

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①（兼重要事項説明書）〔2025 年 10 月 1 日現在〕

1. 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	公益財団法人 宮城厚生協会 古川民主病院 歯科
事業所番号	宮城県指定 0431530021
所在地	宮城県大崎市古川駅東 2－1 1－1 4
管理者氏名	呉 賢一
電話番号	0 2 2 9－2 3－0 1 0 5
F A X 番号	0 2 2 9－2 4－8 8 9 1
通常の事業の実施地域	大崎市、加美郡、遠田郡

事業所を運営する事業者について

事業者名称	公益財団法人 宮城厚生協会
代表者氏名	理事長 土村 まどか
所在地	宮城県多賀城市下馬 2 丁目 13 番 7 号
電話番号・FAX 番号	（電話：022-361-1158・Fax：022-361-1124）（担当：介護事業部）
法人設立年月日	1950 年 2 月 21 日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にあり、かかりつけの医師が居宅療養管理指導の必要を認めた通院困難な利用者が、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、居宅療養管理指導（介護予防）を提供し、療養生活の質向上を図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。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（日曜祝日、8 月 16 日、12 月 30 日～1 月 3 日を除く）
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時（但し、土曜日は 12 時 30 分まで）

(4) 事業所の職員体制（介護予防も兼務で対応します）

職名	資格	人数	職務内容
管理者	歯科医師	1 名	従業者及び業務の総括管理
職員	歯科医師	1 名以上	計画的で継続的な医学的管理に基づく、居宅療養管理指導の実施。医療との兼務。
	歯科衛生士	1 名以上	

職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者や家族から求められたときは、いつでも身分証を提示します。

2. 提供するサービス内容

居宅療養管理指導（介護予防）は、医師（歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、看護職員等）が利用者宅を訪問して、療養上の管理及び指導を行うサービスです。利用者の病状・心身の状況を把握し、計画的・継続的な医学的管理に基づいて、療養上の必要なことについて、利用者・家族へ指導や説明を行います。

＊サービスの第三者評価は実施しておりません。

3. 利用料等

- （１） サービスの利用料は、契約書別紙②(料金表)のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、「介護負担割合証」に記載されている割合になります。（介護報酬が改定された場合は、自動的に改定されます。）ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

＊尚、保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合は、全額（10 割）を一旦お支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を発行しますので、「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の支給（利用者負担額を除く）申請をして下さい。

- （２） 交通費

医療保険で訪問診療した際に、いただきます。

- （３） 支払い方法：

利用料等は、月ごとにまとめて請求しますので、次の方法でお支払い下さい。

~~A. 自動口座引き落とし（翌月 27 日に、ご指定の金融機関口座から引き落とします。）~~

B. 現金払い（病院の会計窓口にお支払い下さい。）

C. 銀行振込、郵便振替（払込人の氏名は利用者本人のお名前をお書き下さい。

手数料は利用者負担となります。）

銀行振込口座	七十七銀行	本店
普通口座	口座番号	9370811
公財）宮城厚生協会理事長土村まどか		

4. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者の病状に急変その他緊急事態が生じた時は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医及び家族等へ連絡する等の必要な措置を講じます。

5. 事故発生時の対応

サービス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、担当の居宅介護支援事業者（又は地域包括支援センター）及び市町村に連絡し、必要な措置をとります。又、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。

6. 秘密保持と個人情報保護について

- （１） 事業者及び事業者の従業者は、サービス提供にあたって知りえた利用者及び家族に関する情報は理由無く他の人に漏らしません。当該事業所の従業者でなくなった場合においても同様です。

(2) 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の居宅サービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員と指定居宅サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、利用者及び利用者の家族の同意を得た上で必要最小限の範囲内で使用します。

(3) (1) の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律 124 号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

7. 記録の開示及び複写

利用者は事業者に対し、記録の閲覧及び複写を求めることができます。求めがあった場合には開示に関する規定に従い、開示の手続きを行います。閲覧及び複写にあたっては、以下の料金（税込）をご負担いただきます。

開示料金：3,850 円、複写料金：白黒及び 2 色 1 枚 22 円、カラー 1 枚 55 円 画像コピー CD-R：2,200 円、診療録不在証明書発行手数料：1,100 円 管理者説明：30 分毎に 5,500 円
--

8. 虐待防止の対応

事業所は、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修を実施し、権利擁護、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止に関する対応を行います。当事業所に関する内容以外でも、遠慮なくお申し出ください。

虐待防止責任者 相澤 正樹

9. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 相談・苦情に適切に対応するための手順は以下の通りです。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・苦情をうけた場合、責任者は詳しい事情を把握し、利用者の立場に立った対応に努める・市町村や国民健康保険団体連合会（以下「市町村等」という。）が行う調査に協力する・市町村等から指導又は助言を受けた場合は、指導又は助言に従って適切な改善を行う・苦情受付から解決までの経過と結果を記録し、同様の苦情の再発防止に役立てる・市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告する |
|---|

(2) 苦情相談窓口

担当部署	歯科	責任者： 松岡 智美
電話番号	0 2 2 9 - 2 3 - 0 1 0 5	受付時間（平日午前 9 時から午後 5 時）

*当事業所では、「介護ネットみやぎ」の会員団体で、第三者委員を共同委嘱しています。以下の窓口に直接申し出ることや、立ち合いや助言を求めることもできます。

第三者委員苦情相談受付窓口（介護ネットみやぎ）	0 2 2 - 2 7 6 - 5 2 0 2
-------------------------	-------------------------

*市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

苦 情 受 付 機 関	電 話 番 号
大崎市高齢介護課高齢福祉係	0 2 2 9 - 2 3 - 6 0 8 5
美里町役場長寿支援課介護保険係	0 2 2 9 - 3 2 - 2 9 4 1

加美町保健福祉課高齢者福祉係	0 2 2 9 - 6 3 - 7 8 7 2
宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課	0 2 2 - 2 2 2 - 7 7 0 0 (苦情相談専用)

10. サービス利用にあたっての留意事項

- (1) サービス提供の際、職員は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を行うことができませんので、あらかじめご了解下さい。
- (2) 職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者又は担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）へご連絡ください。
- (4) 利用者・家族から事業職員に対しての暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷などの迷惑行為、パワー・セクシャルなどのハラスメント行為は契約書第9条1項に当たる行為とみなし、契約の解約を求めることがあります。
- (5) 利用者本人以外の写真や動画の撮影・録音などをインターネットなどに掲載するなどの行為は迷惑行為に当たりますのでご遠慮ください。

年 月 日

* 事業者は、居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）の提供開始にあたり、利用者に対して、上記のとおり重要事項を説明しました。

《事業者》 所在地 多賀城市下馬二丁目13-7
 法人名 公益財団法人 宮城厚生協会
 代表者名 理事長 土村 まどか

《説明者》 事業所名 古川民主病院 歯科
 （自署）氏 名 _____

* 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》 氏 名 _____

上記署名は、私が本人の意思を確認し、代行しました。

《署名代行者》（自署）氏 名 _____
 （利用者との関係： _____）