

重要事項説明書

(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)

利用者： _____ 様

事業者： 千葉病院附属介護老人保健施設訪問リハビリテーション

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	千葉病院附属介護老人保健施設訪問リハビリテーション
所在地	千葉市中央区仁戸名町 682
連絡先	043-268-1022
管理者名	岡住 慎一
サービス種類	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
介護保険指定番号	1250180109 号
サービス提供地域	千葉市内

※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) 営業時間

平日	午前 08 : 30 ～ 午後 17 : 15
定休日	土日祝日・12/29～1/3

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	医師	1 名	名	1 名
理学療法士	理学療法士	1 名	名	1 名
作業療法士	作業療法士	1 名	名	1 名

(4) ディスクローチャー

当法人の「事業計画」および「財務内容」については、ホームページ上で閲覧することができます。

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 043-268-1022

担当部署： 訪問リハビリテーション

担当者： 沢谷 宏子

受付時間：午前 09 : 00～午後 16 : 00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 サービス内容

- (1) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、ご利用者様の自宅を訪問し、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、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。

4 利用料金

(1) 費用

原則として、料金表に記載されている利用料金になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 15 日頃に当月分の料金を請求いたしますので、請求月の月末まであらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表 ※利用者によって負担割合が異なります(1割・2割・3割負担)

<要介護>

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費	308単位 / 20分	(1割)334円(2割)667円
(介護予防) 訪問リハビリテーション費	298単位 / 20分	(1割)323円(2割)646円
短期集中リハビリテーション実施加算	200単位 / 回	(1割)217円(2割)434円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240単位 / 月	(1割)260円(2割)520円
リハビリマネジメント加算イ	180単位 / 月	(1割)195円(2割)390円
リハビリマネジメント加算ロ	213単位 / 月	(1割)231円(2割)462円
医師の説明	270単位 / 月	(1割)293円(2割)585円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6単位 / 回	(1割)7円(2割)13円

(4) その他の費用

ご利用者様の住まいにおいて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気・電話などの費用は、ご利用者様の負担になります。

5 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	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

附則

この規定は令和5年5月1日から施行します

令和7年5月1日 改訂

【 会社の概要 】

法人及び施設の概要

(1) 法人の名称等

- | | |
|-------------|--|
| ・ 法 人 名 | 独立行政法人 地域医療機能推進機構 |
| ・ 代 表 者 | 理 事 長 山 本 修 一 |
| ・ 所 在 地 | 〒108-0074
東京都港区高輪3丁目22番12号 |
| ・ 電 話 番 号 | 03-5791-8220 |
| ・ ファックス番号 | 03-5791-8258 |
| ・ 施 設 名 | 独立行政法人 地域医療機能推進機構
千葉病院附属介護老人保健施設
訪問リハビリテーション |
| ・ 開 設 年 月 日 | 2023年 4月 1日 |
| ・ 所 在 地 | 千葉市中央区仁戸名町682番地 |
| ・ 電 話 番 号 | 043-268-1022 |
| ・ ファックス番号 | 043-268-1748 |
| ・ 管 理 者 名 | 岡住 慎一 |
| ・ 介護保険指定番号 | 介護老人保健施設 (千葉県 第1250180109号) |

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_____印

【保証人】（続柄 _____）

住 所_____

氏 名_____印