介護予防居宅療養管理指導、居宅療養管理指導の運営規程
および
重要事項説明書

第１条　　（以下「当院」という）が実施する介護予防居宅療養管理指導及び居宅療養管理指導(以下「居宅療養管理指導等」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営にする事項を定める。

（事業の目的）

第２条　　要介護状態又は要支援状態にある者（以下(要介護者等)という。）に対し、適切な居宅療養管理指導等を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第３条

（１）当院が実施する居宅療養管理指導等の従業者は、要支援・要介護者等がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、心身の状況や環境などを把握し、それらを踏まえて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ことを目的とする。

（２）居宅療養管理指導の実施にあたっては、居宅介護支援事業者、その他保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

（事業所の名称等）

第４条　　当院は、介護保険の居宅療養管理指導の指定を愛知県知事から受けている。

事業者番号	2333100796
名称	医療法人　濱碇会　みつわ山口歯科クリニック
所在地	〒444-1154　　愛知県安城市桜井町阿原 29-7
電話番号	0566-95-8633
FAX	0566-99-3623

（職員の職種、員数及び職務内容）

第５条　　居宅療養管理指導等の従業者の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

（１）歯科医師　　４人

歯科医師は、居宅を訪問し、歯科医学的観点から、居宅介護サービス計画の作成などに必要な情報提供を行うとともに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・助言を行う。

（2）歯科衛生士　　5人

歯科衛生士は、歯科医師の指示に基づき居宅を訪問し、患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃、摂食嚥下機能に関する実地指導を行う。また常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め利用者に対し適切なサービスを提供する。

（3）言語聴覚士　　2人　　（4）理学療法士　　1人

（サービス提供日及び提供時間）

第6条　　居宅療養管理指導等の提供日及び提供時間は次の通りとする。

月曜日から土曜日　　9：00～18：00（水曜日は休診）

※その他当医院の診療カレンダーによる

※地震、災害等で交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情で、訪問できない場合もあります。

（事業の内容）

第7条　　居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の内容は次のとおりとする。

（1）要介護者または家族からの介護全般に関する相談等に応じる

（2）居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）に対し、居宅サービス計画の作製等に必要な情報を提供する

（3）要介護者または家族に対し、居宅サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言を行う。

（4）その他療養生活向上のための指導・助言を行う。

（利用料その他の費用の額）

第8条

（1）居宅療養管理指導した場合に生じる一部負担金は厚生労働大臣が定める基準により次のとおり。なお介護保険の一部負担金につき公費負担がある場合はその分を減免する。

歯科医師の場合（月2回まで）※同月内の3回目以降は介護費用がかかりません。

居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費		1割負担	2割負担	3割負担
同じ月に同じ建物で1人だけの患者様に対応した場合	1回につき	517円	1034円	1551円
同じ月に同じ建物で2～9人だけの患者様に対応した場合	1回につき	487円	974円	1461円
同じ月に同じ建物で10人だけの患者様に対応した場合	1回につき	441円	882円	1323円

歯科衛生士の場合（月４回まで）※同月内の５回目以降は介護費用がかかりません。

居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費		１割負担	２割負担	３割負担
同じ月に同じ建物で１人だけの患者様に対応した場合	１回につき	362 円	724 円	1086 円
同じ月に同じ建物で 2～9 人だけの患者様に対応した場合	１回につき	326 円	652 円	978 円
同じ月に同じ建物で 10 人だけの患者様に対応した場合	１回につき	295 円	590 円	885 円

※一部負担金について：介護保険法等の関係法令の改正により、利用者負担金の改定が必要となった場合には、患者様及びそのご家族様（以下「利用者様」という）にご説明の上で、改定後の金額を適用する。

（通常の事業の実施地域）

第９条　　介護予防居宅療養管理指導、居宅療養管理指導の、通常の事業の実施地域は当院より半径 16 キロ以内の区域とする。

例：安城市、岡崎市、知立市、碧南市、刈谷市、大府市、豊明市、豊田市、西尾市、幸田町、蒲郡市、半田市、阿久比町、東浦町、その他

（苦情相談窓口）

第１０条

（１）相談や苦情に対応する常設の窓口として、下記の窓口で対応いたします。

みつわ山口歯科クリニック	管理者	歯科医師	山口　隆義

対応時間は午前９時～午後５時です。

（２）円滑かつ迅速に苦情処理を行うための体制、手順

①苦情があった場合は、直ちに利用者などと連絡を取り、事情を聞き、苦情の内容を把握し必要な対応を行う。

②苦情の内容によっては、市区町村や居宅介護支援事業者などと連絡を取り、必要な対応を行う。

（３）その他の参考事項

必要に応じ医学的観点から、他の事業者との連絡調整を行い、苦情が発生しないよう努力する。

（４）院外の苦情相談窓口

①保険者（お住まいの市区町村の介護保険担当部局）

②愛知県国民健康保険団体連合会

〒461-8532　　名古屋市東区泉一丁目６番５号　国保会館　　※文書での受付のみ。

（居宅療養管理指導事業者の禁止行為）

第 11 条

（１）当医院はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

①利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

②利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受

③利用者様の同居家族に対するサービス提供

④利用者様の歯科治療の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）

⑤利用者様の居宅での飲酒・喫煙・飲食

⑥身体拘束その他利用者様の行動を制限する行為（利用者様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）

⑦その他利用者様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

（虐待の防止について）

第１2 条

（１）当院は、ご利用者様の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げる通り必要な処置を講じる。

①虐待防止に関する責任者を選定する。

②苦情解決対策を整備する。

③従業者に対して、虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する。

④サービス提供中に、当該事業所従業員または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）との間で虐待を受けたと思われる案件を発見した場合は、速やかにこれを市区町村に通報する。

（身体的拘束等の適正化）

第 13 条

(1)　身体的拘束等の更なる適正化を図る観点から、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合身体的拘束等を行う場合があります

（秘密保持と個人情報の保護について）
第１４条

（１）ご利用者様に関する秘密の保持について

①事業者は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省が策定した「医療・介護保険事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を尊守し、適切な取り扱いに努めるものとする。

②当院および当院の従業者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様の秘密を、正当な理由なく第三者にもらさない。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供が終了した後においても継続する。

③当院は、従業者に、業務上知り得たご利用者様の秘密を保持させるため、従業者である期間および従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

（２）個人情報の保護について

①当院は、ご利用者様に関する個人情報が含まれる記録物については、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する。

②事業者が管理する情報については、ご利用者様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を行うものとする。(開示に際して複写料などが必要な場合はご利用者様のご負担となります)

③当院は、より良い医療、介護サービス提供の為、関連する医療・介護保険事業者やインフォーマルサービスの提供者との間で、連携を目的として情報を共有する場合がある。

④居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）に定められた事業者や場合によっては、主治医以外の医療事業者も含みます。診療にあたり、今後医療従事者の変更もしくは、個人情報保護に関する誓約済みの見学者の同行に同意する。

（その他運営に関する留意事項）

第15条

①従業者の質的向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備する。

②この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は当院が定めるものとする。

付則　この規程は令和6年6月1日施行する。

医療法人　濱碇会　　みつわ山口歯科クリニック　　印

私は、重要事項説明に基づいて、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受けました。

年　　月　　日

（ご利用者様）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご家族様等代理人）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者様との続柄）＿＿＿＿

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

No.＿＿＿＿＿＿　患者氏名＿＿＿＿＿＿