

## 指定居宅療養管理指導（指定介護予防居宅療養管理指導）重要事項説明書

あなたに対する居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名	医療法人 厚生会
事業所所在地	福井県福井市下六条町201番地
代表者名	理事長 林 讓也
電話番号	電話 0776-41-3377 FAX 0776-41-3372

### 2. 事業の目的

事業の目的	通院困難な要介護状態（介護予防居宅療養管理指導にあつては要支援状態）にある者（以下「要介護者等」という）の自宅を訪問して、適正な療養上の管理及び指導を提供することを目的とします。
事業運営方針	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 事業者が実施する指定居宅療養管理指導及び指定介護予防居宅療養管理指導の従事者は、要介護者等が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、通院が困難な要介護者等に対して、その自宅を訪問して、心身の状況や環境などを把握し、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ります。</li><li>2. 指定居宅療養管理指導及び指定介護予防居宅療養管理指導は、利用者の要介護状態・要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その療養上の目標を設定し、計画的に行います。</li><li>3. 指定居宅療養管理指導及び指定介護予防居宅療養管理指導の実施にあつては、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに関係する市町とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</li><li>4. 事業者は、提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。</li></ol>

### 3. サービス提供事業所

指定番号	1810122513
事業所名称	医療法人厚生会 福井厚生病院
事業所所在地	福井市下六条町1字6番1
受付電話番号	電話0776-41-3377 FAX0776-41-3372
事業実施地域	福井市、鯖江市 (上記以外の地域の利用者については相談に応じます)
営業日	月曜日から金曜日 但し、国民の祝日、12月29日～1月3日までは休業します。
営業時間	午前9時00分から午後5時00分

#### 4. 居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導サービスの種類

事業者が実施する指定居宅療養管理指導及び指定介護予防居宅療養管理指導は、医師・薬剤師・管理栄養士による居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導とします。

#### 5. 事業所の職員体制、職務内容

従業者の職種、員数、及び職務内容は次のとおりとする。

##### (1) 管理者 1人

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行います。

##### (2) 従業者（医師・薬剤師・管理栄養士） 1人以上

従業者は、居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供並びに利用者に対する療養上の指導・支援や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導・助言を行います。

#### 6. 利用料及びその他の費用

##### (1) 利用料

利用料は介護報酬額の告示上の額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額になります。※下記は1割負担の場合

##### ① 医師による居宅療養管理指導（在宅時医学総合管理指導を算定している利用者）

- ・ 単一建物居住者 1人に対して行う場合 299 円/回（月 2 回を限度）
- ・ 単一建物居住者 2～9 人に対して行う場合 287 円/回（ " ）
- ・ 単一建物居住者 10 人以上に対して行う場合 260 円/回（ " ）

##### ② 薬剤師による居宅療養管理指導

- ・ 単一建物居住者 1人に対して行う場合 566 円/回（月 2 回を限度）
- ・ 単一建物居住者 2～9 人に対して行う場合 417 円/回（ " ）
- ・ 単一建物居住者 10 人以上に対して行う場合 380 円/回（ " ）

##### ③ 管理栄養士による居宅療養管理指導

- ・ 単一建物居住者 1人に対して行う場合 545 円/回（月 2 回を限度）
- ・ 単一建物居住者 2～9 人に対して行う場合 487 円/回（ " ）
- ・ 単一建物居住者 10 人以上に対して行う場合 444 円/回（ " ）

##### (2) 交通費 無料

#### 7. 苦情申立・虐待防止窓口

窓口	方法	申立時間帯
福井厚生病院 担当：金森	電話 0776-41-3371	平日 午前8時30分～午後5時00分
福井市介護保険課	電話 0776-20-5715	平日 午前8時30分～午後5時15分
鯖江市長寿福祉課	電話 0778-53-2218	平日 午前8時30分～午後5時15分
福井県国民健康保険団体連合会	電話 0776-57-1614	平日 午前8時30分～午後5時15分

事業者が実施する指定居宅療養管理指導及び指定介護予防居宅療養管理指導に対するご相談・苦情及び提供しているサービス内容についての相談・苦情を承ります。

苦情処理は中立性・公平性を重んじ、内容確認・分析を行い、利用者・市町・居宅介護支

援事業者・主治医・国保連等関係諸機関と速やかに連携をとり、問題解決に向けて対処します。

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ① 苦情内容について、利用者及びその家族等より詳細に聞き取り調査をする。
- ② 苦情窓口担当者から管理者へ詳細を報告する。
- ③ 当事業所職員より状況を把握し、改善策を作る。
- ④ 利用者及びその家族等に対して状況や今後の改善策を説明し了解を得る。
- ⑤ 市町に速やかに、報告・相談を行う。
- ⑥ 問題解決に向けて市町の指示に従い対処する。
- ⑦ 対処後の結果等を市町に報告する。
- ⑧ これらの期間を最長1週間とする。

(2) その他参考事項

利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として、何ら不利益な取り扱いを受けることはありません。

## 8. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 服部 昌和
-------------	-----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備します。

(4) 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及する為の研修を実施します。

## 9. 秘密保守及び個人情報の保護

(1) 事業者及び事業者の使用する者は、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この情報を保守する義務は契約終了後も継続します。また、事業者は事業者の使用する者が、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約に含め遵守させます。

(2) 事業者は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

(3) 当事業者は、以下に掲げる理由に限り、利用者及びその家族等に関する情報を第三者に提供します。

- ① 要介護認定調査及び居宅サービス計画の内容について関係する都道府県、市町附属関係及びその委託を受けた機関が情報や報告を求めた場合。
- ② 主治医等が居宅サービス計画の内容について情報や報告を求めた場合。
- ③ 居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・居宅サービス事業者・介護保険施設等の関係人が、サービス担当者会議等においてサービス提供上情報を用いる必要がある場合。
- ④ 利用者の急激な体調の変化等により、医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要性がある場合。
- ⑤ 高齢者虐待防止法に基づいて、高齢者虐待事例についての関係機関への情報提供など、高齢者の保護のために必要性があり、かつ本人の同意を取得することが困難な場合。

#### 10. 緊急時等における対応方法

居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導サービスのサービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）、居宅支援事業者等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

主治医	氏名		病医院名	
	電話	( ) -	FAX	( ) -
	住所			
ご家族等	氏名			
	電話	( ) -	携帯	- -
	メール			
	住所			
	利用者との関係			

#### 11. 事故発生時の対応

居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導サービスのサービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）、市町、居宅支援事業者等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

事業者又は従業員の責に帰すべき事由により利用者又はその家族等に損害を及ぼした場合はその損害を賠償します。尚、日常生活でも起こりうる転倒等につきましては、これを除外します。

当事業所は居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導サービスの提供時の事故に備えて、損害保険制度に加入しています。上記の損害賠償は、この損害保険制度が認定する範囲内で賠償します。

年 月 日

居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 住 所 福井市下六条町201番地  
名 称 医 療 法 人 厚 生 会  
代 表 者 理 事 長 林 讓 也 印

事業所 住 所 福井市下六条町1字6番1  
名 称 医 療 法 人 厚 生 会 福 井 厚 生 病 院

説 明 者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導についての重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係 \_\_\_\_\_