

(要支援者・事業対象者)

介護予防サービス計画作成委託契約書

甲（指定介護予防支援事業所）

乙（居宅介護支援事業所）

この契約は、指定介護予防支援事業所が介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の22に規定する葛飾区長の指定を受け作成する介護予防支援業務の一部を法第115条の23第3項の規定に基づき指定居宅介護支援事業者に委託する業務の範囲等を明確にすると共に、法第58条第1項に規定する介護予防支援業務及び介護予防・生活支援サービス事業（以下「介護予防支援業務等」という。）の介護予防サービス計画作成費の一部委託費に関して、指定居宅介護支援事業者への支払いにあたり、代理受領制度を活用することにより、事務負担の軽減を図ることを目的とする。

上記の目的のため、指定介護予防支援事業所（ ）
を甲とし、居宅介護支援事業所（ ）を乙
とし、甲と乙との間に下記のとおり契約を締結する。

記

(委託業務)

第1条 甲は、法第115条の23第3項の規定に基づき介護予防支援業務等の一部を乙に委託する。

2 甲が、乙に委託する業務は、次の各号に定めるとおりとする。

- (1) アセスメントの実施
- (2) 介護予防サービス計画の作成
- (3) サービス担当者会議の開催
- (4) 利用者に対する計画の説明
- (5) 利用者及びサービス担当者に対する計画書の交付
- (6) モニタリングの実施
- (7) 評価
- (8) 介護予防給付及びサービス事業費に係る給付管理業務
- (9) 利用者及びサービス担当者等との連絡調整
- (10) その他、介護予防支援業務等の実施に関し必要な事項

3 この契約書にて使用する用語の意義は、法で使用する用語の例による。

(業務処理及び報告)

第2条 乙は、甲から前条の規定により事務の委託を受けたときは迅速かつ適切に委託業務の処理を行うものとする。

2 乙は、介護予防支援業務等の委託を受けた時、毎月事業所の居宅サービス計画並びに介護予防サービス計画の作成件数を甲に報告するものとする。

(計画作成方法)

第3条 乙は、当該利用者が要支援認定者の場合には、介護予防サービス計画を甲の担当者と協議しながら作成し、また、当該利用者が事業対象者の場合には、介護予防サービス計画を作成し、利用者の同意を得た介護予防サービス計画を甲に帳票で提出するものとする。

2 前項の帳票については、乙は、作成した介護予防サービス計画に基づいて、その作成月の属する翌月7日までに、甲に提出するものとする。その際には、必ず帳票にしてサービス実績管理(サービス事業者と実績を突合)された介護予防サービス計画のサービス利用票及びサービス利用票別表と、実績(給付管理票案)、その他甲が指定する書類等を甲に提出するものとする。

(再提出依頼)

第4条 甲は、乙から介護予防サービス計画の送付を受けたときは、その内容を調査し、修正等がある場合は、その旨を乙に申し出、介護予防サービス計画のサービス利用票及びサービス利用票別表、実績(給付管理票案)、その他甲が指定する書類等の再提出を依頼するものとする。

2 乙は、前項の規定による申し出を受けた場合は、速やかに介護予防サービス計画を修正し、甲が指定する書類等を甲に再提出するものとする。

3 甲は、東京都国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)から返戻・過誤・給付実績修正などの送付を受けたときは、その内容を調査し、速やかに乙に報告し、乙はその内容を調査し、甲における給付請求及びサービス費請求に疑義が生じた場合は、再度報酬請求を介護予防サービス計画のサービス利用票及びサービス利用票別表、実績(給付管理票案)、その他甲が指定する書類等を再提出するものとする。

4 甲は、前項の規定による申出を毎月7日をもって締め切り、翌月以降の介護予防サービス計画委託費の請求額確定により差額を調整するものとする。

(疑義申出)

第5条 乙は、甲が作成した給付管理票に瑕疵があったため、サービス提供事業者が疑義を申し出た場合は、修正した給付管理票を前条第4項に規定する所定の期日までに介護予防サービス計画のサービス利用票及びサービス利用票別表、実績(給付管理票案)、その他甲が指定する書類等を甲に提出しなければならない。

2 甲、乙双方の給付管理票に瑕疵があった場合は、一方に重大かつ明白な瑕疵がない限り、両者の共同責任とし損害賠償を求めないものとする。

(代理受領)

第6条 法の規定では、介護予防サービス計画作成の一部を乙に委託できるが、その報酬請求に関しては、甲のみが請求可能であり、乙は甲から委託料の支払いを受けることになっている。代理受領とは、乙が甲ではなく国保連から、介護予防サービス計画作成に関する委託料の支払いを受け取る制度である。介護予防サービス計画委託費の支払いは、甲が受け取るべき介護報酬の一部を代理受領にて国保連から乙に支払うこととする。

2 前項の代理受領については、別紙代理受領委任状により確認する。

(債権の消滅)

第7条 これら代理受領による支払いが乙に支払われた時点で、甲の債権は消滅するものとする。

(委託料の割合)

第8条 介護予防サービス計画に関しての委託料(以下「委託料」という。)については、介護報酬における介護予防支援費、初回加算、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の90%分とする。なお、この委託料は非課税とする。

(委託料の請求)

第9条 委託料の請求は、作成月の翌月7日までに乙が甲に行い、委託料の支払いは、提出されたものの内、国保連の審査決定に応じて、原則として請求月の翌月の介護報酬支払日に国保連から乙の口座に振り込まれるものとする。

2 差し押え等法的措置を受けた時或いは廃止になった場合は、委託料に関しては甲が受け取る権利を有する。

3 甲が差し押え等法的措置を受けた時或いは廃止になった場合は、乙は、委託料を甲からしか受領できないため、国保連に債権を請求することはできないものとする。

(個人情報の保護等)

第10条 乙は、第1条第1項に規定する介護予防支援業務等の一部に係わる個人情報の保護及びデータ管理について、葛飾区が定める規則等により適切に行うものとする。

(覚書)

第11条 この契約の履行に関し、必要な事項については、甲、乙協議の上、覚書を交換することができるものとする。ただし、覚書の内容に関しては葛飾区にも報告するものとする。

(契約解除)

第12条 この契約の甲・乙何れか一方がこの契約による義務を履行せず、事務の

執行に著しく支障を来たしたときは、相手方は三ヶ月間の予告期間をもってこの契約を解除することが出来るものとする。

- 2 この契約の甲・乙何れか一方が、やむを得ない事情がある場合、一ヶ月の告知期間において理由を示した文章で通知することにより、この契約を解除することが出来るものとする。

(文書保存)

第13条 この契約に関して作成された介護予防サービスに係る文書等の保存期間については、その案件に係る対象者が利用するサービスが介護給付であれば、利用終了後2年間、その案件に係る対象者が利用するサービスが訪問型サービス、通所型サービスであれば、利用終了後5年間とする。

(指導・検査)

第14条 この契約の履行に関し、甲は、乙に対し、その業務履行について、随時、指導又は検査を行うことができる。その際、乙は、甲が行う指導又は検査に関し協力を行うこと。

- 2 前項で実施した指導又は検査について、甲は、乙に対し、口頭又は文書で是正の措置を取らせることができる。なお、甲は、その旨必要に応じて葛飾区に報告するものとする。

(協議)

第15条 この契約に定めのない事項及び解釈上又は実施上の疑義については、甲・乙協議の上、定めるものとする。ただし、協議の内容に関して、甲は、その旨必要に応じて葛飾区に報告するものとする。

(介護予防・日常生活支援総合事業実施の際の読み替え)

第16条 法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業を実施する場合において、当該利用者が事業対象者の場合は、本契約書に「指定介護予防支援事業所」とあるのは「地域包括支援センター」と、関連条項についても必要条項に読み替えるものとする。

(有効期間)

第16条 この契約の有効期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとする。

- 2 上記契約満了日までに、乙から甲に対して、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する。

この契約を証するため本書2通を作成し、記名押印のうえ甲・乙それぞれ1通ずつを所持する。

平成 年 月 日

[甲] 事業者番号 _____
指定介護予防支援事業所
(指定介護予防支援事業所〇〇) _____
所在地 _____
代表者氏名 _____ 印

[乙] 事業者番号 _____
(居宅介護支援事業所) _____
所在地 _____
代表者氏名 _____ 印

代理受領委任状

介護予防サービス計画作成委託契約書に基づき、委託料の支払いについて、甲は、東京都国民健康保険団体連合会からの介護予防支援報酬の一部から支払われる介護予防サービス計画委託費として、平成 年 月分以降この契約の有効期限に係る介護予防支援サービス費の介護予防サービス計画委託費に関する事、又は介護予防ケアマネジメント費の介護予防サービス計画委託費に関する権限を乙に委任する。

平成 年 月 日

[甲] 事業者番号 _____
指定介護予防支援事業所
(指定介護予防支援事業所〇〇) _____
所在地 _____
代表者氏名 _____ 印

[乙] 事業者番号 _____
(居宅介護支援事業所) _____
所在地 _____
代表者氏名 _____ 印