モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 （指定（介護予防）居宅療養管理指導）

（メモ）重要事項の掲示について書面掲示に加え、令和７年４月１日以降ウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載が必要となります。

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定(介護予防)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、「枚方市指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成25年枚方市条例第48号）」及び「枚方市指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成25年枚方市条例第49号）」の規定に基づき、指定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　(介護予防)居宅療養管理指導サービスを提供する事業者について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | （法人種別及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地（連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）（連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

２　利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

1. 事業所の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | （指定事業所名称） |
| 介護保険指定事業所番号 | （指定事業所番号） |
| 事業所所在地 | （事業所の所在地、ビル等の場合には　建物名称、階数、部屋番号まで） |
| 連絡先相談担当者名 | （連絡先電話・ﾌｧｯｸｽ番号）（部署名・相談担当者氏名） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約） |

1. 事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| 営業時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

1. サービス提供可能な日と時間帯

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| サービス提供時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

1. 事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

①病院又は診療所である指定居宅療養管理指導事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 医師又は歯科医師 | １　通院が困難な利用者に対して、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（歯科医学的管理）に基づいて、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。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、家族に対する指導又は助言については、文書等の交付により行うよう努めます。３　文書等により指導、助言を行った場合は、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存し、口頭により指導、助言を行った場合は、その要点を記録します。 | 医師〇名以上歯科医師〇名以上 |
| 薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士 | １　薬剤師は、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問し、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行います。利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切にサービスの提供を行います。　　管理栄養士は、医師の指示に基づき、栄養ケア計画を作成し、患者又は家族に、栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談、助言を行います。　　歯科衛生士は、歯科医師の指示に基づき、管理指導計画を作成し、利用者に療養上必要な実施指導を行います。２　作成した計画を利用者、家族に提供するとともに、提供した(介護予防)居宅療養管理指導の内容について、利用者、家族に対して文書等で提供するように努め、速やかに記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告します。３　概ね３月を目途として、当該計画の見直しを行います。 | 薬剤師〇名以上歯科衛生士〇名以上管理栄養士〇名以上 |

②薬局である指定居宅療養管理指導事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 薬剤師 | １　薬剤師は、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、利用者の居宅を訪問し、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行います。利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切にサービスの提供を行います。２　作成した計画を利用者、家族に提供するとともに、提供した(介護予防)居宅療養管理指導の内容について、利用者、家族に対して文書等で提供するように努め、速やかに記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告します。３　少なくても月に１回は当該計画の見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合にも適宜見直しを行います。 | 〇名以上 |

３　提供するサービスの内容及び費用について

1. 提供するサービスの内容について

|  |  |
| --- | --- |
| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
| 居宅療養管理指導 | 要介護状態となった場合においても、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生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図る。 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 要支援状態となった場合においても、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生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、療養上の管理及び指導を行うことにより、療養生活の質の向上を図る。 |

（メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないよう、サービス内容は、できるだけ具体的に記述するようにしてください。

1. (介護予防)居宅療養管理指導事業者の禁止行為

(介護予防)居宅療養管理指導事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

1. 医療行為
2. 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
3. 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
4. 利用者の同居家族に対するサービス提供
5. 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
6. 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
7. 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
8. その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
9. 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

【医師が行う場合】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供者等 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅰ)医師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者１人に対して行う場合 | 515 | 5,150円 | 515円 | 1,030円 | 1,545円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅰ)医師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 | 487 | 4,870円 | 487円 | 974円 | 1,461円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅰ)医師が行う場合（月2回まで）上記以外の場合 | 446 | 4,460円 | 446円 | 892円 | 1,338円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅱ)医師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者１人に対して行う場合（医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に関する(介護予防)居宅療養管理指導） | 299 | 2,990円 | 299円 | 598円 | 897円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅱ)医師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合（医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に関する(介護予防)居宅療養管理指導） | 287 | 2,870円 | 287円 | 574円 | 861円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅱ)医師が行う場合（月2回まで）上記以外の場合（医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に関する(介護予防)居宅療養管理指導） | 260 | 2,600円 | 260円 | 520円 | 780円 |

【歯科医師が行う場合】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供者等 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 歯科医師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者１人に対して行う場合 | 517 | 5,170円 | 517円 | 1,034円 | 1,551円 |
| 歯科医師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 | 487 | 4,870円 | 487円 | 974円 | 1,461円 |
| 歯科医師が行う場合（月2回まで）上記以外の場合 | 441 | 4,410円 | 441円 | 882円 | 1,323円 |

【薬剤師が行う場合】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供者等 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 病院又は診療所の薬剤師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者1人に対して行う場合 | 566 | 5,660円 | 566円 | 1,132円 | 1,698円 |
| 病院又は診療所の薬剤師が行う場合（月2回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 | 417 | 4,170円 | 417円 | 834円 | 1,251円 |
| 病院又は診療所の薬剤師が行う場合（月2回まで）上記以外の場合 | 380 | 3,800円 | 380円 | 760円 | 1,140円 |
| 薬局の薬剤師が行う場合（月4回まで）単一建物居住者1人に対して行う場合※ただし、末期の悪性腫瘍又は中心静脈栄養を受けている利用者については週2回かつ月8回まで | 518 | 5,180円 | 518円 | 1,036円 | 1,554円 |
| 薬局の薬剤師が行う場合（月4回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合※ただし、末期の悪性腫瘍の者又は中心静脈栄養を受けている利用者については週2回かつ月8回まで | 379 | 3,790円 | 379円 | 758円 | 1,137円 |
| 薬局の薬剤師が行う場合（月4回まで）上記以外の場合※ただし、末期の悪性腫瘍の者又は中心静脈栄養を受けている利用者については週2回かつ月8回まで | 342 | 3,420円 | 342円 | 684円 | 1,026円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算（薬剤師が行う場合） | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 | 算定回数等 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 医科診療報酬点数表に規定する所定の訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 | 46 | 460円 | 46円 | 92円 | 138円 | １月に４回に限る |
| 疼痛緩和のために、別に麻薬及び向精神薬取締法第２条第一号に規定する麻薬の投薬が行われている利用者の場合 | 100 | 1,000円 | 100円 | 200円 | 300円 | １回につき |
| 医療用麻薬持続注射療法加算 | 250 | 2,500円 | 250円 | 500円 | 750円 | １回につき |
| 在宅中心静脈栄養法加算 | 150 | 1,500円 | 150円 | 300円 | 450円 | １回につき |

【管理栄養士が行う場合】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供者等 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅰ)管理栄養士が行う場合（月2回まで）単一建物居住者1人に対して行う場合 | 545 | 5,450円 | 545円 | 1,090円 | 1,635円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅰ)管理栄養士が行う場合（月2回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 | 487 | 4,870円 | 487円 | 974円 | 1,461円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅰ)管理栄養士が行う場合（月2回まで）上記以外の場合 | 444 | 4,440円 | 444円 | 888円 | 1,332円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅱ)管理栄養士が行う場合（月2回まで）単一建物居住者1人に対して行う場合 | 525 | 5,250円 | 525円 | 1,050円 | 1,575円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅱ)管理栄養士が行う場合（月2回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 | 467 | 4,670円 | 467円 | 934円 | 1,401円 |
| （介護予防）居宅療養管理指導費(Ⅱ)管理栄養士が行う場合（月2回まで）上記以外の場合 | 424 | 4,240円 | 424円 | 848円 | 1,272円 |

【歯科衛生士等が行う場合】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供者等 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 歯科衛生士等が行う場合（月4回まで）単一建物居住者1人に対して行う場合 | 362 | 3,620円 | 362円 | 724円 | 1,086円 |
| 歯科衛生士等が行う場合（月4回まで）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 | 326 | 3,260円 | 326円 | 652円 | 978円 |
| 歯科衛生士等が行う場合（月4回まで）上記以外の場合 | 295 | 2,950円 | 295円 | 590円 | 885円 |

* + (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、｢領収書｣を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（メモ）上記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

４　その他の費用について

|  |  |
| --- | --- |
| ① 交通費 | (介護予防)居宅療養管理指導に要した交通費を請求することがあります。 |
| ② キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 |
| 24時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| 12時間前までにご連絡の場合 | １提供当りの料金の〇〇％を請求いたします。 |
| 12時間前までにご連絡のない場合 | １提供当りの料金の〇〇％を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 |

（注）当該事業所の運営規程において、定められている必要があります。

（メモ）キャンセル料を請求する、しない及びその徴収率等の設定については、各事業者において決定する事項です。したがって、キャンセル料を請求しない場合には、この条項の記載は不要です。

利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯設定として例示では「24時間」を目安時間として掲げています。

５　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等
 | 1. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。
2. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
 |
| 1. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等
 | 1. サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

(ア)事業者指定口座への振り込み(イ)利用者指定口座からの自動振替(ウ)現金支払い1. お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）
 |

* + 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

（メモ）②のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

６　担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | ア　相談担当者氏名　　　　（氏名）イ　連絡先電話番号　　　　（電話番号）　　同ﾌｧｯｸｽ番号　　 　　　（ﾌｧｯｸｽ番号）ウ　受付日及び受付時間　（受付曜日と時間帯） |

* + 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

（メモ）担当する職員の変更に関する利用者の希望については、利用者の立場を配慮して、「変更の可能性の教示」という位置付けで、事業者が積極的に利用者に情報提供すべき事項として本項目を重要事項説明書に記載することにしています。ただし、事業所の人員体制などが制約条件となる可能性があるため、注釈部分（※印）を付記しています。

７　サービスの提供にあたって

1. サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要支援・要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
2. 利用者が要支援又は要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援又は要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援又は要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
3. 薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士が行う(介護予防)居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師等の指示に基づき策定する「薬学的管理指導計画」、「栄養ケア計画」、「管理指導計画」に基づき、実施します。

上記計画については、訪問後、必要に応じ計画の見直しを行う。「薬学的管理指導計画」については、少なくとも月に１回、「栄養ケア計画」、「管理指導計画」は概ね３月を目途に見直しを行います。

1. 従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

８　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する担当者 | (職・氏名を記載する) |

1. 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、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
2. 虐待防止のための指針の整備をしています。
3. 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
4. サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

（メモ）業務継続計画については、令和９年３月31日までの間は努力義務となっています。実際に取り組まれている事業所は記載してください。

９　身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、５年間保存します。

また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

1. 切迫性･･････直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
2. 非代替性････身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
3. 一時性･･････利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

10　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 利用者及びその家族に関する秘密の保持について
 | 1. 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
	1. 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
	2. また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
	3. 事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
 |
| 1. 個人情報の保護について
 | 1. 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
2. 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
3. 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)
 |

11　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏　　名　　　　　　　　　　　　 続柄住　　所電 話 番 号携 帯 電 話勤　務　先 |
| 【主治医】 | 医療機関名氏 名電 話 番 号 |

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

12　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定(介護予防)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、利用者に係る介護予防支援事業者又は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(介護予防)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、損害賠償を速やかに行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 【市町村（保険者）の窓口】枚方市役所　健康福祉部　　　　　　福祉指導監査課 | 所 在 地　枚方市大垣内町２丁目１－２０電話番号　072-841-1460 (直通)ﾌｧｯｸｽ番号072-841-1322　(直通)受付時間　9：00～17：30(土日祝は休み) |
| 【居宅支援事業所の窓口】 | 事業所名所在地電話番号担当介護支援専門員 |

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村、介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

13　身分証携行義務

(介護予防)居宅療養管理指導を行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

14　心身の状況の把握

(介護予防)居宅療養管理指導の実施にあたっては、介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

15　居宅介護支援事業者等との連携

1. 指定(介護予防)居宅療養管理指導の提供にあたり、介護予防支援事業者及び居宅介護支援事業者、保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
2. サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「(介護予防)居宅療養管理指導計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
3. サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者に送付します。

16　サービス提供の記録

1. 文書等により指導又は助言を行うように努め、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存します。口頭により指導又は助言を行った場合は、その要点を記録します。

その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。

1. 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

17　衛生管理等

(1)サービス提供職員等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(介護予防)居宅療養管理指導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)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

　　①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月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

　　②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整備しています。

　　③従業者に対し、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に実施します。

18　業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）居宅療養管理指導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) 従業者に対し、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に実施します。

(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。

（メモ）業務継続計画については、令和９年３月31日までの間は努力義務となっています。実際に取り組まれている事業所は記載してください。

19　指定(介護予防)居宅療養管理指導サービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

1. 提供予定の指定(介護予防)居宅療養管理指導の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日 | 訪問時間帯 | サービス区分・種類 | サービス内容 | 介護保険適用の有無 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 月 | 11:00～12:00 | 薬剤師（薬局）による居宅療養管理指導 | 薬学的管理指導 | ○ | ○○○円 | ○○円 |
| 火 |  |  |  |  |  |  |
| 水 |  |  |  |  |  |  |
| 木 | 10:00～11:00 | 薬剤師（薬局）による居宅療養管理指導 | 薬学的管理指導 | ○ | ○○○円 | ○○円 |
| 金 |  |  |  |  |  |  |
| 土 |  |  |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |  |  |
| １週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額 | ○○○円 | ○○円 |

1. その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ①交通費の有無 | （有・無の別を記載）サービス提供1回当り…（金額） |
| ②キャンセル料 | 重要事項説明書４－②記載のとおりです。 |

1. １か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|  |  |
| --- | --- |
| お支払い額の目安 | （目安金額の記載） |

* + ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

（メモ）なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

* + この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

20　サービス提供に関する相談、苦情について

1. 苦情処理の体制及び手順
	1. 提供した指定(介護予防)居宅療養管理指導に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
	2. 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
		*
		*

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】（事業者の担当部署・窓口の名称） | 所 在 地電話番号ﾌｧｯｸｽ番号受付時間 |
| 【市町村（保険者）の窓口】枚方市役所　健康福祉部　　　　　　介護認定給付課 | 所 在 地　枚方市大垣内町２丁目１－２０電話番号　072-841-1460 (直通)ﾌｧｯｸｽ番号072-844-0315　(直通)受付時間　9：00～17：30(土日祝は休み) |
| 【公的団体の窓口】大阪府国民健康保険団体連合会 | 所 在 地　大阪市中央区常盤町1丁目３－８電話番号　06-6949-5418受付時間　9:00～17:00（土日祝は休み） |

(メモ)利用者が枚方市以外の被保険者の場合、当該保険者の窓口を記載してください。

21　重要事項説明の年月日

|  |  |
| --- | --- |
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年　　　月　　　日 |

上記内容について、「枚方市指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成25年枚方市条例第48号）」及び「枚方市指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成25年枚方市条例第49号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

　上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

（メモ）

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が署名又は記名（必要に応じて押印）を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 大阪府○○市△△町１丁目１番１号 |
| 氏　名 | 枚方　　太　郎 |

　　　　　　　　　　　　上記署名は、楠葉　花子（子）が代行しました。