

重要事項説明書
高梁市国民健康保険成羽病院附属川上歯科診療所
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、「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条の規定に基づき、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 事業者の概要

事業者名	高梁市
事業者の所在地	岡山県高梁市松原通2043番地
代表者名	高梁市長 石田 芳生
開設年月日	令和5年4月1日
連絡先	電話 0866-21-0200 FAX 0866-21-0261

2 ご利用事業所

事業所名	高梁市国民健康保険成羽病院附属川上歯科診療所
事業所の所在地	岡山県高梁市川上町地頭2340番地
管理者名	副所長 藤井 崇史
連絡先	電話 0866-48-4188 FAX 0866-48-3100
介護保険事業所番号	3338900180

3 営業日、営業時間及び実施地域

サービス種類	営業日及び営業時間
居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時 ただし木曜日及び土曜日は午前8時30分～午後0時30分まで 実施地域 高梁市川上町

4 休日

休日	日曜日、祝休日、12月29日～1月3日
----	---------------------

5 事業の目的と運営方針

事業の目的	在宅で療養している利用者に対し医学的管理のもとに他のサービス機関と連携を取りながら住み慣れた地域で安心して療養生活が送れるよう支援することを目的とします。
	①利用者が可能な限り居宅において自立した日常生活が送れるよう、歯

運営方針	科医師が通院困難な利用者に対してその居宅を訪問して心身の状況・周囲の環境等を把握し療養上の管理・指導を行うことにより療養生活の質の向上が図れるよう援助します。 ②居宅療養管理指導の提供にあたっては、客観的にサービスの評価を行い、評価の結果を踏まえ常にサービスの改善を図り良いサービスの提供に努めます。
------	--

6 従業者の職種、員数、職務の内容

歯科医師	2名（常勤1名、非常勤1名）	歯科医療業務
歯科衛生士	2名（非常勤2名）	歯科衛生業務

7 サービスの概要

サービス項目	サービス内容の概要
居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導	歯科医師が訪問し、計画的かつ断続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者等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）並びに利用者や家族等に対する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及び助言を行います。

8 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導が法定代理受領サービスであるときは、「介護保険負担割合証」の負担割合を乗じた額とする。表中の利用者負担金は1割で算出したものである。

また、介護保険の手続きが申請中等には、利用料が全額負担になる場合がある。

（2）別に特別地域（介護予防）居宅療養管理指導加算を1回につき所定利用料の15%に相当する額を所定利用料に加算する。

（3）別に通常の事業の実施地域を越えて、特別地域、中山間地域等に居住する者への（介護予防）

居宅療養管理指導をおこなった場合は、1回につき所定利用料の5%に相当する額を所定利用者に換算する。

【利用料金表】

単一建物居住者に対して行う場合			
サービス種類	区 分	利用料 1回あたり	利用者負担額
			1割
歯科医師が行う場合 居宅療養管理指導又は 介護予防居宅療養管理指導	単一建物居住者が1人	5,170円	517円
	単一建物居住者が2～9人	4,870円	487円
	単一建物居住者が10人以上	4,410円	441円

単一建物居住者に対して行う場合			
サービス種類	区 分	利用料 1回あたり	利用者負担額
			1割
歯科衛生士が行う場合 居宅療養管理指導又は 介護予防居宅療養管理指導	単一建物居住者が1人	3,620円	362円
	単一建物居住者が2～9人	3,260円	326円
	単一建物居住者が10人以上	2,950円	295円

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	副所長 藤 井 崇 史
-------------	-------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) 介護相談員を受け入れます。

(6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者)を現に養護する者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10 衛生管理等

(1) 医師及び看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 指定居宅療養管理指導(予防)事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

(3) 感染症が発生しまん延しないように「感染症予防まん延防止の対策検討委員会」を概ね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果を看護師等に周知徹底を図ります。

(4) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

(5) 医師及び看護師等に対して、感染症予防及びまん延防止のための研修、訓練を定期的実施します。

11 業務継続計画策定等

(1) 感染症や非常災害の発生時においてサービスの提供を継続的に実施するとともに、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該計画書に従い必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対して業務継続計画について周知し必要な研修及び訓練を定期的実施します。

12 相談窓口、苦情対応

* サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

【事業所の窓口】

高梁市国民健康保険成羽病院附属
川上歯科診療所
高梁市川上町地頭2340番地

電話番号 0866-48-4188
FAX 0866-48-3100
相談員 看護課長 大田文子
対応時間 月曜日～金曜日
午前8時30分～午後5時
※木曜日は8時30分～午後0時30分まで

【市町村（保険者）の窓口】

高梁市役所健康福祉部健康長寿課
高梁市松原通2043番地

電話番号 0866-21-0299
FAX 0866-23-0655
開庁時間 月曜日～金曜日
午前8時30分～午後5時15分

【市町村（保険者）の窓口】

井原市役所健康福祉部介護保険課
井原市井原町311-1

電話番号 0866-62-9519
FAX 0866-65-0268
開庁時間 月曜日～金曜日
午前8時30分～午後5時15分

【公的団体の窓口】

岡山県国民健康保険団体連合会
介護保険課
岡山市北区桑田町17-5

電話番号 086-223-8811
FAX 086-223-9109
開庁時間 月曜日～金曜日
午前8時30分～午後5時15分

1.3 緊急時の対応

利用者の病状に変化が生じた場合その他必要な場合は、利用者の家族及び保険者（ご住所住居の市町村）に連絡するとともに、速やかに緊急治療等の必要な措置を講じます。

1.4 事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅療養管理指導の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定居宅療養管理指導の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに自己の状況・原因等を検証し、損害賠償の検討を行うとともに、事故の発生防止に努めます。

市町村	市町村名	
	担当部・課名	
	電話番号	
居宅介護 支援事業 所	事業所名	
	所在地	
	担当介護支援 専門員氏名	

	電話番号	
--	------	--

15 秘密保持

サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を用いる場合があります。なお、その場合部外者への漏洩がないよう必要な措置を講じます。
(個人情報の利用目的については別紙)

16 緊急時の連絡先

高梁市国民健康保険成羽病院附属川上歯科診療所

電話番号 0866-48-4188

FAX 0866-48-3100

担当者 歯科医師 藤井崇史

令和 年 月 日

【説明者】

当事業所は、利用者に対する居宅療養管理指導等の提供開始に当たり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

高梁市川上町地頭2340番地

高梁市国民健康保険成羽病院附属川上歯科診療所

職 名 _____ 氏 名 _____ (印)

【利用者】

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス事業所からサービス内容及び重要事項の説明を受けこれらを十分に理解した上で、提供開始に同意します。
また、私の個人に関する情報を、サービス担当者会議等において使用することに同意します。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【家族】

私は、利用者本人の意思を確認し、代わりに上記署名を行いました。
また、私の個人に関する情報を、サービス担当者会議等において使用することに同意します。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)
利用者との続柄 _____