

居宅療養管理指導事業所 美原記念病院 重要事項説明書

当院はご利用者さまに対して居宅介護支援サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1 事業の目的と運営方針

医療的管理の必要のある方に対し、適正な医療行為を提供することにより健康の維持・改善を目的としています。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

2 事業の内容

(1) 居宅療養管理指導事業所の指定番号及び提供地域

事業所名 : 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院
所在地 : 伊勢崎市太田町 366
電話番号 : 0270-24-3355
介護保険事業所番号 : 1010210274
サービス提供地域 : 伊勢崎市 伊勢崎市近郊市町村

(2) 事業所の従業者体制

管理者 : 美原 盤
看護師 : 見田野 直子
事務 : 山田 俊輔

(3) 窓口開設時間

月～金 : 8:30～17:30 ※緊急時は上記以外でも連絡可能

3 サービスの内容

- ① 血圧測定
- ② 問診・聴診
- ③ 必要な医療処置・管理
- ④ 服薬指導
- ⑤ 栄養管理指導
- ⑥ 要介護認定申請に対する協力・援助
- ⑦ 相談業務

4 利用料金

(1) 基本料金

交通費として1回訪問毎に260円を徴収させていただきます。

通常の医療費は、医療保険に基づき徴収させていただきます。

また、介護保険において居宅療養管理指導（Ⅰ）または居宅療養管理指導（Ⅱ）を算定します。介護保険負担割合に基づき、1～3割を負担していただきます。

居宅療養管理指導（Ⅰ） （Ⅱ以外の場合）	単一建物住居者が1人	515単位
	単一建物住居者が2～9人 単一建物住居者が10人以上	487単位 446単位
居宅療養管理指導（Ⅱ） （在宅時医学総合管理料等を 算定する場合）	単一建物住居者が1人	299単位
	単一建物住居者が2～9人 単一建物住居者が10人以上	287単位 260単位

5 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して行った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

6 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を守ります。また、退職後においても、これら秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

7 苦情相談窓口

* サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

苦情対応窓口 窓口対応：管理者 事務部長

ご利用時間 月～金 8:30～17:30

電話番号 0270-24-3355

* 公的機関においても、苦情申し立てができます。

伊勢崎市役所 介護保険課 0270-24-5111

赤堀支所福祉課 0270-62-9792

あずま支所福祉課 0270-62-9909

境支所福祉課 0270-74-0368

※上記以外に居住の利用者さまにおかれましては各市町村の介護保険課にご連絡ください。

群馬県国民健康保険団体連合会 027-290-1323（苦情専用）

受付時間 月～金 9:00～17:00

群馬県社会福祉協議会（福祉サービス適正化委員会）

027-255-6669（苦情専用）

受付時間 月～金 9:00～17:00

【令和7年7月1日現在】

公益財団法人脳血管研究所美原記念病院
理事長 美原 玄 殿

重要書類説明 同意書

令和 年 月 日

契約にあたり、利用者に対し契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

＜事業者＞ 所在地 伊勢崎市太田町 366
 名 称 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院
 理事長 美原 玄

＜説明者＞ 所 属 居宅療養管理指導事業所
氏 名 印

契約書及び本書面により、事業者から指定居宅介護支援について重要事項説明を受け
同意し、交付を受けました。

＜利用者＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

＜家族又は代理人＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

公益財団法人脳血管研究所美原記念病院
理事長 美原 玄 殿

重要書類説明 同意書(病院控)

令和 年 月 日

契約にあたり、利用者に対し契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

＜事業者＞ 所在地 伊勢崎市太田町 366
名 称 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院
理事長 美原 玄

＜説明者＞ 所 属 居宅療養管理指導事業所
氏 名 印

契約書及び本書面により、事業者から指定居宅介護支援について重要事項説明を受け
同意し、交付を受けました。

＜利用者＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

＜家族又は代理人＞

住所

氏 名 _____ 印 _____

個人情報の取り扱いについて
(令和 7 年 7 月 1 日)

I. 公益財団法人脳血管研究所 個人情報保護方針

公益財団法人脳血管研究所では、常日頃よりご利用者さまの視点に立ち、質の高い医療・ケアの実現とより良いご利用者さまサービスの提供を目標として、業務を営んでおります。ご利用者さまの健康状態に応じて迅速に的確な医療・ケアを提供させて頂くためには、ご利用者さまに関する様々な個人情報が必要です。ご利用者さまとの確かな信頼関係を築き上げ、安心して医療・ケアサービスを受けて頂くために、個人情報の保護は非常に重要な課題です。

当研究所は、個人情報を適切に管理することを社会的責務と考え、個人情報保護に関する方針を以下のとおり定め、職員及び関係者に周知徹底を図り、これまで以上に個人情報保護に努めます。

1. 個人情報の収集・利用・提供

個人情報を保護・管理する体制を確立し、適切な個人情報の収集、利用及び提供に関する内部規則を定め、これを遵守します。

2. 個人情報の安全対策

ご利用者さまの個人情報への不正アクセス、紛失、破壊、改竄及び漏洩などに関する万全の予防措置を講ずることにより、個人情報の安全性・正確性の確保を図ります。

3. 個人情報に関する法令・規範の遵守

個人情報に関する法令及びその他の規範を遵守します。

4. 職員の教育

個人情報保護体制を適切に維持するため、職員の教育・研修を継続的に実施します。

5. 診療情報の提供・開示

診療情報は、規程に基づいて提供・開示します。

6. 継続的改善

以上の活動について、内容を継続的に見直し、改善に努めます。

令和 7 年 7 月
公益財団法人脳血管研究所
理事長 美原 玄

Ⅱ. 介護・診療情報の提供及び個人情報の保護に関するお知らせ

当院は、利用者の皆様への説明と納得に基づくサービス提供（インフォームド・コンセント）及び個人情報の保護に積極的に取り組んでおります。

【介護・診療情報の提供】

- ◆ご自身の症状やケアについて質問や不安がおありになる場合は、遠慮なく、直接、訪問スタッフまたは医師、看護師、介護支援専門員に質問し、説明を受けてください。この場合には、特別の手続きは必要ありません。

【介護・診療情報の開示】

- ◆ご自身の介護・診療記録の閲覧や謄写をご希望の場合は、遠慮なく、美原記念病院医療情報室に開示をお申し出ください。尚、開示・謄写に必要な実費をいただきますので、ご了承ください。

【個人情報の内容訂正・利用停止】

- ◆個人情報とは、氏名、住所等の特定の個人を識別できる情報を言います。
- ◆当院が保有する個人情報（介護・診療記録等）が事実と異なるとお考えになる場合は、内容の訂正・利用停止を求めることができます。職員にお申し出ください。調査の上、対応いたします。

【個人情報の利用目的】

- ◆個人情報は以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。
- ◆サービス提供のために利用するほか、施設運営、教育・研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設との連携等のために、個人情報を利用することがあります。また、外部機関による施設評価、学会や出版物等で個人名が特定されないかたちで報告することがあります。
- ◆当院は卒後医師臨床研修施設及び介護職等の研修施設に指定されており、研修・養成の目的で、研修医及び介護・医療専門職等の学生等が、診療、看護、介護などに同席する場合があります。

【相談窓口】

- ◆ご質問やご相談は、各部署責任者又は以下の個人情報保護相談窓口をご利用ください。

個人情報保護相談窓口・・・脳血管研究所 経営管理部 システム管理課

令和7年7月1日 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院
管理者 美原 盤

個人情報取り扱いについての同意書

公益財団法人脳血管研究所美原記念病院スタッフは、サービスを提供する上で知り得た本人およびその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は期間終了後も同様です。個人情報は、サービス提供のために利用するほか、施設運営、教育・研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設との連携等のために、個人情報を利用することがあります。また、当院は卒後医師臨床研修施設及び介護職等の研修施設に指定されており、研修・養成の目的で、研修医及び介護・医療専門職等の学生等が、診療、看護、介護などに同席する場合があります。

〈 事業者 〉

当事業所は、ご利用者及びそのご家族に関する個人情報の取り扱いについて説明を行いました。

事業所名称 : 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院
事業所住所 : 〒372-0006 群馬県伊勢崎市太田町 366
代 表 者 : 理事長 美原 玄

説 明 者 : _____ (印)

説 明 日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〈 ご利用者及びご家族代表 〉

私は、個人情報の取り扱いについて、文書に基づいて説明を受け、それに対する十分な説明の機会を得られ、同意いたしました。

ご 利 用 者 : _____ 様

ご 家 族 代 表 : _____ 様 (続柄 : _____)

同 意 日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者ご本人の署名ができない場合は、署名代行者のご記入をお願い致します。

署 名 代 行 者 : 氏名 _____ (印)

住所 _____