

京丹後市立弥栄病院

(介護予防) 訪問リハビリテーション事業所 重要事項説明書

1 当事業所の概要

R6. 6. 1 改定

(1) 事業所の概要

事業所名	京丹後市立弥栄病院訪問リハビリテーション事業所
所在地	京都府京丹後市弥栄町溝谷 3 4 5 2-1
連絡先	0 7 7 2-6 5-2 0 1 8
管理者	神谷匡昭 (部署管理者: 山中 純子)
サービス種類	(介護予防) 訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	2 6 1 9 6 0 0 2 5 3 号
サービス提供地域	京丹後市内

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 業務時間

業務日	月曜日～金曜日の 8 : 3 0 から 1 7 : 1 5 土日、祝日、12 月 29 日～1 月 3 日は休み
-----	--

(3) 職員体制

常勤理学療法士 3 名、作業療法士 2 名が勤務

2 当事業所の連絡窓口 (相談・苦情・キャンセル連絡など)

TEL : 0 7 7 2-6 5-2 0 1 8 (留守番電話がありますので、折り返し連絡させていただきます)

担当部署: 訪問リハビリテーション事業所

担当者: 山中 純子 (部署管理者・作業療法士)

受付時間: 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

※ご不明な点はお尋ねください。

ご相談・苦情については京丹後市長寿福祉課 (0772-69-0330) 及び国民健康保険連合会 (075-354-9011) でも受付けております。

3 サービス内容

- (1) 理学療法士や作業療法士等が、ご利用者様の御自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、身体面では、関節拘縮の予防・筋力や体力の改善、歩行能力の向上、日常生活動作の介助方法の指導、必要に応じて自助具の作成及び情報提供、環境調整、精神面では、知的能力の維持・改善などを目的にサービスを提供します。
- (2) 交通事情などにより、稀にサービス時間が前後することがございますが、ご了承ください。
- (3) 3 か月に 1 回の受診が必要となります。6 か月程度を目安に目標を達成し終了を目指します。

4 利用料金

(1) 料金表

項目	単位	負担額 (1 割負担の場合)
訪問リハビリテーション費 (20 分)	1 回 3 0 8 単位	3 0 8 円
介護予防訪問リハビリテーション費 (20 分)	1 回 2 9 8 単位	2 9 8 円
サービス提供体制加算 (I)	1 回 6 単位	6 円
口腔連携強化加算	1 月 5 0 単位	5 0 円

退院時共同指導加算	1回600単位	600円
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算	1日240単位	240円
移行支援加算	17単位	17円
短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院(所)日または認定日から3月以内〕	200単位/日	200円
リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	180単位/月	180円
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	213単位/月	213円

* 60分実施の場合。20分×3回でサービス提供体制強化加算もいただいています。

負担額 (308+6)×3=942円 *2割負担の場合は倍額となります。

介護予防(298+6)×2=608円

5 守秘義務と個人情報の保護について

- (1) 利用者またはその家族の個人情報については、サービス担当者会議等の正当な理由なく、第三者に漏らすことはしません。
- (2) 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。

6 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待防止のため、養護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）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、速やかに関係機関に通報します。

7 ハラスメント行為等の禁止

利用者又は家族による事業所従業者に対する以下のハラスメント行為等を禁止します。

ハラスメント行為等の発生により健全な信頼関係を築くことが困難と事業所が判断した場合は、必要に応じて警察等関係機関への通報を行うほか、サービス提供の中止や契約解除の措置をとることがあります。

- ①カスタマーハラスメント（暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為、居座り、監禁、長時間の電話・クレームなどの拘束的な行為など）
- ②セクシャルハラスメント（性的な言動・行為、好意的態度の強要、性的な嫌がらせ等）
- ③違法行為の強要
- ④職員の写真や撮影動画、録音を無断でSNS等に掲載すること

8 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	

緊急時に家族と連絡がとれない場合には確認なしに救急車を要請することに ☐ 同意します
☐ 同意しません。

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住 所_____

氏 名_____

【代理人】住 所_____

氏 名_____（続柄 ）