

# 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護サービス重要事項説明書

令和8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・負傷等により寝たきりの状態にある老人に対し、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. 事業所の授業者は、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に支援すること、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、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
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, 6 5 5 m <sup>2</sup>
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 <sup>2</sup>
	利用定員	入所利用含め 1 2 0 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	1 2 . 9 0 m <sup>2</sup> (内寸法)	ナースコールを設置
	1 5 室	1 2 . 8 2 m <sup>2</sup> (内寸法)	ナースコールを設置
	3 室	1 2 . 9 0 m <sup>2</sup> (内寸法)	ナースコールを設置
	1 2 室	1 2 . 7 6 m <sup>2</sup> (内寸法)	ナースコールを設置
	1 2 室	1 2 . 5 8 m <sup>2</sup> (内寸法)	ナースコールを設置
	4 8 室	1 1 . 7 9 m <sup>2</sup> (内寸法)	ナースコールを設置
	2 4 室	1 1 . 2 7 m <sup>2</sup> (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、8 m<sup>2</sup>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	1 2 室	464.04 m <sup>2</sup> (3.867 m <sup>2</sup> ) 内寸法	
機能訓練室	3 室	121.17 m <sup>2</sup> (1.01 m <sup>2</sup> ) 内寸法	
浴 室	3 室	71.46 m <sup>2</sup> (内寸法)	特別浴槽 3 台設置
診 察 室	1 室	31.47 m <sup>2</sup> (外寸法)	
レクリエーション・ルーム	1 室	132.81 m <sup>2</sup> (内寸法)	
洗面所・便所	4 2 箇所	160.59 m <sup>2</sup> (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 m<sup>2</sup>です。

(注2) 各部屋の配置なら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。

(4) 通常を送迎の実施地域

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

5 施設の職員体制 (\*注 介護老人施設における短期入所療養介護の場合)

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	4	1			3	1.2 以上	
看 護 職 員	1 5	9		6		12 以上	
介 護 職 員	3 6	2 8		8		28 以上	
支 援 相 談 員	2	1	1			1.2 以上	
支 援 専 門 員	2	1	1			1.2 以上	
理 学 療 法 士	1		1			1.2 以上	

作業療法士	3		3			
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（17：30～8：30）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（8：30～17：00） 遅番（10：00～19：00） 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5名のお世話をします。 *夜間帯（17：30～8：30）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
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 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の内容と費用

### (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）朝食 7：45～8：30 （時間は利用者の状態により 昼食12：00～12：45 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 66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。
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。
送迎	利用者の心身の状態、ご家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。

## 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)

■ユニット型介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費(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
要支援1	6,984円	699円	1,397円	2,095円
要支援2	8,689円	869円	1,738円	2,607円

## ○加算

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
個別リハビリテーション実施加算	日	247円	493円	740円
認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日を限度)	日	206円	411円	617円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(II)	日	53円	105円	158円
送迎加算(片道あたり)	回	189円	378円	567円
総合医学管理加算(10日を限度)	日	283円	565円	848円
口腔連携強化加算(月に1回を限度)	回	52円	103円	154円
療養食加算	回	9円	17円	25円
緊急時施設療養費(月1回3日を限度)	日	532円	1,064円	1,596円
生産性向上推進体制加算(II)	月	11円	21円	31円

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	日	7円	13円	19円
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	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。

■ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費（Ⅰⅱ） （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	9,305円	931円	1,861円	2,792円
要介護2	10,096円	1,010円	2,019円	3,029円
要介護3	10,763円	1,077円	2,153円	3,229円
要介護4	11,359円	1,136円	2,272円	3,408円
要介護5	11,965円	1,197円	2,393円	3,590円

○加算

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
個別リハビリテーション実施加算	日	247円	493円	740円
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日を限度）	日	206円	411円	617円
緊急短期入所受入加算 （7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）	日	93円	185円	278円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	日	53円	105円	158円
送迎加算（片道あたり）	回	189円	378円	567円
重度療養管理加算	日	124円	247円	370円
総合医学管理加算（10日を限度）	日	283円	565円	848円
口腔連携強化加算（月に1回を限度）	回	52円	103円	154円
療養食加算	回	9円	17円	25円
緊急時施設療養費（月1回3日を限度）	回	532円	1,064円	1,596円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	月	11円	21円	31円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	日	7円	13円	19円
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	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
理髪・美容費	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
特別行事費	参加されるか否かは任意です。	実費
食 費	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

送迎費	4-(4)以外の地域の方もご希望により送迎致します。地域を超えた部分において、要した費用の実費をご負担いただきます	1kmにつき 30円
教養娯楽費	レクリエーション等の費用	1日につき 210円
日常生活品費	ティッシュ、石鹸、シャンプー等	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
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
健康管理費	インフルエンザ、予防接種など	実費（市町村補助有）
診断書発行料	当施設長より診断書を発行	1通 5,500円

○ その他短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

#### 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 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の内容と費用」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日を期日といたしまして引落いたします。 ※入金確認後、領収証を発行します。

#### 9 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	相談課主任：木村 優架
	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）

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、管理者に直接お申し出いただけます。

##### (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
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

#### 10 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（続柄）	( )
	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。			
避難訓練	別途定める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
防災設備	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 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	048-447-7655
	入院設備	無し

### 1 4 施設の利用にあたっての留意事項

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	外出の際には、必ず行く先と戻られる時間を職員に申し出てください。
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、弁償して頂く場合があります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
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	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・ 政治活動	事業所内での他の利用者に対する執拗な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。

#### 15 お客様へのお願い

- サービス利用の際には、介護保険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。
- サービスの利用にあたっては、利用を希望する期間の初日の3ヶ月前から、利用する期間を明示して申し込むことができます。

#### 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、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護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：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： 印

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護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