

居 宅 療 養 管 理 指 導 契 約 書

個 人 情 報 使 用 同 意 書  
重 要 事 項 説 明 書

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 歯科医院

## 契約書

\_\_\_\_\_ 歯科医院

\_\_\_\_\_ 様（以下、「利用者」といいます）と \_\_\_\_\_ 歯科医院（以下、当  
医院といいます）は、居宅療養管理指導料について次のとおり契約します。

### 第1条（サービスの目的及び内容）

- 1 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう次のサービスを提供します。
- 2 サービス内容の詳細は、【別紙】重要事項説明書に記載のとおりとします。

### 第2条（契約の有効期間）

- 1 この契約の有効期間は、平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日までの利用の要介護認定期間または要支援認定期間満期日とします。
- 2 有効期間満了日の7日前までに、利用者が契約更新を行わない旨の意思表示がない場合には、当医院が利用者に対し契約更新の意思を確認し、契約は自動更新されるものとします。
- 3 利用者が有効期間満期日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、本契約は同じ条件で更新されるものとし、以降も同様とします。この場合において、本契約の有効期間は要介護・要支援更新認定有効期間を限度とします。
- 4 契約開始後、サービスの利用が3か月以上ない場合は契約を中止し、再度利用するときは、新たに契約することとします。

### 第3条（居宅サービス計画に沿ったサービスの提供）

- 1 当医院は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、計画的にサービスを提供します。報告書はケアマネ及び保健師に交付します。
- 2 当医院は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望し、その変更が居宅サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能な場合には、速やかに対応を行います。

- 3 当医院は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

#### 第4条（サービス提供の記録）

- 1 当医院は、サービスを提供したときは、あらかじめ定めた書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記入します。
- 2 当医院は、第1項のサービス提供の記録については、その完結の日より2年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はその写しを交付します。

#### 第5条（利用者負担金及びその滞納）

- 1 サービスに対する利用者負担金は、【別紙1】重要事項説明書に記載するとおりとします。ただし、契約の有効期間中、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合には、説明のうえ改定後の金額を適用するものとします。
- 2 利用者が正当な理由無く事業所に支払うべき利用者負担金を3か月分以上滞納した場合には、事業者は1か月以上の相当な時期を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わないときに限り、文章により契約を解除することができます。
- 3 当医院は、前項の催告をした後契約を解除するまでの間に、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

#### 第6条（利用者による解約）

利用者は1週間以上の予告機関をもって、いつでもこの契約を解約することができます。

#### 第7条（当医院の解除）

当医院は利用者の著しい不信行為によりこの契約を維持することが困難となった場合には、その理由を記載した文章を交付することにより、この契約を解除することができます。この場合には、事業者は居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者にその旨を連絡します。

#### 第8条（契約の終了）

利用者が介護老人保健施設等に入所し、又は要介護認定・要支援認定が受けられなかったことなどにより、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスが提供できなくなった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、当医院は速やかに利用者および居宅介護支援事業者にその旨を連絡します。

#### 第9条（事故時の対応等）

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用者の怪我や体調の急変があった場合には、家族への連絡

その他、適切な処置を迅速に行います。

- 2 当医院は、前項の状況およびそれに伴う処置について記録します。
- 3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

#### 第10条（秘密保持）

- 1 当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密、利用者については利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間および契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

#### 第11条（苦情対応）

- 1 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、居宅介護支援事業者（居宅介護支援専門員）、各市町村、茨城県国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。
- 2 当医院は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 3 当医院は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として不利益な取扱いをすることはありません。

#### 第12条（契約外事項等）

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意いたします。

## 記

### 1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

### 2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

区分（支援・サービス）	所在地	事業者名

### 3 使用する期間

年 月 日から 年 月 日まで

### 4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

居宅サービス事業者 \_\_\_\_\_ 様

居宅サービス事業者 \_\_\_\_\_ 様

居宅サービス事業者 \_\_\_\_\_ 様

居宅サービス事業者 \_\_\_\_\_ 様

## 重要事項説明書

## 1 法人・事業所の概要

歯科医院名	歯科医院
所在地	〒 123-4567 〇〇市△△町12-34
介護保険事業者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
管理者名	歯科医師
連絡先	電話 06-1234-5678 FAX 06-1234-5678
サービス提供地域	所在地から16Km圏内

## 2 事業所の職員体制

管理者	1名 (歯科医師兼務)
歯科医師	1名 (常勤1名、非常勤 名)
歯科衛生士	常勤 1名、 非常勤 名
歯科助手・受付	常勤 名、 非常勤 名

(運営基準を満たした上で、職員数が増減することがあります)

## 3 通常のサービスの提供日と時間

平日	午前9:30 ~ 午後 7:00
土曜	午前9:30 ~ 午後 5:00
休日	午前9:30 ~ 午後 7:00

当院規定に定める休診日は休診とさせていただきます。

利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応をいたしております。

※地震、災害などで交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情で、訪問できない場合もあります。

※訪問日が祝日に当たる場合は、歯科医師等の人員の関係で、事前に連絡・調整のうえ祝日前後に振り替えて訪問させて頂く場合がありますので、ご理解をお願いいたします。

## 4 サービス利用料及び利用者負担金

(1) 介護保険のサービス利用料はおよそ次のとおりです。

(1ヶ月ごとの計算では、1円未満の端数で一致しない場合があります。)

## (2) 介護報酬

イ 歯科医師 (月2回を限度)	居宅療養管理指導費 I 500単位	情報提供を行わない場合 400単位
ロ 歯科衛生士	居宅療養管理指導費 居宅 350単位 居住系 300単位	

(3) サービス提供地域以外（保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合）の場合、これらのサービスを提供することはできません。なを、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではありません。

(4) 歯科訪問診療に要した交通費は、1回につき1500円を頂きます。

(5) 利用者負担金は、サービスを行った日に頂くこととさせていただきます。

## 5 サービスの中止（キャンセル）

(1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに下記の連絡先にご連絡下さい。

- ・連絡先 電話番号 06-1234-5678        歯科医院
- ・連絡時間 午前 9:30～ 午後 6:30

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけ早くご連絡下さい。

## 6 当歯科医院の理念（サービスの方針）

1. 地域の皆様が安心して、安全に暮らせ、高い自己実現に向かって生活できる環境を作ります。
2. 利用者及び家族の主体性や価値観を常に重んじます。
3. 質の高いサービスを責任を持って提供し、利用者及び家族が満足し信頼を得るよう努めます。

## 7 相談窓口及び苦情対応

サービスに関する相談や苦情は、下記窓口で対応いたします。

<u>      </u> 歯科医院 管理者 <u>      </u> 歯科医師	電話 06-1234-5678 FAX 06-1234-5678
--	-------------------------------------

〇〇県国民健康保険団体連合会（国保連）にも苦情の申し出ができます。

介護保険課 介護保険苦情相談室

平日（月曜日から金曜日） 8:30 ～ 17:00

TEL 06-1234-5678

FAX 06-1234-5678

苦情は、原則として、所定の「苦情申立書」により提出されたものを指します。

## 8 事故時の対応等

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。
- 2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。
- 3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償いたします。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

**【説明確認欄】**

居宅療養管理指導サービスの提供にあたり、上記のとおり説明いたします。

年 月 日  
 事業者) \_\_\_\_\_  
 説明者 \_\_\_\_\_ 齒科医院 印

私は、契約書及び個人情報使用同意書、重要事項説明書により、  
 \_\_\_\_\_ 齒科医院から説明を受け、これに同意し、交付を受けました。

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

(家族等代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

立会人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印