

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

平成 30 年 4 月 1 日現在

1 事業者（法人）の概要

事業者名	医療法人 寺沢病院
代表者名	理 事 長 寺澤 健二郎
所在地・連絡先	〒815-0084 福岡市南区市崎1丁目14番11号 (電話) 092 - 521 - 1381 (FAX) 092 - 526 - 3635

2 事業所の概要

事業所名	医療法人 寺沢病院
事業所番号	4 0 1 1 2 1 2 4 7 1
所在地・連絡先	〒815-0084 福岡市南区市崎1丁目14番11号 (電話) 092 - 521 - 1381 (FAX) 092 - 526 - 3635
指定を受けているサービスの種類	居宅療養管理指導
指定番号	4 0 1 1 2 1 2 4 7 1
サービス提供地域	福岡市南区、福岡市中央区、福岡市博多区、福岡市城南区

3 事業の目的及び運営の方針

目 的	事業者は、介護保険法等の関係法令に従い、利用者が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に、利用者の心身の状況、生活の環境等を踏まえて、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ることを目的します。また、目的達成のため、計画的かつ継続的な医学管理を行います。
-----	---

4 従業員の勤務体制(日曜日・祝日・年末年始は診療しておりません。)

従 業 者 の 職 種	人 数		通常勤務体制
	常 勤 (人)	非常勤 (人)	
医 師	7	—	平 日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 土曜日 9 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0
管理栄養士	1	—	平 日 8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0 土曜日 8 : 4 5 ~ 1 3 : 0 0

5 サービスの内容と費用

(1) サービスの内容

居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導」という。）の種類	内 容
1 医師が行う居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、医師が、利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者その他の事業者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。）並びに利用者若しくはその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及び助言を行います。
2 管理栄養士が行う居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行います。 ※ 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする方又は低栄養状態にあると医師が判断した方が対象となります。

(2) 利用料

介護保険の適用がある場合は、原則として提供された居宅療養管理指導費の1割又は2割（一定以上の所得のある方）が利用者の負担額となります。

6 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、20日までに下記口座に振り込みにてお支払ください。

西日本シティ銀行 平尾支店(店番 308)
普通預金口座（口座番号 1501459）
イリョウホジシ テラサビョウイン リジチョウ テラサリ ケンジロウ
口座名義 医療法人寺沢病院 理事長 寺澤 健二郎

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当事業所相談窓口

- ・窓口責任者 江藤 友紀（職種：看護師）
- ・ご利用時間 平日 9：00～17：00
- ・ご利用方法 電話（092—521—1381）
面談（当院外来受付にお申し出ください。）

<相談・苦情対応に係る手順>

- 1) 利用者もしくはご家族より相談・苦情があった場合、内容を確認します。
- 2) 相談・苦情に対し担当者と検討し、迅速に解決に向けた対応をします。
- 3) 苦情となった要因を整理・分析し、再発防止策を検討し、上記1) 2) と共に記録します。
- 4) カンファレンス等において、情報共有し、対応策を周知します。

(2) 行政機関その他苦情受付け機関

福岡市南区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市南区塩原3-25-1 電話番号 092-561-2131
福岡市中央区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市中央区大名2-5-31 電話番号 092-841-2131
福岡市博多区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市博多区博多駅前2-9-3 電話番号 092-441-2131
福岡市城南区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市城南区鳥飼6丁目1の1 電話番号 092-822-2131
国民健康保険団体 連合会	所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号 092-642-7813

8 利用者の方へのお願い

サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示してください。

9 職員研修に関する事項

事 項	内 容
内部研修	居宅療養管理指導に関する手順、サービス提供内容、多職種との連携内容等を研修し周知するための研修会を実施する。(年1回以上)
外部研修	関係機関が実施する研修や集団指導に参加し、診療報酬請求や記録の整備等について研修する。
伝達研修	内部研修及び外部研修の研修事項を、関係職種に周知するため必要に応じて、伝達研修を実施する。

【 確認署名欄 】

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しました。

令和 年 月 日

事業者 事業者(法人)名 医療法人 寺沢病院
所 在 地 福岡市南区市崎 1 丁目 1 4 番 1 1 号
代表者氏名 理事長 寺澤 健二郎 印

説明者氏名 _____ 印（職名：_____）

【 同意署名欄 】

事業者が重要事項説明書に基づいて説明を行った居宅療養管理指導のサービス内容及び重要事項の内容について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 _____ 印

利用者家族 住所
氏名 _____ 印（続柄：_____）

代理人(選任した場合) 住所
氏名 _____ 印（続柄：_____）

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

令和6年 9月 1日現在

1 事業者（法人）の概要

事業者名	医療法人 寺沢病院
代表者名	理 事 長 寺澤 健二郎
所在地・連絡先	〒815-0084 福岡市南区市崎1丁目14番11号 (電話) 092 - 521 - 1381 (FAX) 092 - 526 - 3635

2 事業所の概要

事業所名	医療法人 寺沢病院
事業所番号	4011212471
所在地・連絡先	〒815-0084 福岡市南区市崎1丁目14番11号 (電話) 092 - 521 - 1381 (FAX) 092 - 526 - 3635
指定を受けているサービスの種類	居宅療養管理指導
指定番号	4011212471
サービス提供地域	福岡市南区、福岡市中央区、福岡市博多区、福岡市城南区

3 事業の目的及び運営の方針

目 的	事業者は、介護保険法等の関係法令に従い、利用者が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に、利用者の心身の状況、生活の環境等を踏まえて、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ることを目的します。また、目的達成のため、計画的かつ継続的な医学管理を行います。
-----	---

4 従業員の勤務体制(日曜日・祝日・年末年始は診療していません。)

従 業 者 の 職 種	人 数		通常勤務体制
	常 勤 (人)	非常勤 (人)	
医 師	7	—	平 日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 土曜日 9 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0
管理栄養士	1	—	平 日 8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0 土曜日 8 : 4 5 ~ 1 3 : 0 0

5 サービスの内容と費用

(1) サービスの内容

居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導」という。）の種類	内 容
1 医師が行う居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、医師が、利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者その他の事業者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。）並びに利用者若しくはその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及び助言を行います。
2 管理栄養士が行う居宅療養管理指導	通院が困難な利用者に対して、管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行います。 ※ 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする方又は低栄養状態にあると医師が判断した方が対象となります。

(2) 利用料

介護保険の適用がある場合は、原則として提供された居宅療養管理指導費の1割又は2割（一定以上の所得のある方）が利用者の負担額となります。

6 利用料等のお支払方法

訪問診療に関わる支払いについては、当院よりグループホームへ請求させていただきグループホームより、介護（施設入居費用等）、医療（訪問診療費用等）を一括で請求させていただきます。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当事業所相談窓口

- ・窓口責任者 江藤 友紀（職種：看護師）
- ・ご利用時間 平日 9：00～17：00
- ・ご利用方法 電話（092—521—1381）
面談（当院外来受付にお申し出ください。）

<相談・苦情対応に係る手順>

- 1) 利用者もしくはご家族より相談・苦情があった場合、内容を確認します。
- 2) 相談・苦情に対し担当者と検討し、迅速に解決に向けた対応をします。
- 3) 苦情となった要因を整理・分析し、再発防止策を検討し、上記1) 2) と共に記録します。
- 4) カンファレンス等において、情報共有し、対応策を周知します。

(2) 行政機関その他苦情受付け機関

福岡市南区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市南区塩原3-25-1 電話番号 092-561-2131
福岡市中央区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市中央区大名2-5-31 電話番号 092-841-2131
福岡市博多区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市博多区博多駅前2-9-3 電話番号 092-441-2131
福岡市城南区役所 介護保険担当課	所在地 福岡市城南区鳥飼6丁目1の1 電話番号 092-822-2131
国民健康保険団体 連合会	所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号 092-642-7813

8 利用者の方へのお願い

サービス利用の際は、介護保険被保険者証を提示してください。

9 職員研修に関する事項

事 項	内 容
内部研修	居宅療養管理指導に関する手順、サービス提供内容、多職種との連携内容等を研修し周知するための研修会を実施する。(年1回以上)
外部研修	関係機関が実施する研修や集団指導に参加し、診療報酬請求や記録の整備等について研修する。
伝達研修	内部研修及び外部研修の研修事項を、関係職種に周知するため必要に応じて、伝達研修を実施する。

【 確認署名欄 】

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しました。

令和 年 月 日

事業者 事業者(法人)名 医療法人 寺沢病院
所在地 福岡市南区市崎1丁目14番11号
代表者氏名 理事長 寺澤 健二郎 印

説明者氏名 _____ 印（職名：_____）

【 同意署名欄 】

事業者が重要事項説明書に基づいて説明を行った居宅療養管理指導のサービス内容及び重要事項の内容について同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 _____ 印

利用者家族 住所
氏名 _____ 印（続柄：_____）

代理人(選任した場合) 住所
氏名 _____ 印（続柄：_____）