

井原市立井原市民病院

介護予防通所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 通所リハビリテーション
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
サービス提供地域	井原市

2. 事業の目的

要介護状態にある方に対して、適正な通所リハビリテーションを提供することで心身の機能を回復及び維持、日常生活動作、生活の質の向上を目的とします。

3. 通所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 3 名以上

4. 営業日及び利用定員

平日（月曜日～金曜日） 午前 8 時 30 分～午後 12 時 30 分（リハビリ利用時間）

休日 土曜日、日曜日、祝日、祭日、年始年末（12 月 29 日～1 月 3 日）

利用定員 1 日 25 名

5. 利用料金（要支援者 1 月につき）

介護度	円/月
要支援 1	22,680 円
要支援 2	42,280 円

加算減算項目（1 月につき）

項目	金額
サービス提供体制強化加算Ⅲ（要支援 1 1 月につき）	240 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ（要支援 2 1 月につき）	480 円
科学的介護推進体制加算（1 月につき）	400 円
生活行為向上リハビリテーション実施加算（6 月以内）	5,620 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. 実施地域

井原市内

7. サービス利用に当たっての留意事項

利用者の状況に応じたリハビリテーションの計画を立て、機能回復運動・日常生活動作練習を行います。送迎が必要な方は、委託先の送迎車で送迎を行います。

8. 非常災害対策

病院が定める「消防計画」に則り対応します。年2回の避難訓練を実施し、職員の防災意識を高めるとともに、非常時には速やかに適切な援助を行います。

9. 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。

10. 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。

11. 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 8:30～17:15

その他の相談・苦情窓口

- ・岡山県国民健康保険団体連合会
〒700-8568 岡山市北区桑田町 17-5
TEL086-223-8811 FAX086-223-9109
- ・井原市役所介護保険課
〒715-8601 井原市井原町 311-1
TEL0866-62-9519 FAX0866-65-0268

11. 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。

安全対策について

井原市民病院通所リハビリテーションでは、利用者の身体機能維持・向上に向けて、積極的な機能運動、日常生活リハビリを行います。

安全対策（転倒事故等）に対して以下の対策をとっています。

- ①施設内の器具・物品等の点検を行い、整理整頓を心掛け、安全な歩行、車椅子移動の環境を確保します。
- ②利用時の履物は、利便性・安全性を考慮した物を使用して頂きます。
- ③清掃時、特に廊下、トイレの床清掃後は十分に乾いたことを確認した後に、利用して頂きます。
- ④理学療法士・作業療法士により身体状況、歩行状態をしっかりと確保させて頂き、適切な移動手段を指導させて頂きます。
- ⑤身体状況を確認する為に、適宜血圧等のチェックをさせて頂きます。
- ⑥事故発生時にはスタッフコールによる初期対応を行います。

スタッフは常に注意を払い、防止に努めていますが、施設の性質上事故が起こる可能性は否定できません。万が一、利用者が転倒、転落等で受傷された場合、発生時刻にかかわらず、すみやかに的確な処置、対応を取らせて頂きます。また、家族へ連絡するとともに保険者（市町村）へも連絡し、その事故内容を記録いたします。

なお、その事故が当方の過失による事故と認められた場合、損害賠償の措置を講じさせて頂きます。

上記の事項を十分にご確認のうえ、ご同意いただきたいと存じます。

井原市民病院通所リハビリテーション送迎について

井原市民病院通所リハビリテーションを利用するにあたり、下記について留意願います。

1. 送迎は、当院スタッフまたは日の丸タクシー株式会社（以下、「タクシー会社」という）が行います。
（乗降の補助は行いますが、介護等を行えません。）
2. 送迎は、井原市民病院通所リハビリテーション利用に限られたものになります。
（タクシー会社運転手はご自宅内へは、入れません。）
3. 送迎は、自宅玄関前から井原市民病院通所リハビリテーション間となります。
4. 送迎車両乗車中の事故等は、当院所有車に附帯の共済保険またはタクシー会社の補償対象となりますが、自宅から送迎車両、送迎車両から井原市民病院通所リハビリテーション間の不慮の事故等は、補償されません。
5. 利用者は、送迎車両のドアの開閉は行わず、乗務員が開閉を行います。
6. 送迎方法の変更・送迎中止は、利用の前日までに井原市民病院へ連絡を行います。
また、病院から送迎方法の変更依頼があった場合には、協力願います。

【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通所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・介護関係事業所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) 通所リハビリのサービス提供
 - ① 通所リハビリでの医療・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) 通所リハビリ利用料請求のための事務
 - ① 通所リハビリでの看護・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表・介護保険報酬明細書の提出
 - 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・介護保険報酬明細書の提出、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通所リハビリ利用料請求のための利用
- (3) 通所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、通所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
通所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

通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり「重要事項説明書」「個人情報保護法に基づく公表事項等に関する説明」「安全対策」「個人情報利用同意書」により、サービス内容について説明を行いました。

事業者 井原市病院事業管理者

齋藤 信也

事業所 所在地 岡山井原市井原町1186番地

名 称 井原市立井原市民病院

(通所リハビリテーション)

説明者職氏名

私は、本書面により、事業者から通所リハビリテーションサービスについて「重要事項説明書」「安全対策について」「送迎について」「個人情報保護法に基づく公表事項等に関する説明」「個人情報利用同意書」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

年 月 日

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) 通所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。