

# 重要事項説明書

## (通所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	医療法人しろみ会 城見整形外科クリニック
所在地	名古屋市北区金城 2-12-5
連絡先	TEL:052-938-4381 FAX:052-938-4382
管理者名	操 良
サービス種類	通所リハビリテーション
介護保険指定番号	2310302837 号
サービス提供地域	北区・西区（当院より半径 2km 程度の地域）

※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) 営業時間

月・火・木・金	午前 8 : 30 ～ 午後 5 : 30
水・土	午前 8 : 30 ～ 午後 1 : 00
定休日	日・祝祭日・夏季休暇・冬季休暇

### (3) サービス提供時間

午前（月～土）	午前 9 : 10 ～ 午後 12 : 20/ 午前 9:30 ～ 午後 12:40
午後（月・火・木・金）	午後 1 : 40 ～ 午後 4 : 50

### (4) 職員体制

資格	常勤	非常勤	計
医師	1 名	0 名	1 名
理学療法士	1 名以上	0 名	1 名以上
作業療法士	0 名	0 名	0 名
介護福祉士	2 名以上	2 名以上	4 名以上
介護職員	0 名	1 名	1 名

※兼務あり

## 2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 052-938-4381

担当部署：リハビリテーション科 通所リハビリテーション部門

担当者：小川

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) 通所リハビリテーション計画（介護予防通所リハビリテーション計画）に基づいて、理学療法及びその他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者が可能な限り、その居宅において自立した日常生活を営むことが出来るように在宅ケアの支援に努めます。
- (2) 交通事情などにより、送迎時間が前後することがございますが、ご了承ください
- (3) 運動中止基準（別紙）に該当する利用者様においては、医師の判断のもと運動の中止、早退となる場合がございます。

## 4 施設利用の注意点

- (1) 通所リハビリテーションは、介護保険でのサービスとなるためサービス提供時間内は、施設内に居て頂きます。※途中の帰宅は、認められていませんのでご理解お願いいたします。

- (2) サービス提供時間内での医療保険と介護保険の同時利用はできません。したがって、利用時間内での薬の処方や外来診察など整形外科クリニックの受診は緊急時を除いて原則として行いません。※介護保険の利用時間外であれば、外来診察や薬の処方、電気療法（物理療法）の利用は可能です。
- (3) 当事業所のサービスは、運動を主体としています。動きやすい服装や室内専用靴、タオルを準備してください。
- (4) 機能訓練室での携帯電話の通話は、他の利用者の迷惑となりますのでご遠慮下さい。
- (5) サービスご利用中（送迎時・運動時）のおやつ・食事等の摂取は禁止としています。ただし、医学的管理上、補食・糖分補給等必要な方は、事前にご相談ください。
- (6) 金銭・貴重品の管理は、各人で行います。紛失などがあった場合、当事業所では責任を負いかねます。
- (7) 設備・備品などは無断では、使用しないで下さい。
- (8) 介護保険では、送迎サービスは基本料金に含まれています。自家用車で通われる方は以下の記載事項にご注意下さい。
  - (ア) 介護保険の条例に基づいて、要介護の方は「送迎減算」を適用します。※ただし、要支援の方には適用されません。
  - (イ) 送迎サービスを利用しない場合には、サービス提供時間までに施設に到着してください。また、来る時や帰る時に交通事故や転倒などで怪我をされた際は、当事業所で責任を負うことは一切できません。

## 5 利用料金

### (1) 費用

原則として、別紙料金表に記載されている金額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、翌月上旬頃に当月分の料金を請求いたしますので、末日までに現金払い又は、振込（手数料要）にてお支払いください。

### (3) キャンセル料

ご利用者様のご都合でサービスを中止されても、キャンセル料金は頂きません。

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。

## 6 緊急時の対応

当事業所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。

尚、下記緊急連絡先及び救急搬送先（指定がある方）を、ご記入ください。

【緊急連絡先】 氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【緊急搬送先】 ※ご記入いただいた病院へ搬送先されるかは救急隊の判断となる為お約束出来かねます。

\_\_\_\_\_ 病院

**【 母体組織の概要 】**

施 設 名 : 医療法人しろみ会 城見整形外科クリニック  
代表者役職・指名 : 理事長 操 良  
所 在 地 : 名古屋市北区金城 2-12-5  
電 話 番 号 : 052-981-7738  
標 榜 科 目 : 整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科