

社会医療法人三愛会 三愛クリニック

(指定居宅療養管理指導及び指定介護予防居宅療養管理指導 重要事項説明書)

この重要事項説明書は、ご利用者がサービスを受けられるに際し、ご利用者やご家族に対し、当事業所の概要や勤務体制・サービスの内容、個人情報の取扱等、ご注意いただきたいことを記したものです。ご不明な点は遠慮なくお尋ねください。

1. 事業所概要

事業所名称 社会医療法人三愛会 三愛クリニック
 所在地 鹿児島市郡元三丁目3番7号
 法人種別 社会医療法人
 代表者名 理事長 川村 英俊
 電話番号 099-812-6433
 F A X 099-812-6477

2. 事業の目的と運営方針

- ① 要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、居宅を訪問して、適正な療養上の管理及び指導を提供することで、利用者の心身機能の維持回復並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- ② 要支援状態の利用者が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できるよう、居宅を訪問して、適正な療養上の管理及び指導を提供することで、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。

3. 職員の体制及び業務内容

- ① 管理者 1名 (他の職務を兼務する場合がある)
 管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。
- ② 医師 1名以上
 居宅を訪問し、医学的観点から居宅介護サービス計画の作成などに必要な情報提供を行うと共に介護方法についての指導・助言や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導・助言を行います。

4. 営業日及び営業時間

(営業日) 月曜日から土曜日 (営業時間) 午前9時から午後5時
 但し、日曜、祝日、12月30日から1月3日までは除きます。

5. 事業実施地域

鹿児島市地域 (旧 吉田町、郡山町、松元町、喜入町、桜島町を除く)

6. サービス内容

- ① 利用者の病状と心身の状況を把握し、計画的かつ継続的な医学管理に基づいて、居宅介護支援事業者、地域包括支援センターに対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報を提供すると共に、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。
- ② 利用者・家族に対する指導・助言については、文書等の交付により行うように努めます。

7. 利用料金

		1割負担	2割負担	3割負担
医科診療報酬点数表の在宅時医学管理料又は施設入居時医学総合管理料を算定していない場合	医師が同一建物居住者1人に訪問	1回 515円	1回 1030円	1回 1545円
	医師が同一建物居住者2～9人に訪問	1回 487円	1回 974円	1回 1461円
	医師が同一建物居住者10人以上に訪問	1回 446円	1回 892円	1回 1338円
上記、管理料を算定している場合	医師が同一建物居住者1人に訪問	1回 299円	1回 598円	1回 897円
	医師が同一建物居住者2～9人に訪問	1回 287円	1回 574円	1回 861円
	医師が同一建物居住者10人以上に訪問	1回 260円	1回 520円	1回 780円

※1 利用者からは、上記の金額(法定代理受領相当分:1割、2割、3割のいずれか)を利用料として徴収します。

※2 通常の事業実施地域を越えて行う介護サービスに要した交通費は、別途徴収します。

8. 相談・要望・苦情等の受付

- ① 三愛クリニック 9:00～17:00 099-812-6433 担当 医事課
- ② 鹿児島市役所 8:30～17:15 099-216-1280 担当 介護保険課

9. 事故・緊急時の対応

介護サービスを実施中に、利用者に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに管理者等に報告し、その指示に従って、必要な措置を講じます。事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. 秘密保持及び個人情報の取扱

- ① 事業所及びその従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密保持を遵守します。
- ② 事業所は、個人情報保護を遵守しますが、緊急時における医療機関への照会、サービス担当者会議参加等において介護方法の助言のために、利用者ならびにその家族の個人情報をを用いる場合があります。

私は、事業所の概要や勤務体制・サービスの内容、個人情報の取扱等について説明を受けました。また、より良き医療・介護サービスを受けるため、私及び私の家族の個人情報をサービス利用期間中に用いることに同意します。

年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ ㊞

(保証人) 住所 _____

氏名 _____ ㊞

(事業所) 住所 鹿児島市郡元三丁目3番7号

名称 社会医療法人 三愛会 三愛クリニック ㊞