

(介護予防)訪問リハビリテーション重要事項説明書

社会福祉法人 白 寿 院

1. サービスの相談

担 当 者：利用申込みや訪問リハビリテーション全般に関する相談は〔理学療法士等〕が
応対します。

受付時間：月～金曜日の午前9時～午後5時（土曜日は、午前9時～12時）

2. サービスの概要

名 称：新田塚ハイツ訪問リハビリテーション 電話番号：(0776)22-8367 番
所 在 地：福井市新田塚 506 番地 郵便番号：910-0064
指定番号：1850180074〔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〕

職員体制：サービスに従事する職種、職員数は次のとおりです。
理学療法士・作業療法士等 1名以上

営業時間：月～金曜日 午前8時30分～午後5時
土曜日 午前8時30分～午後0時30分
尚、日曜日・祝日・12月29日～1月3日は休業します。
他、電話等により、24時間通常連絡が可能な体制をとります。

実施地域：通常は、当事業所から片道10km以内の区域です。

3. 提供できるサービス内容

- ①病状・障害の観察 ②身体機能の維持・向上
- ③日常生活動作の維持・向上 ④環境整備に対する提案
- ⑤家庭へのアドバイス

4. サービスの利用料金

- (1)利用料金は【料金表】に示したとおりです。
- (2)各種保険法令等の改正により利用料金に変動が生じた場合には、【料金表】を改訂して
事前に利用者に通知します。
- (3)利用者は、前項の変更に同意しない場合には、本契約を解約することができます。

5. サービスの利用方法

- 利用開始：(1)事業所(電話)か自宅にて〔理学療法士等〕と面談の上、利用開始時期等を決
め利用契約書〕を取り交わします。
(2)居宅サービス計画(介護予防サービス支援計画)を作成したケアマネジャー
(地域包括支援センター)を通じて申し込みの場合は、当該理学療法士等が事
前協議で決めた内容を連絡いたします。その内容に同意された場合【利用契
約書】を取り交わします。
(3)契約時には、各種被保険者証、減額認定証等を提示していただきます。

- 利用終了：(1)事業者の都合で終了する場合は、一定の期間において文書で通知します。
(2)利用料金の支払い催告に応じない場合は、終了となります。
(3)職員や他の利用者に対して、背信行為を行った場合は、終了となります。
(4)要介護認定の更新で非該当（自立）と認定された場合、終了となります。

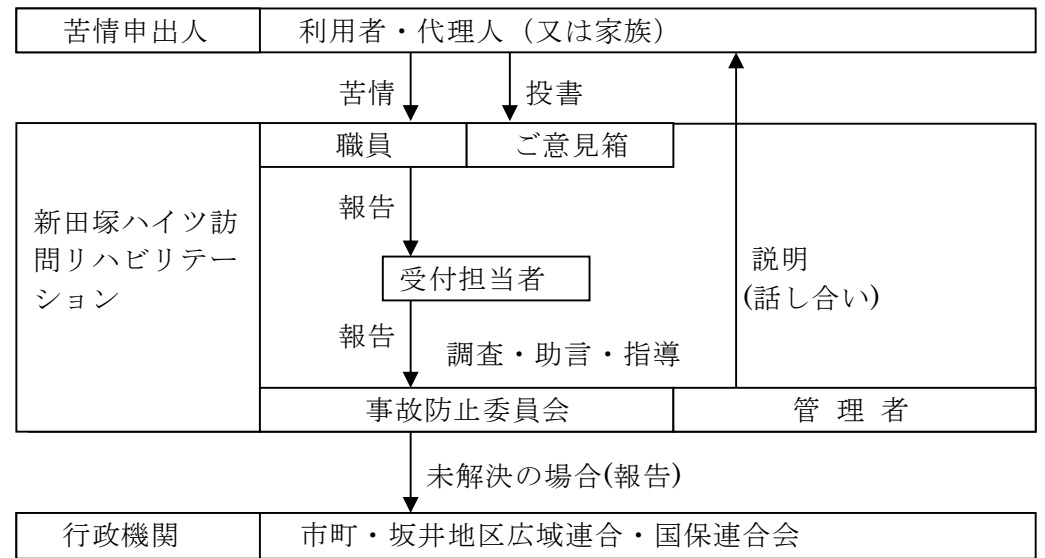
6. サービス提供上で必要な対応方法

- 提供中止：(1)利用者の病気で他者に感染のおそれがある場合は、中止することがあります。
(2)利用当日の健康チェックの結果、理学療法士等が利用者の体調が悪いと判断
した場合は、中止することがあります。
(3)利用中に、利用者の体調が悪くなった場合は、中止することがあります。

緊 急 時：心身状態の異変や容態急変の時は、別紙【家族連絡先一覧】によって家族に連
絡します。その時は、家族の早急な判断が必要となります。

苦情処理：事業者のサービス内容について苦情、相談、意見があれば承ります。

- (1)事業所における苦情の窓口〔1階 事務室〕
- (2)ご意見箱 〔1階 サブエントランス〕
- (3)行政機関その他苦情受付〔福井市介護保険課 (0776)20-5715〕
〔坂井地区広域連合介護保険課 (0776)72-3305〕
〔福井県国民健康保険団体連合会 (0776)57-1614〕
- (4)苦情処理の手順



虐待防止：虐待を受けた利用者を発見した場合は、速やかに市町等に報告します。

事故対応：万が一事故が発生した場合は、別紙【家族連絡先一覧】によって速やかに家族
に連絡いたします。
また、利用者を担当する居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)及び保険
者の市町等にも、その概況を報告いたします。

以上、(介護予防)訪問リハビリテーション事業所の利用にあたり、利用者〔又は家族〕に対して利用契約書及び契約書別紙、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日 〔事業者〕 住 所 福井市新田塚町 506 番地
名 称 新田塚ハイツ訪問リハビリテーション
説明者

以上、利用契約書及び契約書別紙、本書面により、事業者から(介護予防)訪問リハビリテーション事業所の利用についての重要な事項の説明を受けました。

年 月 日 〔利用者〕 住 所.....
氏 名.....

年 月 日 〔代理人・家族〕 住 所.....
氏 名.....
続 柄.....