

《 居 宅 療 養 管 理 指 導 契 約 書 》

様（以下、「利用者」という）とふれあいの丘クリニック（以下、「当院」という）は、当院が利用者に対する居宅療養管理指導について次の通り契約します。

第 1 条（サービスの目的と内容）

- 1 当院は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対して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。
*居宅とは・・・日常住んでいる家。住まいのことです。有料老人ホーム、グループホーム、自宅、老人型住宅、サ高住の方が対象になります。
- 2 サービス内容の詳細は、重要事項説明書（右面）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満了日または要支援認定期間満了日までとします。
- 2 但し、認定期間満了日の 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、契約は自動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。

第 3 条（個別サービス計画）

- 1 当院は、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、個別サービスに従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、薬剤師に交付します。
- 2 当院は、利用者がサービスの内容や提供方法の変更を希望し、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、速やかに計画の変更を行います。
- 3 当院は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅サービス事業者（居宅介護支援業者）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、提供したサービスの内容等必要事項を記入します。
- 2 当院は、第 1 項の記録書面を作成した後、5 年間これを保存し利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担により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重要事項証明書（右面）に記載の通りとします。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、書面による説明を以て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当院に支払うべき利用者負担金を 3 ヶ月以上滞納した場合には、当院は 1 ヶ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る。
- 3 当院は、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サービス事業者（居宅介護支援業者）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）

利用者は書面による 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（当院の解除）

当院は、利用者並びにその責任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、当院は居宅サービス計画を作成した居宅サービス事業者（居宅介護事業者）にその旨を連絡します。

第 8 条（契約の終了）

利用者が何らかの理由で入院、介護老人保健施設（老健）に入所又は要介護認定・要支援認定が受けられなかったこと等より、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。その場合、当院は速やかに利用者及び居宅サービス事業者（居宅介護事業者）にその旨を通知します。退居の場合は自動的に終了となります。

第 9 条（事故時の対応等）

- 1 当院は、サービス提供に際して利用者の怪我や体調不良等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 当院は、前項の状況及びそれぞれに伴う処置について記録します。
- 4 当院は、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、当院の故意又は過失によらない時は、この限りではありません。

第 10 条（秘密保持）

- 1 当院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密について、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、契約期間及び契約期間終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 当院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅サービス事業者（居宅支援事業者）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は、事業者、居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）の居宅介護支援専門員、各役所または、地域の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、利用者と当院の協議により定めます。

《 重 要 事 項 説 明 書 》

1 法人・事務所・医院の概要

医 院 名	ふれあいの丘クリニック
所 在 地	神奈川県横浜市都筑区大丸 8-10
介護保険事業番号	1413810579
管理者	社会福祉法人ハートフル記念会 理事長 千葉 新也
連絡先	電話 045-943-5631 FAX 045-943-5636

2 医院の職員体制

診療所管理者	1 名
医 師	8 名 常勤 1 名 非常勤 7 名
看 護 師	6 名 常勤 2 名 非常勤 4 名
受付・他	2 名 常勤 0 名 非常勤 2 名

3 通常の訪問診療サービス提供日と時間

平日	9:00～18:00
----	------------

- * 休日：土・日曜・年末年始
- * 利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応しております。
- * オンコール・臨時往診は 365 日 24 時間対応しております。

- * 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、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情で訪問ができない場合があります。
- * 当院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。
- * 訪問日が祝日に当たる場合は、医師・看護師等の人員の関係で、事前に連絡・調整のうえ祝日前後の日程に振替えて訪問させていただく場合がありますので、ご理解をお願いします。

4 サービス利用料及び利用者負担金（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）

(1) 介護報酬 要支援に関わる予防居宅療養管理指導料も同額です。

医師 月 2 回限度	居宅療養管理指導料（Ⅰ）（単数）	居宅療養管理指導料（Ⅰ－Ⅱ）（複数）	居宅療養管理指導料（Ⅰ－Ⅲ）（複数）
	同一建物居住者以外 515 単位	同一建物居住者 487 単位	同一建物居住者 446 単位
	居宅療養管理指導料（Ⅱ）（単数）	居宅療養管理指導料（Ⅱ－Ⅱ）（複数）	居宅療養管理指導料（Ⅱ－Ⅲ）（複数）
	同一建物居住者以外 299 単位	同一建物居住者 287 単位	同一建物居住者 260 単位

- (2) サービス提供地域外（保険医療機関の所在地と患家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。但し、当該保険医療機関からの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。
- (3) 利用者負担金は、月毎の請求とし、お支払い方法は施設事業者の方針に従い実施します。
- (4) サービスの提供回数・期間は医師の判断で計画し実施いたします。

5 サービスの中止

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、できるだけ早くご連絡ください。

6 相談窓口及び苦情対応

サービスに関する相談や苦情は、下記の窓口で対応いたします。

- ふれあいの丘クリニック 電話：045-943-5631
- 住所地の各役所（サービス課介護保険担当）においても、苦情の申し出等ができます。
- 国民健康保険団体連合会にも苦情の申し出ができます。
〒222-0003 横浜市西区楠木町 27-1
神奈川県国民健康保険団体連合会 電話：045-329-3447

7 事故時の対応等

- (1) 当院は、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、適切な処置を迅速に行います。
- (2) 当院は、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・財産に損害を与えて場合には、その損害を賠償します。ただし、当院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。

契約書及び重要事項説明書の内容を確認し、本契約を締結します。

利用者

〒

住所

氏名

印

家族・責任者

〒

住所

氏名

印

電話

後見人等

〒

住所

氏名

印

電話

*後見人がいる方はご記入ください

法人名

社会福祉法人

ハートフル記念会

事業所名

ふれあいの丘クリニック

事業所住所

神奈川県横浜市都筑区大丸 8-10

事業所連絡先

045-943-5631

代表者名

理事長

千葉

新也

印

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、以下に記載するとおり必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

記

- 1.使用する目的
- (1) 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及び介護支援専門員との連携調整等において必要な場合

(2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供
- 2.使用する事業者の範囲
- 利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者
3. 使用する期間
- 契約書で定める期間
4. 条件
- (1) 個人情報の提供は最小限度とし、提供に際しては関係者以外の者には漏れることのない様に細心の注意を払うこと

(2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

ふれあいの丘クリニック 宛

年 月 日

[利用者]

住所：_____

氏名：_____ 印

☐ 利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。 *代筆の場合は☒を入れてください。

[家族・責任者]

住所：_____

氏名：_____ 印

[後見人等]

住所：_____

氏名：_____ 印