

居宅療養管理指導事業

重要事項説明書

様

医療法人 庸愛会
富田町病院

2024年12月改訂

居宅療養管理指導事業

重要事項説明書

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	医療法人庸愛会 富田町病院
主たる事務所の所在地	〒569-0814 高槻市富田町6丁目10番1号
代表者	理事長 白川 善純
電話番号	072-696-7754

2. ご利用事業所の概要

利用事業所の名称	医療法人庸愛会 富田町病院	
サービスの種類	居宅療養管理指導	
事業所の所在地	〒569-0814 高槻市富田町6丁目10番1号	
電話番号	072-696-2406	
指定年月日・事業所番号	2000年4月1日指定	2710903259
管理責任者氏名	白川 善純	
通常の事業の実施地域	高槻市・茨木市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

居宅療養管理指導(又は介護予防居宅療養管理指導)は、主治医等がその必要性を認めた場合に、当事業所の医師、看護師、管理栄養士、薬剤師等がそのお宅を訪問して、療養上の指導等を行うことにより、生活の質の確保及び向上を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日 ただし、国民の祝日(振り替え休日を含む)及び年末年始(12月30日から1月3日)を除きます。
営業時間	8時30分から16時30分

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 人、非常勤 人	管理栄養士	常勤 人、非常勤 人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員及びその管理責任者は下記のとおりです。担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、管理者までご連絡ください。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	看護師	高井 みゆき
管理責任者の氏名	管理責任者	白川 善純

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額(「介護保険負担割合証」でご確認下さい)です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

居宅療養管理指導利用料【基本部分】<医師が行う場合>

サービス内容	利用者の要介護度	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) =(基本利用料の1割) ※(注2)参照
居宅療養管理指導Ⅰ	(1)単一建物居住者 1人に対して行う場合	5,150円	515円
	(2)単一建物居住者 2人以上9人以下に対して 行う場合	4,870円	487円
	(3)(1)及び(2) 以外の場合	4,460円	446円
居宅療養管理指導Ⅱ	(1)単一建物居住者 1人に対して行う場合	2,990円	299円
	(2)単一建物居住者 2人以上9人以下に対して 行う場合	2,870円	287円
	(3)(1)及び(2) 以外の場合	2,600円	260円

<管理栄養士が行う場合>

サービス内容	利用者の要介護度	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) =(基本利用料の1割) ※(注2)参照
当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士	(1)単一建物居住者 1人に対して行う場合	5,450円	545円
	(2)単一建物居住者 2人以上9人以下に対して行う場合	4,870円	487円
	(3)(1)及び(2) 以外の場合	4,440円	444円

<薬剤師が行う場合>

サービス内容	利用者の要介護度	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) =(基本利用料の1割) ※(注2)参照
薬局の薬剤師	(1)単一建物居住者 1人に対して行う場合	5,180円	518円
	(2)単一建物居住者 2人以上9人以下に対して行う場合	3,790円	379円
	(3)(1)及び(2) 以外の場合	3,420円	342円

(注1)上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2)上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 ゆうちょ銀行 0九九支店 普通口座 224846
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 所在地 電話番号	医療法人 庸愛会 富田町病院 〒569-0814 高槻市富田町6丁目10番1号 072-696-2406
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	富田町病院 高槻市富田町6丁目10番1号 午前8時30分～午後4時30分 電話番号 072-696-7754
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	【市町村(保険者)の窓口】 高槻市 福祉指導課	高槻市桃園町2番1号 午前8時45分～午後5時15分 電話番号 072-674-7166
	【公共団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通りFNビル 8F 午前9時～午後5時 電話番号 06-6949-5418

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、医師等は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い。

(2) 医師等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>①利用者およびその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>ア)事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>イ)事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ)また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ)事業者は、利用者とその家族に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、利用者である期間及び利用者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、利用者との契約の内容とします。</p>
<p>②個人情報の保護について</p>	<p>ア)事業者は利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いず。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>イ)事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるもの他、電磁的記録を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ)事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に関して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります)</p>

西暦 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者所在地 高槻市富田町6丁目10番1号

事業者(法人)名 医療法人 庸愛会 富田町病院

代表者名 白川 善純

説明者名 _____

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書となることについても同意します。

利用者住所 _____

氏名 _____

署名代行者(又は法定代理人)

住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 _____