

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導契約書別紙

(兼重要事項説明書)

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟市条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会医療法人 新潟勤労者医療協会
主たる事務所の所在地	〒956-0814 新潟市秋葉区東金沢 1459 番地 1
代表者（職名・氏名）	理事長 五十嵐 修
設立年月日	1954年 2月19日
電話番号	0250-24-5170

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	舟江診療所
サービスの種類	居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
事業所の所在地	新潟市中央区入船町3丁目 3629 番地 1
電話番号	025-229-3588
事業所番号	1510124983
管理者の氏名	小林 あかね
通常の事業の実施地域	中央区の一部、東区の一部

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

居宅療養管理指導（又は介護予防居宅療養管理指導）は、主治医等がその必要性を認めた場合に、当事業所の医師がそのお宅を訪問して、療養上の指導等を行うことにより、生活の質の確保及び向上を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後5時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤 1 人、非常勤 3 人	管理栄養士	常勤 1 人（老健兼務）
看護師	常勤 2 人、非常勤 3 人		

7. 担当医師及び管理者

あなたの担当医師及びその管理責任者は下記のとおりです。ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当医師の氏名	小林 あかね
管理責任者の氏名	小林 あかね

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、基本利用料の1割又は、一定以上の所得のある65歳以上の方は2割又は3割となります。

(1) 居宅療養管理指導利用料（介護予防居宅療養管理指導費・居宅療養管理指導費共通）

【基本部分】＜医師が行う場合＞

サービス内容	利用者の要介護度	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金（自己負担1割の場合） ＝（基本利用料の1割）
（介護予防）居宅療養管理指導（Ⅱ）	（1）単一建物居住者1人に対して行う場合	2,990円	299円
	（2）単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合	2,870円	287円
	（3）上記以外の場合	2,600円	260円

（注）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合でも、キャンセル料をいただきません。あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は早めにご連絡ください。

(3) 支払い方法

上記（1）から（3）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、14日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌々月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 第四銀行 住吉町支店 普通口座 1378662
現金払い	サービスを利用した月の翌々月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記までご連絡ください。

緊急時の連絡先	医療機関の名称 所在地 電話番号	舟江診療所 新潟市中央区入船町 3-3629-1 025-229-3588
家族等の緊急連絡先	氏名（利用者との続柄）	Tel. () -

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 025-229-3588 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	新潟市福祉部介護保険課	電話番号 025-226-1273
	新潟市秋葉区健康福祉課	電話番号 0250-25-5679
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、医師等は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

(2) 医師等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所所在地 新潟市中央区入船町3丁目3629番地1

事業者名 新潟勤労者医療協会 舟江診療所

説明者・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。 また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄 ()

氏名 印