

「居宅療養管理指導」重要事項説明書

＜令和6年6月1日現在＞

ご利用者に対する指定居宅療養管理指導にあたり、当院がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者名称	医療法人 松徳会
事業者の所在地	三重県松阪市駅部田町1619番地45
代表者名	理事長 松本 和隆
電話番号	0598-26-3555
FAX番号	0598-26-8430

2. 事業の目的

- ・居宅療養管理指導の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の居宅療養管理指導従業者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な居宅療養管理指導を提供することを目的とする。

3. 運営方針

- ・要介護者がその利用する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、通院が困難な利用者に対し、その居宅を訪問して心身の状況や環境を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図る。

4. 事業所の概要

事業所の名称	花の丘病院
代表者名	院長 清水 康裕
事業所の所在地	三重県松阪市山室町707番地3
電話番号	0598-29-8700
FAX番号	0598-29-8739
指定年月日	平成14年8月1日
事業者番号	2410705624

5. 事業所の職員体制と職務内容

従業者の職種	人数	区 分	
		常勤	非常勤
医 師	6	5	1
薬剤師	2	2	
管理栄養士	4	3	1

6. 営業日時

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前 9 時～午後 5 時
営業しない日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始

7. サービスの内容と利用料

(1) サービスの内容

居宅療養管理指導の種類	職 務 内 容
医師による 居宅療養管理指導	要介護者又は家族の方へ居宅サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言を行います。
薬剤師による 居宅療養管理指導	薬歴管理、服薬指導、服薬状況及び薬剤保管状況の確認等を行います。また、その記録を医師に報告します。
管理栄養士による 居宅療養管理指導	管理栄養士が利用者宅を訪問し、作成した栄養ケア計画を患者や家族などに対して交付するとともに、当該計画に従った栄養管理にかかる情報提供および栄養食事相談または助言を 30 分以上行います。

(2) 利用料

- ・利用者及び保証人は、連帯して当院に対し、居宅療養管理指導サービスの対価として、《別紙 1》に定める通りの利用単位ごとの料金をもとに計算された月毎の合計金額を支払う義務があります。

※注 1：利用料等は厚生労働省告示に基づき算定しています。算定基準が改定された場合、改定後の最新の利用料を適用日より算定します。

※注 2：但し、サービスは 1 回毎の算定で月に 2 回までを限度とする。

※注 3：負担については利用者様の介護保険負担割合証をご確認ください。

(3) 利用料等のお支払方法

- ・サービス利用料は毎月月末に締切り、利用月の請求書を翌月 15 日までに発行し、郵送又は手渡しにてお渡しいたしますので、請求月の月末までに下記①～③のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 口座引き落とし
② 指定口座への振込み 百五銀行 松阪中央支店（普通口座）口座番号：4 4 5 9 7 9 口座名義：医療法人松徳会（リョウホクジンショウツカイ）
③ 窓口にて現金払い

8. 利用の中止、解除、変更等

- (1) 利用者及び扶養者は、当院に対し、中止の意思表示をすることにより、利用を解除・終了することができます。
- (2) キャンセル
当院では利用者のやむを得ない事情によりサービスを中止する場合でも一切キャンセル料は徴収しません。
- (3) 当院は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には利用を解除・終了することができます。
 - ①利用者が要介護状態において自立と認定された場合。
 - ②利用者又は保証人は、正当な理由なく利用料金を2ヶ月以上滞納し、当院が10日以上期間を定めて支払の督促をしたにもかかわらず、その期間内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

9. ハラスメントの防止について

事業者は、職員等の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるように、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 優越的な関係を背景として言動や業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は許容しません。
 - ①身体的な力を使って危害を及ぼす又は、及ぼされそうになった行為
 - ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ③意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は事業所職員、利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント的事象が発生した場合、即座に状況を確認し、再発防止案を検討する。
- (3) 事業所は職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施する。
- (4) ハラスメントと判断された場合は、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じる。

10. 虐待の防止について

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止の適正化のための指針の整備をする。
- (3) 従業者に対して、虐待防止の適正化のための定期的な研修を実施するなどの必要な措置を講じる。

11. 衛生管理等

- ①サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②指定居宅療養管理指導事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

12. 身体拘束

- ・事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行なわないものとする。身体拘束等を行なう場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

13. 事故発生時の対応

- ・サービス提供中に急変または事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族等関係者に連絡をします。また、事故の状況及び事故に際しとった処置について記録するとともに、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

14. 緊急時の対応について

- ・緊急時の対応は、必要に応じ利用者の主治医または医療機関に連絡を行う等、対応を図ります。

15. 秘密保持及び個人情報の保護

- (1) 従業員は、正当な理由なく、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏洩しない。
- (2) 従業員であったものが、正当な理由なく業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏洩しないよう、必要な措置を講ずる。
- (3) 利用者の個人情報については利用目的を《別紙2》のとおり定め、「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ガイドラインを遵守し適切な取り扱いに努めます。
- (4) 当院が得た利用者の個人情報については、当院での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又は代理人の了解を得るものとします。

16. 賠償責任

- (1) 当院は、サービスの提供に伴い、利用者が当院の責に帰すべき事由により損害を被った場合は、利用者に対し損害賠償を行います。
- (2) 当院は、利用者の責に帰すべき事由により当院が損害を被った場合は、利用者及び扶養義務者に対し連帯損害賠償を求めます。

17. 業務継続計画（BCP）の策定及び感染対策

- (1) 火災、地震等自然災害対策
火災、地震等自然災害対策発生時に継続的にサービスを提供できる体制を構築する為、業務継続計画策定、対応力の向上を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止に関する対策
感染症対策委員会の開催、職員対象の研修を定期開催するなど必要な体制の整備と運営を行います。感染症が発生した場合、医療機関や保健所、市町村の関係部署等との連携を更に深め、必要な処置を講じます。

18. 苦情相談等について

(1) 苦情や相談は以下の窓口で受け付けます。

① 当院における相談窓口

窓口担当者	花の丘病院 医療相談員
受付日	月曜日～金曜日
受付時間	午前9時00分～午後5時30分
面 接	花の丘病院 医療相談窓口
電 話	0598-29-8700

※当院内の所定の場所に「ご意見箱」を設置しています。

② 行政機関における相談窓口

松阪市高齢者支援課高齢者サービス係	三重県松阪市殿町 1340-1 電話番号：0598-53-4069
国民健康保険団体連合会保健介護福祉課	三重県津市桜橋 2 丁目 96 番地 三重県自治会館 2 階 電話番号：059-222-4165（介護障害福祉係）

19. その他留意いただく事項

- ・ サービス利用の際には、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証を提示して下さい。
- ・ その他本重要事項に定めない事項は、介護保険法令及びその関係法令の定めるところにより、利用者又は扶養義務者と当院が誠意を持って協議を行うこととします。

重要事項説明確認書

令和 年 月 日

ご利用者に対する居宅療養管理指導のサービス提供開始にあたり、本書に基づいて重要事項の説明をしました。

事業所名 医療法人松徳会 花の丘病院
管理者 清水 康裕

説明者名 _____ 印

私は、本書に基づいて、重要事項の説明を受けたことを確認します。

利用者名 _____ 印

住所：〒

電話：

代理人名 _____ 印（利用者との続柄： ）

住所：〒

電話：

代筆理由（ ）

請求書の 送付先 (支払責任者)	フリガナ			続柄	
	氏 名				
	住 所	〒			
	電 話				

緊急時 連絡先	フリガナ			続柄	
	氏 名				
	住 所	〒			
	電 話		携帯		
	勤務先				
	電 話				