

居宅介護支援（ケアマネジメント）契約書

甲（利用者）

乙（事業者） 香田整形外科医院

（契約の目的）

第1条 乙は、甲の委託を受けて、甲に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、甲が可能な限りその居宅において、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居宅サービス計画を作成し、かつ、指定居宅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その他の者との連絡調整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は令和 年 月 日から甲の要介護認定の有効期間満了日までとします。

2 ご契約満了日の1カ月前までに、甲から乙に対して文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

（居宅サービス計画立案及び変更の援助及び管理）

第3条 乙は、介護保険法に定める介護支援専門員を甲へのサービス担当者として任命し、居宅サービス計画の作成を支援します。

2 甲が居宅サービス計画の変更を希望した場合、又は乙が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、乙と甲の双方の合意をもって居宅サービス計画を変更します。

3 乙は、甲の受ける居宅サービス利用状況について、甲からのサービス利用に関する苦情等相談を受け、必要に応じてサービスを点検し、給付管理表の作成・提出ほか関連機関との連絡調整を行います。

（契約の満了）

第4条 次の各項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 甲が介護保険施設に入院又は入所した場合。
- 二 甲の要介護認定区分が、要支援又は自立と認定された場合。
- 三 第5条に基づき、甲から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 四 第6条に基づき、乙から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 五 甲が死亡した場合。

(甲の解約権)

第5条 甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、7日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日には契約は解約されます。

(乙の解除権)

第6条 乙は、甲に対し甲の非協力行為など甲及び乙の信頼関係を損壊する行為をなし、また改善の見込みがなく、やむを得ずこの契約の目的を達することが不可能となった場合は、甲に対して、10日以上予告期間をもってこの契約を解除します。

(事故発生時の対応)

第7条 乙は、甲に対するサービスの提供より事故が発生した場合には、速やかに市町村、甲の家族等に連絡を行なうとともに、必要な処置を講じます。

(損害賠償)

第8条 乙は、甲に対するサービスの提供により事故が発生し、甲又は甲の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかにその損害を賠償します。但し、甲又は甲の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

(秘密保持)

第9条 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及び甲の家族に関する秘密を漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

2 乙は、乙の従業員が退職後、在職中知り得た甲及び甲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 乙は、甲の個人情報を用いる場合は甲の同意を、甲の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を得ない限り、介護支援専門員に、サービス担当者会議等において、甲及び甲の家族の個人情報を用いさせません。

(記録の整備・閲覧)

第10条 乙は、指定居宅介護支援の提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約終了後5年間保管します。

2 甲は、乙の営業時間内にその事業所にて、第1項のサービス実施記録を閲覧できます。

3 甲は、第1項のサービス記録の複写の交付を受けることができます。

4 複写手数料については別紙のとおり定めます。

(契約外条項)

第11条 本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遵守し、双方が誠意を持って協議の上定めます。

上記の契約を証するため、本契約書2通を作成し、甲、乙が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

甲（利用者）

私は、この契約書に基づく居宅介護支援サービスの利用を申し込みます。
サービス利用者

(住 所) _____

(氏 名) _____ 印

代理人

(住 所) _____

(氏 名) _____ 印

乙（事業者）

私は、居宅介護支援の事業者として、利用者の申込を受諾し、この契約書に定める各種サービスを誠実に責任もっておこないます。

事業者

(住 所) 山口県周南市代々木通2丁目27番地

(法人名) 医療法人 こうえい会

香田整形外科医院

(代表者) 理事長 香田和宏 印

山口県知事指定番号； 3571500689

(電 話) 0834-21-8188

重要事項説明書及びサービス内容説明書

医療法人 こうえい会

香田整形外科医院居宅介護支援事業

重要事項説明書

居宅介護支援の提供開始にあたり、厚生省令第38号第4条に基づいて、重要事項を以下のとおり説明します。

1. 事業者

事業者の名称	医療法人 こうえい会 香田整形外科医院
所在地	周南市代々木通2丁目27番地
代表者氏名	院長 香田 和宏
電話番号	(0834) 21-8188
FAX	(0834) 21-8198

2. ご利用の事業

事業所の名称	香田整形外科医院 居宅介護支援事業所
所在地	周南市代々木通2丁目27番地
管理者の氏名	橋本 里美
電話番号	(0834) 33-8133
FAX	(0834) 21-8198
指定事業者番号	3571500689

3. 他の事業

- ① 通所リハビリテーション事業
- ② 訪問看護事業
- ③ 居宅療養管理指導
- ④ 訪問リハビリテーション

4. 事業の目的と運営方針

一 事業の目的

医療法人こうえい会が開設する香田整形外科医院が行う指定居宅介護支援の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

二 運営の方針

- ① 利用者が要介護状態となった場合において、可能な限り居宅においてその有する

能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行うものとする。

- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し努めるものとする。
- ③ 指定居宅介護支援の提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行うものとする。
- ④ 事業の運営にあたっては、市町村、老人福祉法第 20 条の 7 の 2 に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。

5. 職員の職種、人数、及び職務内容

当事業所では居宅介護支援の業務を提供する職員として以下の職員を配置しています。

職種と職務内容	常勤 専従	常勤 兼務	非常勤 専従	非常勤 兼務	常勤 換算
管理者兼介護支援専門員	0名	1名	0名	0名	1名
介護支援専門員	0名	0名	1名	0名	0.6名
介護支援専門員兼理学療法士	0名	0名	0名	1名	0.1名

6. 営業日及び営業時間

- 一 営業日 月曜から金曜まで 但し、国民の祝日、お盆（8月13日から15日までの3日間）、年末年始（12月30日から1月3日までの5日間は除く。）
- 二 営業時間 平日 8：30～17：30

7. 居宅介護支援のサービスの概要

- 一 居宅サービス計画の作成
- 二 居宅サービス事業者との連絡・調整
- 三 経過観察・評価
- 四 給付管理
- 五 要介護認定等の協力、援助
- 六 介護保険施設の紹介
- 七 ご利用者からの相談対応

料金は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。

介護保険が適用される場合、上記の報酬は1ヶ月単位で介護保険から直接、当事業所に給付されるので、ご利用者からの負担はありません。

8. その他の費用

ご利用者が居宅において、サービス実施のために使用する電話の費用等については、ご利用者の負担となります。複写手数料については別紙に定めます。

9. 事業の実施地域

通常の実施地域	周南市（中央地区、関門地区、今宿地区、岐山地区、遠石地区、周陽地区、秋月地区、桜木地区、富田地区、福川地区、下上地区）とする。
---------	---

10. 苦情対応

一 本事業所

本会の設置する各事業所でも相談窓口を設置しております。遠慮なくお申し出下さい。

担当者氏名 支援専門員 橋本 里美

尚、担当者への苦情は院長 香田 和宏 が対応します。

電話番号 (0834) 21-8188

二 周南市役所高齢者支援課

電話番号 (0834) 22-8467

ご利用時間 平日 8:30～17:15（国民の休日、年末年始を除く）

三 山口県国民健康保険団体連合会

電話番号 083-995-1010

ご利用時間 平日 9:00～17:00（国民の休日、年末年始を除く）

11. 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

12. 損害賠償

利用者及び利用者の家族に重大な過失がある場合を除き、このサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかにその損害を賠償します。

加入保険	介護事業者賠償責任補償Bタイプ
(幹事保険会社	東京海上火災保険株式会社)

13. サービスの第三者評価の実施について

当事業所では第三者評価を実施していません。

14. 虐待の防止について

当事業所は虐待の防止に努めるため以下の措置を行います。

- ① 虐待防止のための指針を設置します。

- ② 虐待防止にかかる体制として虐待防止検討委員会を設置します。
- ③ 虐待防止委員会の委員長を虐待防止にかかる措置の担当者とします。
- ④ 虐待防止のための従業者への研修を定期的かつ計画的に行います。
- ⑤ 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を示したマニュアルを策定します。

15. 非常災害時

- ① 当事業所は非常その他緊急の事態に備え執るべき措置について事業継続計画を作成し定期的に避難訓練や研修等を実施します。
- ② 事業継続計画は以下の2つの事態に対応します。
 - (1) 非常災害時
 - (2) 感染症蔓延時

16. ハラスメント対策

事業所は職場におけるハラスメント防止のための雇用管理上の措置を以下のように講じます。

なお、職場におけるハラスメントには利用者からのハラスメントも含まれます。

- ① 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し事業所内の周知や啓発を図ります。
- ② 相談に対応する担当者を定めています。

サービス内容説明（居宅介護支援）

当事業者が、あなたに提供するサービスは、以下のとおりです。

1. 提供するサービス

（1）居宅サービス計画の作成・変更

- ①情報の提供
- ②要介護認定の申請、変更の代行
- ③関連機関との連絡調整
- ④給付管理表の作成・提出

＊毎月、国民保険団体連合会へ提出し、サービスのチェックをします。

- ・このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化防止になる様、適切にサービスを提供します。
- ・サービスの提供は親切丁寧に行い、わかりやすいように説明を行います。もしわからないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。

2. 担当の職員

◎ あなたを担当する介護支援専門員は（ ）です。

（1）職員は、常に身分証明を携帯していますので、必要な場合はいつでもその提示をお求めください。

（2）当事業の監督責任者は、（ 香田 和宏 ）です。

サービスに関する苦情等ありましたら、ご遠慮なくご連絡ください。

TEL（0834）33-8133

3. 担当職員の変更

あなたはいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。

その場合、変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

4. 利用料

(1) このサービスの利用料及びその他の費用は以下の通りです。

①利用料

要介護1、2 . . . 11,088 円

要介護3、4、5 . . . 14,406 円

要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されます。
また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は、1ヶ月につき要介護度に応じてお支払いいただきます。その場合はサービス提供証明書を発行しますので、後日、市町村の窓口へ提出し払い戻しを受けていただくようになります。

②交通費

サービスを提供、実施地域にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域の方は実費分をお支払いしていただきます。(別紙)

③その他

記録の複写費用をいただくことがあります。(別紙)

5. 計画書等の交付

居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類が必要な場合は、いつでも交付しますのでお申し出ください。

6. 公正中立なケアマネジメント

居宅サービス計画の作成にあたって、利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや居宅サービス計画(原案)に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能です。

7. 前6カ月における居宅サービス計画に占める居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者の割合

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

同意書

(居宅介護支援提供事業者)

医療法人 こうえい会

香田整形外科医院 殿

私は、貴事業所の担当者から、居宅介護支援事業のサービス内容及び重要事項の説明を受け、居宅介護支援の提供を開始することに同意します。

また、貴事業所との間の介護保険法にもとづく居宅介護支援契約書第8条の秘密保持に関して、貴事業所が、私の居宅サービス計画作成のため知り得た、私や私の家族に関する個人の情報を契約の有効期間中、下記の使用目的、使用条件により用いることにも同意します。

(個人情報の使用目的)

- ① 利用者の居宅サービス計画を立案し、円滑にサービス提供を行なう為に関催するサービス担当者会議における情報提供。
- ② 介護支援専門員、サービス事業者との連絡調整において必要となった場合。
- ③ サービス提供に関して主治の医師又は保険者の意見を求める必要のある場合。

(使用に当たっての条件)

- ① 個人の情報提供は必要最小限とし、関係するもの以外の者に漏れる事のないように十分注意する。
- 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記録する。

令和 年 月 日

利用者 (住 所) _____

(氏 名) _____ 印

利用者の代理人

(住 所) _____

(氏 名) _____ 印

(続 柄) _____

利用者のご家族代表者

(住 所) _____

(氏 名) _____ 印

(続 柄) _____