

北多摩クリニック（居宅療養管理指導用）

重要事項説明書（2024年4月1日現在）

介護及び予防指定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。

1 指定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	西都保健生活協同組合
代表者氏名	理事長 村田 靖
法人所在地 (連絡先及び電話番号等)	清瀬市上清戸 2-1-41 TEL042-493-6129

2 利用者に対する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	北多摩クリニック
介護保険指定 事業所番号	東京都 1314720744 号
事業所所在地	清瀬市上清戸 2-1-41
連絡先 相談担当者名	電話 042-496-7760 FAX042-496-7761 北多摩クリニック 下川 久美子
事業所の通常の 事業の実施地域	清瀬市全域、東久留米市（小山 3・4・5 丁目）、新座市（新堀 1・2 丁目、 西堀 2 丁目、菅沢 2 丁目、あたご 3 丁目）、所沢市（下安松・本郷）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある者に対し、適正な指定居宅療養管理指導等を提供します。
運営の方針	利用者が居宅において、その有する能力に応じ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、心身の状況や環境等を把握し、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。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日※ただし 祝日及び 12 月 29 日～1 月 3 日を除く
営業時間	月曜日～金曜日 午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～土曜日
サービス提供時間	午後 12 時 00 分から午後 16 時 30 分

(5) 事業所の職員体制

管理者	医師 保坂 幸男
-----	----------

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。	常勤 1 名 非常勤 名

3 提供するサービス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ため指定居宅介護支援事業者へ情報提供をします。

(2) 居宅療養管理指導事業者の禁止行為

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 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ② 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）
- ③ 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）
- ④ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 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
 (2024年6月1日現在)

区分	サービス提供者	利用料	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）
医師による居宅療養管理指導	医師が行う場合 *月2回まで 単一建物居住者が1人の場合	1回 5150円	1回 515円	1回 1030円	1回 1545円
	単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	1回 4870円	1回 487円	1回 974円	1回 1461円
	上記以外の場合	1回 4460円	1回 446円	1回 892円	1回 1338円
	医師が行う場合 (医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は特定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居宅療養管理指導) *月2回まで 単一建物居住者が1人の場合	1回 2990円	1回 299円	1回 598円	1回 897円
	単一建物居住者が2人以上9人以下の場合	1回 2870円	1回 287円	1回 574円	1回 861円
	上記以外の場合	1回 2600円	1回 260円	1回 520円	1回 780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、利用者負担額を除いた居宅介護サービス費の支給申請を行ってください。

4 その他の費用について

・当事業所では、車代・交通費はいただいております。

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	<p>ア 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。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 15 日までに利用者あてお届け(郵送)します。</p>
② 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	<p>ア 下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)郵便引き落とし 請求月 20 日(20 日が土・日・祝日の場合は翌営業日)</p> <p>(イ)利用者指定口座からの自動振替 請求月 27 日～29 日</p> <p>イ お支払いの確認をされましたら、支払い方法の如何によらず、領収書を郵送しますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</p>

※ 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 カ月以上遅延し、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。

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、右の相談担当者までご相談ください。	<p>ア 相談担当者氏名 下川 久美子</p> <p>イ 連絡先電話番号 042-496-7760</p> <p>ファックス番号 042-496-7761</p> <p>ウ 受付日及び受付時間 月曜日～金曜日 午前 9 時 00 分～午後 4 時 30 分</p>
---	--

※ 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。

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。

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います。「管理指導計画」については概ね 3 月を目途に見直しを行います。

- (3) 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ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 定期的に研修等を実施し、従業者の人権意識の向上・知識や技術の向上に努めます。
- (2) 虐待防止委員会を定期的に開催し、会議内容について職員に周知します。
(委員会については、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。)
- (3) 虐待防止のための指針を整備します。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「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、適切な取扱いに努めるものとします。 ② 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及び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。 ③ 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。 ④ 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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
<p>② 個人情報の保護について</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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ぬ。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ぬ。 ② 事業者は、利用者及び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。）

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定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。

事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。

また、利用者に対する指定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。

11 身分証携行義務

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。

12 心身の状況の把握

居宅療養管理指導の実施に当たっては、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。

13 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2年間保存します。

② 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。

14 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。

15 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

ア 提供した指定訪問介護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)

イ 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。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】	北多摩クリニック 担当者：下川 久美子（看護師） 電話番号 042-496-7760 ファックス番号 042-496-7761 受付時間 月～金曜日午前 9 時 00 分から 午後 4 時 30 分
【市町村（保険者）の窓口】	清瀬市健康福祉部介護保険課 電話：042-492-5111 東久留米市健康福祉部介護保険課 電話：042-470-7777 新座市健康福祉部介護保険課 電話：04-8477-1111 所沢市保健福祉部介護保険課 電話：04-2998-9420
【公的団体の窓口】 東京都国民健康保険団体連合会	東京都国民健康保険団体連合会 介護保険相談窓口担当 電話：03-6238-0177

16 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、当事業者は、重要事項説明書に基づいて、居宅療養管理指導サービスの費用及び利用者負担について説明を行いました。

事業者	所在地	東京都清瀬市上清戸 2-1-41
	法人名	西都保健生活協同組合
	代表者名	理事長 村田 靖
	事業所名	北多摩クリニック
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

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）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	大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏 名	大 阪 太 郎

上記署名は、浪速 花子（子）が代行しました。