

重要事項説明書：居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 (医師)

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導サービスの提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第91条、第8条に基づいて、当事業者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

事業者名称	医療法人社団幸益会
主たる事務所の所在地	東京都町田市本町田2943番地1マンション・サンライズヒル 201
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 川村益彦

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	川村クリニック
介護保険指定事業者番号	1313225190
所在地	東京都町田市本町田2943番地1マンション・サンライズヒル 201
電話番号	042-724-7727
ファクシミリ番号	042-724-5691
管理者の氏名	川村益彦
サービス提供地域	東京都町田市

3. 事業の目的と運営方針

医療法人社団幸益会が開設する川村クリニック（以下「事業所」という。）において実施する居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導（以下「事業」という。）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が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適切な居宅療養管理指導を提供することを目的とする。居宅療養管理指導は、居宅要介護者及び居宅要支援者を対象とし、医師が利用者に対してその居宅を訪問して心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえ療養上の管理及び指導を行うことにより、利用者の療養生活の質の向上を図る。

4. ご利用事業所の職員体制

管理者	医師 川村益彦
-----	---------

5. 営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	月曜日、火曜日、木曜日、金曜日 午前8時30分から午後18時まで 水曜日 午前9時から午後17時まで 土曜日 午前8時30分から午後15時まで

6. 提供するサービス内容

(1)居宅療養管理指導（要介護状態となった場合においても、利用者が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、医師が利用者の居宅において、その心身の状況、置かれている環境等を把握し療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質向上を図る。）

(2)居宅療養管理指導の禁止行為

- ・利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ・利用者の同居家族に対するサービスの提供
- ・身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ・その他利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

7. 利用料

在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定しない場合	単一建物居住者1人に対して行う場合	515単位/回
	単一建物居住者2～9人に対して行う場合	487単位/回
	単一建物居住者10人以上に対して行う場合	446単位/回
在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する場合	単一建物居住者1人に対して行う場合	299単位/回
	単一建物居住者2～9人に対して行う場合	287単位/回
	単一建物居住者10人以上に対して行う場合	260単位/回

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料のうち利用者の負担割合に応じた金額）
- (2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）
- (3) その他の費用
があります。

- (1) サービス提供にあたって

サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)負担割合証を確認させていただきます。被保険者証、負担割合証の変更があった場合は速やかにお知らせください。

(2) 介護保険の適用を受けないサービス

- ① 介護保険の支給限度額を超えるサービス
利用料は利用者の全額自己負担となります。

(3) その他費用

保険の適応されない物品や処置に実費負担が生じる場合があります。実費負担が発生する場合は本人・ご家族へ事前に説明をし、了解を得るようにいたします。

(4) キャンセル料

サービスの利用予定日の17時以降にキャンセルされる場合、1提供当たりの料金の10%を利用者に請求させていただきます。ただし、利用者の病状の急変や急な入院などの場合にはキャンセル料は請求致しません。

(5) 支払方法

お支払いは原則口座引落とさせていただきます。お支払いの確認取り次第領収書をお渡しいたします。

8. 虐待防止について

事業所は利用者の人権擁護・虐待防止等のため、次にあげるとおり必要な措置を講じません。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定します。
虐待防止に関する責任者 院長 川村益彦
- (2) 成年後見人制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通報いたします。

9. 秘密の保持と個人の保護、取り扱いについて

<利用者及びその家族に関する秘密の保持について>

- (1) 事業者は、利用者又はその家族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為のガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

- (2) 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をするうえで知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第3者に漏らしません。
- (3) 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も継続します。
- (4) 事業者は従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持すべき旨を従業者との雇用契約の内容とします。

<個人情報保護について>

- (1) 事業者は、個人情報の保護に努めておりますが、提供するサービスの質を高めることを目的に、必要に応じて連携を行っている他医療機関や他介護事業所に対して、書面又は電子カルテにて利用者に関する診療情報の開示を行っております。また、在宅医療の推進・発展のため学会・研究会・講演会などで個人が特定されない形で診療に関するデータ等を利用する場合があります。
- (2) 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、磁気的な記録も含む）については、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。
- (3) 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、情報を訂正、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。（開示に際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）

10. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	川村クリニック	東京都町田市本町田2943番地1マンション・サンライズヒル201
		電話 042-724-7727 FAX 042-724-5691
ご利用者の保険者 介護保険課	町田市いきいき生活部介護保険課	電話 042-724-4366
東京都国民健康保険 団体連合会		電話 03-6238-0177

11. ハラスメント対策について

職場におけるハラスメント防止の為に雇用管理上の措置を講じます。

- (1) 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確にし、職員に周知、啓発を行っております。
- (2) 相談に応じ適切に対応するための体制を整備しております。

12. 暴力団の排除について

事業所を運営する代表者及び役員等について、暴力団関係者が含まれてはならず、また、その運営について、暴力団関係者に少しでも有益な行為を行ってはならないものとします。

13. 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合においても迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

14. 衛生管理等について

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及び蔓延の防止の為の指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 介護支援専門員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。
- (5) 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。

年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地

名 称 医療法人社団幸益会 川村クリニック

住 所 東京都町田市本町田 2943 番地 1

マンション・サンライズヒル 201

氏 名 院長 川村益彦

印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、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) 利用者の家族 住所

氏名

印