

## 重要事項説明書

(指定居宅療養管理指導)

(指定介護予防居宅療養管理指導)

医療法人一桜会

理事長 吉留 大喜

- 契約書に捺印される場合は、契約内容に相違がないか確認してください。
- 契約内容に変更が生じた場合は、至急ご連絡ください。
- その他、ご不明な点がありましたらいつでもお問い合わせください。

重要事項説明書  
(指定居宅療養管理指導)  
(指定介護予防居宅療養管理指導)

あなたに対する居宅サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1、事業者

事業者の名称	医療法人一桜会
事業者の所在地	鹿児島県始良郡蒲生町上久徳 2 5 6 1 番地
法人の種別	医療法人
代表者名	理事長 吉留 大喜
電話番号	0995-52-1111

2、利用事業所

施設の名称	吉留クリニック
事業者の所在地	鹿児島県始良郡蒲生町上久徳 2 5 6 1 番地
管理者	吉留 大喜
電話番号	0995-52-1111
F A X	0995-52-0168

3、事業の目的と運営の方針

<p>&lt;目的&gt;</p> <p>医療法人一桜会が開設する吉留クリニック（以下『事業所』という。）が行う居宅療養管理指導（以下『事業』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関する事項を定め、事業所の居宅療養管理指導従業者が、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な居宅療養管理指導を提供することを目的とする。</p>
<p>&lt;事業運営の方針&gt;</p> <p>指定介護（予防）居宅療養管理指導は、居宅要介護者を対象とし、医師又は看護師又は管理栄養士が、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、それらを踏まえて療養上の管理や指導を行うことにより、利用者の療養生活の質の向上を図る。</p>

4、通常の事業実施地域

始良市蒲生町及び加治木町・始良町、鹿児島市の一部（旧吉田町）、薩摩川内市の一部、（旧祁答院町）とする。
---

## 5、営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。ただし、日曜日及び8月14日・15日・12月30～1月3日までを除く
営業時間	8：30～17：30までとする。

## 6、職員体制（主たる職員）

従業員の職種	人数	常勤・非常勤の別	保有資格等
医師	1名以上	常勤兼務	医師
管理栄養士	1名	常勤	管理栄養士

## 7、居宅療養管理指導の概要

職	職務内容
医師	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>3 文書等により指導、助言を行った場合には、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。</li> <li>4 利用者の居宅サービス計画作成等について必要な情報を、介護支援専門員等へ情報提供します。</li> </ol>
管理栄養士	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 管理栄養士は、医師の指示に基づき、栄養ケア計画を作成し、患者又は家族に、栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談、助言を行います。</li> <li>2 作成した計画を利用者、家族に提供するとともに、提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者、家族に対して文書等で提供するように努め、速やかに記録を作成するとともに、医師に報告します。</li> <li>3 概ね3月を目途として、当該計画の見直しを行います。</li> </ol>

## 8、サービス利用料金

### 医師が行う場合

#### ① 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定しない場合

介護保険負担割合	1割負担	2割負担	算定単位
同一建物居住者が1人	514円	1,028円	1回につき
同一建物居住者が2～9人	486円	972円	1回につき
同一建物居住者が10人以上	445円	890円	1回につき

#### ② 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する場合

介護保険負担割合	1割負担	2割負担	算定単位
同一建物居住者以外（月2回まで）	298円	596円	1回につき
同一建物居住者が2～9人	286円	572円	1回につき
同一建物居住者が10人以上	259円	518円	1回につき

### 管理栄養士が行う場合

介護保険負担割合	1割負担	2割負担	算定単位
同一建物居住者以外（月2回まで）	544円	1,088円	1回につき
同一建物居住者が2～9人	486円	972円	1回につき
同一建物居住者が10人以上	443円	886円	1回につき

## 9、事故発生時の対応

事故発生時は、事故の大小にかかわらず家族及び医師・保険者等へ連絡します。また、事故直後から診察できる体制をとっています。

当法人は、事故対策委員会を法人内に設置し、常に事故防止に努めています。本会は、委員長もしくは、事故が発生した事業所の委員が召集し、事故発生直後に開催しています。また審議内容を記録にとどめ、院長及び関係部署に随時報告し再発防止に努めています。

#### 審議内容

1、事故内容・日時 2、事故原因 3、事故対策 4、家族保険者への連絡 5、心身の状況

本会は、緊急時だけ開催するのではなく、事故防止に向けた新しい動きがあればその時点で開催しています。

## 10、苦情等申し立て

ご利用に際しまして苦情・相談等がありましたら、当事業所ご利用相談窓口をはじめ下記の相談窓口までお申し出ください。お申し出いただきました内容につきましては、迅速に対応させていただきます。

吉留クリニック ご利用相談窓口	担当者：サービス提供責任者 電話番号 0995-52-1111 F a x 0995-52-0168 受付時間 月～土 午前8時30分～午後5時30分
よしどめ居宅介護 支援事業所	担当者：介護支援専門員 電話番号 0995-52-1131 F a x 0995-52-1325 受付時間 月～土 午前8時30分～午後5時30分
始良市蒲生総合支 所	所在地 〒899-5302 蒲生町上久徳 2399 電話番号 0995-52-1211 F a x 0995-52-1219 受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時15分 年末年始、土、日曜日、祝日、祭日は休み
始良市役所	所在地 〒899-5492 始良町宮島 25 電話番号 0995-66-3111 F a x 0995-65-7112 受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時15分 年末年始、土、日曜日、祝日、祭日は休み
鹿児島市吉田支所	所在地 〒891-1392 鹿児島市本城町 1696 電話番号 099-294-2211 F a x 099-294-3352 受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時15分 年末年始、土、日曜日、祝日、祭日は休み
薩摩川内市祁答院 支所	所在地 〒899-1595 薩摩川内市祁答院町下手 67 番地 電話番号 0995-55-1111 F a x 0995-55-1021 受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時15分 年末年始、土、日曜日、祝日、祭日は休み
鹿児島県くらし保 健福祉部介護保険 室	所在地 〒899-8577 鹿児島県鴨池新町 10 番 1 号 電話番号 099-286-2687 F a x 099-286-5552 受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時15分 年末年始、土、日曜日、祝日、祭日は休み
国民健康保険団体 連合会	所在地 〒890-0064 鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号 電話番号 099-206-1084 F a x 099-213-0817 受付時間 月～金 午前8時30分～午後5時15分 年末年始、土、日曜日、祝日、祭日は休み

## 1 1、秘密保持等

法令により、『従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密をもらしてはならない』と定められています。

当事業所のご利用に際しましては、利用者又は、その家族のプライバシーの保持について遵守しますことをお約束します。ただし、サービス担当者会議等で正当な事由がある場合は、情報を他のサービス事業所に周知致しますことをご了承ください。

従業者でなくなった後においても、秘密を保持すべき旨を雇用契約書に定めています。

## 1 2、個人情報保護法

本事業所が、個人情報保護法に基づいて取り組むべき事項は、次のとおりとします。

1、個人情報を取得後、速やかに利用目的を本人若しくは後見人に通知することが必要であることから、予め利用目的を公表し同意を得るものとします。

2、取得した個人情報を適切に保管し、漏洩若しくは滅失することがないように安全管理措置を講ずるものとします。

3、従業員・委託先より個人情報が漏洩若しくは滅失することがないように誓約書を交わし、従業者の監督・委託先の監督を行うものとします。

4、本事業所は、保有する個人情報の開示を特に求められた場合以外は、利用者若しくは後見人の同意なく第三者に提供しないものとします。

5、利用者若しくは後見人から利用者に関する情報の開示を求められた場合は、原則としてその求めに応じるものとします。

6、保有する個人情報に事実でない内容があった場合は、訂正の求めに応じるものとします。また、個人情報の取り扱いが不適切である場合は、停止等の求めに応じるものとします。

7、個人情報に関する開示・訂正・利用停止等の求めをはじめ、個人情報の取り扱いに関する利用者の不満や疑問に対処するため、苦情処理の体制を整備するものとします。

## 1 3、衛生管理等

事業所では、衛生管理を徹底し感染症の発生・媒介防止に努めます。

## 1 4、ご利用の際に留意していただく事項

宗教活動・政治活動	事業所で他の入居者・職員等に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
-----------	--------------------------------------

※上記の内容等について、著しく違反されたり、他の利用者の方々に迷惑がかかるような行為があった場合は、やむなくサービスを中止する場合があります。

私は、本書面に基づいて当事業所職員（職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_）から重要事項の説明を受け、サービス提供を開始することに同意します。

また、私や私の家族等に関わる個人情報について、正当な理由と認められる場合には、サービス担当者会議や各サービス事業者間における連絡等において使用することを承諾致します。

※なお、契約の有効期間は契約締結の日から契約の要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了日までにご契約から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様とします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業者 医療法人一桜会

理事長 吉留 大喜

利用者 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)  
氏名 \_\_\_\_\_

代理署名者 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)  
氏名 \_\_\_\_\_  
関係 \_\_\_\_\_

利用者の家族等 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)  
氏名 \_\_\_\_\_  
続柄 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_  
(連絡の取れる番号)

別紙3

苦情処理の体制及び手順

