

新川老人保健施設（介護予防）訪問リハビリテーション

重 要 事 項 説 明 書

（令和 8 年 1 月 28 日現在）

1. 新川老人保健施設（（介護予防）訪問リハビリテーション）の概要

（1）連絡相談窓口 電話 0765-24-3080 担当 川井 藍子

（2）提供できるサービスの種類と地域

事業所名	新川老人保健施設
所在地	魚津市住吉 236 番地
電話番号／FAX 番号	0765-24-3080／0765-24-5055
介護保険指定番号／指定年月日	1670400686／平成 26 年 11 月 9 日
サービスの種類	（介護予防）訪問リハビリテーション
サービスを提供する地域	魚津市・黒部市・滑川市

上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談下さい。

（3）職員体制と営業時間

職員体制	営業時間
医師 1 名（兼務・常勤換算） 理学療法士 1 名以上 作業療法士 1 名以上	月曜日～土曜日 9:00～17:00 但し、祝祭日・お盆・年末年始を除く

2. （介護予防）訪問リハビリテーションサービスの特徴

（1）運営の方針

各部門との密接な連携を図り、利用者一人一人にあった、きめ細かいサービスを提供することによって、利用者そしてご家族の希望に沿うような、親切で、質の高いサービスを提供します。

（2）サービス利用のために

指定（介護予防）訪問リハビリテーションは、医学的管理のもとで要介護者に対する心身の機能の回復のため、当施設の医師の診察に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成した訪問リハビリテーション実施計画書を作成し、下記（ア）を目的とし、（イ）の訓練等を行います。

(ア) 目的

- ①ADLの低下防止
- ②QOLの維持・向上
- ③寝たきり防止
- ④社会性の維持・向上
- ⑤その他、利用者の状態の改善

(イ) 訓練等

- ①基本的動作訓練・活動向上訓練
- ②日常生活動作に関する訓練
- ③自助具適用・使用訓練
- ④運動療法
- ⑤作業療法
- ⑥物理療法
- ⑦その他必要訓練

3. 利用料その他

- (1) 指定（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は厚生労働大臣が定める基準によるものとし、詳細は別紙料金表のとおりとします。
- (2) 治療上必要なもので、介護保険の対象とならないものについては、その都度利用、または家族に説明し同意を得たものに限り徴収します。
- (3) 料金のお支払い方法
毎月、15日までに前月分の請求書を発行いたしますので、当月末までにお支払い下さい。お支払いの際に、領収証を発行します。
- (4) 担当スタッフが、やむを得ず訪問できなくなった場合には、利用者及びご家族と相談の上、事前に訪問日を変更するか、他のスタッフが代わりに訪問するよう対応します。

4. 緊急時の連絡先

サービスの提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより当施設の医師、救急隊、利用者の家族、居宅介護支援事業所ケアマネジャー等へ連絡いたします。

5. 事故発生時の対応

サービスの提供により、事故が発生した時は、速やかに関係市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所ケアマネジャー等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

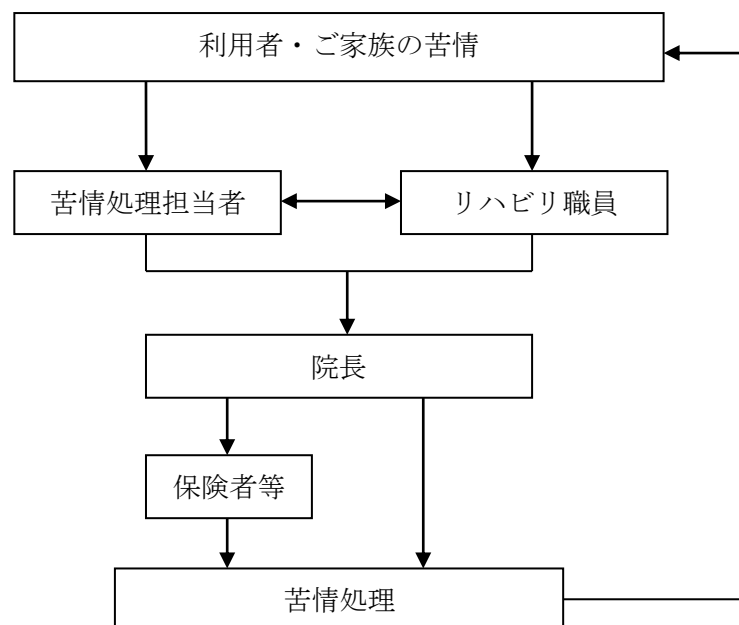
6. サービス内容に関する苦情

- ① 当事業所お客様相談・苦情担当
担当者 村井 由美子（看護師長）
中村 香 （介護支援専門員）

② その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・魚津市社会福祉課介護保健係 電話 0 7 6 5－2 3－1 1 4 8
- ・滑川市福祉介護課 電話 0 7 6－4 7 5－2 1 1 1
- ・黒部市福祉課 電話 0 7 6 5－5 4－2 1 1 1
- ・新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合
 電話 0 7 6 5－5 7－3 3 0 3
- ・富山県国民健康保険団体連合会介護保険班
 電話 0 7 6－4 3 1－9 8 1 6
- ・富山県福祉サービス運営適正化委員会
 ご利用時間 月～金 午前9時～午後5時
 電話 0 7 6－4 3 2－3 2 8 0



7. 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施しておりません。

年 月 日

(乙)当事業者は、甲 1 に対するサービスの提供開始にあたり、☐甲 1 に
() ☐甲 2
対して約款及び重要事項説明書に基づいて、約款及び重要事項を説明しました。

(乙)事業者

事業所所在地 富山県魚津市住吉 236 番地

名 称 新川老人保健施設 ㊞

説明者 所 属
氏 名 ㊞

(甲)私は、約款及び重要事項説明書に基づいて、乙から約款及び重要事項説明書の説明を受けました。

(甲 1)利用者

住 所

氏 名 ㊞

(甲 2)利用者のご家族

住 所

氏 名 ㊞