

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(訪問リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： _____ 医療法人 山村会

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	山村病院 訪問リハビリテーション事業所
所在地	高知市下島町 106
連絡先	088-872-5038
管理者名	宗石 秀典
サービス種類	訪問リハビリテーション
介護保険指定番号	3910115777 号
サービス提供地域	高知市

※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 9:00 ~ 午後 5:00
定休日	土、日、祝日、年末年始 (12月31日~1月3日)

(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		5名	名	5名
作業療法士		2名	名	2名

2 当事業所の連絡窓口 (キャンセル連絡)

TEL : 088-872-5038

担当部署: 事務部

担当者: 受付職員

サービス提供責任者: リハビリ科長 中村

受付時間: 午前 9:00~午後 5:00

(相談・苦情連絡)

TEL : 088-872-5038

担当部署: 事務部門

担当者: 医事科長

受付時間: 午前 9:00~午後 5:00

※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) 理学療法士や作業療法士が、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の1割が利用者負担額になります。

(2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月 8 日までに当月分の料金を請求いたしますので、15 日までに病院窓口にてお支払いください。

(3) 料金表

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費	308 単位	308 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1月超え3月以内〕	200 単位	200 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院(所)日または開始日から3月以内に週2日を限度〕	240 単位	240 円
退院時共同指導加算	600 単位	600 円
サービス提供体制強化加算	6 単位	6 円

※1 ヶ月の利用料の目安 (例：訪問リハビリテーションを1 ヶ月に2 回利用された場合)

【616 単位 × 10 × 0.1 = 合計 616 円】

↓

616 円 + (6 × 2) + = 利用料金合計 628 円

(4) その他の費用

ご利用者の住まいにおいて、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、ご利用者の負担になります。

(5) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者の負担になります。

複 写 物	1 枚につき	10 円
		円

(6) キャンセル料

① ご利用日の前営業日までにご連絡いただいた場合	利用者負担部分の 10%
② ご利用日の前営業日までにご連絡がなかった場合	利用者負担部分の 20%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

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		

【事業者】

住 所： 高知市下島町 106

社 名： 医療法人 山村会

代 表 者： 理事長 山村 栄一 印

【事業所】

住 所： 高知市下島町 106

事業所名： 山村病院訪問リハビリテーション事業所

(指定番号 3910115777)

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。

令和 年 月 日

【ご利用者】 住 所_____

氏 名_____ 印

【代理人】 住 所_____

氏 名_____ 印 (続柄)

署名代行理由：