項説明書に定める額のうち、該当する項目の費用全額を事業者にいったん支払うものとし、その場合、事業者は介護予防支援提供証明書を利用者に交付します。

(契約の終了)

第9条 利用者は、事業者がこの契約の解除を希望する7日前までに解約を申し入れることにより、利用者の希望する日をもってこの契約を解除することができます。

2 利用者は、前項の規定にかかわらず、この契約を継続しがたい正当な理由がある場合には、直ちにこの契約を解約することができます。

3 事業者は、やむを得ない事情がある場合には、利用者に契約終了日の1ヶ月前までに理由を示した文書で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。

4 事業者は、利用者又はその家族等がケアマネジャー等に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより直ちに契約を解約することができます。

5 次の事由に該当する場合は、その定める日をもって自動的に終了します。

ア 利用者が介護保険施設に入所した場合

イ 利用者の介護認定区分が、要介護（１～５）認定となった場合

ウ 利用者が死亡若しくは身体障害者療養施設等への入所により介護保険の被保険者としての資格を喪失した場合

エ 利用者が南魚沼市から他の市町村に転出された場合

（秘密の保持）

第10条 事業者は、介護予防サービス等を提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密について、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。この守秘義務については、この契約が終了した後も同様とします。

2 事業者は、利用者又はその家族からあらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者又は家族の個人情報を用いません。

（賠償責任）

第11条 事業者は、介護予防支援サービスの提供に伴って、事業者の攻めに帰すべき理由により利用者の生命、身体または財産に損害を与えた場合、その損害を賠償します。

（苦情対応）

第12条 事業者は、事業者が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関して苦情がある場合又は事業者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、いつでも事業者、市町村に対して申し出ることができます。また、苦情の申し出があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

2 事業は、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で明らかにします。

（身分証の携行）

第13条 事業所の職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又はその家族から提示を求められたときは、いつでも提示します。

（契約外条項）

第14条 この契約（重要事項説明書を含む。）に定めのない事項については、介護保険法及び関係する法令を尊重し、利用者と事業者で協議して定めることとします。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 南魚沼市五郎丸5番地1
事業者名 社会福祉法人 南魚沼福祉会
代表者 職・氏名 理事長 印

(利用者) ご住所 南魚沼市
お名前

(代理人) ご住所 南魚沼市
お名前

(立会人) ご住所 南魚沼市
お名前

私（利用者及びその家族）の個人情報については、下記に定める条件かつ必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

（利用者） _____ 印

（利用者の家族） _____ 印

（同上） _____ 印

1 使用する目的

- ①利用者にかかわるケアプランを立案するためのサービス担当者会議等での情報提供
- ②介護支援専門員と利用者が希望するサービス事業者との連絡調整において必要な場合
- ③医療機関との連携において必要な場合
 - ・「入院」する際、病院・診療所等へ利用者に関する情報を提供する場合
 - ・主治医等に対してのケアプランの提供や、介護支援専門員が把握した情報を提供する場合
- ④利用者が介護予防サービスから小規模多機能型居宅介護等の利用者へと移行する際に情報を提供する場合
- ⑤保険者等からの照会に対して回答する場合
- ⑥介護保険にかかわる事務に必要な場合
 - ・審査支払機関へのレセプト（請求書）の提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会等に対する回答
- ⑦管理運営業務のうち次にあげるもので必要となった場合
 - ・介護サービスや業務の維持、改善の為に基礎資料
 - ・当事業所等において行なわれる学生等の実習における資料
 - ・当事業所等において行なわれる事例研究等の資料
- ⑧施設の管理運営業務のうち次にあげるもので必要になった場合
 - ・外部監査機関等への情報提供
- ⑨損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等に関する事で必要になった場合

2 使用する期間

本契約書の有効期間と同じ

3 使用にあたっての条件

- 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するもの以外にも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の内容や相手方などについて、経過を記録しておくこと。

（介護予防支援）

(契約書別紙 兼 重要事項説明書)

◎わたしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

事業所名	まいこ園介護支援センター	法人名	(社福) 南魚沼福祉会
所在地	南魚沼市仙石1番地18	電話番号	782-6500
市指定年月日 (番号)	令和6年4月1日 (1572400602)	介護支援専門 員数	4名以上
お宅に伺うおおむねの頻度	3か月に1回		
営業日	月曜日～土曜日 【日・年末年始(12/31～1/3)を除く日】	営業時間	8:30～17:30
営業時間外の連絡先 (緊急時等)	特別養護老人ホーム まいこ園 782-1655 (*介護支援専門員へ取り次ぎます)		
通常の営業地域	南魚沼市		

◎わたしたち（事業者）が、あなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容、介護予防支援です。

「介護予防支援」とは、介護保険法に定める介護サービスを提供するに先立って、あなたの心身の状況を把握し、その結果とあなたの希望に基づいて、あなたができるだけ自立した生活を送ることができるよう、介護予防サービスを提供するための計画（ケアプラン）を作成し、この計画にしたがって、現実に適切かつ滞りなくサービスが提供できるよう、介護サービスを提供する事業者と連絡や調整を行うとともに、これらの経過を継続的に管理する業務を行います。

具体的には次に上げる業務を行います

【業務の概要】

- 1 あなたの自宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により調査します。
- 2 1で調査した結果と、あなた自身やご家族の希望をふまえ、あなたに介護予防サービスを適切に提供するための計画（ケアプラン）を作成します。
- 3 介護サービスの提供の状況や、あなたの心身の状態やご家族の環境について、計画作成後も、継続的に把握・管理します。
- 4 わたしたちのみならず、介護予防サービスを提供する事業者についての相談・苦情の窓口となり、問題を解決します。
- 5 あなたの要介護（支援）認定の申請についてお手伝いします。
- 6 あなたが介護保険施設等への入所を希望される場合、その仲介を致します。

なお、介護予防支援をあなたに提供するにあたっては、事業者として次の事項を守ります。

【業務取扱い方針】

- 1 あなたの心身の状況やご家庭の環境をふまえ、あなた自身の選択に基づいて、適切な介護サービスが、様々な事業者から総合的・効率的に提供されるように、努力致します。
また、医療との連携を密にすることを原則とします。
- 2 介護予防支援の提供にあたっては、あなたの意思と人格を尊重することにより、常に利用者の立場に立つとともに、提供されるサービスが特定の事業者に偏ることなく、公正中立を原則と致します。ケアプランに位置付けるサービスについては、複数の事業所の紹介を求めることが可能です。また、ケアプランに位置付けたサービス事業所を選定した理由についても説明を求めることができます。
私たちが作成したケアプランに位置付けた各種サービスの割合、及び各サービスごとの事業所の割合については、添付資料により説明いたします。
- 3 介護予防支援は、あなたの心身の状態がよりよくなるようにする（軽減の観点）、悪化しないようにする（悪化防止の観点）、そして要介護状態にならないようにする（予防の観点）ために提供致します。
- 4 わたしたちは、介護予防支援があなたの生活の全体的な支援となるよう、居宅サービス計画の作成後も、常にあなたやあなたの家族、サービスを提供する事業者と連絡を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握するとともに、あなたの心身の状況の変化に応じて臨機応変に居宅サービス計画の見直しを行うこととします。
- 5 あなたからサービス計画の実施状況、その他の説明を受けたいとの申し出があれば、サービス提供の記録や課題分析における目標の達成状況、今までにお支払い頂いた利用料金の内訳などについて、ご説明致します。
- 6 わたしたちは、介護予防支援の提供に際しては常に真摯な態度で臨み、あなたからの相談や苦情について事業を実施するうえでの糧として真剣に受け止め、常に事業者として資質の向上に努めます。
- 7 障害福祉サービスを利用してきた利用者に対しては、障害福祉制度の相談支援専門等と密接に連携していきます。

2 あなたを担当する担当の介護支援専門員

お届けするサービス利用票をご確認ください。

ご相談や苦情、ご連絡したいことがある場合は、ご連絡ください。

連絡先 まいこ園介護支援センター 電話 782-6500

3 利用者負担金

このサービスを利用するにあたって、ケアプラン作成料は介護保険から全額支給されるので、あなたの負担はありません。ただし、保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合は、1ヶ月につき要介護度に応じて金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を、後日保険者の窓口へ提出すると、全額払い戻しが受けられます。

- 2 わたしたちの作成した計画にないサービスを利用する場合や、わたしたちの作成した計画に盛り込んだサービスを利用しない場合は、あなたの負担が大きくなる可能性がありますので、できる限り早めにご連絡ください。
- 3 わたしたちの提供するサービスだけでなく、他の居宅サービスについて苦情や相談があれば、遠慮なくお話しください。
- 4 作成した計画どおりにサービスが提供されるには、あなた自身のご協力が欠かせません。わたしたちや、他のサービス事業者からの説明や注意には、できる限り従うようにしてください。
- 5 医療機関との連携を円滑にするため、利用者が入院等をした際は、担当の介護支援専門員の氏名等を入院先の医療機関へ伝えて頂くようお願いいたします。

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明します。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 新潟県南魚沼市五郎丸5番地1
事業者名 社会福祉法人 南魚沼福祉会
代表者職・氏名 理事長 印
(説明者職・氏名 介護支援専門員 印)

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

上記契約を証明するために、本契約書を2部作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ1部ずつを保管します。

(利用者) ご住所 南魚沼市

お名前 印

(代理人) ご住所

お名前 印

(立会人) ご住所

お名前 印