

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

サービス提供に係る重要事項等説明書

居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導（以下、「居宅療養管理指導等」という。）サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者が_____様に説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人 馨仁会 藤掛病院
事業所の所在地	岐阜県可児市広見876番地
指定番号	岐阜県 指定2113100156号
代表者名	理事長 藤掛 仁博
電話番号	0574-62-0030

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態の心身の特性を踏まえて、主治の医師等の指示に基づき、全体的な日常生活動作の維持、回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるよう支援を行うことを目的とします。
運営の方針	①利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ②上記①の観点から、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他の保健、医療、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。 ③利用者の療養に資する等の観点から、当該利用者に直接係わる上記関係者に必要な情報を提供する以外、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を他に漏らすことはいたしません。

3. 提供するサービス

当事業所がご提供するサービスは以下の通りです。

【居宅療養管理指導等サービス】

- ① 利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止となるよう適切なサービスを提供します。
- ② サービスのご提供に当たっては、懇切丁寧に行い、分かりやすくご説明いたします。
もし分からないことや心配なことがあれば、いつでも担当職員にご遠慮なく質問・相談して下さい。

注）居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導におけるサービスの提供及び内容は同じです。

4. 職員等の体制

当事業所の職員体制は以下の通りです。

従業者の職種	員 数	通常勤務体制
医 師	1 名	勤務時間 火曜日～金曜日 14時～17時 土曜日 9時～12時

5. 担当医師

- ① 担当医師は、常に身分証を携帯しています。必要な場合はいつでも、その提示をお求め下さい。
- ② 利用者は、いつでも担当医師の変更を申し出る事ができます。その場合、当事業所はこのサービスの目的に反するなどの変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ③ 当事業所は、担当医師が退職するなどの正当な理由がある場合に限り、担当医師を変更する事があります。（その場合には、事前に利用者の同意を得る事といたします。）

6. 営業日時

当事業所の通常営業日時は、次の通りです。

- ① 営業日 火曜日～土曜日。 但し、国民の祝祭日及び年末年始を除きます。
- ② 営業時間 火曜日～金曜日。 14時～17時、土曜日 9時～12時

7. 事故発生時等の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、患者様に対して応急処置及び医療機関等への搬送等の措置を行い、速やかに患者様の住所地の市町村、家族、居宅介護支援事業者等へ連絡を行います。

また、事故状況及び事故に際しての処置について記録すると共に、その原因を究明解析し事故再発防止対策を講じます。なお、患者様に対して賠償すべき事故の場合は、その損害を賠償します。

8. 利用料

サービスの利用料は、以下の通りです。

介護保険制度の規定により、以下の通り定められています。

- ① サービス提供料として

居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費

1回の費用 515単位（1単位＝10円）です。（月2回まで）

介護保険の負担割合（1～3割）により自己負担額が異なります。

1割 515円／回 ， 2割 1,030円／回 ， 3割 1,545円／回

毎月、10日までに請求書を交付しますので、5日以内に藤掛病院会計窓口にてお支払願います。
なお、訪問診療や往診、それに伴う治療の費用及び電話による相談等の場合は、医療保険としての取扱となるため別途費用が必要となります。

9. 苦情申立窓口

当事業所のサービス提供にあたり、苦情や相談があれば、下記までご連絡下さい。

① 連絡先 Tel 0 5 7 4 - 6 2 - 0 0 3 0

② 担当者名 当院リスクマネジャー , 訪問看護師代表者 , 介護支援専門員代表者

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する居宅療養管理指導等サービスの提供に当たり、□甲 1、□甲 2 に対して、重要事項等説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明いたしました。

本書面の内容を証するため、本書 2 通を作成し、契約者、当事業所が記名捺印のうえ各 1 通を保有するものとしします。

令和 年 月 日

(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者

主たる事業所所在地 岐阜県可児市広見 8 7 6 番地

名 称 医療法人 馨仁会 藤掛病院
理事長 藤掛 仁博 印

説 明 者 所 属 _____
氏 名 _____ 印

(甲) 私は、重要事項等説明書に基づき、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲 1) 利用者 住所

氏 名 _____ 印

(甲 2) 利用者家族 住所

氏 名 _____ 印