

イムス佐原リハビリテーション病院

指定訪問リハビリテーション事業重要事項説明書

1. 事業所概要

事業所	医療法人社団 明芳会 イムス佐原リハビリテーション病院	
介護保険指定事業所番号	1215210265	
所在地	①佐原事業所(本部) 〒287-0001 千葉県香取市佐原口 2121-1	②旭事業所 〒289-2515 千葉県旭市西足洗 658
電話番号	0478(55)1113	0479(85)5112
FAX 番号	0478(55)0014	0479(85)5113
サービスを提供する地域	香取市及び近隣の地域	旭市及び近隣の地域

2. 事業目的と運営方針

- (1) 要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、居宅に理学療法士・作業療法士などが訪問し、必要なリハビリテーションを行い心身の機能維持回復を図ります。
- (2) リハビリテーションの目標、計画は医師と協議した上でご本人・ご家族と共に立て、計画的に行います。利用者の病状、心身の状態及び環境を把握し適切な指導を行います。
- (3) 業務上知り得た個人的な情報に関しては、その保持について厳守いたしますが、療養上、対策を必要とする事柄につきましては、関連事業と協議する必要がありますので、あらかじめご了承のほどお願い致します。

3. 利用事業所の従業員及び勤務の体制

勤務時間: 午前 8 時 30 分より午後 5 時 30 分まで

医師 常勤 1 名 齋藤 正仁

理学療法士 常勤 7 名 (佐原) 井川智士 安部志野 古川直栄 飯島梨紗 田尾孝浩
(旭) 遠山大志 菅谷舞

4. 営業時間

営業日: 月曜～土曜(祝祭日、年末年始は除く) 営業時間: 午前 9 時～午後 5 時 00 分

また、職員の都合上、時間曜日の変更もしくはお休みとさせて頂く場合がございますので、その都度ご相談させていただきます。ご了承のほどお願い致します。

5. 利用単位数

	単位数	備考
訪問リハビリテーション費	(要介護) 308 単位/20 分	20 分毎の単位数 * 要支援: 開始後 1 年間の単位数となります。
	(要支援)* 298 単位/20 分	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6 単位/20 分	20 分毎の単位数
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位/1 日	退院・退所または介護認定日より 3 ヶ月以内の方 (1 週間に概ね 2 回以上実施等 条件あり)
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	450 単位/月	3 ヶ月に 1 回のリハビリテーション会議の実施 その他、算定条件あり ◎要介護者のみ
移行支援加算	17 単位/日	日毎の単位数 ◎要介護者のみ

※1) 上記の他に、香取市・旭市以外の方は 1 回の訪問につき 100 円の交通費がかかります。

※2) 病状、認知症などで十分に実施できない場合は、基本単位数(308 又は 298 単位)の請求となります。

※3) 移行支援加算取得の関係上、サービス終了後においても介護支援専門員と情報交換する場合があります。ご理解の程宜しくお願い致します。

※4) ご本人・ご家族の所得に応じて、自己負担額が変わることがあります。

6. 会計方法

会計は月ごとの清算とし、前月分を翌月の 10～25 日までに当院会計窓口にてお支払い頂くか、指定口座への振込みをお願い致します。その後、領収書を発行致します。なお、訪問スタッフは費用を預かる事はできませんので、ご了承下さい。

7. 相談・苦情申立窓口

- | | |
|--|--|
| ① イムス佐原リハビリテーション病院
リハビリテーション科
科長 安藤 光弘 | ご利用時間 平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分
連絡先 0478(55)1113 |
| ② 医療法人社団 明芳会
イムス佐原リハビリテーション病院
事務長 岡澤 勉 | ご利用時間 平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分
連絡先 0478(55)1113 |
| ③ 香取市 介護保険課 | ご利用時間 平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
連絡先 0478(50)1208 |
| ④ 千葉県国民健康保険連合会 | ご利用時間 平日 午前 9 時～午後 5 時
連絡先 043(254)7426 |

8. 第三者評価の実施状況

実施なし。

9. 緊急時の対応方法

利用者の主治医への連絡を行い医師の指示に従います。主治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致します。

病 院 名 _____ (主 治 医 _____)

電 話 番 号 _____

所 在 地 _____

緊 急 連 絡 先 _____

電 話 番 号 _____

住 所 _____

10. その他

- ①リハビリ目標に到達できれば、設定した期限内でもその時点で本サービスは終了となります。
- ②予約の変更は当日の朝 9 時までに電話にてご連絡ください。ご連絡がなく休みとなった際は、基本料を請求させていただく場合もありますので、ご了承ください。訪問にうかがっている最中はお家族様も留守にされないようご協力お願い致します。

年 月 日

(乙)訪問リハビリテーションの提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明者(乙) 所在地 千葉県香取市佐原口2121番地1
名称 医療法人社団 明芳会
イムス佐原リハビリテーション病院
リハビリテーション科

氏 名 _____ (印)

(甲)私は契約書及び本書面により、事業者から訪問リハビリテーションについての重要な事項の説明を受けました。

利用者(甲1) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

代理人(甲2) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(続 柄 _____)