

重要事項説明書

えんさこ医院訪問リハビリテーション

- 1 事業の目的: 要介護状態又は要支援状態にある者(以下「要介護者」という)に対し、適切な訪問リハビリテーションを提供することを目的とします。
- 2 運営の方針: 訪問リハビリテーションの従事者は、要介護者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、利用者の居宅において必要なリハビリテーションを行うことにより、心身機能の維持回復を図ります。
居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めるとともに、関係市区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- 3 従業者の職種、員数、職務内容: 作業療法士 1人(通所リハビリテーションと兼務)
作業療法士は医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行います。
- 4 営業日及び営業時間 : 月曜日から金曜日(ただし、国民の祝日、振替休日、
12月31日から1月3日まで、8月13日から15日を除く)
9時~18時
- 5 訪問リハビリテーションの内容: 計画的な医療管理をおこなっている医師の指示に基づき、居宅を訪問し訓練等について必要な指導を行います。
- 6 通常の事業の実施地域: 倉敷市(庄支所管内) 岡山市(吉備支所管内)
- 7 利用料: 負担割合証に記載されている介護報酬額の1割もしくは2割。

訪問リハビリテーション費 307円/回

サービス提供体制強化 6円/回

短期集中リハビリテーション実施加算 200円/日

認知症短期集中リハビリテーション 240円/日

介護予防訪問リハビリテーション費 596円/回

退院時共同指導加算 600円/回

8秘密保持:サービスの提供にあたって知り得たご本人およびご家族の秘密を漏らしません。退職後も同様に努めます。

9苦情処理:サービスについてのご相談やご不満、ご意見などがある場合は下記までご連絡ください。苦情の申し出があった場合には、迅速かつ適切に対応し、サービス向上・改善に努めます。

相談・苦情のご連絡先

◎えんさこ医院訪問リハビリテーション担当者(田淵 利江) 電話086-462-0080

◎岡山県国民健康保険団体連合会

電話086-223-8825

◎市町村(最寄の市役所、町又は村役場)

10緊急時・事故の発生時の対応:緊急時・事故発生時には速やかにその事故に対して適切な対応をする。また当事者の家族・主治医に速やかに連絡します。報告義務のある事故に対しては各機関に報告します。

損害賠償の対象事故には、速やかに損害賠償を行うため当施設では損害賠償保険に加入しています。

11感染症、非常災害時には利用者の安全が確保できるように定期的な訓練を実施する。また訪問リハビリ事業を継続的に提供できるように非常時の体制での業務再開や継続ができるように当該業務継続計画を策定し、当該行う継続計画に従い必要な措置を講じます。

12 虐待の防止のための措置に関する事項として

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため観点から、虐待の発生・再発・防止のための委員会を設置しています。指針の整備と研修の定期的な実施を行います。担当者は田淵利江とします。

13ハラスメント行為の防止について:当該事業所では現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるように、ハラスメント行為があった場合は下記の手順にて対応する。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす。
- ② 個人の尊重や人格を言葉や態度によって傷つけたり、音島たりする行為
- ③ 意に添わない性的言動、好意的態度の要求等、性的である嫌がらせの行為

上記は当該法人職員、ご利用者様及びその家族等が対象となる。ハラスメントと判断された場合にはその行為者に対し、関係機関への連絡、相談、河mm恐改善に対する重要な措

置、場合によってはサービス利用計画の解除などの措置を講じます。

14 身体拘束の原則禁止について: サービス提供にあたって、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するために、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束や、行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という)を行いません。緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う場合には、その様態及び、時間、その際の利用者の心身の情、緊急屋無負えない理由など必要な事項の記録を行う。

設営母体
医療法人えんさこ医院
倉敷市下庄458-1
電話086-462-0080(緊急時を兼ねる)

利用同意書

医療法人 えんさこ医院

理事長 遠迫克昭 殿

医療法人えんさこ医院 訪問リハビリテーション事業所を利用するにあたり、当該事業所の運営規定苦情処理等の重要事項の説明を受け、この内容に同意の上利用いたします。

また主治医・居宅介護支援事業所・その他関連するサービスとの担当者会議等において、本事業所が把握している個人情報を提供する事に同意致します。

説明担当者

令和 年 月 日

利用者様氏名

利用者様住所

ご家族さま氏名

(続柄)

代理人様氏名

(続柄)