

井原市立井原市民病院

短期集中訪問リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業所概要

事業所名	井原市立井原市民病院 訪問リハビリテーション事業所
所在地	井原市井原町 1186 番地
介護保険指定番号	岡山県指令施 第 3318900416 号
サービスを提供する地域	井原市

2. 事業の目的

医師が必要と認めた退院・退所後の在宅療養者および在宅老人の生活の質を確保することや、全体的日常生活における活動能力の維持回復を図り住み慣れた地域社会や家庭において療養が出来るよう、また介護予防のために退院・退所後早期に短期集中的に訪問リハビリテーションサービスを行うことを目的とします。

3. 訪問リハビリテーションの職員体制

管理者 1 名

医師 1 名

理学療法士又は作業療法 1 名以上

4. 営業日及び営業時間

平日（月曜日～金曜日） 午前 9 時～午後 5 時

＊土曜日、日曜日、祝日、祭日、年始年末は休みます。

（年始年末：12 月 29 日～1 月 3 日）

5. 利用料金（1 回につき 2 単位 40 分）

項目	円
訪問リハビリテーション基本料	6,160 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（1 日につき）	120 円
短期集中リハビリテーション実施加算（1 日につき） （退院・退所・認定後 3 ヶ月以内）	2,000 円
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）（1 月につき）	4,830 円
移行支援加算（1 日につき）	170 円
退院時共同指導加算（新規開始時 該当する場合のみ）	6,000 円

※自己負担については、介護保険負担割合証に明記されている割合を適用します。

6. キャンセル料

いただきませんがサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

7. 虐待の防止及び早期発見並びに虐待があった場合の対応について

事業所は、利用者の人権擁護、虐待防止等のために、下記の対策を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。〔責任者： 高見 優男 〕
- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 成年後見人制度の利用を支援します。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに関係機関へ通報するとともにその調査に協力を行います。

8. 苦情処理体制

名 称 井原市立井原市民病院
連 絡 先 TEL0866-62-1133 FAX0866-62-1275 E-mail reha@ibarahp.jp
担 当 者 事務部長 津組勇一郎
リハビリテーション科 西岡清隆
受付時間 月～金曜日 13：00～17：00

9. その他

(1) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ①担当者は年金の管理、金銭の貸借などの取扱いはできません。
- ②担当者は介護保険制度上、利用者の心身・機能維持回復のためにサービスを提供します。

【個人情報保護法に基づく公表事項等】に関する説明書

「井原市立井原市民病院訪問リハビリテーション」は、“個人情報保護に関する法律”と厚生労働省から示された“医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン”を遵守し、個人の権利・利益の保護に努めております。

1. 個人情報は適切な取得に努め、利用目的を達成するためには正確・最新の内容を保ちます。
2. 個人情報は利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱うことはありません。

当施設における個人情報の利用目的

(1) 訪問リハビリのサービス提供

- ① 訪問リハビリでの医療・介護サービスの提供
- ② 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ③ 医療機関からの照会への回答
- ④ 患者・利用者の居宅介護のため、医師等の意見・助言を求める場合
- ⑤ 家族等への心身の状況説明
- ⑥ その他、患者・利用者への医療・介護サービスに関する利用

(2) 訪問リハビリ利用料請求のための事務

- ① 訪問リハビリでの看護・介護・保険、および公費負担に関する事務、およびそれに関する委託
- ② 審査支払機関への給付管理票・介護報酬明細書の提出
- ③ 審査支払機関または保険者からの照会への返答
- ④ 公費負担医療に関する行政機関等への給付管理票・介護報酬明細書の提出、照会への回答
- ⑤ その他、医療・介護・公費負担介護費に関する訪問リハビリ利用料請求のための利用

(3) 訪問リハビリの管理運営業務

- ① 事故等の報告
- ② 当該患者・利用者の介護サービスの向上
- ③ その他、訪問リハビリの管理運営業務に関すること

(4) 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等の相談または届出

(5) 当施設における看護・介護サービス実習への協力

(6) 質の向上を目的とした当施設での症例研究や学会への発表等、個人を特定できない形式での統計データの使用

(7) 外部監査機関への情報提供

(8) 警察への捜査協力

上記以外で、個人情報を第三者へ提供する際は、あらかじめ本人の同意を文書で得ます。ただし、都道府県等外部監査機関などは第三者に該当しないため、文書で同意を得ないことがあります。

上記についてお申し出がないものについては、ご同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。また、これらの申し出は、後からいつでも撤回、変更等することができます。

個人情報利用同意書

井原市立井原市民病院
訪問リハビリテーション 御中

私（利用者及び利用者の家族）の個人情報については、下記の必要最小限の範囲で利用することに同意します。

記

1. サービス計画・提供実績に関する情報
2. サービス担当者会議において必要な情報
3. 保険証に関する情報
4. 【個人情報保護法に基づく公表事項等】に定める関連事項

以上

年 月 日

短期集中訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 岡山県井原市井原町 1186 番地

名 称 井原市立井原市民病院

説明者職氏名

私は、本書面により、事業者から短期集中訪問リハビリテーションサービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

家族または代理人等

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 (_____)

代理人等

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 (_____)

注) 短期集中訪問リハビリテーションサービス利用契約における、サービスの利用の際の留意事項を含む。