

介護老人保健施設ヒロセ重要事項説明書

(短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護)

<令和8年3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 支援相談員・(介護支援専門員) 尾形 知子
 支援相談員・(介護支援専門員) 白鞘 尚明
 支援相談員・(看護職) 曾我部 佳代

※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

	体制数	業務内容	
管理者(医師)	1名	施設療養全体の管理(入所・デイケアと兼務)	
医師	1名以上	療養・治療(非常勤)	
薬剤師	必要人数	薬剤管理(非常勤)	
支援相談員	3名	支援相談業務全般	
管理栄養士	1名	栄養管理(入所・デイケアと兼務)	
理学・作業・言語療法士	3名以上	リハビリテーション・入所者の訪問リハビリ(入所・デイケアと兼務)	
歯科衛生士	1名	利用者の口腔ケア(非常勤)	
介護支援専門員	1名以上	介護支援計画の作成	
事務職員	2名	事務全般(入所・デイケアと兼務)	
看介職員	看護職員	8名以上	看護・介護業務全般
	介護職員	20名以上	介護業務全般

※看護職員・介護職員3:1以上(看護要員の総数の7分の2以上が看護職員である)

(3) 同施設の設備の概要

定員	80名(短期を含む)		浴室	一般浴室(3階・1階)と特殊浴(2階)があります。
居室	4人部屋	12室		
	2人部屋	7室	診察室	1室
	個室A	6室	デイルーム	各階1室
	個室B	12室	機能訓練室	1室

3. サービス内容

- ①短期入所療養介護計画の作成
- ②個別リハビリテーション計画の立案
- ③食事（原則として食堂でおとりいただきます）
- ④入浴（一般浴槽の他、入浴介助を要する利用者には特殊浴槽で対応週2回入浴していただけます）
- ⑤介護
- ⑥機能訓練
- ⑦支援相談
- ⑧健康管理
- ⑨レクリエーション
- ⑩特別食の提供（利用者が選定する食事）
- ⑪理容サービス（業者委託）

等

4. 利用料金

I 保険給付の自己負担額

① 本料金

・施設利用料

※下記の金額は1割負担の場合です。利用者負担割合に応じた額をお支払頂きます。

	1日あたりの自己負担分	
	短期入所療養介護費（ii） 従来型個室	短期入所療養介護費（iv） 多床室
要支援1	632円	672円
要支援2	778円	834円
要介護1	819円	902円
要介護2	893円	979円
要介護3	958円	1,044円
要介護4	1,017円	1,102円
要介護5	1,074円	1,161円

※入所時及び退所時に居宅との送迎を行った場合には、片道184円加算されます。

※療養食を提供した場合、療養食加算として1日24円（1食8円）加算される場合があります。

※ご利用者の容体が急変した場合等、緊急時に必要な医学的処置を実施した場合は、別途料金をいただきます。

※個別リハビリを行った場合、個別リハビリテーション実施加算として1日に240円加算されます。

※夜勤職員配置加算として1日に24円加算されます。

※指定短期入所療養介護を緊急に行った場合、緊急短期入所受入加算として1日90円加算される場合があります。

※厚生労働大臣が定める状態、かつ療養上必要な処置を行った場合、重度療養管理加算として1日120円加算される場合があります。

※介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ等支援加算・サービス提供体制強化加算が加算されます。

なお、詳細は料金表に記載しています。

Ⅱ 利用料

① 居住費

1日あたり 1,728円 (従来型個室)
437円 (多床室)

※減額について

市町村民税世帯非課税者で負担限度額の認定を受けた人は、減額になります。

② 食事の提供費用

1日あたり 1,445円

※減額について

市町村民税世帯非課税者で負担限度額の認定を受けた人は、減額になります。

③ 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。

④ 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、手工芸・生け花・折り紙・画用紙等の材料や、風船・輪投げ等遊具・ビデオソフト等の費用であり、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。

⑤ 室料

1日あたり	個室A	2,200円 (税込)
	個室B	1,650円 (税込)
	2人部屋	1,100円 (税込)

個室・2人室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

なお、個室・2人室をご利用の場合、外泊時にも室料をいただくこととなります。

⑥ 行事費

必要な時に、その都度実費をいただきます。

⑦ インフルエンザ予防接種費

関連病院（広瀬クリニック）で実施しております。係へご相談ください。

インフルエンザ予防接種に係る費用でインフルエンザ予防接種を希望された場合にお支払いいただきます。接種時期にお知らせいたします。

⑧ その他の費用

電気代	電気製品1つにつき1日あたり	50円 (消費税込)
-----	----------------	------------

※テレビ使用について

施設長の許可を得て決められた時間帯に使用できます。

療養上使用できない場合もありますので、ご相談ください。

診断書	3,300円 (税込)
-----	-------------

証明書 (文書等)	1,100円 (税込)
-----------	-------------

Ⅲ 基本料の減免措置

別紙にてご説明いたします。

Ⅳ 支払方法

① 窓口での現金支払

毎月、5日以降（前月1日～月末分）までに計算をいたしますので、当該月に当施設事務室窓口にてお支払いください。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。領収書が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。

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

まずは、お電話等でお申し込みください。居室に空きがあればご入所いただけます。

入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 退所手続き

①ご利用者様のご都合で退所される場合

- ・ 退所を希望される場合なるべく早くお申し出下さい。
- ・ 速やかに居宅サービス計画作成者、又は介護予防サービス計画作成者に連絡してください。

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険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退所し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
 - ・ 医学的管理の必要性が増大し、施設での介護が困難と認められた場合
- ・ 利用者が施設療養として集団療養生活が困難と認められた場合

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、退所し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、退所し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。

6. ご利用できる地域について

ご利用できる方の地域は、今治市および西条市とさせていただきます。但し、旧今治市、旧朝倉村、旧玉川町、旧大西町および旧東予市の区域に限らせていただきます。

7. 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、充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、自立支援のお手伝いをいたします。

・目的

要介護状態と認定された利用者に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短期入所療養介護を提供することを目的とする、介護保健施設サービスを提供することを目的とします。

・基本方針

- ①施設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行います。
- ②明るく幸福な家庭的雰囲気を大切に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	○	
身体的抑制	△	緊急やむを得ない場合
その他		

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会 …… 午前9時から午後8時までです。(午後8時で戸締まりします)
- ・飲酒・喫煙 …… 飲酒は原則禁止・喫煙は全館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。
- ・食品の持ち込み …… 衛生管理のため少量にして下さい。必要な物は、職員にお申し出下さい。施設で管理します。
- ・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。
- ・緊急時ショートステイ …… 在宅での療養時、緊急の場合でもショートステイ利用すること出来ます。詳細は受付窓口迄お申し出下さい。

8. 虐待防止

当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。

9. 事故発生時の対応

介護老人保健施設は、入所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、入所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。

10. 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、損害を賠償するものとします。

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。

11. 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。

12. 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）

13. サービス内容に関する相談・苦情

① 施設ご利用者相談・苦情担当

担 当	支援相談員 ・(介護支援専門員)	尾形 知子
	支援相談員 ・(介護支援専門員)	白鞆 尚明
	支援相談員 ・(看護職)	曾我部 佳代

受付時間 月～土(8:30～17:30)

電 話 0898-47-5200

F A X 0898-47-5085

② 東予地方局地域福祉課

電 話 0897-56-1300

F A X 0897-56-1317

③ 今治市介護保険課

受付時間 月～金(8:30～17:15)

電 話 0898-36-1526

④ 愛媛県国民健康保険連合会

受付時間 月～金(8:30～17:15)

電 話 089-968-8800

※公的機関は年末年始(12/29～1/3)を除く

14. 当法人の概要

名称・法人種別	医療法人 陽成会
代表者役職・氏名	理事長 廣瀬 正典
本部所在地	今治市拝志1-26
電話番号	0898-47-0100
陽成会関連事業	1. 広瀬病院 2. 広瀬クリニック 3. 訪問看護 4. 有料老人ホームウィルケアヒロセ 5. 介護老人保健施設ヒロセ 6. ホームヘルパーステーションヒロセ 7. 居宅介護支援事業所ヒロセ 8. グループホーム ヒロセ 9. グループホーム ヒロセドゥーエ 10. 特別養護老人ホームリーフガーデンあさくら 11. ケアハウスリーフガーデンあさくら

..... 契約をする場合は以下の確認をすること

令和 年 月 日

介護老人保健施設入所にあたり、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 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についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名

(身元保証人) 住所
氏名 <続柄>

住所
氏名 <続柄>