

居宅・介護予防居宅療養管理指導(歯科) 契約書

西都保健生協 みその歯科 (以下「事業者」という)と _____ 様
(以下「利用者」という)とは、居宅・介護予防居宅療養管理指導(歯科)サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

第1条(目的)

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、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理および指導を行うことにより療養上の質の向上を図ります。

第2条(契約期間)

この契約の期間は _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 訪問中止 までとします

第3条(運営規程の概要)

事業者の運営規程の概要(事業の目的、職員の体制、居宅療養管理指導サービスの内容等)、従業者の勤務体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

第4条(居宅・介護予防居宅療養管理指導の内容及びその提供)

事業者は、事業者に属する歯科医師・歯科衛生士が居宅へ訪問し、重要事項説明書に記載した居宅療養管理指導(歯科)のサービスを提供します。

第5条(料金)

利用者は、「契約書別紙」に定める料金のもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

第6条(居宅介護支援事業者等との連携)

事業者は、利用者に対して居宅・介護予防居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、利用者が依頼する居宅介護支援事業者またはその他保険・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に務めます。

第7条(協力義務)

利用者は、事業者が利用者のため居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、可能な限り事業者に協力しなければなりません。

第8条(苦情対応)

事業者は苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、事業者が提供した居宅・介護予防居宅療養管理指導サービスについて利用者、利用者の後見人又は家族から苦情の申立がある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

第9条(秘密保持)

- 1 事業者は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及び家族の個人情報を漏らしません。
- 2 事業者及びその従業員は、サービス担当者会議等において、利用者及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、利用者及びその後見人又は家族に使用目的を説明し同意を得なければ使用することができません。

第10条(契約の終了)

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 1 利用者が要介護(支援)認定を受けられなかったとき。
- 2 利用者が介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき。
- 3 利用者において、居宅療養管理指導サービスの提供の必要性がなくなったとき。
- 4 利用者が死亡したとき。

第11条(協議事項)

この契約に定めのない事項については、介護保険法等の法令に従い、事業者・利用者の協議により定めます。

利用者さまの個人情報保護について

利用者さまに安心して在宅生活を送っていただくために安全な介護サービスを提供するとともに、利用者さまの個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

個人情報の利用目的について

利用者さま及びご家族さまの個人情報を下記の目的で利用させていただくことがあります。
これら以外で利用させていただく場合には、改めて利用者さま及びご家族さまから同意をいただくことになっております。

当事業所における個人情報の利用目的は以下の通りです。

- 1) 医療・介護の保険請求にかかわる事務手続き
- 2) 事業所内での介護サービス、調整・打ち合わせ等
- 3) 研修、実習生等受け入れの際の情報の共有
- 4) 主治医やケアマネージャー、ヘルパーなどの介護事業所、医療機関など関係者との打ち合わせ(担当者会議等)
- 5) 損害保険会社との調整(事故対応時)

利用者さまの生活の向上、サービスの質の向上のために必要な場面で、みなさまの情報を利用させていただきます。
同意しがたいものがある場合はお申し出下さい。

個人情報の開示・訂正・利用停止について

利用者さまの個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

契約締結日： 年 月 日

(事業者)

当事業者は、「契約書」及び「重要事項説明書」「個人情報保護について」に基づき、サービス内容および重要な事項を説明したうえ、サービス契約を取り交わしました。

事業者	所在地	東京都小平市美園町一丁目2番16号
	名称	西都保健生活協同組合 みその歯科
代表者	管理者	中野 俊介

(利用者)

私は、「契約書」および「重要事項説明書」「個人情報保護について」に基づいて、事業者から居宅・介護予防居宅療養管理指導(歯科)についての重要な項目の説明を受け、サービス契約に同意しました。また個人情報の利用目的について確認し承諾しました。

利用者	住所
	氏名

代理人	氏名	(利用者との続柄)
ご家族	氏名	(利用者との続柄)