

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 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の提供にあたり、厚生省令の規定に基づき、当事業所が説明すべき重要事項は以下のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者名称	木古内町国民健康保険病院
所在地	北海道上磯郡木古内町字本町 710 番地
連絡先	電話:01392-2-2079(代表) FAX:01392-2-6025
管理者	木古内町病院事業管理者

2. 事業所の概要

事業所名称	木古内町国民健康保険病院 栄養管理室
事業所指定番号	0111513487
事業所所在地	北海道上磯郡木古内町字本町 710 番地 木古内町国民健康保険病院
連絡先	電話:01392-2-2079 FAX:01392-2-6025(共通)

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービス提供に努めます。

4. 事業実施地域及び営業時間

サービス提供地域	木古内町・知内町
平日	午前 8 時 30 分～午後 17 時

5. 職員体制

① 医師:3 名	菊一 雅弘 吉田優一 清水秀和
② 管理栄養士 1 名	四釜久美子

上記の責任者は 木古内町国民健康保険病院 院長 吉田優一 になります。

6. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当者の変更を申し出る事ができます。その場合当事業者は、このサービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、あなたの担当者が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当者を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

7. サービスの提供について

- ① サービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。

- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全・衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備・器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導 ご利用日	医師 ・ 管理栄養士 毎月第 曜日の予定です。
----------------------------------	-------------------------------

8. 利用料金

居宅療養管理指導サービス費 介護予防居宅療養管理指導サービス費	① 医師 1 回につき 515 単位 (月2回まで) *特別地域加算あり ② 管理栄養士 1回につき 545 単位 (月2回まで)
交通費	病院を起点として 1km当たり30円＋税 (木古内町内に関しては免除)

- ① 居宅療養管理指導サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割～3割をお支払いいただきます。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い(一旦、貴方様が利用料の全額を支払い、その市町村からの払い戻しを受ける方法)をご希望の場合は、お申し出ください。
- ② 提供を受ける居宅療養管理指導サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 請求書は、利用のあった月の翌月 10～15 日頃までにご用意し、ご自宅宛てに送付させていただきます。但し、請求額のない月はご用意しません。
- ④ 利用者負担のある月ごとにお渡しする請求書は、内容を照合の上、請求月の月末までに下記のいずれかの方法によりお支払いください。
- 1) 病院窓口での現金払い
 - 2) 事業者指定口座振り込み
 - 3) 利用者指定の金融機関からの自動引き落とし(毎月 15 日に引き落としとなります)
- ※3)をご希望される場合は、別途用紙を用意しますので、お声かけください。

9. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

10. キャンセル

サービスの利用を中止する際には、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。なお、キャンセル料はいただいておりません。

連絡先:木古内町国民健康保険病院 栄養管理室 01392-2-2079

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- 1) 当事業所は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する情報を善良なる管理者の責任をもって管理・保持するとともに、利用者との合意の目的以外に使用しません。
- 2) 当事業所は、利用者の同意がない限り、本契約に関わる利用者の機密情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

② 個人情報の保護について

当事業所は、個人情報保護法に準拠し、個人情報の取り扱いを行うものとします。

12. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載されている内容に変更が生じる場合には、その都度、利用者及びその家族等に対して、その内容を通知する書面を交付の上、口頭にて説明をし、同意を得ることとします。

居宅療養管理指導・介護予防居宅管理指導 契約書

様(以下「契約者」という)と木古内町国民健康保険病院(以下「事業者」という)は、(介護予防)居宅療養管理指導サービス(以下「サービス」という)の利用に関して、下記のとおり契約(以下「本契約」という)を締結します。

第1条 (契約の目的)

1. 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者がその居宅において、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況、おかれている環境等を踏まえて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ります。
2. 事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態区分及び利用者の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います

第2条 (契約期間)

本契約の有効期間は契約締結の日(令和 年 月 日)から、利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。ただし、契約満了期間の7日前までに利用者から文書による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

第3条 (サービスの内容及びその提供)

1. 当院に属する医師が訪問し、医学的観点から居宅介護サービス計画の作成等に必要な情報提供及び介護方法や利用者やその家族等に対する療養上必要な事項について指導・助言を行います。
2. 当院に属する管理栄養士が訪問し、医師の指示に基づき、利用者又は家族等に栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談、助言を行います。
3. 事業者は、利用者へのサービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保管し、利用者は希望に応じて閲覧できます。

第4条 (居宅介護支援事業所等との連携)

当院は利用者に対して居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、利用者が依頼する居宅介護支援事業所又はその他保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。

第5条 (利用料金)

1. サービスに対する利用者の負担金は説明書に記載のとおりとします。なお、利用料金は関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改訂後の金額を適用するものとします。
2. 事業者は、利用者及びその家族等が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月10日以降に発行し、所定の方法により交付します。利用者及びその家族等は、当該合計金額を期日までに支払う者とします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

第6条 (契約の解除)

1. 利用者は、事業者に対して、1週間の予告期間をもってこの契約を解除することができます。
2. 事業者は、次の事由に該当した場合は、直ちにこの契約を解除することができます。
 - 一 利用者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず30日以内にこれが支払われない場合
 - 二 利用者が、故意又は重大な過失により事業者もしくはサービス従事者の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - 三 前項の解除をするときは、事業者は、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業等と協議

本契約を証するため、本書を2通作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各1通を保有する

契約締結日 令和 年 月 日

(利用者)

私は、以上の契約につき本契約書、重要事項説明書の説明を受け、その内容を理解し、同意し、本契約を申し込みます。

利用者

住所

氏名

印

電話

上記代理人(代理人を選定した場合)

住所

氏名

印

(利用者との続柄: _____)

(事業者)

事業者は、利用者又は代理人の申し込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

事業者

事業者 木古内町国民健康保険病院

住所 北海道上磯郡木古内町字本町 710 番地

代表者 病院事業管理者 菊一 雅弘

印