

土岐内科クリニック指定居宅療養管理指導重要事項説明書

居宅療養管理指導の提供について知っておいていただきたい内容を説明いたします。
わからないことがあれば、遠慮なく質問・お問い合わせください。

1. 訪問居宅療養管理指導を提供する事業所

事業所名	土岐内科クリニック
所在地	土岐市肥田浅野笠神町2-12
介護保険事業者番号	2111801037
連絡先	電話0572-53-0656 Fax0572-53-0658
相談担当者	長谷川 嘉哉、橋本 貴至

2. サービス提供可能な日と時間

月曜日から金曜日

13:00～16:30 月、火、水、木、金

電話のみ24時間対応可能（深夜、緊急でない場合は避けてください）

3. 相談または受付時間

サービス提供可能な日と時間と同じ

電話のみ24時間対応可能（出来る限り深夜、及び緊急でない場合は避けてください）

4. 居宅療養管理指導に従事するものは、次の通りです。

医師二人

5. 居宅療養管理指導の内容

医師は居宅を訪問し、医学的観点から、居宅介護サービス計画作成等に必要な情報提供及び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。

①ホームヘルパーサービス、②訪問入浴、③訪問看護、④訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション(デイケア)、⑤デイサービス（通所介護）、⑥ショートステイ、⑦福祉用具の貸与・購入費の支給、⑧認知症対応型共同生活介護、⑨住宅改修費の支給、⑩特定施設入所者生活介護に関する指導、助言を行います。

ケアマネージャーに情報提供及び介護方法についての指導、助言を行います。

訪問看護ステーションを利用の方には、毎月、月初めに訪問看護に関する指示を提供します。

介護老人保健施設、介護療養型医療施設等への情報提供を行います。

6. 利用料

提供サービスが介護保険の適用を受けた場合、利用料の額は、介護保険負担割合証の記

載割合に応じた額をお支払い頂きます。

7. 天災などの不可抗力

① 契約の有効期間中、地震・噴火などの天災その他事業者の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、事業者は利用者に対して該当サービスを提供すべき義務を負いません。

② 前項の場合に、利用者はすでに実施したサービスについては所定の利用料金を事業者を支払うものとします。

8. 秘密の保持と個人情報の保護

事業者および事業所に従事するものは、サービス提供する上で知り得た利用者またはその家族の状況や秘密を、利用者または家族の承諾なく、第三者に漏らしません。

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、必要に応じて応急の手当てを行うとともに、関連医療機関等に連絡を行うなどの必要な処置を講じます。

緊急時の連絡先 0572-53-0656

(夜間 0572-54-0355)

電話のみ24時間対応可能(深夜、緊急でない場合は避けてください)

10. 苦情・相談について

当医院の提供する居宅療養管理指導に関する苦情・相談は次の窓口で対応します。

医療法人ブレイン 土岐内科クリニック

電話番号 0572-53-0656

相談責任者 福田菜野香

※責任者が不在の場合は、他の職員が対応いたします。

公的機関においても、次の機関において相談・苦情を受け付けています。

土岐市役所 高齢介護課

所在地 土岐市土岐津町土岐口 2101

電話番号 0572-54-1111 (代表)

瑞浪市役所 高齢福祉課

所在地 瑞浪市上平町 1-1

電話番号 0572-68-2111 (代表)

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課

所在地 岐阜県藪田南五丁目 14 番 12 号

電話番号 058-275-9826

1 1. 虐待防止及び身体拘束等の適正化について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待防止及び身体拘束等の適正化を目的として、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止及び身体拘束等の適正化に関する責任者を選定しています。
虐待防止及び身体拘束等の適正化に関する責任者は 管理責任者 とします。
- (2) 指針を整備しています。(虐待のみ)
- (3) 従業者に対する虐待・身体拘束防止を啓発・普及するための研修等を実施しています。
- (4) 事業者はサービス提供中に、虐待を受けたとみられた場合には、速やかに市町村へ報告致します。
- (5) 事業者は、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

1 2. 裁判管轄

利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

1 3. 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

【説明確認欄】

年 月 日

サービス計画の締結に当たり、上記より、重要事項を説明した。

事業所 住所 岐阜県土岐市肥田浅野笠神町2-12

名称 土岐内科クリニック

説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記により、重要事項の説明を受けた。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印