

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書

_____（以下、「利用者」という）と益田市西部地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）（以下「事業者」という）は、事業者が利用者に対して行う介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、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、介護予防サービス計画の作成を支援し、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提供事業者及び関係機関等との連絡調整及び情報提供その他の便宜を図ります。

（契約期間）

第2条 この契約の契約期間令和_____年_____月_____日から利用者の要支援認定の有効期間満了日までとします。

2 有効期間満了日までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動的に更新されるものとします。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者）

第3条 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者（以下、「担当者」という。）として、保健師または社会福祉士・介護支援専門員等の資格を有する者を選任し、適切な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに努めます。

2 事業者は、担当者を選任、又は変更する場合は、利用者の状況とその意向を配慮する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。

（介護予防サービス計画作成の支援）

第4条 事業者は、次の各号に定める事項を遵守し、担当者により介護予防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、利用者及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介護予防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及びその家族に提供し、利用者にサービス選択の機会を与えます。

（3）提供される予防サービスの目標、その達成時期、予防サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ介護予防サービス計画の原案を作成します。

（4）提供される介護予防サービス計画の原案に盛り込まれた介護予防サービス事業等について、保険給付の対象か否かを区分し、その種類、内容、利用料等について利用者及びその家族に説明し同意をうけます。

（5）その他、介護予防サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

（経過観察・再評価）

第5条 事業者は、介護予防サービス計画作成後、次の各号に定める事項を担当者に行わせ

ます。

- (1) 利用者及び家族と必要に応じて連絡をとり、経過の把握に努めます。
- (2) 介護予防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、介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
- (3) 利用者の状態をもとに定期的にサービスについての再評価を行い、状態の変化に応じて介護予防サービスの変更、要支援状態区分変更認定の支援等を行います。

(介護予防サービス計画の変更等)

第6条 事業者は、利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合、または、事業者が介護予防サービス計画を変更する場合に、これに基づく介護予防サービス等の提供が確保されるようにサービス事業者等への連絡調整等を行います。

(給付管理)

第7条 事業者は、介護予防サービス計画作成後、その内容に基づき適正に介護予防サービス等が提供されたかを確認し、毎月、給付管理票を作成して島根県国民健康保険団体連合会に提出します。

(サービス提供の記録等)

第8条 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に関する記録を、契約の完結の日から5年間保管します。

- 2 利用者は、自己に関する第1項の記録を閲覧、または実費を支払い複写物の交付を受けることができます。
- 3 利用者または事業者が契約を解除したときは、利用者の求めに応じ、事業者は直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書面を利用者に交付します。

(契約の終了)

第9条 利用者は、事業者に対して、文書で通知をすることにより、いつでもこの契約を解除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、この契約を解除することができます。
- 3 事業者は、利用者またはその家族が事業者や担当者に対して、この契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。
- 4 次の各号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) 利用者の要支援状態区分が、要介護状態と認定された場合
- (3) 利用者の事業対象者区分が、要介護状態と認定された場合
- (4) 利用者が事業の実施地域外に転出・転居した場合
- (5) 利用者が死亡した場合

(秘密保持)

第10条 事業者は、サービスを提供する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、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き、契約中及び契約終了後、さらに退職後も第三者に漏らしません。

- 2 事業者は、あらかじめ文書により利用者およびその家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者またはその家族の個人情報を用いません。

(賠償責任)

第11条 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。

(相談・苦情対応)

第12条 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、自ら提供した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントまたは介護予防サービス計画に位置づけた指定介護予防サービス等に関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

(本契約に定めのない事項)

第13条 本契約に定めのない事項については、介護保険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。

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

令和 年 月 日

利用者 住 所 益田市

氏 名 印

代理人 住 所

氏 名 印

続 柄

事業者 住 所 益田市高津四丁目6番40号

名 称 社会福祉法人梅寿会

(益田市西部地域包括支援センター
(指定介護予防支援事業所))

理事長 大畑 國男 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、益田市条例第5条に基づいて、事業者の概要を説明します。

1. 事業者概要

法人名称	社会福祉法人 梅寿会
法人所在地	益田市高津四丁目6番40号
代表者	理事長 大畑 國男
電話番号	0856-22-8588
ファクシミリ番号	0856-22-5070
設立年月	昭和53年12月23日
経営理念	私たちは、人権が尊重され、「笑顔、やさしさ、思いやり」のある豊かな地域社会づくりに貢献します。

2. 事業所の概要

事業所の名称	益田市西部地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)
事業所の所在地	益田市高津四丁目6番40号
管理者名	橋本阿由美
電話番号	0856-22-2028
ファクシミリ番号	0856-22-2029
指定年月日・指定番号	平成30年4月1日 3200800054
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント担当者	看護師1名以上 社会福祉士1名以上 主任介護支援専門員1名以上、介護支援専門員1名以上 社会福祉主事1名以上
通常の事業実施地域	益田市西部地区
営業日及び営業時間	月曜日から金曜日 国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月29日から1月3日までを除く 午前8時30分から午後5時30分

3. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

(単位：名)

職種	人員	区分		保有資格
		専従	兼務	
施設長	1		1	社会福祉主事、介護支援専門員
管理者	1		1	社会福祉士、介護支援専門員
介護予防支援員	7以上		1以上	主任介護支援専門員
			1以上	保健師又は看護師等

		1以上	社会福祉士・介護支援専門員
		2以上	介護支援専門員
		1以上	社会福祉主事

(2) 主な職員の職務内容

施設長 地域包括支援業務全般の統括

管理者 事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うと共に、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たる。

介護予防支援員 指定予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たる。

4. 利用料金

(1) 利用料金 別表1のとおりです。

ただし、要支援認定及び事業対象者認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません

※保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき、厚生大臣が定める基準額に応じて金額を頂き、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市の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

(2) 交通費 市内にお住まいの方は無料です。

(3) 解約料 利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

5. 当事業所の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの特徴等

(1) 運営の方針

- ・ 利用者が要支援認定者及び事業対象者となられた場合、可能な限り居宅において、その能力に応じた自立した生活が営むことが出来るように配慮し、利用者の選択により適切な介護予防サービス、保健医療サービス及び施設サービス等との連携を得て、総合的かつ効果的に介護予防サービス計画を提供されるよう配慮し努めます。
- ・ 利用者の意志及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者に提供されるサービスの種類等が特定の事業者により偏らないよう公平・中立に事業を実施すると共に、要支援状態の軽減・悪化の防止・予防に資するよう、医療サービスとの連携にも十分配慮して行います。

(2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施概要等

- ・ 利用者や家族のサービスの希望、並びに利用者について把握された課題に基づき、地域における介護予防サービス体制を勘案し、サービスの目標、達成時期、サービスを提供する上で留意点を盛り込んだ介護予防サービスの原案を作成します。また、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望される場合は、利用者の同意を得て主治医の意見を求めます。
- ・ 利用者は、複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めるとか、介護予防サービス計画に位置づけた介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求められます。
- ・ 介護予防サービス計画作成後においても、利用者、家族、介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行い、実施状況の把握を行うと共に、必要に応じて介護予防

サービス計画の変更、事業者との連絡調整、その他の便宜を図ります。

- ・ 利用者が病院等に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院等に伝えられるように提示します。
- ・ 利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難になったと認められた場合、要支援状態の区分変更認定の申請等を行い、必要なサービスの提供を行います。
- ・ 当事業所での介護予防サービス計画作成が困難な場合には、居宅介護支援事業所に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施を依頼します。受託した居宅介護支援事業所が介護予防サービス計画を作成するにあたり、当事業所は助言・指導および妥当性の評価を行います。

(3) 秘密の保持について

- ・ 当事業所は、職員に対して業務上知り得た利用者及びその家族の秘密及び個人情報を保持させます。職員でなくなった後においてもこれらの秘密等を保持させます。

6. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所への相談・苦情担当・第三者委員

当事業所の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するご相談・苦情及び介護予防サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

苦情受付担当者 橋本阿由美（センター長）

苦情受付責任者 坂本みゆき（施設長）

電話 0856-22-2028 FAX 0856-22-2029

第三者委員 福原 昌子 益田市七尾町 9-35 電話 090-7504-0303

第三者委員 大畑 伸幸 益田市中島町口 176-22 電話 090-2298-0971

(2) その他

当事業所以外に、平日は市の相談・苦情窓口や国民健康保険団体連合会等に苦情を伝えることができます。

益田市高齢者福祉課 電話 0856-31-0218

受付時間 8:30～17:15

島根県国保連合会 電話 0852-21-2811

受付時間 9:00～17:00

島根県運営適正化委員会 電話 0852-32-5913

受付時間 8:30～12:00

13:00～17:00

7. 第三者評価の実施状況

当センターにおいて福祉サービス第三者評価制度による第三者評価は実施していません。

8. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに家族及び益田市に連絡を行うとともに必要な措置を行います。

(2) 事業所の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

利用料金別表

種類	基本単価	内容
介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費 (介護予防ケアマネジメントA)	4,420円/月	指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を行った場合 (介護予防ケアマネジメントA)
初回加算	3,000円/件	新規に介護予防支援計画を作成し、指定介護予防ケアマネジメントの提供を行った場合
委託連携加算	3,000円/件 (ケアマネジメントCについては該当なし)	新規に介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する際に、利用者の必要な情報を提供し、介護予防支援計画の作成等に協力した場合

令和 年 月 日

サービスの提供について、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業所名 益田市西部地域包括支援センター
説明者氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項説明書の説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

利用者 住 所 益田市
氏 名 印

家族(代理人) 住 所
氏 名 印
続 柄