

介護老人保健施設 プラムの里

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

重要事項説明書

(平成22年10月1日現在)

1 事業者(法人)の概要

法人名 社会福祉法人しなのさわやか福祉会
所在地 長野県上伊那郡宮田村4804-1
電話番号 0265-84-1311
代表者名 理事長 鷹野 準

2 施設の概要

施設名 介護老人保健施設 プラムの里
施設長 西村 太一
併設事業 当施設では、次の事業を併設して実施しています。

【介護老人保健施設事業】平成12年4月28日指定
長野県2052480023号 定員100名

【通所リハ事業】平成12年4月28日指定
長野県2052480023号 定員40名

【居宅介護支援事業】平成12年7月14日指定
長野県2072400795号

【認知症対応型生活介護事業(地域密着型サービス)】平成22年4月1日
指定 長野県2092400064号 定員9名

【指定地域密着型介護老人福祉施設(ユニット型)】平成22年4月1日指
定 長野県2092400072号 定員20名

【特定施設入居者生活介護事業】平成22年4月1日指定
長野県2072401090号 定員21名

3 事業所の概要

事業所名 介護老人保健施設 プラムの里
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
開設年月日 平成22年10月1日
所在地 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 宮原 奈々絵

4 事業の目的及び運営方針

[訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの目的]

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者の自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるために、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法の必要なリハビリテーションの提供を行います。

[訪問リハビリテーション及び介護予防訪問リハビリテーションの運営方針]

- ①利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ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、作業療法又は言語聴覚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、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
- ②訪問リハビリテーションの提供に当たっては、病状が安定期にあり、診察にもとづき実施される計画的な医学的管理の下、自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた要介護者とします。
- ③介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたっては、要支援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できるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法、言語聴覚療法その他必要なリハビリテーションを行います。
- ④事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他、保健医療福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5 従業者の職種、員数、及び職務内容

当事業の従業者、員数及び職務内容は次のとおりです。

職 種	資 格	常 勤	非常勤	備 考
管理者		1(兼務)		
理学療法士等	理学療法士		1	
	作業療法士		1	
	言語聴覚士	1	1	

(1) 管理者

管理者は、従業員及管理及び事業の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元化に行うものとし、また、医学的観点から計画の作成に必要な情報提供及びリハビリ方法についての指導、助言や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導、助言を行います。

(2) 理学療法士等

理学療法士等は、医師の指示・訪問リハビリテーション計画及び介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき居宅を訪問し、利用者に対し居宅サービス及び介護予防サービスを行います。

6 営業日及び営業時間

〈営業日〉

月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日及び盆・年末年始等の事業所が指定した休日を除きます。なお、盆・年末年始等の休日については、その1ヵ月以上前に通知します。

〈営業時間〉

午前9時00分から午後5時45分とします。

7 事業の実施区域

通常の事業の実施区域は、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）の区域とします。なおその他の地域は相談に応じます。

8 サービスの内容

(1) 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

①心身機能の維持・回復を図り日常生活の自立を目的に、利用者に適した訓練プログラムや家族指導等を実施いたします。

(2) その他の訪問サービス内容

- ①介護相談
- ②福祉サービスの紹介及び諸制度の活用方法
- ③福祉用具・住宅改修の相談
- ④その他、リハビリテーションに関する事項

9 利用料金

- ・利用料は1回を単位とし、その月に利用された利用料をまとめてお支払いいただくこととなります。
- ・下記の金額は厚生労働大臣が定める基準によるもので、指定訪問リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションが法定代理受領サービスであるときの1割負担額です。
- ・介護保険が適用されない場合、表示額の10倍の金額のお支払いをいただきます。

(1) 基本額

訪問リハビリテーション費（介護予防訪問リハビリテーション費）305円（1回）
サービス提供体制強化加算 6円（1回）

(2) 加算等

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算
 - ・退院・退所日又は認定日から1月以内 340円
 - ・退院・退所日又は認定日から1月超3月以内 200円
- ② 短期集中リハビリテーション実施加算（介護予防）
 - ・退院・退所日又は認定日から3月以内 200円

(3) 交通費等

通常の実施区域を越えて行う事業に要した交通費は、その実費(自動車を使用した場合、1km当たり37円で積算した額)を徴収します。

10 料金の支払いについて

(1) 支払い方法

- ・原則として口座引落にてお支払いいただきます。
- ・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日にお引落をさせていただきます。
- ・振込み、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いをお願いします。

(3) 契約の解除

サービス利用料金の支払が正当な理由なく2ヵ月以上遅延し、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には、契約を解除します。

(4) 遅延損害金

- ・介護老人保健施設プラムの里は、サービス利用料金支払義務者がサービス利用料金を、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利用料金を納付しないときは、サービス利用料金につき、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円未満切捨て)をサービス利用料金の他に遅延損害金としていただきます。

(5) 連帯保証人

- ・サービス利用料金の滞納が発生した場合には、ご利用者へのサービスを中止することとなります。
- ・サービス利用料金の未払い・滞納が発生しない様にする事で、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。

1 1 事故発生時の対応

サービス提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに市町村・利用者の家族又は身元引受人及び代理人に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

1 2 秘密の保持

- ①従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないものとします。
- ②従業者であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるために、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。
- ③サービス担当学会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならないものとします。

1 3 サービス内容に関する苦情相談窓口

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。

〈当事業所の相談窓口〉

相談員 宮原 奈々絵
ご利用時間 9時00分～18時00分（月曜日～金曜日）
ご利用方法 電話 0265-84-1311
面接 プラムの里事務所窓口にお申し出ください。
苦情解決責任者 西村 太一

〈その他の苦情〉

宮田村地域包括支援センター 0265-83-4128
長野県国民健康保健団体連合会 0265-238-1580
各市町村の介護保険係

1 4 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】

1. 介護老人保健施設プラムの里のサービス内容について、本書面を交付のうえ、訪問リハビリテーションサービス及び介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容及び重要事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業所名 介護老人保健施設 プラムの里
<説明者> 職 名
氏 名 _____ (印)

2. 私は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションサービス及び介護予防訪問リハビリテーションサービスの内容及び重要事項の説明を受け、サービスの内容に同意しました。

平成 年 月 日

<利用者> 氏 名 _____ (印)

住 所 _____

電 話 _____ 携帯 _____

<ご家族・代理人・身元引受人> 氏 名 _____ (印)

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 _____

【緊急時における連絡先】

プラムの里からの連絡は原則としてご家族の方にさせていただいていますが、緊急時にご家族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 _____