

居宅介護支援契約書

甲（利用者）

乙（事業者）なごみ居宅介護支援事業所

（契約の目的）

第1条 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、医療機関との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、令和 年 月 日から、利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

2 契約満了日までに、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、契約は自動更新されるものとします。

（居宅サービス計画の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担当者として指定し、居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を支援します。

2 乙は、居宅サービス計画（ケアプラン）の原案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得てそれを交付する。

3 乙は、甲が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

4 乙は、甲の受ける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居宅サービス計画の作成、交付ほか関連機関との連絡調整を行います。

5 乙は、指定居宅サービス等を紹介する場合は、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、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。

（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。

① 甲が死亡したとき。

② 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。

③ 第6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。

④ 甲が介護保険施設へ入所した場合。

⑤ 甲の要介護状態区分が自立とされた場合。

（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、14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約されます。

（乙の解除権）

第6条 乙は、甲に対し、甲の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、14日以上の予告期間をもってこの契約を解除します。

（損害賠償）

第7条 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。

（秘密保持）

第8条 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。

2 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。

3 乙は、甲の個人情報をサービス担当者会議等、介護サービス計画を作成するために必要と判断し情報を提供する事がありますが、別紙「個人情報利用同意書」にて甲の同意を得て行うものとする。

（記録の整備・閲覧）

第9条 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。

2 乙は、甲又は甲の家族に対し、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できます。

（介護支援専門員の交替）

第10条 乙は、必要に応じて、介護支援専門員を交替することができる。但し、甲に対して、サービス上不利益が生じないよう十分配慮する。

2 甲は、介護支援専門員の交替を希望する場合は、業務上不当と認められる事情、その他交替を希望する理由を明らかにして、乙に対

して介護支援専門員の交替を申し出ることができる。

(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。

(ハラスメント対策の実施)

第 12 条 事業所はハラスメントに対する相談に応じ、適切に対応するための必要な体制の整備を行います。

(甲)

私は、この契約書に基づく居宅介護サービスの利用に関して説明を受け理解した上で同意します。

サービス利用者

住所 _____

お名前 _____ 印

電話 _____

代理人【 】

住所 _____

お名前 _____ 印 続柄

電話 _____

職業 _____

署名代行の理由 _____

(乙)

私は、居宅介護支援の事業者として、甲の申し込みを受諾し、この契約書の内容に沿い、居宅介護サービスを誠実に責任をもって行います。

住所 沖縄県中頭郡西原町字池田 757 番地 _____

法人名 医療法人 愛和会 _____

代表者 理事長 宮城 聡 印 _____

電話 098-944-1161 F A X 098-944-5388 _____

第 4 7 7 2 7 0 0 0 4 5 号 _____

(丙)

私は、この契約書の内容を確認し、説明をしました。

令和 年 月 日 _____

所属事業署名 なごみ居宅介護支援事業所 印 _____

住所 沖縄県中頭郡西原町字池田 7 5 7 番地 _____

介護支援専門員 _____