

# 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： 整形外科なかむらリハビリテーションクリニック

## 1 当事業所の概要

### (1) 事業所の概要

事業所名	整形外科なかむらリハビリテーションクリニック		
所在地	大阪府吹田市山田南30-20		
連絡先	06-6878-8866		
管理者名	中村 健		
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	2711610580号	サービス提供地域	吹田市全域

※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。

### (1) 診療時間

月・火・木・金	8:45 ~ 12:15、16:00~19:30
土	8:45 ~ 12:15
定休日	水曜日・日曜日・祝日

### (2) 訪問時間

月~土	13:00以降
-----	---------

※訪問時間・曜日についてはご相談ください。

### (3) 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理医師	1名	0名	1名
看護職員	0名	1名	1名
リハビリスタッフ	7名	2名	9名
診療放射線技師	1名	0名	1名
事務職員	2名	0名	2名

### (4) ディスクロージャー

当事業所の「事業計画」および「財務内容」については、当社のホームページ上で閲覧することができます。

## 2 サービス内容

- 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。
- 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。

## 3 利用料金

### (1) 費用

原則として料金表の料金の1割（2割）が利用者負担額となります。

※利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

### (2) 利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、翌月10日までに当月分の料金を請求いたしますので、10日までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。

(3) 料金表（1単位＝10.66円）

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費	308単位 / 20分	3283円
リハビリテーションマネジメント加算 イ ※医師が利用者またはご家族に説明した場合	180単位 / 1カ月 + 270単位	4797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3カ月以内〕	200単位 / 1日	2132円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院（所）日または利用開始日から3カ月以内〕	240単位 / 週2回限度	2558円
退院時共同指導加算 (退院時カンファレンス参加した場合のみ)	600単位 / 1回のみ	6396円

項目	単位	料金
訪問リハビリテーション費	298単位 / 20分	3176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3カ月以内〕	200単位 / 1日	2132円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 〔退院（所）日または利用開始日から3カ月以内〕	240単位 / 週2回限度	2558円
退院時共同指導加算 (退院時カンファレンス参加した場合のみ)	600単位 / 1回のみ	6396円

※ 患者様毎に適用される料金表が異なります。

(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) キャンセル料

① ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

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。

担 当 部 署： リハビリテーション科

**080—5092—1122** (管理者：ソブエ)

**090—2078—5577** (副管理者：クドウ)

受 付 時 間：8：45～19：30

※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。

## 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。

病 院 名	整形外科なかむらリハビリテーションクリニック	
主 治 医	主治医氏名	中村 健

	連絡先	06-6878-8866
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		<ul style="list-style-type: none"> <li>・状態の急変時</li> <li>・訪問中の転倒・転落時</li> </ul>

#### 4 サービス内容に関する苦情

事業所は、提供されたサービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。

市町村の窓口	基幹型地域包括支援センター	
	吹田市泉町1-3-40	
	TEL 06-6384-1360	受付時間：月～金曜日 9時～17時00分
公的団体の窓口	大阪府国民健康保険団体連合会	
	大阪市中央区常盤1-3-8	
	TEL 06-6949-5418	受付時間：月～金曜日 9時～17時

※相談を受けた後、事業所は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の有無並びに改善の方法について、問い合わせ者または申し立て者に文書で報告します。

※事業所は、疑問、問い合わせ及び苦情申し立てがなされたことをもって、利用者に対しいかなる不利益、差別的取り扱いもいたしません。

#### 【クリニックの概要】

クリニック名：整形外科なかむらリハビリテーションクリニック

社員数：14名

設立：令和6年5月

所在地：大阪府吹田市山田南30-20

代表者：中村 健

#### 【事業内容】

訪問リハビリテーション

#### 【事業者】

住所：大阪府吹田市山田南30-20

施設名：整形外科なかむらリハビリテーションクリニック

代表者：中村 健

印

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 :