

# 指定介護予防 支援事業者

# 契 約 書

美原第1

地域包括支援センター

お問い合わせ先

電 話 369-3070

# 指定介護予防支援契約書

様（以下「お客さま」といいます。）と、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団（以下「事業者」といいます。）は、事業者がお客さまに対して行う介護予防支援について、各々対等の立場でその内容を確認し、次のとおり契約を締結し、信義に従い、誠実にこれを履行するものとします。

## （目的等）

第1条 事業者は、要支援状態の軽減及び悪化の防止に資するよう、お客さまが可能な限りその居宅において、その尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療との連携に配慮し、「介護予防サービス・支援計画」を作成するとともに、指定介護予防サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を提供します。

また、お客さまはこれらの業務の遂行に必要な協力を行うとともに、お客さまが費用負担しなければならない所定の利用料及びその他の費用（以下「利用料等」といいます。）を支払います。

## （契約期間）

第2条 契約期間は 平成 年      月      日 から、お客さまの要支援認定有効期間満了をもって終了とします。ただし、契約満了の日の2日前までに、お客さまが事業者に対して、契約終了を申し出ないかぎり、この契約は自動更新するものとします。この自動更新による契約の期間は、お客さまの次の要支援認定の有効期間の満了日までとします。

## （契約の内容）

第3条 業務の内容等は、次のとおりとします。

- ①「介護予防サービス・支援計画」の作成
- ②介護予防サービス事業者との連絡調整
- ③サービス実施状況の把握及び評価
- ④お客さまの状況の把握
- ⑤給付管理
- ⑥要支援（要介護）認定申請に対する協力、援助
- ⑦相談業務

## 2 介護予防支援業務にかかる所定の料金・利用料

前項①から⑦の内容は、介護予防支援業務として介護保険の対象となるもので、全額介護保険により負担されます。

(業務の委託)

第4条 前条第1項に定める内容については、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の23第3項の規定により指定居宅介護支援事業者に委託することができます。

(契約の解約)

### 第5条 お客さまから行う解約措置

(1) お客さまは、契約期間中にこの契約を解約しようとする場合は、事業者に対して契約終了を希望する日の7日前までにその旨を申し出なければなりません。ただし、お客さまの病状の急変、緊急の入院等やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

(2) 次の場合、お客さまは事業者に対し、事前申し出なしにこの契約を解約することができます。

ア 事業者が正当な理由なしに指定介護予防支援の提供を行わない場合

イ 事業者が明らかに守秘義務に違反した場合

ウ 事業者がお客さまやその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

エ その他事業者がこの契約に定める指定介護予防支援の提供を正常に行い得ない状況に陥った場合

## 2 事業者から行う解約措置

(1) 事業者は、自ら運営する地域包括支援センター（以下「センター」といいます。）の休廃止等この契約に基づく指定介護予防支援の提供が困難になるなどやむを得ない事情がある場合は、お客さまに対してこの契約の解約を予定する日から1ヶ月以上の期間において、解約理由を示した書面を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。

(2) 前号の規定にかかわらず、お客さま又はその家族などが事業者や従業者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、事前申し出なしに、この契約を解約することができます。

### 3 契約の自動終了

- (1) お客さまが「介護保険施設等」に入所した場合
- (2) お客さまの介護認定区分が「自立」もしくは「要介護」と判定された場合
- (3) お客さまの介護保険の要支援認定の有効期間が満了した場合
- (4) お客さまが転出し、堺市美原区の「被保険者」でなくなった場合
- (5) お客さまが「死亡」した場合

(指定介護予防支援の担当者)

第6条 事業者は、「介護予防サービス・支援計画」の作成及び指定介護予防サービス事業者等との連絡調整等の介護予防支援の業務を担当するセンター及びその担当職員並びに第4条の規定により業務を委託する場合の居宅介護支援事業者を選任した場合、その者の名称及び担当介護支援専門員の氏名を書面によりお客さまにお知らせします。

2 事業者は、第4条の規定により業務を委託する場合の指定居宅介護支援事業者を変更する場合には、変更後の指定居宅介護支援事業者の名称及び担当介護支援専門員の氏名を書面によりお客さまにお知らせし、変更の理由を報告します。

3 事業者は、指定介護予防支援事業者内において、「介護予防サービス・支援計画」作成担当職員変更の際には、変更後の担当職員の氏名を書面によりお客さまにお知らせし、変更の理由を報告します。

4 事業者は、お客さまが堺市内で住所を変更したことにより、担当するセンターを変更する場合には、変更後のセンターの名称及び担当職員の氏名を書面によりお客さまにお知らせします。

(指定介護予防支援の実施方法)

第7条 事業者がお客さまに対して提供する指定介護予防支援は、「指定介護予防支援業務の実施方法等について」に基づき実施します。

(お客さまの居宅への訪問頻度のめやす)

第8条 お客さまの要支援認定有効期間中、サービス提供開始月、サービスの期間終了月及びサービス提供開始月の翌月から起算して概ね三月に一度程度（なお、訪問しない月でも指定介護予防サ

ービス事業者等への訪問、お客さまへの電話等の方法により)、お客さま自身に「介護予防サービス・支援計画」の実施状況について確認を行います。

- 2 お客さま又はその家族は、事業者が提供する指定介護予防支援の内容が「指定介護予防支援業務の実施方法等について」に基づいて実施されていないと認められる場合には、事業者に対して説明を求め必要に応じて改善を申し出ることができます。

(指定介護予防支援の提供内容の記録)

第9条 事業者は、指定介護予防支援業務の提供内容に関する記録を行うとともに、この契約の終了の日から2年間これを保管します。

- 2 お客さまは、事業者に保管されるお客さま本人の記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

(身分証携行)

第10条 事業者の担当職員は常に身分証を携行し、お客さま又はお客さま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なければなりません。

(秘密保持及び個人情報の保護)

第11条 事業者及び事業者の従業者は、指定介護予防支援を提供する上で知り得たお客さま及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏洩してはなりません。この秘密を保持する義務は契約終了後も継続します。

- 2 事業者は、お客さまから予め書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等においてお客さまの個人情報を用いてはなりません。  
また、お客さまの家族の個人情報についても予め書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において当該家族の個人情報を用いてはなりません。
- 3 事業者は、お客さまが、医療サービス（介護予防訪問看護等）の利用を希望している場合及びその他必要な場合には、お客さまの同意を得て主治の医師等の意見を求めます。
- 4 事業者は、お客さま及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む。)については、善良な管

理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

(利用上の注意義務等)

第 12 条 お客さまは指定介護予防支援の実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合は、事業者及びその従業者がお客さまの居宅内に立ち入り、必要な措置をとることを認めることとします。ただし、その場合事業者はお客さまのプライバシー等の保護について、必要な配慮をします。

2 お客さまの心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、お客さま及びその家族と事業者が、指定介護予防支援の内容について介護保険法令やその他の法令の定めるところに従い、協議の上決定するものとします。

(相談・苦情対応の体制及び手順)

第 13 条 事業者はお客さまからの相談・苦情があった場合は、お客さまの状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、お客さまの立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、お客さまへは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

(契約内容の履行と契約外事項の取扱い)

第 14 条 お客さま及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この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、双方が誠意をもって協議のうえ定めることとします。

(賠償責任)

第 15 条 事業者は指定介護予防支援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お客さまの生命・身体・財産等を傷つけた場合は、その責任の範囲においてお客さまに対して損害を賠償します。

(合意裁判管轄)

第 16 条 この契約について、やむを得ず訴訟となる場合は事業者の所在地を直轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを、お客さま及び事業者は予め合意することとします。

以上の契約を証するため本書 2 通を作成し、お客さま、事業者が記名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

平成 年 月 日

**【指定介護予防支援事業者】**

名 称 社会福祉法人大阪府社会福祉事業団  
住 所 大阪府箕面市白島三丁目 5 番 50 号  
代表者名 理事長 高木 哲夫

事業所所在地 堺市美原区平尾 595-1  
事業所名 美原第 1 地域包括支援センター  
事業所代表者名 特別養護老人ホーム美原荘  
荘長 辻宅 一博 印

**【お客さま】**

住 所  
氏 名 印

**【代 筆 者】**

住 所  
氏 名 印

お客さまとの関係  
代筆の必要な理由

**【代 理 人】**

住 所  
氏 名 印