

【重要事項説明書】

山梨市立牧丘病院(介護予防)訪問リハビリテーション事業に係る重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名 山梨市立牧丘病院 開設年月日 平成12年4月1日
所在地 〒404-0013 山梨県山梨市牧丘町窪平302-2番地 電話番号0553-35-2025 FAX0553-35-4434
管理者名 小澤幸子 介護保険指定番号 1910210572

(2) 職員の体制

Table with 5 columns: 職種, 資格, 常勤, 非常勤, 業務内容. Rows include 管理者 (医師), 理学療法士, 言語聴覚士, 作業療法士.

(3) 営業日、営業時間及び通常の事業の実施地域

営業日 月曜日～金曜日
営業時間 8時30分～17時
通常の事業実施地域 山梨市

2. サービス内容

理学療法士又は作業療法士、言語聴覚士がご利用者の居宅を訪問し、ご利用者の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、精神面では、知的能力の維持改善等を医師の指示に基づき行います。

① (介護予防) 訪問リハビリテーション

通院が困難なご利用者に対して、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき行います。

② (介護予防) 短期集中リハビリテーション

病院もしくは診療所、又は介護保険施設からの退院時又は認定日から、日常生活活動の自立性向上を目的としたリハビリテーションを集中的に行います。

3. 利用料金

利用料金については【重要事項説明書・別紙1】料金規定をご覧ください。

4. 緊急時等における対応方法

(介護予防) 訪問リハビリテーションを実施中に、利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。また、天災その他の災害が発生した場合には、必要によりサービス利用者の避難等の措置を講じます。

主治医名

病院又は診療所名

5. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、家族、主治医及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、その事故が賠償すべきものである場合には、速やかに損害賠償を行います。

6. 秘密保持

当事業所の従業者は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するよう、また従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨、雇用契約の際に文書にて誓約しております。なお個人情報の取扱いについては、別紙【利用者様の個人情報についてのお知らせ】のとおりです。

7. 資質向上のための研修の機会の確保

従業者の資質向上のため、採用後の1ヶ月以内、またはその後随時に研修の機会を確保いたしております。

8. 苦情・相談

当事業に関する相談、要望、苦情等は何なりと担当者までお申し出ください。

①担当者…… ②受付時間……営業日の9時～5時まで

③電話番号……0553-35-2025

なお、各市町村等の相談受付窓口は以下のとおりです。

山梨市 山梨市役所 高齢者・介護支援課 電話番号0553-22-1111

国民健康保険団体連合会相談窓口 電話番号055-233-9201

④運営に関する基準において、提供するサービスの第三者評価は実施しておりません。

9. 虐待防止のための措置に関する事項

虐待防止のための対策を検討する委員会及び研修会を定期的開催しています。

担当者……

10. 身体拘束の適正化

緊急時やむを得ず身体拘束を必要とする場合もあります。

11. ICTツールの使用

ICTツールを利用して利用者様の状況を連携施設と共有させていただきます。またICTを用いて記録された医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で計画的な医学管理を行います。

12. 利用にあたっての留意事項

①ご利用日:毎週 曜日:その他()

②ご利用時間:午前・午後 : ~午前・午後 :

③担当者:(氏名)

④事業所の都合により急な休みが発生したり、日時を変更する場合があります。

13. 当会の概要

名称・法人種別 公益財団法人山梨厚生会
代表者役職・氏名 理事長 有泉憲史
本部所在地 山梨県山梨市落合860番地 電話番号0553-23-1311
施設・拠点等 【病院】山梨厚生病院 塩山市民病院 甲州市立勝沼病院(甲州市よりの運営委託)
【在宅支援事業】ハートフル塩山訪問看護ステーション ハートフル塩山訪問入浴サービス
ハートフル塩山居宅介護支援センター

(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、利用者に対して契約書および本書に基づいて、重要な事項について説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住所 山梨県山梨市牧丘町窪平302-2

名称 山梨市立牧丘病院訪問リハビリテーション室

説明者 (印)

私は、契約書および本書により、事業者から(介護予防)訪問リハビリテーションサービスについての重要事項の説明を受け、これに同意しました。(自筆出来ない場合は代筆者氏名と利用者との続柄を記載)

利用者 氏名 (印)

住所

代筆者 氏名 (印)

(続柄)

家族 氏名 (印)

(続柄)

住所