

# プラムの里通所リハビリテーション プラムの里介護予防通所リハビリテーション

## 重要事項説明書

(平成 21 年 4 月 1 日現在)

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

施設名	介護老人保健施設プラムの里
開設年月日	平成 12 年 4 月 28 日
所在地	〒399-4301 長野県上伊那郡宮田村 4804-1
電話番号	0265-84-1311
FAX 番号	0265-84-1312
管理者名	施設長 西村 太一
介護保険指定番号	介護老人保健施設プラムの里 (2052480023 号)

#### (2) 通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目的

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションは、当施設を一定期間ご利用いただき、要介護者及び要支援者の介護予防に努め、家庭等での自立生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、併せて、ご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。また、そのための助言、指導等総合的サービスの提供をします。

#### [プラムの里通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの運営方針]

- ① プラムの里通所リハビリテーション及びプラムの里介護予防通所リハビリテーション（以下事業者という。）は、ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの提供に努めます。
- ② 事業者は、ご利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、ご利用者の病状や心身の状況、生活環境の適格な把握を踏まえて作成する通所リハビリテーション実施計画及び介護予防通所リハビリテーション実施計画に基づき、自立した日常生活が営めるよう包括的サービスの提供に努めます。
- ③ 事業者は、市町村、居宅サービス事業者その他保険医療サービス及び福祉サービス提供者との結びつきを重視し、地域や家庭との連携に努めます。
- ④ 事業者は、自ら提供する通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善に努めます。
- ⑤ 事業者は、専門知識の習得のための定期研修と職員の資質の向上及び人材の育成に努めます。

### (3) 施設の職員体制

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並び運営に関する基準に基づき配置

職種	業務	常勤	非常勤
管理者	施設の運営管理に関すること	1名	
医師	医学的管理に関すること	1名	
看護職員	看護業務に関すること		1名
介護職員	介護業務に関すること	6名	5名
療法士	リハビリテーションに関すること	2名	3名
計		8名	5名

### (4) 営業日及び営業時間

①営業日 日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）を除く毎日

②営業時間 8時30分から18時30分まで

○基本サービス提供時間8時間、延長サービス2時間です。

○利用日、利用回数、入浴日に関しては事前にご相談させていただいておりますが、利用定員の都合でご希望に沿えない場合がございますのでご了承ください。

○ご家族送迎の場合は、早朝は8時30分よりご利用いただけます。夜間は18時30分までのご利用が可能です。

○事業者による送迎をご利用の場合は、原則として9時30分から16時30分までのご利用が可能です。

○送迎時には、ご家族にお見送りしていただくことを原則とします。独居等によりやむを得ずできない場合は、事業所までご相談ください。

○短時間デイ及び延長利用の場合は、原則としてご家族の送迎とします。

### (5) 送迎の実施地域

実施地域 宮田村

駒ヶ根市（中沢、東伊那地区を除く）

伊那市東春近（木裏原、田原、下殿島、ただし洞を除く）

伊那市西春近（小屋敷を除く）

### (6) 利用定員

定員 40名／介護予防通所リハビリテーションを含む。

(7) サービス内容

①計画の作成	○ご利用者及びご家族の意向を踏まえたうえで、リハビリテーションの目標及びその達成期間、サービス内容、サービスを提供するうえでの留意点を盛り込んだリハビリテーション実施計画を作成し、説明のうえ、同意を得て交付します。 また、リハビリテーション実施計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を記録します。
②食事	○管理栄養士が立てた献立表により、ご利用者の栄養ならびに身体の状態及び、嗜好を考慮した食事を提供します。 ○必要に応じて、ご利用者及びご家族に対し栄養指導等必要な支援を行います。 ○食事は原則として食堂でおとりいただきます。食事時間は以下のとおりです。 昼食：12時～13時 ただし、上記以外の時間でもご利用者の希望や心身の状態、行事等により衛生上または管理上許容可能な時間で提供することがあります。
③入浴	○一般浴槽のほか入浴に介助を要するご利用者には特殊浴槽をご利用いただきます。 ○ご利用者の身体の状態に応じて中止となる場合があります。
④排泄	○排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
⑤医学的管理・看護	○療養上必要な医療の提供は、医師・看護師がご利用者の状態に応じて行います。 ○口腔機能の維持、向上を図るための訓練及び指導を計画的に行います。
⑥介護	○個別援助計画に基づいて必要な介護を行います。

⑦機能訓練	○理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士などにより、ご利用者の心身の状況に応じて、自立した日常生活を送るのに必要な機能の維持を図るための訓練及び指導を計画的に行います。 ○個別リハビリテーションを主体とし、日常生活につながるようにグループ活動や創作活動などの実施及び指導を行います。
⑧相談援助サービス	○ご利用者及びご家族への相談援助、在宅ケアにおけるサービス調整を行います。
⑨送迎	○希望者に対し、送迎サービスを行います。

#### (8) 利用料金

介護認定による介護度に応じて利用料が異なりますが、原則として9割は保険給付され、1割がご利用者自己負担となります。

#### [通所リハビリテーション]

##### ① 通所リハビリテーション費（1日あたり）

介護度	1時間以上 2時間未満 (個別リハ20分以上 必須)	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満
要介護1	270円	270円	386円	515円	688円
要介護2	300円	324円	463円	625円	842円
要介護3	330円	378円	540円	735円	995円
要介護4	360円	432円	617円	845円	1,149円
要介護5	390円	486円	694円	955円	1,303円

##### ② リハビリテーションマネジメント加算 230円/月

理学療法士等がご利用者の状態をアセスメントし、リハビリテーションケアマネジメントを行った場合に加算されます。

##### ③ 短期集中リハビリテーション加算

集中的にリハビリテーションを行った場合、原則として、リハビリテーションマネジメント加算に加え、以下の料金が加算されます。

退所日または認定日から起算して1ヵ月以内	280円/回
退所日または認定日から起算して1ヵ月超3ヵ月以内	140円/回

##### ④ 個別リハビリテーション実施加算

多職種協働によりリハビリテーション実施計画を作成し、リハビリテーションを行った場合に加算されます。

退所日または認定日から起算して3ヵ月超	80円/回
---------------------	-------

※1時間以上2時間未満のご利用を除く。

※月13回までが上限。

⑤ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240円/回

多職種協働により認知症リハビリテーション実施計画を作成し、認知症リハビリテーションを行った場合に加算されます。

⑥ 栄養改善加算 150円/回 (月2回限度)

管理栄養士がご利用者の状態をアセスメントし、その状態に応じて多職種協働により栄養ケアマネジメントを行った場合に加算されます。

⑦ 口腔機能向上加算 150円/回 (月2回限度)

口腔機能の維持、向上を図るための訓練及び指導を計画的に行った場合に加算されます。

⑧ 居宅訪問によるリハ実施計画作成 550円/回

理学療法士等が居宅訪問によるリハビリテーション実施計画作成を行った場合に加算されます。

⑨ 中山間地域等提供加算 所定単位数の5%

通常の事業の実施地域を超えた地域のご利用者にサービス提供を行った場合に加算されます。

⑩ サービス提供体制強化加算 6円/回

直接サービスを提供する職員総数のうち勤続年数が3年以上の職員が30%以上勤務している場合に加算されます。

⑪ 入浴介助加算 50円/回

[介護予防通所リハビリテーション]

① 介護予防通所リハビリテーション費（1月あたり）

介護度	金額
要支援1	2,496円
要支援2	4,880円

※送迎料金は基本料金に含まれます。

② 予防通所リハ運動器機能向上加算 225円/月

③ 予防通所リハ栄養改善加算 150円/月

④ 予防通所リハ口腔機能向上加算 150円/月

⑤ 予防通所リハサービス提供体制強化加算

介護度	金額
要支援1	24円/月
要支援2	48円/月

[共通]

⑪ 介護給付サービス以外のサービス料金

- 1) 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）
  - 朝食400円
  - 昼食750円(おやつ代込)
  - 夕食700円
- 2) 理美容代 実費
- 3) おむつ代 使用枚数×(100円・30円・15円) ※種類によります。
- 4) 特別食 実費
- 5) 教養娯楽費 20円/日 ※教材費は実費
- 6) クラブ材料費 実費
- 7) 日用品費 50円/日
- 8) 時間外利用料 1,000円/時間
- 9) お試し利用料 2,000円/回

#### (4) 料金支払について

##### ①支払方法

原則として口座引落にてお支払いただきます。

口座引落ではご都合が悪い場合には、現金での事務所窓口払い、又は、振込払いも承ります。お支払いただきますと領収書を発行します。

[ 引落 ( アルプス 八十二 農協 郵便局 ) ・ 振込 ・ 現金 ]

##### ②支払期日

毎月末締めとし、翌月10日までに前月分の請求書を発行します。

口座引落の場合は、請求書が到着した月の20日にお引落させていただきます。

振込、現金でのお支払の場合は、請求書が到着した月の末日までにお支払をお願いします。

##### ③契約の解約

サービス料金の支払が正当な理由無く2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催促したにも関わらず指定期間内に支払われない場合は、契約を解約します。

##### ④遅延損害金

介護老人保健施設プラムの里は、サービス料金支払義務者がサービス料金を、所定の納期限を経過しても納付しないときは、期限を指定して納付すべきことを督促します。

督促を受けた支払義務者が、その督促状の指定期限までにサービス料金を納付しないときは、サービス料金につき、年14.6%の割合で、督促状に指定する納期限の翌日からその完納の日の前日までの日数により計算した額(100円未満切り捨て)をサービス利用料の他に遅延損害金としていただきます。

##### ⑤連帯保証人

サービス料金の滞納が発生した場合には、前述の通りご利用者へのサービスを中止し、ご退所いただくこととなります。

ご利用料金の未払い・滞納が発生しない様にすることで、ご利用者の生活を保障するために、ご契約時には必ず連帯保証人を立てていただきます。

## 2. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関にご協力をいただき、ご利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

### 協力医療機関

名称	住所	電話番号
前澤病院	駒ヶ根市上穂南1 1-5	0265-83-2152
昭和伊南病院	駒ヶ根市赤穂北割3 2 3 0	0265-82-2121
竜東病院	駒ヶ根市東伊那9 1 0	0265-83-5177

### 協力歯科医療機関

名称	住所	電話番号
ユー歯科診療所	駒ヶ根市赤穂4 2 2 5-1	0265-81-7560

## 3. 施設利用にあたっての留意事項

### ○面会

8時30分～18時30分までできます。お気軽にお越しください。

### ○外出・外泊

自由にできますが事前にお知らせいただき各フロアにて手続きをお願いします。

### ○飲酒・喫煙

飲酒、喫煙の際は職員にお声をかけて下さい。また、喫煙は所定の場所で行います。

### ○所持金・備品等の持ち込み

あらかじめ利用時に確認をさせていただいております。

### ○金銭・貴重品の管理

原則としてお預かりをしますが、必要な場合は事務所で管理します。

### ○外泊時等の施設外での受診

医療機関への受診に係る費用につきましては、原則として施設負担となりますが、一部健康保険が適用となる個人負担部分につきましては、ご利用者にてご負担いただきます。

### ○ペットの持ち込み

施設内にペットを持ち込むことは、他のご利用者の迷惑となる場合がありますので、ご遠慮ください。

### ○禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。



#### 4. 非常災害対策

- 防災の対応 プラムの里防災ガイドラインにより対応します。
- 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、煙感知器を備えております。
- 防災訓練 年2回実施します。
- 防火管理者 西村太一

#### 5. 要望及び苦情等の相談

当施設における苦情・相談等は以下の窓口で受け付けます。ご遠慮なくお申し出ください。

- ①苦情受け付け担当者 池上禎枝
- ②受付時間：9時00分～18時00分
- ③連絡先：0265-84-1311
- ④苦情解決責任者：西村太一

以下の窓口でも相談を受け付けます。

- ⑤各市町村の介護保険係
- ⑥長野県社会福祉協議会
- ⑦長野県国民健康保険団体連合会 電話番号 026-238-1580

要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

#### 6. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご利用ください。

【説明確認欄】

平成 年 月 日

1. 介護老人保健施設プラムの里のサービスの内容について、本書面を交付のうえ重要事項を説明しました。

事業者名 介護老人保健施設プラムの里

説明者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

2. サービスの内容について、本書面を受領のうえ事業者から説明を受け、サービスの内容に同意しました。

ご利用者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

身元引受人 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

【請求書・明細書及び領収書の発送先】

氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

【緊急時における身元引受人以外の連絡先】

プラムの里からの連絡は原則として身元引受人の方にさせていただきますが、緊急時等に身元引受人の方と連絡が取れなかった際のご連絡先としてご記入をお願いします。

緊急時連絡先① 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

緊急時連絡先② 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_