

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重要事項説明書

令和6年6月1日より

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 鴻愛会
代表者名	理事長 神成 文裕
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県鴻巣市上谷2073-1 (電話) 048-541-1131 (FAX) 048-541-2730

2 事業所の概要（ご利用施設）

施設の名称	介護老人保健施設 こうのすナーシングホーム共生園
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県鴻巣市下谷409-1 (電話) 048-540-6171 (FAX) 048-540-6175
開設年月日	平成17年2月1日
事業所番号	1151780030
管理者の氏名	近藤 福雄
利用定員	1日 60名

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

本社は、病院クリニック及び介護老人保健施設を経営し、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援状態）と認定された利用者に対し、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への復帰を目指して、科学的でかつ適正な医療及び疾病・負傷等により要介護状態にある利用者に対し、看護、医学的管理下の介護及び必要な医療等を普及することを目的としています。

(2) 運営方針

1. 事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
2. 事業所の従業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、看護、医学的管理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世話をを行い、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
3. 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事項	内容
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計画の作成及び事後評価	医師等の従業者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、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計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を診療記録に記載してお客様に説明のうえ交付します。
地域との連携	近隣の幼稚園、小学校、中学校、高校との日常的及び家族的なつながりを持ち、いつでも遊びにこられる環境づくりをしています。地元自治会、諸団体との相互交流を進めています。
従業員研修	年12回、介護及び看護の研修を行っています。

4 事業所の概要

(1) 構造等

敷 地		7, 6 5 5 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造4階建(耐火構造)
	述べ床面積	5, 5 0 4 m ²
	利用定員	1 2 0名

(2) 主な設備

設 備	室 数	面 積	備 考
食堂・談話室	1室	190.79 m ² (内寸法)	
脱衣室	1室	39.06 m ² (内寸法)	
機械浴室	1室	22.77 m ² (内寸法)	特別浴槽1台設置
中間浴室	1室	27.68 m ² (内寸法)	
診察室	1室	31.47 m ² (外寸法)	
レクリエーション・ルーム	1室	132.81 m ² (内寸法)	機能訓練室
洗面所・便所	7箇所	63.30 m ² (外寸法)	ブザー、常夜灯を設置

5 施設の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数(人)	職 務 の 内 容
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			1	医 師
医 師	1		1			0.2以上	
看 護 職 員	2			3		0.9以上	
介 護 職 員	15	11		4		6以上	
作業療法士	8		3		5	0.6以上	
理学療法士	9		6		3		
管理栄養士	1		1			1以上	
調 理 員	4		4				(委 託)
事 務 員 等	2		2				

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管 理 者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務
医 師	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)非常勤で勤務
看 護 職 員	日 勤(8:30~17:30)
介 護 職 員	日 勤(8:30~17:30)
支援相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務
作業療法士	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務
栄 養 士	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)常勤で勤務

7 通常の送迎の実施地域

①鴻巣市	②北本市	③久喜市菖蒲地域	④加須市騎西地域
------	------	----------	----------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

8 営業日

月曜日 ～ 土曜日	営業時間	8：30～17：30
	サービス時間	10：00～16：00
	延長サービス1	16：00～17：00
	延長サービス2	17：00～18：00

営業しない日	日曜日と年始（1月1日～1月3日）
--------	-------------------

9 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
食 事	【食事時間】 昼食12：00～12：45 (時間は利用者の状態により変わる事があります) 栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です。
機 能 訓 練	理学療法士、作業療法士により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持回復するよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 12台 車いす 66台 パワーリハビリ 4台
入 浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴サービスの利用は任意です。 利用者のプライバシー保護に努めます。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。利用者のプライバシー保護に努めています。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
レクリエーション等	個々の趣向に合わせたレクリエーションを提供します。 (カラオケ・習字・将棋・園芸・絵手紙・手工芸など)
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額が負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

【料金表】

令和6年4月1日厚生労働省告示

(地域区分別1単位単価(6級地)10.33円)

■介護予防通所リハビリテーション利用費

要介護度	単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	月	23,428円	2,343円	4,686円	7,029円
要支援2		43,675円	4,368円	8,735円	13,103円

○加算

項目（一月につき）	単位	1割負担	2割負担	3割負担
生活行為向上リハビリテーション実施加算	月	581円	1,161円	1,742円
若年性認知症利用者受入加算	月	248円	496円	744円
開始日の属する月から12月を超えた期間に利用した場合 （要件を満たさない場合）	要支援1	▲124円	▲248円	▲372円
	要支援2	▲248円	▲496円	▲744円
退院時共同指導加算	回	620円	1,240円	1,860円
栄養アセスメント加算	月	52円	104円	155円
栄養改善加算	月	207円	414円	620円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（6月に1回）	回	21円	42円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）（6月に1回）	回	6円	11円	16円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	月	155円	310円	465円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	月	166円	331円	496円
一体的サービス提供加算	月	496円	992円	1,488円
科学的介護推進体制加算	月	42円	83円	124円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	要支援1	75円	149円	223円
	要支援2	149円	298円	447円
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	月	利用者負担額の合計に8.3%を乗じた額		

■通所リハビリテーション利用費 大規模型

2時間以上3時間未満	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	3,842円	385円	769円	1,153円
要介護2	4,410円	441円	882円	1,323円
要介護3	4,979円	498円	996円	1,494円
要介護4	5,536円	554円	1,108円	1,661円
要介護5	6,105円	611円	1,221円	1,832円

3時間以上4時間未満	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	4,855円	486円	971円	1,457円
要介護2	5,650円	565円	1,130円	1,695円
要介護3	6,435円	644円	1,287円	1,931円
要介護4	7,427円	743円	1,486円	2,229円
要介護5	8,429円	843円	1,686円	2,529円

4時間以上5時間未満	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	5,423円	543円	1,085円	1,627円
要介護2	6,311円	632円	1,263円	1,894円
要介護3	7,189円	719円	1,438円	2,157円
要介護4	8,315円	832円	1,663円	2,495円
要介護5	9,420円	942円	1,884円	2,826円

5 時間以上 6 時間未満	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	6,032 円	604 円	1,207 円	1,810 円
要介護 2	7,148 円	715 円	1,430 円	2,145 円
要介護 3	8,264 円	827 円	1,653 円	2,480 円
要介護 4	9,596 円	960 円	1,920 円	2,879 円
要介護 5	10,877 円	1,088 円	2,176 円	3,264 円

6 時間以上 7 時間未満	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	6,972 円	698 円	1,395 円	2,092 円
要介護 2	8,284 円	829 円	1,657 円	2,486 円
要介護 3	9,565 円	957 円	1,913 円	2,870 円
要介護 4	11,125 円	1,113 円	2,225 円	3,338 円
要介護 5	12,643 円	1,265 円	2,529 円	3,793 円

○加算

種 類		単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
リハビリテーション 提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満	回	13 円	25 円	37 円
	4 時間以上 5 時間未満		17 円	33 円	50 円
	5 時間以上 6 時間未満		21 円	42 円	62 円
	6 時間以上 7 時間未満		25 円	50 円	75 円
	7 時間以上		29 円	58 円	87 円
入浴介助加算 (I)		日	42 円	83 円	124 円
入浴介助加算 (II)		日	62 円	124 円	186 円
リハビリテーションマネジメント加算イ (開始月から 6 月以内) (開始月から 6 月超)		月	579 円 248 円	1,157 円 496 円	1,736 円 744 円
リハビリテーションマネジメント加算ロ (開始月から 6 月以内) (開始月から 6 月超)		月	613 円 282 円	1,225 円 564 円	1,838 円 846 円
リハビリテーションマネジメント加算ハ (開始月から 6 月以内) (開始月から 6 月超)		月	820 円 489 円	1,693 円 978 円	2,458 円 1,466 円
短期集中リハビリテーション実施加算		日	114 円	228 円	341 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)		日	248 円	496 円	744 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)		月	1,984 円	3,967 円	5,950 円
生活行為向上リハビリテーション実施加算		月	1,292 円	2,583 円	3,874 円
若年性認知症利用者受入加算		日	62 円	124 円	186 円
栄養アセスメント加算		月	52 円	104 円	155 円
栄養改善加算 (月 2 回が限度)		回	207 円	414 円	620 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (6 月に 1 回)		回	21 円	42 円	62 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (6 月に 1 回)		回	6 円	11 円	16 円
口腔機能向上加算 (I) (月 2 回が限度)		回	155 円	310 円	465 円
口腔機能向上加算 (II) イ (月 2 回が限度)		回	161 円	321 円	481 円
口腔機能向上加算 (II) ロ (月 2 回が限度)		回	166 円	331 円	496 円

重症療養加算	日	104 円	207 円	310 円
中重度ケア体制加算	日	21 円	42 円	62 円
科学的介護推進体制加算	月	42 円	83 円	124 円
延長加算（8 時間以上 9 時間未満）	日	52 円	104 円	155 円
延長加算（9 時間以上 10 時間未満）	日	104 円	207 円	310 円
事業所が送迎を行わない場合（片道につき）	回	▲49 円	▲97 円	▲146 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	日	19 円	37 円	56 円
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	月	利用者負担額の合計に 8.3% を乗じた額		

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・小数点以下は切り捨てています。実際の請求額とは多少の誤差が生じる場合があります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容	利 用 料
理髪・美容費	毎月 3 回（第 1 月曜日、第 1, 3 火曜日）理髪店の出張による理美容サービスを利用いただけます	理美容サービス 1 回 カット 2,000 円その他
食 費	昼食は、おやつを含んでいます	昼食 700 円・夕食 640 円
地域外の送迎費用	送迎地域を超えた部分においての実費をご負担いただきます	1 km につき 30 円
日常生活品費	ティッシュ、おしぼりタオルリース	1 日 105 円
教養娯楽費	レクリエーション等の費用 半紙・生花・折り紙・粘土代等	1 日 210 円
おむつ代	施設のおむつを使用した場合	実費
特別行事費	参加するか否かは任意です	実費
健康管理費	インフルエンザ予防接種等	実費

1.0 利用料等のお支払方法

毎月、14 日までに「9 サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、20 日を期日として引落いたします。

※ 入金確認後、領収証を発行します。

1.1 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 当施設相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口責任者	吉住 悠	ご利用時間	9:00～17:00
	ご利用方法	電話（540-6171） 面接（当施設 1 階相談室） 意見箱（事務室前に設置）		

(2) その他

当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会等でも受け付けています。

鴻巣市介護保険課	電話 048-541-1321
北本市高齢介護課	電話 048-591-1111
久喜市菖蒲総合支所福祉課	電話 0480-85-1111
加須市騎西総合支所福祉課	電話 0480-73-1111
埼玉県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）	電話 048-824-2568

1.2 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	

1.3 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練 及び 防災設備	消防計画にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した全体避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	745 個	防火扉・シャッター	20 箇所
	避難階段	2 箇所	屋内消火栓	16 箇所
	自動火災報知機	263 個	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	40 箇所	避難用滑り台	1 台
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

1.4 協力医療機関等

医療機関	病院名 及び所在地	医療法人社団 鴻愛会 こうのす共生病院 埼玉県鴻巣市上谷2073-1
	電話番号	048-541-1131
	診療科	内科・整形外科・外科・皮膚科・眼科・泌尿器科
	入院設備	102床
歯科	医院名 及び 所在地	医療法人社団デンタルケアコミュニティ フォレストデンタルクリニック鴻巣 埼玉県鴻巣市東2丁目1番8号1階
	電話番号	048-447-7655
	入院設備	無し

1.5 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保健被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

16 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、ご請求下さい。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、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サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 : 埼玉県鴻巣市下谷409-1

事業者(法人)名 : 医療法人社団 鴻愛会

施設名 : 介護老人保健施設 こうのすナーシングホーム共生園

(事業所番号) : 1151780030

代表者名 : 理事長 神成 文裕 印

説明者 職 名 : 支援相談員

氏 名 : 吉住 悠 印

戸田 あや 印

私は、重要事項説明書に基づいて、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サービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

身元引受人

住 所

氏 名 印