

【居宅療養管理指導】

事業所名：名嘉村クリニック

重要事項説明書

個人情報利用に関する説明及び同意書

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）重要事項説明書

【2025 年 3 月 1 日現在】

居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導サービスの提供開始にあたり
当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者・事業所概要

事業者名	医療法人 H S R
所在地	沖縄県浦添市伊祖三丁目 8 番 15 号
代表者名	理事長 名嘉村 博
電話番号	TEL 098-870-6600 FAX 098-870-6604
事業所名	名嘉村クリニック
所在地	沖縄県浦添市伊祖三丁目 8 番 15 号
管理者氏名	名嘉村 敬
電話番号	TEL 098-870-8020 FAX 098-988-9192
介護保険指定事業所番号	沖縄県指定（介護予防）居宅療養管理指導 4710812266 号
サービス提供地域	浦添市、那覇市、宜野湾市、西原町（その他の地域は相談に応じる）

2. 事業の目的及び運営の方針

- （1）要支援・要介護状態等にある利用者が、居宅において自立した生活を営むことができるよう、居宅を訪問して病状、心身の状況、置かれている環境等を把握、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）に居宅サービス計画等の作成に必要な情報を提供するとともに、利用者及び家族に療養上の管理・指導・助言等を行い、療養生活の向上を図るものとする。
- （2）居宅療養管理指導等の実施にあたっては、居宅介護支援事業者等（ケアマネジャー）、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと、綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

3. 営業日及び営業時間

- （1）月曜日から金曜日 8：30～17：30
- （2）土曜日 8：30～12：30
- （3）日曜日 8：30～12：30

※ただし、国民の祝日、旧盆（旧 7 月 15 日）及び 12 月 31 日～1 月 3 日を除く

- （4）台風などの災害発生時は、臨時休業することがある。
- （5）連絡体制 電話等により、24 時間常時連絡が可能な体制とする。

4. 事業所の職員体制、職務内容

職種	職務内容	人員数
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に基づいて、居宅サ	1 人以上

	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. 事業者への情報の提供については、個人情報のため、利用者の同意を得て行います。 4. 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。	
管理栄養士	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、利用者又はその家族に、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。 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。	1人以上

5. 利用料

居宅療養管理指導の種類	利用料金
医師が行う居宅療養管理指導	居宅療養管理指導費（Ⅱ） <u>在宅時医学総合管理料等を算定する場合</u> 1月に2回を限度として（1回あたり） 利用者負担額（1割）の場合 単一建物居住者が1人 299 円 単一建物居住者が2人以上9人以下 287 円 1月に2回を限度として（1回あたり） 利用者負担額（2割）の場合 単一建物居住者が1人 598 円 単一建物居住者が2人以上9人以下 574 円 1月に2回を限度として（1回あたり） 利用者負担額（3割）の場合 単一建物居住者が1人 897 円 単一建物居住者が2人以上9人以下 861 円
管理栄養士が行う 居宅療養管理指導	居宅療養管理指導費（Ⅰ） 1月に2回を限度として（1回あたり） 利用者負担額（1割）の場合

	単一建物居住者が 1 人 545 円 単一建物居住者が 2 人以上 9 人以下 487 円 1 月に 2 回を限度として（1 回あたり） 利用者負担額（2 割）の場合 単一建物居住者が 1 人 1090 円 単一建物居住者が 2 人以上 9 人以下 974 円 1 月に 2 回を限度として（1 回あたり） 利用者負担額（3 割）の場合 単一建物居住者が 1 人 1635 円 単一建物居住者が 2 人以上 9 人以下 1461 円
--	---

(2) 交通費

居宅療養管理指導の提供に際しての交通費の利用者負担はありません。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月、15 日前後に前月分の請求書をお送りします。

支払い方法は①口座自動振替 ②窓口支払 ③銀行振込 がご利用いただけます。

6. サービス内容に関する相談、苦情について

【事業所の窓口】 名嘉村クリニック・在宅ケアセンター	電話番号：098-870-8020 FAX 番号：098-988-9192 受付時間 平日：午前 9：00～午後 5：00 土曜：午前 9：00～午後 12：00
【市町村（保険者）の窓口】 ① 浦添市いきいき高齢支援課 ② 那覇市ちゃーがんじゅう課 ③ 宜野湾市介護長寿課 ④ 西原町（沖縄県介護保険広域連合）	① 電話番号：098-876-1234 ② 電話番号：098-862-9010 ③ 電話番号：098-893-4411 ④ 電話番号：098-911-7502（計画推進課指導係）
【公的団体の窓口】 沖縄県国民健康保険団体連合会・介護福祉課	電話番号：098-860-9026

7. 個人情報の保護・情報の開示

事業所の職員は、当該事業を行う上で知り得た利用者及びその家族に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この個人情報を保護する義務は、契約が終了した後も継続します。

事業所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します。その結果、情報の訂正等に対しては、遅滞なく調査を行い適切に対応いたします。

8. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等防止のための次の措置を講じるものとする。またサービスの提供中、当該事業所または関係者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに市町村へ報告を行います。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

9. 身体拘束の適正化

- (1) 当該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を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。なお、当該記録は2年間保存します。

10. ハラスメント対策

事業所は、職場内や利用者、家族からのハラスメントがあった場合に、事業所として適切に対応するものとする。そのために下記のことを行います。

- (1) 事業所におけるハラスメント防止対策に関する基本指針を整備する。
- (2) ハラスメント防止対策に関する基本指針に従業者に周知徹底を図る。
- (3) 上司や総務部を窓口とした相談体制（マネジメントラインへの報告ルートを明確化）を整備する。
- (4) 従業者に対しハラスメント防止のための研修を定期的実施する（年1回）。

11. その他運営に関する重要事項

従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備します。

- (1) 採用時研修 採用後6ヶ月以内
- (2) 継続研修 年2回以上

二 従業者は、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、従業者でなくなった後においてもこれら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。

三 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る場合には利用者の同意を、家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意を予め文書により得ることとする。

四 事業所は、居宅療養管理指導に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。

五 この規定に定める事項の他、運営に関する重要事項は事業者と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

サービス提供の開始に際し、利用者及び家族に対して本書面に基づき重要事項説明を行いました。

尚、本書は2通作成し、利用者、事業所が各1通を保管するものとします。

20 年 月 日

住 所 沖縄県浦添市伊祖三丁目8番15号

法人名 医療法人 HSR

事業所 名嘉村クリニック

説明者氏名 _____

私及び家族は、事業所からのサービスについての重要事項説明を受け、サービスの提供開始について同意いたします。

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【家族】 住 所 _____

氏 名 _____ 利用者との続柄（ ）

【代理人】 住 所 _____

氏 名 _____ 利用者との続柄（ ）

個人情報利用同意書

事業者は、当事業所の介護・障害サービス（以下「サービス」）を利用する利用者等の個人情報を、以下の目的で利用します。当事業所が保有する利用者及びその家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

<個人情報利用目的>

1. 事業所内での利用目的

- 適切なサービスを円滑に行うために、事業所内で情報共有や職員研修をするため
- 利用者に提供するサービスの記録を行うため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続きのため
- サービス利用にかかわる管理運営のうち、入所退所の管理、会計・経理、事故等の報告のため

2. 他の事業所等への情報提供を伴う目的

- 他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答のため
- テレビ電話装置等を活用した他の居宅サービス事業所や病院、施設との連絡、説明、報告のため
- 家族及び後見人などへの説明・報告のため
- 利用者かかりつけ医、及び事業者協力医療機関への連絡のため
- 損害賠償保険等にかかる保険会社等への相談または届出のため

3. 上記以外の利用目的

- 当事業所において行われる実習生及びボランティア受け入れのため
- 法令上義務付けられている、関係機関（行政・医療・警察・消防等）からの依頼があった場合
- 利用者又はその家族の写真を撮影したホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌で使用する場合

当事業所の広報誌などにおいて、ご利用者様やご家族の映像・写真の使用につきまして同意されない場合は上記項目を一重線で消してください。

20 年 月 日

事業所の名称 名嘉村クリニック（居宅療養管理指導）

私と私の家族の個人情報の取扱いについて説明を受けたので、上記の範囲内において利用することに同意します。

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

【家族】 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____ 利用者との続柄（ ）

【代理人】 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____ 利用者との続柄（ ）