

介護老人保健施設重要事項説明書

令和7年4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（ご利用施設）

施設の名称	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

3 事業の目的及び運営方針

（1）事業の目的

本社団は、病院クリニック及び介護老人保健施設を経営し、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なるとともに、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

- 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。
- 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支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、介護老人保健施設や短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護や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といったサービスを提供し、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。
- 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
地域との連携	近隣の幼稚園、小学校、中学校、高校や地元自治会、諸団体との相互交流を進めています。
従業員研修	年12回以上、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, 655 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, 504 m ²
	利 用 定 員	120名

(2) 療養室

全室個室	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
	6室	12.90 m ² (内寸法)	ナースコールを設置
	15室	12.82 m ² (内寸法)	ナースコールを設置
	3室	12.90 m ² (内寸法)	ナースコールを設置
	12室	12.76 m ² (内寸法)	ナースコールを設置
	12室	12.58 m ² (内寸法)	ナースコールを設置
	48室	11.79 m ² (内寸法)	ナースコールを設置
	24室	11.27 m ² (内寸法)	ナースコールを設置

(注1) 指定基準は、居室一人あたり、10.65 m²です。

(注2) 各部屋の配置並びに構造については、別添のパンフレットを参照して下さい。

(3) 主な設備

設 備	室 数	面 積 (一人あたりの面積)	備 考
食 堂・談話室	12室	464.04 m ² (3.86 m ²) 内寸法	
機能訓練室	3室	121.17 m ² (1.00 m ²) 内寸法	
浴 室	3室	71.46 m ² (内寸法)	特別浴槽3台設置
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)	
洗面所・便 所	42箇所	160.59 m ² (外寸法)	ブザー、常夜灯を設置

(注1) 食堂等の指定基準は、一人あたり 2 m²です。

(注2) 各部屋の配置並びに構造については、別添のパンフレットを参照してください。

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	2	1		1		1.2以上			
看護職員	15	9		6		12以上			
介護職員	36	28		8		28以上			
支援相談員	3		3			1.2以上			
支援専門員	2		2			1.2以上			
理学療法士	5	5							
作業療法士	1	1				1.2以上			
管理栄養士	1	1							
調理員	16	7		9			(委託)		
事務員等	4	4							

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(8:30~17:30) 常勤で勤務
看護職員	日勤(8:30~17:30) 夜勤(16:30~9:30) *昼間帯(8:30~17:30)は、原則として職員1名あたり20名のお世話をします。 *夜間帯(16:30~9:30)は、原則として職員1名あたり120名のお世話をします。
介護職員	早番(7:00~16:00) 日勤(8:30~17:30) 遅番(10:00~19:00) 夜勤(16:30~9:30) *昼間帯(8:30~17:30)は、原則と職員1名あたり5名のお世話をします。 *夜間帯(16:30~8:30)は、原則として職員1名あたり20名のお世話をします。
支援相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務
理学作業療法士	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
介護支援専門員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務

7 介護老人保健施設の内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種類	内容
サービス計画	施設サービス計画の立案 利用者及び家族等からの要望があれば行政手続の代行を行います。
食事	(食事時間) 朝食 7:45～8:30 (時間は利用者の状態により 昼食 11:45～12:30 変わる事があります) 夕食 17:45～18:30 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、定期的に選択メニュー等 を実施しています。利用者希望、健康状態により食事場所の選択が出来ます。
医療・看護	医師により、週に1回定期診察を行います。それ以外でも必要がある場合 にはいつでも診察を受け付けます。 ただし、当施設では行えない処置(透析等)や手術、その他病状が著しく 変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。
機能訓練	理学療法士、作業療法士により入所者の状況に適した機能訓練を行い、 身体機能の低下を防止するよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 12台 車いす 90台 パワーリハビリ 4台
入浴	一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。 入所利用者は、週に2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態 に応じて清拭となる場合があります。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ます。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 シーツ交換は週1回、寝具の消毒は月1回実施します。
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	入所者とその家族からのご相談に応じます。
栄養管理	栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行います。
外出・外泊	家庭での結びつきを大切にするため、お勧めしています。

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、事業者に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証を発行します。

サービス提供証明書及び領収証は、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)10.27円)

■ユニット型介護保健施設サービス費(I ii)

(1日につき)

要介護度	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	8,997円	900円	1,800円	2,699円
要介護2	9,777円	978円	1,956円	2,934円
要介護3	10,455円	1,046円	2,091円	3,137円
要介護4	11,061円	1,107円	2,213円	3,319円
要介護5	11,606円	1,161円	2,321円	3,482円

○ 加算(1単位:10.27円)

種類	単位	1割負担	2割負担	3割負担
夜勤職員配置加算	日	25円	50円	74円
短期集中リハビリテーション加算(I) (入所後原則3ヶ月)	日	265円	530円	795円
短期集中リハビリテーション加算(II) (入所後原則3ヶ月)	日	206円	411円	617円
認知症短期集中リハビリテーション加算 (I)(週3日を限度)	日	247円	493円	740円
認知症短期集中リハビリテーション加算 (II)(週3日を限度)	日	124円	247円	370円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	日	53円	105円	158円
外泊時費用(月6日を限度)	日	372円	744円	1,116円
ターミナルケア加算1 (死亡日以前31日以上45日以下)	日	74円	148円	222円
ターミナルケア加算2 (死亡日以前4日以上30日以下)	日	165円	329円	493円
ターミナルケア加算3 (死亡日以前2日又は3日)	日	935円	1,870円	2,804円
ターミナルケア加算4(死亡日)	日	1,952円	3,903円	5,854円
初期加算(I)(新規入所後30日)	日	62円	124円	185円
初期加算(II)(新規入所後30日)	日	31円	62円	93円
退所時栄養情報連携加算(月1回限度)	回	72円	144円	216円
再入所時栄養連携加算(1回限度)	回	206円	411円	617円
入所前後訪問指導加算(I)	回	463円	925円	1,387円
入所前後訪問指導加算(II)	回	493円	986円	1,479円
退所時情報提供加算(I)	回	514円	1,027円	1,541円

退所時情報提供加算（Ⅱ）	回	257 円	514 円	771 円
入退所前連携加算（Ⅰ）	回	617 円	1,233 円	1,849 円
入退所前連携加算（Ⅱ）	回	411 円	822 円	1,233 円
訪問看護指示加算（1回限度）	回	309 円	617 円	925 円
栄養マネジメント強化加算	日	12 円	23 円	34 円
経口移行加算	日	29 円	58 円	87 円
経口維持加算（Ⅰ）	月	411 円	822 円	1,233 円
経口維持加算（Ⅱ）	月	103 円	206 円	309 円
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	月	93 円	185 円	278 円
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	月	113 円	226 円	339 円
療養食加算	回	7 円	13 円	19 円
協力医療機関連携加算	月	103 円	206 円	309 円
緊急時施設療養費（月1回3日限度）	日	532 円	1,064 円	1,596 円
所定疾患施設療養費（Ⅱ）（月1回10日限度）	日	493 円	986 円	1,479 円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	日	3 円	6 円	9 円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	日	5 円	9 円	13 円
リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算（Ⅰ）	月	55 円	109 円	164 円
リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算（Ⅱ）	月	34 円	68 円	102 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	月	3 円	6 円	9 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	月	14 円	27 円	40 円
排せつ支援加算（Ⅰ）	月	11 円	21 円	31 円
排せつ支援加算（Ⅱ）	月	16 円	31 円	47 円
排せつ支援加算（Ⅲ）	月	21 円	41 円	62 円
自立支援促進加算	月	309 円	617 円	925 円
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	月	41 円	82 円	123 円
安全対策体制加算（1回限り）	回	21 円	41 円	62 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	月	11 円	21 円	31 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	月	6 円	11 円	16 円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	日	7 円	13 円	19 円
特定治療	回	医療保険点数に10円を乗じた額		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	月	すべての利用者負担額の合計に7.1%を乗じた額		

※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

利用料の全額を負担していただきます。(非課税と税込みがあります)

種類	内容	利用料	
食費	食事費用として (朝食 480 円 昼食 720 円 夕食 710 円)	1日につき 合計 1,910 円	
居住費	療養室の利用費	1日につき 2,066 円	
理髪・美容	毎月 2 回理美容店の出張による理髪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	
健康管理費	インフルエンザ、予防接種など	実費	
診断書発行料	当施設長より診断書を発行	1通 5,500 円	
特別な食事	基本食事サービス費用を超えた材料を使用した食事を希望された場合	基本食事サービス費用を超えた部分の実費	
特別行事費	参加されるか否かは任意です。	実費になります	
日用生活品費	ティッシュ・石けん・シャンプー等	1日につき 210 円	別紙 参照
教養娯楽費	レクリエーション等の費用	1日につき 210 円	
テレビ レンタル料	居室用施設テレビのレンタル料	1日につき 120 円	別紙 参照
電気代	テレビ	1日につき 70 円	
	その他電化製品 (電気ひげそり・携帯電話 は除く)	1日につき 50 円	
私物洗濯代	委託業者による私物の洗濯 月間の契約になります	1ヶ月 5,940 円 (1日当たり 198 円)	

8 利用料等のお支払方法 (月払いの場合)

毎月、14日までに「7 介護老人保健施設の内容と費用」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。

9 要望及び苦情等の相談窓口

(1) 当施設相談窓口

当施設 お客様 相談窓口	窓口責任者 相談課主任:木村 優架 ご利用時間 午前9時~午後5時 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)
--------------------	--

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、事務室玄関寄りに設置しています「ご意見箱」をご利用いただくか、管理者に直接お申出いただけます。

(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

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 0 緊急時における対応方法

御利用者様に容体の変化があった場合は、速やかに御利用者様の主治医、救急隊、緊急連絡先ご家族の方に連絡いたします。

緊急連絡先	氏名（継柄）	()
	住 所	
	電話番号	

1 1 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

保 険 名：介護福祉事業総合保険

1 2 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。		
	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。		
避難訓練 及び 防災設備	設備名称	個数等	設備名称
	スプリンクラー	745 個	防火扉・シャッター
	避難階段	2 個所	屋内消火栓
	自動火災報知機	263 個	ガス漏れ探知機
	誘導灯	40 個所	避難用滑り台
	カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。		

1 3 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	60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	048-511-6879
	入院設備	無し

1 4 施設の利用にあたっての留意事項

治療方針	ご利用中の診療については、施設医師に一任いただきます（服薬・他科受診など）。 ご利用者またはご家族からのご希望のみで、他の医療機関を受診することは原則できませんので予めご了承ください。
来訪・面会	面会時間 9：00～20：00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊は、医療・介護・栄養管理の上から、事前に申請書をお出しいただきます。外泊時における医療機関への受診は原則としてできません。
居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、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。
飲酒・喫煙	飲酒・喫煙は、医療管理の上から、禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	職員の許可なき場合には禁止とさせていただきます。
設備・備品	取り扱いには職員の説明に従っていただきます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品の管理は、原則として代行いたしませんのでお気をつけ下さい。
宗教活動・政治活動	事業所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。
動物の飼育	事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

1 5 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おりますので、ご請求下さい。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

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：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：　　　　　　　　　　　印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設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。

年　　月　　日

利用者
住 所：

氏名：　　　　　　　　　　　印

身元引受人

住 所：

氏名：　　　　　　　　　　　印