

介護老人保健施設ヒロセ重要事項説明書

(指定通所リハビリテーション) <令和6年9月1日現在>

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0898-47-5200 (午前8時30分～午後5時30分まで)

FAX 0898-47-5085

担 当 支援相談 久米 貴子・長井 千明

※ご不明な点は、なんでもおたずねください

2. 介護老人保健施設ヒロセの概要

(1) 提供できるサービスの種類

| | |
|-----------|----------------------|
| 施設名称 | 介護老人保健施設ヒロセ |
| 開設年月日 | 平成10年7月9日 |
| 所在地 | 今治市国分7丁目4-1 |
| 介護保険事業所番号 | 介護老人保健施設(3857780450) |
| 施設長 | 北新 徹也(医師) |

(2) 同施設の職員体制

| | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
|------------------|------|-----|------------|-------|
| 管理者(施設長、医師) | 1名 | | 入所・デイケアと兼務 | 1名 |
| 支援相談員 | 1名 | | | 1名 |
| 管理栄養士 | | 1名 | 入所・デイケアと兼務 | 1名 |
| 理学・作業・言語療法士 | 3名 | 1名 | 入所・デイケアと兼務 | 2名以上 |
| 事務職員 | | 1名 | 入所・デイケアと兼務 | 1名 |
| 介 看 職 員 | 看護職員 | 2名 | | 1名以上 |
| | 介護職員 | 11名 | 2名 | 10名以上 |
| | その他 | | | |

※1名以上の常勤職員、利用者10名に対して介護・看護職員1名以上の体制とする。

(3) 同施設の設備の概要

| | | | |
|----|-----|-------|---------------------------|
| 定員 | 40名 | 浴室 | 一般浴室(3階・1階)と特殊浴(2階)があります。 |
| | | 診察室 | 1室 |
| | | デイルーム | 各階1室 |
| | | 機能訓練室 | 1室 |

3. サービス内容

- ①通所リハビリテーション計画の立案
- ②食事（原則として食堂でおとりいただきます）
- ③入浴（状態に応じ特別浴となる場合があります）
- ④介護
- ⑤機能訓練
- ⑥支援相談
- ⑦健康管理
- ⑧特別食の提供（利用者が選定する食事）
- ⑨レクリエーション等

4. サービス営業日及び営業時間

当施設のサービス営業日及びサービス営業時間は、次のとおりです。

- ①サービス営業日 月曜日から日曜日までとします。（年中無休）
- ②サービス営業時間 午前8時30分から午後5時30分

5. サービス提供営業日及び提供時間

当施設のサービス提供営業日及びサービス提供時間は、次のとおりです。

- ① サービス提供営業日 月曜日から日曜日までとします。（年中無休）
- ② サービス提供時間 午前9時から午後4時を標準的な提供時間とします。
利用者の要望により時間延長可能な体制とします。

6. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、今治市および西条市とします。

但し、旧今治市、旧朝倉村、旧玉川町、旧波方町、旧大西町および旧東予市の区域に限ります。

7. 利用料金

※介護保険に基づき、契約書・重要事項説明書により説明し、利用者その家族等に同意のもと下記料金を徴収します。

I 保険給付の自己負担額

① 本料金

・施設利用料

※利用者負担割合に応じた額をお支払い頂きます。（下記の金額は1割負担）

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|------|-------|-------|-------|
| 1時間以上2時間未満 | 369円 | 398円 | 429円 | 458円 | 491円 |
| 2時間以上3時間未満 | 383円 | 439円 | 498円 | 555円 | 612円 |
| 3時間以上4時間未満 | 486円 | 565円 | 643円 | 743円 | 842円 |
| 4時間以上5時間未満 | 553円 | 642円 | 730円 | 844円 | 957円 |
| 5時間以上6時間未満 | 622円 | 738円 | 852円 | 987円 | 1120円 |
| 6時間以上7時間未満 | 715円 | 850円 | 981円 | 1137円 | 1290円 |
| 7時間以上8時間未満 | 762円 | 903円 | 1046円 | 1215円 | 1379円 |

※【入浴代】：介助による場合

40円

通所リハビリテーション利用時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

※【時間延長サービス体制】：対応あり

※【短期集中リハビリテーション実施加算】： 110円/回
退院・退所・初回認定から起算して3月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行う

※【リハビリテーションマネジメント加算ロ】：
開始月から起算して6月以内の期間に行われた場合 593円/月
開始月から起算して6月以降の期間に行われた場合 273円/月
医師が利用者又はその家族に対して説明した場合（上記に加えて） 270円/月

※【リハビリテーション提供体制加算】

| 所要時間 | 単位数 |
|------------|-------|
| 3時間以上4時間未満 | 12円/回 |
| 4時間以上5時間未満 | 16円/回 |
| 5時間以上6時間未満 | 20円/回 |
| 6時間以上7時間未満 | 24円/回 |
| 7時間以上 | 28円/回 |

※【時間延長時加算】（7時間以上8時間未満の料金に加算）：
8時間以上9時間未満 50円
9時間以上10時間未満 100円

※【科学的介護推進体制加算】： 40円/月
自立支援や重度化防止に属する介護を実施し、施設サービス計画を職種協同してサービスの質の向上に努める計画を作成した場合

※【栄養改善加算】： 200円/回
低栄養状態にある方又はその恐れのある方に対し、栄養ケア計画を作成して適切なサービスを提供した場合

※【口腔機能向上加算Ⅰ】： 150円/回
口腔機能の低下している方又はその恐れのある方に対し、口腔機能改善のための計画を作成して適切なサービスを提供した場合

※【中重度者ケア体制加算】：1日につき 20円/日
指定基準で定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。
指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1以上確保していること。

※【退院時共同指導加算】：1回限り 600円/回
病院または診療所に入院中の者が退院するに当たり、通所リハビリテーションの医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、該当者に対する初回の通所リハビリテーションを行った場合

※【重度療養管理加算】：1日につき 100円

所要時間1時間以上2時間未満の利用者以外の者であり、要介護3、要介護4又は5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

(注) 別に厚生労働大臣が定める状態（イ～リのいずれかに該当する状態）

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している状態
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者程度等級表4級以上であり、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

※【送迎を行わない場合】： 片道「減」47円

※【サービス提供体制強化加算Ⅰ】： 1日につき 22円
介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上

※【介護職員等処遇改善加算Ⅰ】：加算あり

Ⅱ利用料

①食事の提供費用（食材費・調理費）

- 昼食 580円（おやつ含む）
- 夕食 500円（希望者）
- おやつ 100円

※原則として食堂でおとりいただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

② 日用品費

1日あたり 実費

※利用者が個人の希望により、施設で使用するものをご利用いただく場合にお支払い頂きます。

③ 教養娯楽費

1日あたり 実費

※レクリエーション等で使用する（折り紙・画用紙・粘土等の材料や風船・輪投げ等遊具・ビデオソフト等含まず）費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

1回あたり 実費

※生花クラブ、陶芸クラブ・絵手紙・水墨画・手工芸等に参加される方は、材料代諸費用として徴収させていただきます。

- ④ オムツ代
施設のオムツをご利用の場合お支払いいただきます。

| 種類 | 単価 |
|--------|------|
| 尿取りパット | 30円 |
| はくパンツ | 110円 |
| 紙オムツ | 110円 |

Ⅲ 支払方法

① 窓口での現金支払

毎月、5日（前月1日～月末分）までに計算をいたしますので、10日以内に当施設事務室窓口にてお支払いください。お支払いいただきますと領収証を発行いたします。

② 金融機関口座からの口座振替

毎月15日（非営業日の場合は翌営業日）に前月1日～月末分をご契約口座から口座振替いたします。領収書を必要な方は発行いたしますので、当施設事務室窓口にてお受け取り下さい。なお、請求書、領収書の送付は致しません。

8. 利用及び中止の手続き

(1) 利用手続き

まずは、お電話等でご相談ください。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当のケアマネージャーと相談ください。

(2) 中止手続き

① ご利用者様のご都合で中止される場合

- ・中止を希望される場合なるべく早くお申し出下さい。
- ・速やかに担当のケアマネージャーに連絡して下さい。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者様が他の介護保健施設に入所した場合
- ・ご利用者様が診療所および病院に入院した場合
- ・居宅介護サービス計画が作成されている場合は、その計画で定められた当該利用日数を満了になった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、所定の期間の経過をもってサービスを終了させていただくことになります。

- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービスを中止させていただく場合がございます。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、サービスを中止させていただく場合がございます。この場合、閉鎖または縮小する30日前までに文書で通知いたします。

- ・利用者の行動が、他の利用者へ危害を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない場合。
- ・利用者または連帯保証人、親族及び関係者等が、暴力団、暴力団員、暴力団関係企業
- ・団体またはその関係者、その他反社会勢力であることが判明したとき。

9. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

・基本理念

家庭や地域との結び付きを重視し、十分な広さと明るく豊かな家庭的な雰囲気の中で安心して生活が続けられるよう個人の人間性を尊重して、相手を思いやる「和」の心とご利用者様に「誠意」をもって接して、自立支援のお手伝いいたします。

・目的

要介護状態と認定された利用者へ介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の居宅における生活復帰を目指して一定の期間通所リハビリ療養を提供することを目的とする、指定通所リハビリ・居宅介護サービスを提供することを目的とする。

・基本方針

- ①居宅介護サービス計画に基づいて医学的管理の下における機能訓練・看護・介護その他の日常生活に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行います。
- ②明るく幸福な家庭的雰囲気を大切にする設計作りをめざします。
- ③可能な限り利用者が自己決定を行える様お世話いたします。
- ④利用者の残存能力を維持・開発・促進いたします。
- ⑤家族とのかかわりを深め連携を密にいたします。
- ⑥施設の持つ専門機能を活用し、保健・医療・福祉の連携を促進いたします。

(2) サービス利用のために

| 事 項 | 有無 | 備 考 |
|--------------|----|---------------------|
| 男性介護職員の有無 | ○ | |
| 従業員への研修の実施 | ○ | |
| サービスマニュアルの作成 | ○ | |
| 身体的拘束 | △ | 緊急やむを得ない場合（原則拘束しない） |
| 業務継続計画の策定 | ○ | |
| 虐待防止措置 | ○ | |
| その他 | | |

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・利用途中の外出 …… 通所リハビリは中止になります。
- ・利用途中での施設外での病院受診 …… 通所リハビリは中止になります。
- ・飲酒・喫煙 …… 飲酒は原則禁止・喫煙は敷地内全面禁煙となっております。
- ・設備・器具の利用 …… 各階にお申し出下さい。
- ・金銭・貴重品の管理 …… 必要最低限にとどめて下さい。原則、利用者様の管理となります
- ・所持品の持ち込み …… 必ずフルネームで記名をして下さい。刃物・危険物の持ち込みは禁止します。男性は電気シェーバーをご持参下さい。
- ・食品の持ち込み …… 衛生管理のため原則禁止。職員にお申し出下さい。
- ・宗教活動 …… 禁止いたします。
- ・ペット …… 持ち込み禁止です。
- ・火気の取り扱い …… 禁止しております。

1 0. 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対する介護保険施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じて、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償をするものとします。

1 1. 損害賠償

介護保険施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償する者とします。
利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

1 2. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、契約書にご記入いただいた連絡先及び市町村に速やかに連絡致します。

1 3. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応 …… 業務用直通電話が今治消防署・セコムとつながっています。
緊急連絡網により職員の呼び出しを行います。
- ・ 防災設備 …… 消火栓・消火器・スプリンクラー・緩降機等
- ・ 防災訓練 …… 年2回実施（1回は夜間を想定）

1 4. サービス内容に関する相談・苦情

①当施設ご利用者相談・苦情担当

担 当 久米 貴子・長井 千明
電 話 0898-47-5200
FAX 0898-47-5085

②その他

当施設以外の、市町村の相談・苦情窓口

- ・ 東予地方局地域福祉課

電 話 0897-56-1300
FAX 0897-56-1317

- ・ 今治市介護保険課

受付時間 月～金（8：30～17：15）
電 話 0898-36-1526

- ・ 愛媛県国民健康保連合会

受付時間 月～金（8：30～17：15）
電 話 089-968-8800

..... 契約をする場合は以下の確認をすること

令和 年 月 日

介護老人保健施設通所リハビリ利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

所在地 今治市国分7丁目4-1

名称 医療法人陽成会 介護老人保健施設ヒロセ

理事長 廣瀬 正典 (印)

説明者 所属 _____

氏名 _____ (印)

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人保健施設通所リハビリについての重要事項の説明を受けました。

利用者様 住所 _____

氏名 _____

身元保証人 住所 _____

氏名 _____