

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） 居宅介護支援事業所さねり

第1条（契約の目的）

乙は介護保険法の定めるところにより、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て自立した生活を営むことのできるよう、甲に対し、適切な居宅サービス計画を作成し、かつ、居宅サービスの提供が確保されるよう居宅サービス事業者その他の事業者、関連機関との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

第2条（契約期間）

- この契約の期間は、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。
- 契約期間満了日までに甲から書面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。

第3条（介護支援専門員）

- 乙は、その事業所に属する介護支援専門員（以下、「丙」という。）に甲の居宅サービス計画作成に関する業務を担当させることとします。
- 乙は丙に、身分証を常に携行させ、甲又はその家族から求められた場合には、これを提示させなければなりません。

第4条（運営規定の概要）

乙の運営規定の概要（事業の目的、職員の体制、介護支援の提供方法等）は別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

第5条（居宅サービス計画立案及び変更の援助及び管理）

- 乙は、介護保険法に定める介護支援専門員を担当者として指定し、居宅サービス計画の作成を支援します。
- 乙は、甲が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに丙に連絡するなど必要な援助を行います。
- 乙は、甲の受けた在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。

第6条（契約満了）

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。

- 甲が死亡したとき。
- 第5条に基づき、甲から解約の意志表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 第6条に基づき、乙から契約の解除の意志表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 甲が介護保険施設へ入所した場合。
- 甲の要介護状態区分が、自立とされた場合。
- 甲の要介護状態区分が、要支援1・要支援2とされた場合。

第7条（甲の解約権）

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持って届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

第8条（乙の解除権）

乙は、甲に対し、甲の非協力など甲及び乙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できないときは、14日以上の予告期間をもってこの契約を解除します。

第9条（損害賠償）

乙は、甲に対するサービスの提供にあたって、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、速やかに甲に対して損害を賠償します。

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。

第10条（秘密保持）

- 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供にあたって知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。
- 乙は、乙の従業員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- 乙は、甲又は甲の家族の個人情報を用いる場合は、甲又は甲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、甲又は甲の家族の個人情報を用いません。

第11条（記録の整備、閲覧）

- 乙は、甲に対する介護支援サービスの提供に際して作成した記録、書類を完了日より5年間保存します。
- 乙は、甲または甲の家族に対し、いつでも、保管する甲に関する記録、書類の閲覧、謄写に応じます。但し、謄写の実費を請求することがあります。

第12条（契約外条項）

本契約に定めのない事項については、介護保険法その他所法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上1通ずつ保管するものとする

契約締結日 年 月 日

(甲)

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 _____
お名前 _____ 印
電話 _____

署名代行者

住所 _____
お名前 _____ 印
続柄 _____
電話 _____

署名代行理由 _____

(乙)

私は、居宅介護支援の事業者として、甲の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事業者

住所 沖縄県中頭郡西原町字小橋川188番地の1
法人名 合同会社 さねり
代表者 大城 伸吾
事業所名 居宅介護支援事業所 さねり 印
電話/FAX 098-800-1861
沖縄県知事指定第 4772700250 号

(丙)

私は、居宅介護サービス計画（ケアプラン）作成者として、この契約の内容が居宅介護サービス計画に従った内容であることを確認しました。

介護支援専門員（ケアマネージャー）

事業者名 居宅介護支援事業所 さねり
所在地 沖縄県中頭郡西原町字小橋川101番地

氏名 大城 めぐみ 印