

(医)イースタンクリニック 野間医院
居宅療養管理指導重要事項説明書

あなたに対する居宅療養管理指導サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第91条、第8条に基づいて、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. 事業者概要

事業者名称	イースタンクリニック
主たる事務所の所在地	福岡市南区多賀2丁目4番6号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 松岡秀夫
設立年月日	平成8年7月1日
電話番号	092-557-3600
ホームページアドレス	https://konohano-sato.com/

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	野間医院
指定番号	4011213693号
所在地	福岡市南区多賀2丁目4番6号
開設年月日	平成11年7月1日
電話番号	092-557-3600
管理者の氏名	理事長 松岡秀夫
サービス提供地域	福岡市
実施している その他の事業	介護老人保健施設 短期入所療養介護 通所介護 通所リハビリテーション 居宅介護支援

3. 事業の目的と運営方針

乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその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、甲の心身の状況、置かれている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甲の療養生活の質の向上を図ります。

4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
医師	1人以上	常勤1名以上 勤務時間（10：00～16：30）
管理栄養士	1人以上	常勤1名以上 勤務時間（8：30～17：30）

- ①サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1～3割をお支払いいただきます。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から7～9割分の払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合は、お申し出ください。
- ②提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③当事業者は、あなたに対し、毎月15日までに、サービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
- ④毎月の利用料は、翌月末日までに窓口でのお支払いもしくは銀行引き落とし、振込の方法でお支払いください。

(1) 居宅療養管理指導料

1割負担の場合

単位	回/月	利用料(1回)	備考(加算等)	介護保険適用の有無
260単位	1～2回/月	260円	居宅療養管理指導Ⅱ3	有
444単位	1～2回/月	444円	管理栄養士居宅療養Ⅰ3	有
1ヶ月あたりのお支払いの合計額の目安			260円～1,408円	

(2) その他費用

なし

10. 苦情申立窓口

当事業所相談窓口	ご利用時間 平日 10:00～16:30 ご利用方法 電話 092-557-3600
福岡市のご相談窓口	福岡市南区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092)-559-5125
	福岡市中央区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092)-718-1102
	福岡市西区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092)-895-7066
	福岡市東区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092)-645-1069
	福岡市早良区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092)-833-4355
	福岡市城南区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092)-833-4105
	福岡市博多区 保健福祉センター 福祉・介護保険課 (092)-419-1081
福岡県国民健康保険 団体連合会	介護保険課 (092)-642-7859

11. キャンセル料

キャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただきます。ただし、病状の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

前日のキャンセル： 無料

当日のキャンセル： 利用料自己負担部分の 100 %

12. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

13. 緊急時の対応方法

医師の訪問中に緊急事態が発生した場合、協力医療機関と連携を図ります。また緊急連絡先にご連絡いたします。管理栄養士、その他の職員が訪問中の緊急時は、医師又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

利用者の主治医	氏名	松岡秀夫
	所属医療機関の名称	野間医院
	所在地	福岡市南区多賀2丁目4番6号
	電話番号	092-557-3600
協力医療機関	① 名称：医療法人 喜悦会 那珂川病院 住所：福岡市南区向新町2丁目17番17号	
	② 名称：医療法人 恵光会 原病院 住所：福岡市南区若久2丁目6-1	
	③ 名称：医療法人 慈光会 若久病院 住所：福岡市南区若久5丁目3-1	
	④ 名称：井口野間病院 住所：福岡市南区寺塚1丁目3-47	
協力歯科医療機関	名称：医療法人 五洋会 前田歯科 住所：福岡市中央区六本松4丁目9-12	
緊急連絡先	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

14. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・ 加入保険会社名 損害保険ジャパン株式会社
〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1
カスタマーセンター 0120-888-089
- ・ 保険の内容 医師賠償責任保険

当事業者は、ご利用者に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、本人及び身元保証人 1. 2 に
対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

附則 この規定は 平成 24 年 9 月 1 日作成
平成 26 年 4 月 1 日改訂
平成 30 年 4 月 1 日改訂
令和元年 10 月 1 日改訂
令和 3 年 4 月 1 日改訂
令和 6 年 6 月 1 日改訂