

# 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

## 重要事項説明書

あなたに対する訪問リハビリテーションサービス・介護予防訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業所概要

事業者名称	社会医療法人 太秦病院
主たる事業所の所在地	〒616-8083 京都市右京区太秦安井西沢町4番地13
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 山田 哲也
電話番号	075-811-7711

### 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	社会医療法人太秦病院 指定訪問リハビリテーション事業所
指定番号	2610706869
所在地	〒616-8083 京都市右京区太秦安井西沢町4番地13
電話番号	075-811-7711
管理者	山下 雅司

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	社会医療法人太秦病院が開設する、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士又は作業療法士が、要支援・要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問リハビリテーションを提供する。
運営の方針	理学療法士又は作業療法士は要支援・要介護者等の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、そ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る。

### 4. ご利用事業所の職員体制

職種	ご利用事業所の従業員
理学療法士	常勤 1名
作業療法士	常勤 0名

### 5. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	右京区【常磐野学区、太秦学区、南太秦学区、安井学区、山ノ内学区、宇多野学区、御室学区、花園学区、梅津学区、北梅津学区、嵯峨野学区、嵐山学区、広沢学区、嵯峨学区】
------------	--

\*上記地域以外でもご相談下さい。

## 6. 営業時間

営業日	月～土曜日 日・祝日・年末年始（12月30日～1月3日）は休業
営業時間	8時45分～17時 ただし土曜日は8時45分～12時30分

## 7. 訪問リハビリテーションの内容

主治医の指示に基づき、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法士や作業療法士が適切なリハビリテーションを提供いたします。

## 8. 訪問リハビリテーション利用料

○訪問リハビリテーション <介護度：要介護1～5の場合>

1回につき	308単位
-------	-------

\* その他サービスの加算単位

短期集中リハビリテーション実施加算(1日につき) (退院(退所)後や介護認定日から3ヶ月以内)	200単位
サービス提供体制強化加算Ⅰ (1回につき)	算定なし

○介護予防訪問リハビリテーション <介護度：要支援1, 2の場合>

1回につき	298単位
利用が12月を超える場合 1回につき	268単位

\* その他サービスの加算単位

短期集中リハビリテーション実施加算(1日につき) (退院(退所)後や介護認定日から3ヶ月以内)	200単位
サービス提供体制強化加算Ⅰ (1回につき)	算定なし

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (1週に2日まで) 240単位  
認知症の診断があり、リハビリによる生活機能の改善が見込まれる場合。

○退院時共同指導加算 (1回のみ) 600単位

入院中に退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合。

## 9. 苦情申立窓口

太秦病院 リハビリテーション科 担当： 万代 孝子	受付時間 平日 8：45～17：00 土曜 8：45～12：30 電話番号 075-811-7711
(市町村窓口) 右京区役所保険福祉センター 健康福祉部 健康長寿推進課	所在地 京都市右京区太秦下刑部町12番地 電話番号 075-861-1101 (代表) 075-861-1416 (直通) 受付時間 平日 8：30～17：00
(公的団体窓口) 京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護管理係	所在地 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町 620 COCON 烏丸内 電話番号 075-354-9011 受付時間 平日 9：00～17：00

## 10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者の方の病状等が急変した場合は、速やかに主治医、ご家族、介護支援専門員等へ連絡いたします。また、必要に応じ救急隊の出動を要請いたします。

利用者の主治医	医師名	
	医療機関名称	
	所在地	
	電話	
協力医療機関	医療機関名称	
緊急連絡先（家族）		
介護支援専門員		
市町村	右京区役所福祉介護課	

### 11. 衛生管理

事業所において感染症等が発生し、又まん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

1. 従業員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. 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。
3. 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備し、感染対策委員会を開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底しています。また、研修及び訓練を定期的実施します。

### 12. 虐待・身体拘束の防止

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる措置を講じます。

1. 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針を整備し、対策を検討する委員会を開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。また、研修を定期的実施

します。

2. 事業所は利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
3. サービス提供中に当該事業所従業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。
4. 事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上、利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録いたします。
5. 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。  
虐待防止担当者：茂 壮太

#### 1 3. 業務継続に向けた取り組みの強化

1. 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問リハビリテーション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って必要な措置を講じます。
2. 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

#### 1 4. ハラスメント

事業者は、従業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、ハラスメントの防止に向け取り組みます。

1. 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
  - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
  - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人の従業者、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
2. ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、発生状況の把握に努め、再発防止策を検討します。
3. ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

#### 1 5. その他

訪問リハビリテーションの提供に関する記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存します。

年 月 日

当事業者は、利用者に対する訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者および家族に対して、サービス内容説明書および重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項を説明しました。

居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 京都市右京区太秦安井西沢町4番地13  
名称 社会医療法人太秦病院  
指定訪問リハビリテーション事業所

説明者 所属 社会医療法人太秦病院  
指定訪問リハビリテーション事業所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、サービス内容説明書および重要事項説明書に基づいて、事業者から、サービス内容および重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

附則

この規定は、令和6年8月1日から施行する。

# 個人情報の提供に関する同意書

私議、この度事業所のサービスを利用するにあたり、下記の事項についてサービス利用者及びその家族の個人情報を開示することに同意いたします。

## 記

1. サービス利用者に医療上緊急の必要性がある場合に、医療機関等に利用者に関する心身状況等の情報を提供する事、並びにそれに付随して利用者の家族の情報を提供する事。
2. 介護支援専門員の主催するサービス担当者会議において、利用者及びその家族の最低限必要な情報を開示する事。
3. サービスの質の向上を目的とした、評価機関によるサービス事業所の審査のため、利用者及びその家族の個人情報を開示する事。

年 月 日

事業者

社会医療法人太秦病院 指定訪問リハビリテーション事業所 様

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印