介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用契約書（例）

甲（事業所）　○○○○

函館市地域包括支援センター○○○○

乙（利用者）

（介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの目的および内容）

第１条　甲は，介護保険法（平成９年法律第１２３号）等の関連法令およびこの契約書に従い，乙が可能な限りその居宅において，その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう，乙に対し，適切な介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）を作成します。また，当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう，サービス事業者および関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

２　介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの内容の詳細は，別紙「介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項説明書」に記載のとおりとします。

（契約期間）

第２条　この契約の有効期間は，令和　　年　　月　　日から要支援および事業対象者認定有効期間の満了日までとします。

２　乙が契約の有効期間満了日までに更新を行わない旨の意志表示をしない場合には，この契約は自動的に，更新された要支援および事業対象者認定有効期間の満了日まで延長されるものとし，以降も同様とします。

（介護予防サービス・支援計画書等の作成）

第３条　甲は，函館市地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施に必要な基準を定める条例（平成２７年３月１０日函館市条例第２８号）に定める３職種（保健師等，社会福祉士等，主任介護支援専門員）および函館市指定介護予防支援等の事業の人員および運営ならびに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成２７年３月１０日函館市条例第２５号）に定める保健師その他の介護予防支援に関する知識を有する職員（以下「担当職員」という。）を担当者として選任します。

２　担当職員は，介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果記録表）の作成にあたり，次の各号に定める事項を遵守します。

　一　利用者の居宅を訪問し，乙および家族に面接し，解決すべき課題の把握に努めること。

　二　当該地域におけるサービス事業者等に関するサービスの内容および利用料に関する情報を適正に提供し，サービスの選択を求めること。

　三　提供されるサービスの目標，達成時期，サービス提供上の留意点等を明記した介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果記録表）の原案を作成すること。

　四　前号の原案について，保険給付およびサービス・活動事業の該当の有無を区分し，サービスの種類，内容，利用料について，乙に説明をして文書による同意を受けること。

　五　乙が，医療サービスの利用を希望している場合には，主治医等の意見を求め，その指示がある場合には，これに従うこと。

　六　その他，乙および家族の希望をできる限り尊重すること。

（介護予防サービス・支援計画書作成後の支援）

第４条　甲は，乙および家族と継続的に連絡をとり，利用者の実情を常に把握するよう努めます。

２　甲は，乙が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望する場合は，再評価を行い，介護予防サービス・支援計画書の変更，要支援・要介護認定の申請，要支援認定の区分変更申請，関連事業者への連絡など必要な援助を行います。

３　甲は，介護予防サービス・支援計画書に基づき，乙が利用するサービスについて，苦情等相談を受け，必要に応じてサービスを点検し，給付管理表の作成・提出のほか関連機関との連絡調整を行います。

（業務の委託）

第５条　甲は，甲が指定した居宅介護支援事業者に，第３条および第４条に規定する業務の一部を委託することができるものとします。

（契約の満了）

第６条　次の各号のいずれかに該当する場合には，この契約は満了します。

　一　乙の要支援認定が非該当となったときまたはサービス・活動事業対象者に該当しなくなったとき。

　二　乙が要介護認定を受けたとき。

　三　第７条に基づき，甲から契約の解除の意思表示がなされ，予告期間が満了したとき。

　四　第８条に基づき，乙から契約の解除の意思表示がなされ，予告期間が満了したとき。

　五　乙が介護保険施設等へ入所したとき。

　六　乙が病院等へ入院した翌月から６か月経たとき。

　七　乙が死亡したとき。

（甲の解除権）

第７条　甲は，乙に対し，乙の非協力など乙および甲間の信頼関係を損壊する行為をなし，改善の見込みがないため，この契約の目的を達することが不可能となったときは，３０日以上の予告期間をもってこの契約を解除することができるものとします。

（乙の解除権）

第８条　乙は，甲に対し，いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合には，３０日以上の予告期間をもって届け出るものとし，予告期間満了日に契約は解除されます。

２　乙は，次の各号に甲が該当する場合には，直ちに契約を解除することができます。

　一　甲が，正当な理由なく，介護保険法等関係法令およびこの契約書に定めた事項を遵守せずにサービスの提供を怠ったとき。

　二　甲が，守秘義務に違反したとき。

　三　甲が，破産等事業を継続する見通しが困難になったとき。

（損害賠償）

第９条　甲は，乙に対するサービスの提供にあたって，事故が発生した場合には，速やかに，乙の家族および市町村関係窓口に連絡を行うとともに，必要な措置を講じます。

２　甲は，乙に対するサービス提供にともなって，甲に帰すべき事由により，乙に損害を及ぼした場合には，速やかに乙に対して損害を賠償します。ただし，乙または乙の家族に重大な過失がある場合は，賠償額を減額する場合があります。

（秘密保持）

第１０条　甲および甲の職員は，正当な理由がない限り，乙に対するサービスの提供にあたって知り得た乙または乙の家族の秘密を漏らしません。

２　甲は，甲の職員が退職後，在職中に知り得た乙または乙の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

３　甲は，乙または乙の家族の個人情報を用いる場合は，乙または乙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，乙または乙の家族の個人情報を用いません。

（記録の整備等）

第１１条　甲は，乙に対する介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの提供に際して作成した記録，書類を５年間保存します。

２　甲は，乙または乙の家族に対し，乙に関する記録，書類の閲覧，謄写に応じます。ただし，謄写の実費を請求することがあります。

（契約外条項）

第１２条　本契約に定めのない事項については，介護保険法等関連法令の定めるところに従い，乙および甲の協議により定めます。

　本契約を証するため，甲乙各自署名または記名押印のうえ，本契約書２通を作成し，甲乙各１通ずつ保有します。

　　令和　　年　　月　　日

　　（甲）　　事業所　　○○○○

函館市地域包括支援センター○○○○

　　　　　　　所在地　　函館市

　　　　　　　代表者　　　○○○　　○○○○　　　　　　　　印

　　（乙）　　利 用 者

　　　　　　　住所

　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　電話番号

　　　　　　　FAX番号

　　　　 署名代理人

　　　　　　　住所

　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　印

　　　　　　　電話番号

　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　続　　柄

　　　　　　　職　　業

　　　　　　　代理人の選任の理由