

佐用共立病院 通所リハビリテーション重要事項説明書

利用者に対する通所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

通所リハビリテーション事業所は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリ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、在宅ケアを支援することを目的とします。この目的に沿って当事業所では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

地域の保健・医療・福祉等の連携を図り、高齢社会に即したサービスを提供するために

- (1)、明るく家庭的な事業所づくりを目指し、高齢者介護サービスに取り組みます。
- (2)、看護・介護その他の職種間のチームワークを重視し、働きやすい職場づくりを目指します。
- (3)、地域の連携を大切にし、地域の福祉環境のボトムアップを支援します。

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～土曜日 営業時間8時30分～12時30分

注) 日曜祭日、年末年始(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1	369単位/日	要支援1	2,268単位/月
要介護2	398単位/日	要支援2	4,228単位/月
要介護3	429単位/日		
要介護4	458単位/日		
要介護5	491単位/日		

加算単位 (全てが対象になるものではありません)

理学療法士等体制強化加算 30単位/日

サービス提供体制強化加算 6単位/日

〃 (要支援1) 24単位/月

〃 (要支援2) 48単位/月

短期集中個別リハビリテーション実施加算 110単位/日 (3ヶ月以内)

減算単位 (全てが対象になるものではありません)

送迎減算 -94単位/日

予防通所リハビリテーション12ヶ月超減算

要支援1 -120単位/月

要支援2 -240単位/月

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し

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 0 7 9 0 - 8 2 - 2 3 2 1

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、通所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、通所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