

介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書
(令和5年1月1日現在)

1 介護予防訪問リハビリテーション事業者の概要

名 称	厚岸町
代 表 者 名	厚岸町長 若 狹 靖
代表者所在地・連絡先	(住所) 厚岸郡厚岸町真栄3丁目1番地 (電話) 0153-52-3131 (FAX) 0153-52-3138

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	町立厚岸病院指定介護予防訪問リハビリテーション事業所
所在 地・連絡先	(住所) 厚岸郡厚岸町住の江1丁目1番地 (電話) 0153-52-3145 (FAX) 0153-52-6137
事 業 所 番 号	0 1 1 4 3 1 0 6 9 1
管 理 者 の 氏 名	佐々木 暢彦

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数	職務の内容
管 理 者	1名(常勤兼務)	管理
医 師	1名以上(常勤兼務)	医療
理学療法士・作業療法士	1名以上(常勤兼務)	機能訓練

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管 理 者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:15) 常勤で勤務
医 師	正規の勤務時間帯 (8:30~17:15) 常勤で勤務
理学療法士・作業療法士	正規の勤務時間帯 (8:30~17:15) 常勤で勤務

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	厚岸町全域
---------	-------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(5) 職員の勤務体制

営業日	営業時間
平 日	8:30～17:15

営業しない日	土曜日・日曜日・祝日・12月29日～1月3日
--------	------------------------

3 サービスの内容

利用者が可能な限り居宅で自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持向上を目指します。

4 利用料等

- (1) 町立厚岸病院指定介護予防訪問リハビリテーション事業所利用料表による。
- (2) 利用料等のお支払い方法

毎月10日までに前月分を請求いたしますので、月末までに病院会計窓口か下記口座に振込送金してお支払い下さい。

(銀 行) : 大地みらい信用金庫 厚岸支店

(口座番号) : 普通 0993583

(口座名義) : 厚岸町病院事業企業出納員

5 事業所について

(1) 事業の目的

事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の理学療法士等が、要支援状態にある者に対し、適正な指定介護予防訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。

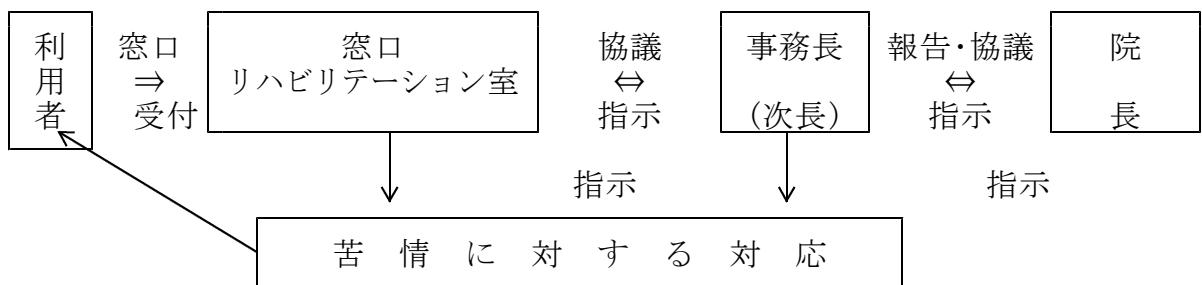
(2) 運営方針

事業所の理学療法士等は、要支援者等の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視したリハビリテーションを行うものとする。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者：長田 芳幸 ご利用時間：8:30～17:15 ご利用方法：電話（0153-52-3145） 当事業所の1階相談室 苦情箱（1階に設置）
-------------	---

<苦情処理を行うための処理体制及び手順>



【町の窓口】 厚岸町保健福祉課介護保険係	所在地：厚岸郡厚岸町住の江1丁目2番地 電話番号：0153-53-3333 受付時間：月～金曜日 8:30～17:15
【北海道の窓口】 北海道国民健康保険団体連合会 介護保険課企画・苦情係	所在地：札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号：011-231-5175 受付時間：月～金曜日 9:00～17:00

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかにお客様の主治医、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時 連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

8 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示して下さい。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

年　月　日

事業者　住　所　厚岸郡厚岸町住の江1丁目1番地
事業者名　町立厚岸病院
事業所名　町立厚岸病院指定介護予防訪問リハビリテーション事業所
代表者名　町立厚岸病院開設者　厚岸町長　若狭　靖　㊞

説明者　職　名
氏　名　㊞

私は、サービスの内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護予防訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年　月　日

利用者　住　所 _____
　　　　　氏　名 _____　㊞
代理人　住　所 _____
(選任した場合)　氏　名 _____　㊞