

指定居宅療養管理指導

重要事項説明書

及び同意書

____年 月 日

____様



医療法人アガペ会



ファミリークリニックきたなかぐすく

1. 法人の名称等

事業者の名称	医療法人 アガペ会
事業者の所在地	沖縄県中頭郡北中城村字大城 311 番地
電話番号	098-935-2277

2. 事業所の名称等

事業所の名称	ファミリークリニックきたなかぐすく
事業所の所在地	沖縄県中頭郡北中城村字喜舎場 360 番地 1
管理者の氏名	山入端 浩之
介護保険事業所番号	4712211541
電話番号	098-935-5517
FAX番号	098-982-0708

3. 事業の目的

事業の目的	医療法人アガペ会が開設するファミリークリニックきたなかぐすく（以下、『事業所』とします）が実施する指定居宅療養管理指導の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、当院の居宅療養指導従業者（以下、『職員』とします）が、要介護状態または要支援状態にある利用者に対し適正な指定居宅療養管理指導を提供することで、療養生活の質の向上を図る事を目的としています。
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. 職員の種類、人数及びサービスの内容

職種	人数	サービスの内容
医師	1名 以上	居宅を訪問し、医学的観点から居宅介護支援事業者に対して居宅介護サービス計画の策定等に必要な情報提供、利用者や家族および主介護者等に対して居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導・助言を行います。

5. 営業日

営業日	月・火・木・金曜日。水曜日の午前。第2・第4日曜日。 【祝日、12月31日～1月3日は休業】
営業時間	月・火・木 9時～17時30分。 金曜日 9時～19時。 水曜日 9時～12時30分。 第2・第4日曜日 9時～17時30分。

6. 事業の実施地域 北中城村、中城村、宜野湾市、沖縄市、北谷町、その他地域は相談に応じる。

7. 適用期間

介護保険の要介護状態、要支援状態の認定有効期間の満了日までとします。

但し、認定有効期間満了日以前に利用者が要介護（支援）状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。更新後も同様とします。

8. 利用料等（居宅療養管理指導）

医師による 居宅療養管理指導	<p>居宅療養管理指導費（Ⅰ）・・・居宅療養管理指導費（Ⅱ）以外の場合。</p> <p>①単一建物居住者1人に対して行う場合 （当該居住にお一人の訪問の場合）</p> <p>1割負担の方： 515円 2割負担の方： 1,030円 3割負担の方： 1,545円</p> <p>②単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （施設・アパート等、当該居住にお二人以上の訪問の場合）</p> <p>1割負担の方： 487円 2割負担の方： 974円 3割負担の方： 1,461円</p> <p>③ ①及び②以外の場合</p> <p>1割負担の方： 446円 2割負担の方： 892円 3割負担の方： 1,338円</p>
	<p>居宅療養管理指導費（Ⅱ）・・・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場合。</p> <p>①単一建物居住者1人に対して行う場合 （当該居住にお一人の訪問の場合）</p> <p>1割負担の方： 299円 2割負担の方： 598円 3割負担の方： 897円</p> <p>②単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （施設・アパート等、当該居住にお二人以上の訪問の場合）</p> <p>1割負担の方： 287円 2割負担の方： 574円 3割負担の方： 861円</p> <p>③ ①及び②以外の場合</p> <p>1割負担の方： 260円 2割負担の方： 520円 3割負担の方： 780円</p>

9. 利用料等のお支払い

1. ご請求方法

毎月1日から末日までの1カ月分を翌月にご請求いたします。

事業所で訪問診療や外来受診等をご利用の方については、当該医療費もまとめて合算しご請求いたします。

2. お支払方法

利用者または主介護者等の『金融機関口座からの引落とし』をお願いします。

※引落とし手数料は当院で負担いたします。

※引落とし以外でのお支払いをご希望の場合は当院窓口へご相談下さい。

3. お支払期日

引落日は毎月27日です。土日祝にあたる場合は翌営業日となります。

お届けする請求書にてお知らせいたします。

※現金でのお支払いをご希望の場合は、ご利用月の翌月末日までに、当院窓口にてお支払下さい

10. 個人情報の利用

別添の『個人情報の保護について』にて詳細をご説明いたします。

11. 秘密の保持

- 1 事業所職員は業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。
- 2 医療法人アガペ会は、職員採用の際、医療法人アガペ会の職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する事を雇用契約の条件とします。

12. 情報の保存、開示義務

- 1 事業所は、訪問計画書と訪問日ごとの報告書を作成し、介護支援専門員等に報告します。これらの書類等はこの契約終了後5年間保存します。
- 2 利用者は、当院に対し、いつでも第1項に規定する書面その他の指導に関する記録の閲覧・謄写を求められます。但し、謄写に際しては、当院は利用者に対して、実費当額を請求できるものとします。

13. 事故発生時の対応

居宅療養管理指導の提供中に事故が発生した場合は、速やかに主介護者等へ連絡します。また、利用者の主治医へ連絡・相談等を行い、状況に応じて救急隊へ連絡し緊急受診を行います。受診の際は、主介護者等による付き添いをお願いする場合があります。市町村、利用者担当の居宅介護支援事業者等へ連絡を行うとともに、当該事故の状況等を記録します。

14. 苦情・相談受付

苦情・相談受付窓口は以下の通りとする。寄せられた苦情に対し、迅速かつ適切に対応するために事業所管理者は地域医療包括ケアセンター苦情処理解決要綱に基づき事業所内で苦情解決に向けた検討会等を開催、必要に応じて地域医療包括ケアセンター苦情処理解決委員会を開催し、円滑・円満な解決に取り組む。

- 1 名 称 ファミリークリニックきたなかぐすく
電話・FAX 電話：098-935-5517 FAX：098-982-0708
営業日 月・火・木・金曜日。水曜日の午前。第2・第4日曜日。
【祝日、12月31日～1月3日は休業】
営業時間 月・火・木曜日は9時～17時30分。金曜日は9時～19時。
水曜日は9時～12時30分。
第2・第4日曜日は9時～17時30分。
ご利用方法 電話相談受付、直接面談、当院内設置のご意見箱への投書
- 2 名 称 医療法人アガペ会 法人本部
電話・FAX 電話：098-935-2277 FAX：098-935-2272
営業日 月～金曜日【祝日、12月31日～1月3日は休業】
営業時間 8時30分～17時30分
ご利用方法 電話相談受付、直接面談、法人本部設置のご意見箱への投書

3 他にも、以下の苦情・相談受付窓口がございます。

通常実施地域における介護保険に関する苦情相談窓口	○北中城村役場 介護保険担当課 連絡先098-935-2233 受付時間帯 平日8時30分～17時15分
	○沖縄県介護保険広域連合 業務課 連絡先098-921-7803 受付時間帯 平日8時30分～17時15分
	○沖縄市役所 高齢福祉課 連絡先098-939-1212 受付時間帯 平日8時30分～17時
	○宜野湾市役所 介護長寿課 連絡先098-893-4411 受付時間帯 平日8時30分～17時
	○沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 連絡先098-860-9026 受付時間帯 平日8時30分～17時

説明事項確認及び同意書

事業所は、利用者や家族および主介護者等に対して重要事項説明書に基づき、サービス内容等の説明を行いました。

年 月 日

(事業所名) 医療法人アガペ会

ファミリークリニックきたなかぐすく

院長 山入端 浩之 印

説明者氏名 _____ 印

私は、上記職員から重要事項説明書に基づいてサービス内容等の説明を受け、重要事項説明書及び同意書の交付を受けました。サービス提供開始に同意します。

年 月 日

(利用者) 氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

(家族および主介護者等) 氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____

※ [利用者と同じ住所・電話番号の
場合は記入不要]

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

署名代行の理由 _____