

居宅療養管理指導契約書

重 要 事 項 説 明 書

利用者氏名 _____ 様

有貴歯科クリニック

年 月 日

契約書

様（以下、「利用者」）と有貴歯科クリニック（以下、「当医院」）は、当医院が利用者に対して、居宅療養管理指導料について次の通り契約します。

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1】重要事項説明書に記載の通りとします。

第2条（契約の有効期間）

- 1 この契約の有効期間は、 年 月 日から 年 月 日までの利用者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、利用者から契約更新を行わない旨の意思表示がない場合には、契約は同条件で自動更新されるものとします。
また、この場合においても、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。

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。報告書は担当のケアマネージャーに送付します。
- 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、その際、居宅介護支援事業者への連絡調整等を行います。

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時は、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、説明の上、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なく、事業者を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、事業所は1か月以上の相当な時期を定めて支払を催告し、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（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業所と協議し、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（ケアプラン）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週間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

第7条（当医院による解約）

当医院は利用者の著しい不信行為により、この契約を持続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送付することにより、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（ケアプラン）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等により、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及び居宅介護支援事業所にその旨を通知します。

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、その損害を賠償します。ただし、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、契約期間及び契約終了後、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、居宅介護支援事業所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、居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）、各市役所又は埼玉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を行ったことを理由として、不利益な取り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。

【別紙 1】

重 要 事 項 説 明 書

1 事業所の概要

歯科医院名	有貴歯科クリニック（ゆきしかくりにつく）
所在地	〒359-1141 埼玉県所沢市小手指町 3-9-1 グランデール小手指 2 号 1-C
介護保険事業所番号	1 3 2 5 0 3 6 4 7
管理者名	歯科医師 林田有貴子
連絡先	TEL：（診療室）04-2968-5419 （事務室）04-2968-7521 FAX：04-2947-6886
サービス提供地域	医院所在地より 16Km 以内

2 事業所の職員体制

管理者	1 名（歯科医師兼務）
歯科医師	常勤 1 名 非常勤 1 名
歯科衛生士	常勤 1 名 非常勤 6 名
管理栄養士	常勤 1 名
歯科助手・事務受付	常勤 1 名

3 通常のサービス提供日と時間

火～土 9:00 ～ 18:00

＊日・月・祝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、災害等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、又は訪問担当者のやむを得ない事情で、訪問できない場合もあります

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通りです。

歯科医師 (月 2 回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ) 1 人	516 単位
	居宅療養管理指導費(Ⅱ) 2～9 人	486 単位
	居宅療養管理指導費(Ⅲ) 10 人以上	440 単位
歯科衛生士 (月 4 回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ) 1 人	361 単位
	居宅療養管理指導費(Ⅱ) 2～9 人	325 単位
	居宅療養管理指導費(Ⅲ) 10 人以上	294 単位
管理栄養士 (月 2 回を限度)	居宅療養管理指導費(Ⅰ) 1 人	544 単位
	居宅療養管理指導費(Ⅱ) 2～9 人	486 単位
	居宅療養管理指導費(Ⅲ) 10 人以上	443 単位

(2) 利用者負担金はサービス利用料の 1 割または 2 割です。

(3) サービス提供地域外の場合、これらのサービスを提供することはできません。

なお、当該保険医療機関から歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合には、この限りではありません。

(4) ご自宅に使用できる駐車スペースがない場合は、駐車料金を実費請求させていただくことがあります。

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、速やかに当医院にご連絡ください。

(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ください。

また、体調不良等のやむを得ない事情以外でのキャンセルはお控えください。

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づくりを支援します。

(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) 質の高いサービスの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

歯科衛生士 林田万以子

TEL : (診療室) 04-2968-5419 (事務室) 04-2968-7521

FAX : 04-2947-6886

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、その損害を賠償します。ただし、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当たり、上記のとおり説明いたします。

年 月 日

有貴歯科クリニック

〒359-1141

埼玉県所沢市小手指町 3-9-1 グランデール小手指 2-1-C

TEL : 04-2968-5419 FAX : 04-2947-6886

院長 林田 有貴子

私は、契約書および重要事項説明書により、
有貴歯科クリニックから説明を受け、これに同意し、交付を受けました。

(利用者)

住所

氏名

電話

(家族等代理人)

住所

氏名
