

介護老人保健施設 三方原ベテルホーム重要事項説明書

介護予防訪問リハビリテーション重要事項説明書

(2025年4月1日)

当施設の提供する介護予防訪問リハビリテーションについて、施設の概要、提供されるサービスの内容など、利用上ご注意いただきたい事項を次の通りご説明します。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
法人所在地	静岡県浜松市中央区元城町 218 番地 26
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 青木 善治
電話番号 F A X	電 話 (053)413-3300 F A X (053)413-3314
ホームページ・アドレス	http://www.seirei.or.jp/hq/

2. 事業所の概要

事業の種類	介護予防訪問リハビリテーション
事業所の名称	介護老人保健施設 三方原ベテルホーム
所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川 7421 番地の 1
開設年月	令和 2 年 4 月
管理者名	所長 松島 秀樹
介護保険事業者番号	2258180021 号
電話番号 F A X	電 話 (053)436-6600 F A X (053)439-0055
メール・アドレス	beteru-mk@sis.seirei.or.jp

3. ご利用施設で実施している事業

事業の種類	事業所指定年月日	指定番号	利用定数
【施設サービス】 介護老人保健施設	平成 12 年 4 月 1 日	2258180021 号	150 人 介護老人保健施設定員に 短期入所療養介護及び 介護予防短期入所 療養介護を含む
【居宅サービス】 短期入所療養介護	平成 12 年 4 月 1 日	2258180021 号	
【居宅サービス】 介護予防 短期入所療養介護	平成 18 年 4 月 1 日	2258180021 号	
【居宅サービス】 通所リハビリテーション	平成 12 年 4 月 1 日	2258180021 号	50 人 通所リハビリテーション定員に 介護予防通所リハビリテーション を含む
【居宅サービス】 介護予防 通所リハビリテーション	平成 18 年 4 月 1 日	2258180021 号	
【居宅サービス】 訪問リハビリテーション	令和 2 年 4 月 1 日	2258180021 号	
【居宅サービス】 介護予防 訪問リハビリテーション	令和 2 年 4 月 1 日	2258180021 号	

4. 介護予防訪問リハビリテーションの目的と運営方針

目的	介護保険法令の趣旨に従って、要介護(要支援)状態等となった場合においても、ご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、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションをご利用者の居宅において行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目指します。
運営方針	ご利用者が1日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努めます。

5. 介護予防訪問リハビリテーションの概要

通常の実施地域	浜松市北区細江町全域及び施設から半径5km (目安となる町名は以下のとおり) 浜松市浜名区：細江町、引佐町井伊谷、引佐町金指、神宮寺町、都田町、新都田 浜松市中央区：大原町、豊岡町、東三方町、初生町、根洗町、三方原町、三幸町、葵西、葵東、高丘、西丘町、花川町、桜台、大山町、呉松町、湖東町、深萩町、和光町、和地町
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

営業日及び営業時間

受付時間	月曜日から金曜日の平日 (但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く) 午前8時30分～午後5時00分まで
サービス提供時間	月曜日から金曜日の平日 (但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く) 午前8時30分～午後5時00分まで

6. 職員の配置状況(主たる職員)

職種	職員数	備考
管理者 医師	1	介護老人保健施設常勤医師兼務
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	1以上	

職員数は変動することがあります。

7. 介護予防訪問リハビリテーションのサービスの内容

項目	内容
計画の作成	・ケアマネジャー等の介護予防サービス計画に基づき、医師の診療、運動機能検査作業能力検査等を基にご利用者の心身の状況、希望およびその環境を踏まえてリハビリテーション等の目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。
ご利用者またはご家族への説明	・作成した介護予防訪問リハビリテーション計画については、ご利用者およびそのご家族に説明し、同意をいただきます。 ・介護予防訪問リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導等を行います。
サービスの提供方法	・介護予防訪問リハビリテーション計画に従い、懇切丁寧に行うことを旨とし、常にご利用者の病状および心身の状況等の把握に努めながら適切なサービスを提供します。
緊急時対応	・緊急など必要な場合には、協力医療機関等に引継ぎをします。

8. 利用料（ご利用者の自己負担額）

①利用料金の一部が介護保険から給付されるサービス

重要事項説明書別紙の「サービス利用料金表」①②に基づき、ご契約者の要介護度に応じたサービスの費用から介護保険給付額を差し引いた金額（自己負担額分）をお支払いいただきます。

②利用料金の全額をご利用者に負担していただくサービス

重要事項説明書別紙の「サービス利用料金表」③④に基づき、所定のサービスの費用（自己負担額分）をお支払いいただきます。

9. 施設減免制度

相談窓口	内容
相談室	三方原ベテルホームの減免規程に基づき、「利用料」の減免を行います。

10. 苦情申し立て先

申し立て先	内容
当施設の 苦情 受付窓口	○相談室 苦情受付担当者：藤井 明子（支援相談員） 申立て方法：①面接 ②電話・FAX 電話：(053)436-1165 FAX：(053)439-0055 ③投書箱への投書（1階エレベーター前に設置しています） ④e-mail：beteru-mk@sis.seirei.or.jp 受付時間：月曜日～金曜日（祝祭日を除く）8：30～17：00
第三者委員による 苦情の受付	○第三者委員 社会福祉法人 十字の園 浜松十字の園 施設長 鶴見俊輔 電話 053-436-9535 FAX 053-437-1352 ○第三者委員 一般財団法人 日本老人福祉財団 浜松ゆうゆうの里 施設長 高橋 徹 電話 053-439-2711 FAX 053-438-1352
行政機関 その他 苦情受付機関	○静岡県国民健康保険団体連合会 電話：(054)253-5590 ○浜松市役所（本庁）健康福祉部介護保険課 指導第一グループ 電話：(053)457-2875 ○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 中央区役所内 電話：(053)457-2324 ○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 東行政センター内 電話：(053)424-0184 ○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 西行政センター内 電話：(053)597-1119 ○浜松市中央福祉事業所 長寿支援課 南行政センター内 電話：(053)425-1572 ○浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 浜名区役所内 電話：(053)585-1122 ○浜松市浜名福祉事業所 長寿保険課 北行政センター内 電話：(053)523-2863 ○浜松市天竜福祉事業所 長寿保険課 天竜区役所内 電話：(053)922-0065

1 1. 協力医療機関

名 称	総合病院 聖隷三方原病院 (934 床)
所在地	静岡県浜松市中央区三方原町 3453
電話番号	(053) 436-1251
診療科	総合診療内科、内分泌代謝科、腎臓内科、神経内科、脳卒中科、循環器科、消化器センター、呼吸器センター、外科、脳神経外科、脳血管内外科、整形外科、リハビリテーション科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、精神科、麻酔科、救命救急センター など

1 2. 留意事項

訪問スケジュールの変更	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の都合で予定されたサービスを変更する場合、キャンセル料が発生する場合がありますので、できるだけ早めにご連絡ください。但し、ご利用者の容態の急変など緊急やむをえない事情の場合はその限りではありません。
金品の管理や訪問時もてなしの辞退	<ul style="list-style-type: none"> ・年金の管理や金銭の貸借などの取り扱いはできません。また、訪問職員に対する贈り物や飲食のもてなしもご遠慮いたします。
身元引受人への依頼事項	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は原則としてご利用者に対し身元引受人を立てることを求めます。 ・身元引受人にご協力をお願いする主な事項は次のとおりです。 <ol style="list-style-type: none"> ①ご利用者が疾病等により医療機関に受診・入院する場合の諸手続き。 ②ご利用の解除または終了する場合の諸手続き。
謄写の費用	<ul style="list-style-type: none"> ・記録書類等の謄写については、11 円/枚の実費をいただきます。

以上、介護予防訪問リハビリテーションの提供にあたり、本書面並びにサービス料金表に基づき重要事項の説明をいたしました。

年 月 日

介護老人保健施設 三方原ベテルホーム

説明者 _____ (印)

私は、事業者からの重要事項並びにサービス料金について説明を受け、介護予防訪問リハビリテーションの提供を受けること並びに料金支払いについて同意しました。

年 月 日

利用者氏名 _____ (印)

(代筆者) _____ (印) (続柄) _____