

佐用共立病院 訪問リハビリテーション重要事項説明書

利用者に対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、当事業所が利用者または家族に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名称 医療法人社団一葉会 佐用共立病院
所在地 兵庫県佐用郡佐用町佐用1111
代表者名 理事長 森 泰宏
電話番号 0790-82-2321
FAX番号 0790-82-2894
事業所番号 2813700305

2. 事業の目的と運営方針

- (1) 病気やけが等により家庭において寝たきり又はそれに準ずる状態、若しくはかかりつけの医師が訪問リハビリテーションの必要を認めた者に対し、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- (2) 訪問リハビリテーションは、健康保険法及び介護保健法の理念に基づき、心身の特性を踏まえて訪問リハビリテーション利用者の生活の質の確保を重視し、健康管理や日常生活動作の維持、回復を図ると共に在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように又利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うことを目的とする。
- (3) 事業所では、利用者の有する能力に応じ訪問リハビリテーション計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、介護その他日常的に必要なとされる医療を提供し在宅における日常生活の回復を目指す。
- (4) 事業所は、訪問リハビリテーションの実施にあたって地域の保健・医療・福祉サービスを提供する関連機関、指定介護予防事業者等との密接な連携に勤め、その協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。

3. 当事業所の従業員数及び勤務の体制

- (1) 管理者兼医師1名
- (2) 理学療法士 5名
作業療法士 3名
言語聴覚士 2名
勤務時間 (午前8時30分～午後5時15分)

4. 営業時間

営業日
月～金曜日 営業時間8時30分～17時15分
土曜日 営業時間8時30分～12時30分
注) 12月30日～1月3日・8月14・15日は除きます。

5. 利用単位

基本単位
要介護 308単位/20分 要支援 298単位/20分
加算単位 (全てが対象になるものではありません)
サービス提供体制強化加算 6単位/20分
短期集中リハビリテーション加算 200単位/日 (3ヶ月以内)
注) 特別地域訪問リハビリテーション加算 (15%) が加わります。
減算単位 (全てが対象になるものではありません)
予防訪問リハビリテーション12ヶ月超減算 -30単位/20分
注) 利用料金は自己負担額によって異なります。

6. 苦情申立窓口

リハビリテーション科 科長 青木 昭忠
電話番号 0790-82-2321

7. 身体拘束の原則禁止

当事業所は、原則として利用者に対し身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、院長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当事業所の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

8. 非常災害対策

事業所は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。

9. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

10. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止に図ります。また、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報します。

11. ハラスメント防止のための措置

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

12. 緊急時の対応方法

利用者の担当医への連絡を行い医師の指示に従います。担当医への連絡が困難な場合は救急搬送等の必要な処置を講じます。また緊急連絡先にご連絡をいたします。

担当医

病院名 佐用共立病院

所在 兵庫県佐用郡佐用町佐用 1 1 1 1

氏名 _____

電話番号 0790-82-2321

緊急連絡先

住所 _____

氏名（続柄） _____（ _____ ）

電話番号 _____

緊急連絡先

住所 _____

氏名（続柄） _____（ _____ ）

電話番号 _____

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

西暦 年 月 日

事業者乙

住所 兵庫県佐用郡佐用町佐用 1 1 1 1
事業所名 医療法人社団一葉会佐用共立病院
事業所番号 2 8 1 3 7 0 0 3 0 5
代表者名 理事長 **森 泰宏** 印

説明者

職名

氏名

印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

西暦 年 月 日

利用者甲

住所

氏名

印

代理人（選任した場合）

住所

氏名

印