

## 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)

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定居宅療養管理指導サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例(平成24年大阪府条例第115号)」第10条の規定に基づき、指定居宅療養管理指導サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1 サービスを提供する事業者・サービス提供を実施する事業所について

|                     |  |
|---------------------|--|
| 事業者(所)名称            | 医療法人爽倫会あいむホームケアクリニック                                   |
| 介護保険指定事業所番号         | 2711202438   |
| 代表者(管理者)氏名          | 理事長 黒川 雅史  |
| 所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 大阪府泉南郡田尻町吉見 380-1<br>TEL 072-479-5300 FAX 072-479-5301 |
| 法人設立年月日             | 2024.5.1   |

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 利用者が要支援・要介護状態となっても可能な限りその居宅において、その有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療養生活を支援すること   |
| 運営の方針 | ・利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止となるよう、適切にサービスを実施します<br>・サービスの提供は懇切丁寧に行い、わかりやすいように説明します<br>・訪問診療計画に基づき、利用者の機能の維持回復を図り、利用者の契約している介護支援専門員との連携のもとにサービスを提供します |

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 営業日・営業時間 | 月～金 8:30-17:30 ※祝日、年末年始を除く |
|----------|----------------------------|

| 職  | 職務内容  | 人員数      |
|----|---|----------|
| 医師 | 通院が困難な利用者に対して、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いて、居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供を行います。利用者、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、助言を行います。 | 医師<br>3名 |

### 2 提供するサービスの内容及び費用について(費用については別紙に記載)

#### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サービスの内容  |
|-----------|--|
| 居宅療養管理指導  | 要支援・要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医師、看護職員が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、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、療養生活の質の向上を図る。 |

## (2) 居宅療養管理指導事業者の禁止行為

居宅療養管理指導事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 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
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ④ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑤ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑥ 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）
- ⑦ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## 3 お支払い方法について

利用月ごとの合計金額により請求いたします。毎月、医療費とともに指定のお支払い方法にてお支払いください。請求金額、お支払い日については毎月請求書にてお知らせいたします。

## 4 サービスの提供にあたって

- (1) 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）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。
- (4) **暴力・暴言・ハラスメントは固くお断りします。**  
**職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします。**

## 5 秘密の保持と個人情報の保護について

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>① 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、サービス提供を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。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> |
|---------------------------------|--|

|               |   |
|---------------|---|
| ② 個人情報の保護について | ① 事業者は、利用者・利用者の家族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ません。個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、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。 |
|---------------|---|

## 6 身分証携行義務

居宅療養管理指導を行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 7 心身の状況の把握

居宅療養管理指導の実施に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

## 8 サービス提供の記録

- ① 文書等により指導又は助言を行うように努め、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存します。口頭により指導又は助言を行った場合は、その要点を記録します。  
その記録は、提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

## 9 苦情申立の窓口

|  |  |
|--|--|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>医療法人 爽倫会<br>あいむホームケアクリニック             | 所在地 大阪府泉南郡田尻町吉見 380-1<br>電話番号 072-479-5300   |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>（利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称） | 所在地<br>電話番号                                  |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>大阪府国民健康保険団体連合会                       | 所在地 大阪府大阪市 中央区常盤町 1-3-8<br>電話番号 06-6949-5418 |

|                 |       |
|-----------------|-------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 月 日 |
|-----------------|-------|

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| 事業者 | 所在地   |  |
|     | 法人名   |  |
|     | 代表者名  |  |
|     | 事業所名  |  |
|     | 説明者氏名 |  |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。（※説明を行った記録として必要に応じて記載を求めてください）

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

【別紙】

提供するサービスの利用料について

| 区分      | サービス提供者   | 基本単位   |
|---------|---|--------|
| 医師が行う場合 | 居宅療養管理指導費（Ⅰ）<br>単一建物居住者1人に対して行う場合（月2回まで）  | 515 単位 |
|         | 居宅療養管理指導費（Ⅰ）<br>単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合（月2回まで）  | 487 単位 |
|         | 居宅療養管理指導費（Ⅰ）<br>上記以外の場合（月2回まで）  | 446 単位 |
|         | 居宅療養管理指導費（Ⅱ）<br>（医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に関する居宅療養管理指導）<br>単一建物居住者1人に対して行う場合（月2回まで） | 299 単位 |
|         | 居宅療養管理指導費（Ⅱ）<br>単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合（月2回まで）  | 287 単位 |
|         | 居宅療養管理指導費（Ⅱ）<br>上記以外の場合（月2回まで）  | 260 単位 |

1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|          |  |
|----------|--|
| お支払い額の目安 |  |
|----------|--|