

重要事項説明書

(訪問居宅療養管理指導)

(介護予防訪問居宅療養管理指導)

〈 令和7年4月1日現在 〉

利用者： _____ 様

事業者： 一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院
所在地	岩手県盛岡市下米内二丁目 4 番 12 号
連絡先	TEL 019-662-3252 FAX 019-661-8414
管理者名	院長 高橋 進
介護保険指定番号	0310110283 号
サービス提供地域	盛岡市内 ※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

提供日	月曜日～金曜日 午前 9 : 00～午後 17 : 00
定休日	祝・祭日、開設記念日 (6 月 18 日)、1 月 1 日～3 日、12 月 29 日～31 日

(3) 職員体制

従業者の職務と員数	医師 (3 名以上)
	看護師 (2 名以上)

2 相談・要望・苦情等の窓口

(1) 当事業所相談窓口

担当部署	一般財団法人岩手済生医会中津川病院 地域医療連携室
連絡先	TEL 019-662-3252
受付時間	午前 8 : 30～午後 17 : 00 (月曜日～金曜日) ※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

(2) 外部苦情相談窓口

担当部署①	盛岡市保健福祉部 介護保険課
連絡先	TEL 019-626-7562
受付時間	午前 8 : 30～午後 17 : 00 (月曜日～金曜日)

担当部署②	岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課
連絡先	TEL 019-604-6700
受付時間	午前 9 : 30～12 : 00、午後 13 : 00～17 : 00 (月曜日～金曜日)

3 事業所の目的・運営方針

(1) 目的

利用者に対し、その者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、依頼された居宅サービス計画に基づいて、適正な療養医療居宅サービスを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

利用者の意思及び人格を尊重し、地域や利用者の家族との結びつきを重視した運営を行い、介護保険者である市町村、他の介護・医療保険事業所との綿密な連携に努めるものとする。

4 サービス内容

- (1) 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
な情報提供を行います。
- (2) 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。

5 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

6 暴言・暴力・ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場における暴言・暴力・ハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境を整えます。
- (2) 利用者やその家族から、暴言・暴力・ハラスメント行為が職員にあった場合には、衛生委員会等で検討を行ったうえで、事業所側からの契約の解約を行う場合があります。

7 身体的拘束等の適正化

- (1) 事業所は、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 身体的拘束を行う場合には、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します。

8 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する居宅サービス事業の提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期業務再開を図るための計画を策定し必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。作成した業務継続計画の見直しを定期的に行い、必要に応じて計画の変更を行います。

9 感染症の予防及び蔓延防止のための措置

- (1) 事業所は、感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- (2) 事業所は、従業員に対し、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定期的に行います。

10 利用料金

- (1) 費用
料金表に記載されている 1 か月の合計単位数に地域別加算 [10.00] を乗じて計算します。その料金の介護保険負担割合証の負担割合が利用者負担額になります。
- (2) 利用料金などのお支払い方法
毎月月末締めとし、翌月の中旬にサービス提供日・利用料等の内訳を記載した請求書を郵送またはお持ちいたします。お支払いいただきますと領収書を発行します。
- (3) 料金表

項 目	内 容		単 位
居 宅 療 養 管 理 指 導 II (医 師)	単一建物居住者	1 人 の 場 合	1 回 2 9 9 単位 (月 2 回まで)
	在宅時 (施設入居時等) 医学総合管理 料を算定する場合	2 人以上～9 人以下の場合	1 回 2 8 7 単位 (月 2 回まで)
		1 0 人以上の場合	1 回 2 6 0 単位 (月 2 回まで)

- (4) その他の費用
ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

11 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	一般財団法人岩手済生医会 中津川病院
	主治医氏名	
	連 絡 先	TEL 019-662-3252
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
その他・備考		

【事業所】

住 所：岩手県盛岡市下米内二丁目4番12号

事業所名：一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院

代 表 者：院長 高橋 進

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

【ご利用者】 住 所_____

氏 名_____

【身元引受人又は代理人】

住 所_____

氏 名_____（続柄 ）

署名代行理由：