

居宅療養管理指導 重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、「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（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条及び第 91 条の規定に基づき、指定居宅療養管理指導サービス（以下「居宅療養管理指導等」という）提供契約締結に際して説明するものです。

1. 居宅療養管理指導等を提供する事業者について

事業者名称	医療法人社団双星会 大沢野クリニック
代表者氏名	理事長 高野 隆
主たる事業所の所在地	富山県富山市上二杉 420-2
電話番号	076-468-3300
開設年月日	

2. 利用者に対してのサービスを提供する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	大沢野クリニック
事業所の所在地	富山県富山市上二杉 420-2
電話番号	076-468-3300
サービス種類	居宅療養管理指導
事業所番号	1610117101
管理者の氏名	上田 晋介

(2) 営業時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	平日 8 時 30 分から 18 時まで 土曜日 8 時 30 分から 12 時まで
休診日	土曜日午後・日曜日・祝祭日・お盆・年末年始休暇

(3) サービス職員体制

職	種	勤務の体制
医	師	常勤 1名

3. 事業の目的、運営方針

<事業の目的>

医療法人社団双星大沢野クリニックが実施する居宅療養管理指導及び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）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、要介護状態または要支援状態にある者（以下「利用者」という）に対し、適切な療養上の管理及び指導を提供することを目的とする。

<運営方針>

居宅療養管理指導等の提供に当たって、利用者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、医師が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問し、心身の状況、置かれている環境などを把握し、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るものとする。

4. サービス内容

<医師が行う居宅療養管理指導等>

通院が困難な利用者に対して、医師が、利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供（利用者の同意を得て行うものに限る。）並びに利用者もしくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行います。

5. 利用料金

(1) 利用料：介護報酬により計算（金額欄は地域加算を含む）

<医師>

診療報酬の「在宅時医学総合管理料」又は「施設入居時等医学総合管理料」を算定している場合

内 容	利 用 限 度 回 数	単 位	利 用 料	1 割 負 担
単一建物居住者が1人	1ヶ月に2回	299 単位	2,980 円	299 円
単一建物居住者が2～9人	1ヶ月に2回	287 単位	2,870 円	287 円
単一建物居住者が10人以上	1ヶ月に2回	260 単位	2,600 円	260 円

利用者負担は、所得等に応じてサービス費用の1～3割を負担します。

(2) その他費用

キ ャ ン セ ル 料	無料です（事前にご連絡ください）。
交 通 費	半径 15 k m以内は無料です。

(3) 料金の支払い方法

毎月末締めとし、翌月の受診時に医療機関の窓口でお支払いください。

6. 相談・苦情等申し立て

ご利用に際しまして苦情・相談等がありましたら、当事業所ご利用相談窓口をはじめ下記の相談窓口までお申し出ください。お申し出いただきました内容につきましては、迅速に対応させていただきます。

大沢野クリニック ご利用相談窓口	電話番号：076-468-3300 FAX 番号：076-468-3003 受付時間：月曜日から金曜日 9時から17時まで
富山市役所 福祉保健部 長寿福祉課	電話番号：076-443-2061
富山市保健所 福祉保健部	電話番号：076-428-1155

7. 事故発生時の対応

居宅療養管理指導等の提供により事故が発生した場合は、家族、市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行います。

8. 虐待防止について

当院は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために必要な措置を講じます。

9. 秘密保持

法令により、従業者は正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないと定められており、当事業所のご利用に際しましては、利用者又は、その家族のプライバシーの保持について遵守します。ただし、サービス担当者会議等で正当な事由がある場合は、情報を他のサービス事業所に周知致しますことご了承ください。

私は、本書面に基づいて当事業所職員から重要事項の説明を受け、サービス提供を開始することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者

住 所	
氏 名	

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所	
氏 名	
関 係	

利用者の家族等

住 所	
氏 名	
関 係	
電 話 番 号	

<事業所>

住 所 富山市上二杉 420-2
事業者名 医療法人社団双星会 大沢野クリニック
管 理 者 上田 晋介
指定番号 1610117101

説明者 職種 _____ 氏 名 _____