

ゆう愛クリニック 居宅療養管理指導

重 要 事 項 説 明 書

<令和8年6月1日現在>

1 事業の目的と運営方針

要支援、要介護状態等にある利用者が居宅において自立した生活を営むことができるよう、居宅を訪問して病状、心身の状況、置かれている環境等を把握し利用者及び家族に療養上の管理、指導、助言等を行い利用者の療養生活の向上を図ります。事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携に努めます。

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- ①名 称 ゆう愛クリニック 指定居宅療養管理指導事業所
- ②事業所番号 0712011956
- ③所在地 福島県伊達市霊山町掛田字西裏49番地1
- ④電話番号 024(586)1315

(2) 事業所の職員体制

- ①管理者の氏名 医師：小野木 太
- ②員数 常勤 医師：三名
- ③職務内容 医師による居宅療養管理指導の提供

(3) サービス営業日及び営業時間

- ①営業日は、月曜日～土曜日（祝日、8月14日～16日、12月30日～1月3日を除く）
- ②営業時間は、午前9時00分～午後5時30分

(4) サービスの実施地域

福島市、相馬市、伊達市、伊達郡、相馬郡

3 サービスの内容と費用

(1) サービスの内容

医師が行う居宅療養管理指導

担当の医師が、通院が困難な利用者に対しその居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者及び居宅サービスを利用するその他の事業者に対し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。また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法等について、指導及び助言を行います。

※事業者への情報提供については、個人情報ですので、利用者の同意を得て行います。

(2) 費用

介護報酬告示上の額の負担割合となります。法定代理受理サービスでない時は、利用料金の全額を支払った後に、市町村から払い戻しを受ける償還払いとなります。利用者負担額については、下記利用料金のとおりです。

利用料金

- ① 医師が行う場合 1月に2回を限度として（1回あたりの1割負担の場合の料金）

居宅療養管理指導費（Ⅰ）（Ⅱ以外の場合に算定）

（単一建物居住者が1人）	515円
（単一建物居住者が2～9人）	487円
（単一建物居住者が10人以上）	446円

居宅療養管理指導費（Ⅱ）（在宅時医学総合管理料等を算定する利用者を対象とする場合に算定）

（単一建物居住者が1人）	299円
（単一建物居住者が2～9人）	287円
（単一建物居住者が10人以上）	260円

② 特別地域加算

離島や豪雪地帯など、介護サービスの確保が著しく困難であると認められる特別地域等において、要介護者に対する介護サービスの確保に貢献する事業所を評価するための加算です。所定単位数の15%が加算されます。

③ 交通費

居宅療養管理指導の提供に要する交通費は、徴収しないものとします。

④ キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合、特にキャンセル料は徴収しないものとします。

⑤ 利用料等のお支払方法

当月の料金の合計額を翌月中旬頃までに利用者へ送付します。利用者又は連帯保証人は、合計額を月末日頃までにお支払い下さい。お支払い方法は、口座引落、現金払いの2通りから選定して下さい。入金確認後、領収書を発行いたします。

4 その他運営についての留意事項

事業所は居宅療養管理指導の質的向上を図るための研修を設けます。

5 秘密保持

従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。又、従事者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため従事者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨に従事者との雇用契約の内容とします。

6 事故発生時の対応

利用者本人に対する事故または、利用者宅の物品に対する損害に対しては、当法人では全国の医療機関・介護事業所で広く利用されている保険に加入しています。事故発生の際は、その保険で対応いたします。

事故が起こらないように、細心の注意を払って診療・看護などの業務に当たりますが、高齢の方は認知症に伴う判断力の低下や、ふらつきなどのために、転倒など思わぬ事故を起こすことがあります。その時は緊急の処置や、必要に応じて病院紹介をするなど最善の対応をします。

その時の医療費については、加入している保険で対応することになりますが、保険の範囲外となる医療費については、本人やご家族に負担していただくことがあります。

サービスを提供する上で起こりうる危険性・偶発的な事故などについては、十分なご理解をお願いいたします。

7 サービスに関する相談や苦情について

- ・ 電話番号 024(586)1315
- ・ 受付時間 午前9時00分～午後5時30分
- ・ 苦情受付担当者 高橋 美和子
- ・ 苦情解決責任者 小野木 太

8 緊急時の対応

電話等により、24時間常時連絡が可能な体制となっています。

9 業務継続に向けた取り組みについて

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護サービス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の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 職員に対し、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実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう下記の措置を講じます。

- ① 職員の健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

- ③ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底しています。
- ④ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を準備しています。
- ⑤ 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その職員に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ① 当該事業所職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人）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。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ③ 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。 役職：院長 氏名：小野木 太
- ④ 虐待等の発生防止、早期発見に加え、虐待等が発生した場合、その再発を確実に防止するための対策を検討するための虐待防止委員会を設置します。
- ⑤ 虐待を含め苦情相談については、事業所の苦情解決責任者が受付し、個人情報の取り扱いに留意し、相談者に不利益がないように配慮し、苦情解決の対応をします。
- ⑥ 利用者またはご家族に対して、利用可能な権利擁護事業について説明し、その求めに応じ、社会福祉協議会、市町村等の適切な窓口へご案内する等の成年後見制度の利用支援を行います。

12 ハラスメントについて

法人は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント防止に向け取り組みます。

- ① 業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
ご利用者及びそのご家族が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時事案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

13 身体拘束等について

原則として利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

- ① 事業所は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行わない。ただし、当該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ます。
- ② 前項の規定による身体拘束等を行う場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとする。また、あらかじめ利用者またはその家族に、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体拘束等の態様および目的、身体拘束等を行う時間、時間等の説明を行い、同意を書面で得るよう努めるものとします。
- ③ 前各項の規定による身体拘束等を行う場合には、各事業所により検討会議を行う。また、経過観察記録を整備します。
- ④ 2か月に1回、身体拘束委員会を開催します。

当事業者は、重要事項説明書に基づき、居宅療養管理指導のサービス内容及び重要事項の説明をいたしました。

事業者 住 所 福島県伊達市霊山町掛田字西裏 4 9 番地 1
事業所 ゆう愛クリニック 指定居宅療養管理指導事業所
管理者 小野木 太 印

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

上記のサービス内容及び重要事項の説明を受け、内容について同意します。
また、私および私の家族は、利用者の個人情報に関し、サービス計画を作成するために他の事業者等により情報提供を求められた場合は、その関係人に情報を提示することに意義ありません。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者家族（代理人） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

緊急連絡先 _____