

重要事項説明書（介護予防給付）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第 10 条の規定に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人 晴心会
代表者氏名	理事長 野上浩實
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	住所:大阪府泉南市樽井1丁目2番5号 Tel: 072(484)0007 fax: 072(484)1949
法人設立年月日	平成9年6月17日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人晴心会野上病院 介護予防訪問リハビリ
介護保険指定 事業者番号	2715601296
事業所所在地	大阪府泉南市樽井1丁目2番5号
連絡先 相談担当者名	Tel: 072(484)0007 fax: 072(484)1949 副技師長 岸 真一郎 主任 富田 真平
事業所の通常の 事業の実施地域	泉南市・阪南市・田尻町全域、・泉佐野市は（別紙1）の区域 *上記以外でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要支援状態にある者に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。
運営の方針	事業所の従事者は、要介護者等が、居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、又は要介護状態となることの予防に資するよう、目的に沿った理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前9時～午後5時まで
休日	日曜日, 祝日, その他法人の体制に準ずる

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～土曜日
サービス提供時間	午前9時～午後5時まで
休日	日曜日, 祝日, その他法人の体制に準ずる

(5) 事業所の職員体制

管理者	理事長 野上浩實
-----	----------

職	職 務 内 容				
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1 サービス担当者会議への出席等により、介護予防支援事業者と連携を図ります。 2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、指定介護予防リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握とそれに基づく評価を行って介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。計画作成に当たっては、利用者、家族に説明し、利用者の同意を得ます。作成した計画は、利用者に交付します。 2 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションのサービスを提供します。 3 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。 4 それぞれの利用者について、介護予防訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。 5 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づくサービスの提供の開始から、計画の期間が終了するまでに、少なくとも1回は当該介護予防訪問リハビリテーション計画の実施状況の把握（「モニタリング」）を行います。またその結果を記録し、当該介護予防サービス計画を作成した介護予防支援事業者へ報告します。				
理学療法士 (P T)	常勤 名	作業療法士 (O T)	常勤 名	言語療法士 (S T)	常勤 名
	非常勤 名		非常勤 名		非常勤 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
指定介護予防訪問リハビリテーション	利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざします。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定介護予防訪問リハビリテーション事業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

内 容	単位	負担金		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
介護予防訪問リハビリテーション費 ※1 1回20分につき・1週6回を限度。ただし、退院（所）の日から起算して3カ月以内は1週12回まで算定できる。	298 単位	308 円	616 円	924 円
※2 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合（要件を満たさない場合1回にあたり）	-30 単位	-31 円	-62 円	-93 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※1回につき （勤続7年以上の者が1人以上勤務）	6 単位	7 円	13 円	19 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） ※1回につき （勤続3年以上の者が1人以上勤務）	3 単位	3 円	6 円	9 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（所）または認定日から起算して3ヶ月以内の期間）	200 単位	207 円	414 円	620 円
口腔連携強化加算 （月に1回を限度）	50 単位	52 円	104 円	155 円
退院時共同指導加算 （退院時共同指導を行った場合のみ）	600 単位	620 円	1240 円	1860 円

- ※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。
- ※ 短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、集中的に介護予防訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。
退院（退所）日または要介護認定を受けた日から起算して3か月以内の期間に1週間につき概ね2日以上、1回あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護予防訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。
- ※ 主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く）から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による介護予防訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。
- ※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となります。

4 その他の費用について

交通費、キャンセル料等は、別途請求いたしません。

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	イ、利用料、その他費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ロ、請求書は、利用月の翌月 15 日前後にサービス提供時に請求させていただきます。なお、途中でサービス提供を中止された場合も翌月の請求とさせていただきます。その場合は、請求書の送付もしくは電話にて連絡させていただきます。 ハ、お支払い方法は、原則として預貯金口座から自動振替による支払い（手数料は一切かかりません）となります。やむを得ない事情がある場合は、現金払いにて事業所に直接お支払い下さい。お支払い確認後領収書をお渡し致します。 二、利用料領収書の紛失等により領収書の再発行が必要となった場合、発行手数料として 1 部 100 円をお支払いいただきます。
---	---

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当する職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名： 副技師長 岸 真一郎 主任 富田 真平 イ 連絡先電話番号：072-484-0007 同ファックス番号：072-484-1949 ウ 受付日及び受付時間 平日：午前 9 時から午後 5 時 土曜日：午前 9 時から午前 12 時
---	--

※ 担当する職員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者に交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価に

ついて、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

- (4) サービス提供を行う職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	副技師長 岸 真一郎 主任 富田 真平
-------------	---------------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) 苦情解決体制を整備しています。

- (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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、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ませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者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することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医又は事業者の協力医療機関に連絡するとともに、同時に家族等予め指定する連絡先にも連絡します。

【主治医】

病院名及び所在地	
医 師 名	
電 話 番 号	

【緊急時連絡先】

氏 名		続 柄	
住 所			
電 話 番 号		携 帯 電 話	

【訪問リハビリ指示・提供医療機関】

病院名及び所在地	医療法人晴心会野上病院 大阪府泉南市樽井 1 丁目 2 番 5 号
電 話 番 号	072(484)0007

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険（株）
保険名	居宅介護事業所賠償責任保険

12 身分証携行義務

指定介護予防訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 心身の状況の把握

指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

14 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたり、介護予防支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービスの提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する介護予防リハビリテーション計画の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合には、その内容を記した書面またはその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

15 サービス提供の記録

- ④ サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16 衛生管理等

- ① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

17 指定介護予防訪問リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、主治医の指示のもとに事前にお聞きした日常生活の状況や利用意向をもとに作成したものです。また状況の変化等により内容変更を行うこともできます。

◇サービス提供責任者

氏名 _____ (連絡先: _____)

◇訪問予定曜日及び時間と料金

曜日	訪問時間	回数 ^{注1.2}	短期リハ ～3ヶ月	強化 加算	負担金
月	～				
火	～				
水	～				
木	～				
金	～				
土	～				
1週間あたりの利用料…①					
口腔連携強化加算…②					
退院時共同指導加算…③					
1カ月あたりの利用者負担額の目安①×4週+②、③					

- ※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算です。実際のお支払いは、予防訪問リハ訪問介護連携加算等、ご利用状況等により変動します。
- ※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

注 1) 事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算する。

注 2) 指定訪問リハビリテーション事業所の建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物又は指定訪問リハビリテーション事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数となる。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の確認を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。)

【事業者の窓口】

医療法人晴心会野上病院 リハビリテーション部	所在地:大阪府泉南市樽井1丁目2番5号 T e l:072(484)0007 fax:072(484)1949 受付時間:平日:午前9時から午後5時 土曜日:午前9時から午前12時、日曜日:休み 担当:副技師長 岸 真一郎 主任 富田 真平
---------------------------	--

【市町村の窓口】

名称	所在地: T e l: f a x: 受付時間:
----	-----------------------------------

【公的団体の窓口】

大阪府 国民健康保険団体連合会	所在地:大阪府中央区常盤町1-3-8 中央大道 FNビル T e l:06(6949)5418 f a x:06(6949)5417 受付時間:午前9時から午後5時
--------------------	---

18 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府泉南市樽井 1 丁目 2 番 5 号	
	法人名	医療法人晴心会	
	代表者名	理事長 野上 浩實	印
	事業所名	医療法人晴心会野上病院 介護予防訪問リハビリ	
	説明者氏名		印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	
代理人	住所	
	氏名	

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	医療法人晴心会 野上病院 介護予防訪問リハビリ
措置の概要	
利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 相談、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。また担当者不在の場合でも事業所の誰もが対応可能なように相談苦情対応シートを作成し担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。 常設窓口 TEL072-484-0007・FAX 072-484-1949 担当者 相談担当者 副技師長 岸 真一郎 主任 富田 真平 ※利用者にはこの内容を印刷物で配布し周知している。 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。 特に事業者に関する苦情である場合には、利用者の立場を考慮しながら事業者側の責任者に事実関係の特定を慎重に行う。 相談担当者は、把握した状況を管理者と共に検討を行い、時下の対応を決定する。 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整をおこなうとともに、利用者へは必ず対応手法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。） 苦情があったサービス事業者に対する対応方針 処理体制に記したとおり、事業者の管理にあてて、苦情内容の事実確認を迅速に行うとともに、共同でその対応を行う。なお苦情内容については、サービス担当者会議等での報告を行い再発防止の対応方針を協議する。 苦情の度重なる事業者については、当該事業所における利用者からの照会に対する事業者の一覧から除外するとともに、行政機関等への連絡を行う。 その他参考事項 当事業所において、処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対処方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。	

当院での利用者様の個人情報の利用目的

【医療】

◇院内での利用

- ① 利用者様に提供する医療サービス
- ② 医療保険事務
- ③ 入退院等の病棟管理
- ④ 会計・経理
- ⑤ 医療事故の報告
- ⑥ 当該利用者様への医療サービスの向上

◇院外へ情報提供などの利用

- ① 他の病院・診療所・助産所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業者などの連携
- ② 他の医療機関からの照会への回答
- ③ 診療に当たり外部の医師等の助言を求める場合
- ④ 検体検査業務委託・その他業務委託
- ⑤ 家族などへの病状説明
- ⑥ 医療保険事務(審査支払機関へのレセプトの提出など)
- ⑦ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧ 事業者等からの委託を受けた健康診断等を行った場合における依頼者への結果報告の通知
- ⑨ 医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門の団体や保険会社等への相談届出等

◇上記以外の利用目的

- ① 医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ② 外部監査機関への情報提供

【介護】

◇事業所内での利用

- ① 当該事業者が介護保険サービスの利用者などに提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 入退所などの管理
- ④ 会計・経理
- ⑤ 事故などの報告
- ⑥ 当該利用者の介護サービスの向上

◇事業所外へ情報提供などの利用

- ① 当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所などの連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
- ② その他業務委託
- ③ 家族などへの心身の状況説明
- ④ 介護保険事務
- ⑤ 審査支払機関へのレセプト提出
- ⑥ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答

◇上記以外の利用目的

- ① 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ② 当該事業所における学生の実習への協力

【対象事業所】

◇医療事業所：医療法人晴心会野上病院・医療法人のがみ泉州リハビリテーションクリニック

◇介護事業所：居宅介護支援事業所 野上ケアプランセンター
訪問看護事業所 訪問看護ステーション 希望
サービス付高齢者向け住宅富士桜

【その他】

上記のうち情報提供についての同意しがたい事項がある場合はお申し出下さい。無き場合は同意していただけたものといたします。なお、これらはいつでも撤回・変更することができます。

～個人情報保護の取扱いについて～

平成 17 年 4 月より施行される「個人情報保護法」に伴い当院では「医療・介護関係事業者における 個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(厚生労働省発行)に添ってご利用の皆様方の個人情報の管理体制をよりいっそう万全の体制をとってまいります。

<個人情報の利用目的について>

当院では、皆さんの個人情報を別記の目的で利用させていただくことができます。これらの目的以外で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて同意をいただくこととしております。

<個人情報の開示・訂正・利用停止について>

当院では、皆さんの個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましても「個人情報の保護に関する法律」規定に従って進めております。

皆様に安心して医療・介護サービスをご利用いただくためにご理解とご協力よろしくお願いいたします。なお、ご不明な点がございましたら担当窓口までお気軽にお問合せ下さい。

医療法人 晴心会 理事長 野上浩寛

医療法人晴心会野上病院

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・居宅療養管理指導
- ・通所リハビリテーション

居宅介護支援事業所野上ケアプランセンター

訪問看護ステーション希望

サービス付高齢者向け住宅富士桜

(様式 1-3)

医療法人晴心会 野上病院介護予防訪問リハビリ

個人情報保護規程 訪問リハビリテーション業務に関する個人情報取扱業務概要説明書

個人情報保護規程第5条の規定に基づく訪問リハビリテーション（以下「本業務」という。）にかかわる個人情報の種類等についての規定は、下記のとおりです。

個人情報の種類 (本業務にかかわって取得・利用する個人情報)	本業務事業利用者が介護保険法 指定居宅サービス等の人員及び運営に関する基準第83条に規定された記録
個人情報の利用目的	本業務による訪問リハビリテーションの提供を適正かつ円滑に行い、利用者の自立支援を図ることを目的とします。
個人情報の利用・提供方法	本事業担当者の管理のもとに保管するとともに、コンピューターに入力し、当法人の個人情報の利用目的（別に通知）等上記利用目的に沿った利用を行います。 また、下記により本会内部での利用又は外部への提供を行います。 (1)内部での利用 ・サービスの質の向上 ・サービス提供職員間の連携など（様式 1-1）に定める事項 (2)外部への提供 提供範囲 ・介護保険法 指定居宅サービス等の人員及び運営に関する基準第83条に規定された記録に記載された事業者等。 ・居宅サービス計画(2)記載（※2）の機関、団体、事業者等。 ・サービス利用票記載の事業者（各月の同意を得たもの） ① 上記との連携 ② 上記からの照会に対する回答 ③ 上記への意見助言を求める場合 ④ 上記への費用請求等に関する事務など（様式 1-1）に定める事項
その他の情報	本事業担当者が、上記情報の取得その他の機会において、本事業利用者から相談を受けた事項は、本人の同意のない限りは、本事業担当者以外には、伝えてはならない。
個人情報保護委員会長	医療法人晴心会 理事長 野上 浩實
本事業における 苦情対応担当者	医療法人晴心会 事務局 課長 渡邊 尚太郎

(様式 1-4)

個人情報使用

同意書

「医療法人晴心会 野上病院介護予防訪問リハビリ 個人情報保護規程 訪問リハビリテーション業務に関する個人情報取扱業務概要」の説明について「指定居宅サービス等の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 83 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

(事業者)

所在地 大阪府泉南市樽井 1 丁目 2 番 5 号

法人名 医療法人晴心会

代表者名 理事長 野上 浩實

事業所名 医療法人晴心会 野上病院 介護予防訪問リハビリ

説明者氏名 _____ 印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(利用者)

住所 _____

氏名 _____

(代理人)

住所 _____

氏名 _____

ご家族さま等の個人情報取扱業務概要説明書 兼 個人情報使用同意書

目的	○本業務による訪問リハビリテーションの提供を適正かつ円滑に行い、利用者の自立支援を図ることを目的とします。 ○緊急時に最善の対応ができるよう備える目的とします。		
定義	緊急時とは 利用者の生命、身体又は財産の保護、居宅生活の継続に支障をきたす恐れがある場合等を指します。 例) 本人の体調の急変など。介護者の体調の急変など。交通事故・火災・自然災害など突発的な事変。その他、早急な報告・連絡・相談が必要な場合を指します。		
方法	個人情報の適切利用の目的で、下記に個人情報を取り扱う範囲を定めます。		
内容	下記書類に記載し適切な連携と協力できる体制を整備します。 ・利用者名簿・住所録等 ・サービス担当者会議及びサービス担当者への意見照会記録 ・リハビリテーション計画書 ・訪問リハビリテーション診療録 ・モニタリングの結果の記録 など		
種類	緊急時に専門的救援機関等と連携する目的で利用する情報 [ご家族等の、氏名、電話番号、連絡先] 平常時の外部事業所と整備する情報の種類 [介護・支援能力・健康状態など]		
本事業における苦情対応担当者	医療法人 晴心会 事務局 課長 渡邊 尚太郎		

上記通り、個人情報を適切に取り扱います。 年 月 日

法人名	医療法人 晴心会		
事業所名	医療法人晴心会 野上病院 介護予防訪問リハビリ		
個人情報保護担当			印

(対象ご利用者)

氏 名	
住 所	

上記の範囲内において、個人情報使用に同意します。 年 月 日

同意者 1	電話番号		携帯		
	氏 名	続柄 ()	同意	印	電話等にて同意
	住 所		備考		

上記の範囲内において、個人情報使用に同意します。 年 月 日

ご家族様等

同意者 2	電話番号		携帯		
	氏 名	続柄 ()	同意	印	電話等にて同意
	住 所		備考		

上記の範囲内において、個人情報使用に同意します。 年 月 日

同意者 3	電話番号		携帯		
	氏 名	続柄 ()	同意	印	電話等にて同意
	住 所		備考		

ご家族等による自署での同意を基本としてください。
 お 遠方居住など止むを得ない場合は「電話にて同意」を○で囲み、備考に電話で確認された方のお名前を自署してください。
 い 同意後も、いつでも変更（訂正・追加・削除・利用中止）できます。
 記載内容変更時は、情報正確性保持のため、すみやかに連絡・ご協力願います。

泉佐野市

区域名称	地番等
新安松	1 丁目
新安松	2 丁目
新安松	3 丁目
高松西	2 丁目
高松南	3 丁目
中町	4 丁目
長滝	
羽倉崎	1 丁目
羽倉崎	2 丁目
羽倉崎	3 丁目
羽倉崎	4 丁目
羽倉崎上町	1 丁目
羽倉崎上町	2 丁目
羽倉崎上町	3 丁目
東羽倉崎町	
松原	1 丁目
松原	2 丁目
松原	3 丁目
南中岡本	
南中樫井	
南中安松	
りんくう往来南	