

重要事項説明書

(介護予防訪問リハビリテーション)

利用者： _____ 様

事業者： 医療法人健由会

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	医療法人健由会 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	2711611075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。

(2) 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

(3) 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。

(4) 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	4名	4名
リハビリスタッフ	6名	2名	8名
診療放射線技師	1名	0名	1名
事務職員	2名	2名	4名

(5) 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

- (1) 理学療法士や作業療法士が、ご利用者の自宅を訪問し、医師の指示に基づいて、ご利用者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。

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	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

(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) 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、至急下記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。

主 治 医	病 院 名	医療法人健由会 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		・ 状態の急変時 ・ 訪問中の転倒・転落時

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	
	大阪府吹田市泉町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：医療法人健由会 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8年 3月

所在地：大阪府吹田市山田南30-20 サンライズカーサ101

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 サンライズカーサ101

施設名：医療法人健由会 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_____

【代理人】住 所_____

氏 名_____（続柄 _____）

署名代行理由：