

介護老人保健施設カノープス・羽生
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3年4月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 事業者

事業者の名称	一般社団法人 羽生市医師会
法人所在地	〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1305番地
代表者氏名	会長 太田 万郷
電話番号	048-561-5539

(2) 施設

施設の名称	介護老人保健施設 カノープス☆羽生
開設年月日	平成9年5月20日
所在地	〒348-0051 埼玉県羽生市大字本川俣1305番地
電話番号	048-563-3322
ファックス番号	048-560-1314
管理者氏名	施設長 鈴木 公明
介護保険指定番号	埼玉県1153980018号

(3) 事業の目的と運営方針

事業の目的	<p>当施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の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お世話をすることにより、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるよう自立を支援し、家庭復帰を促進すること。また、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)訪問リハビリテーションといったサービスを提供し、利用者の方が要介護の状態を悪化させずに居宅での生活が継続できるよう支援することを目的としています。</p>
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の意思及び人格を尊重して、生きがいのある生活が営めるよう、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 2. 地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設並びにその他の保健医療サービスまたは、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ます。

(4) 施設定員等

入所定員	100名
療養室	【従来型個室】 個室Ⅰ 4室、個室Ⅱ 2室
	【多床室】 2人室 1室、4人室 23室
通所定員	45名

(5) 施設の職員体制

従業者の職種	総数	常勤	非常勤	兼務	保有資格等
医師	1	1		※1 1	皮膚科、
看護職員	1		1		准看護師 1名 介護福祉士 10名 理学療法士 5名 作業療法士 1名
介護職員	11	10	1		
理学療法士	5	2	3		
作業療法士	1	1			

※1 管理者と兼務

2. サービス内容

種 類	内 容
提 供 日	・月曜日から土曜日、祝祭日もご利用いただけます。 (ただし、1月1日～3日を除く)
提供時間	・9時30分から16時00分まで(送迎の時間を除く)
実施区域	・通常の事業の実施区域は、羽生市です。
送 迎	・リフト付の送迎車で送迎します。
サービス計画	・居宅介護サービス計画を基に、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さらに専門職の視点から総合的に判断し通所リハビリテーション計画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。
食 事	・食事は原則として食堂でおとりいただきます。 ・月2回程度、セレクト食を提供しています。 (食事時間) 昼食 12時00分～13時00分
医学的管理・看護	・体調不良時、急変時に適切な対応をします。 ・来所時にバイタル(血圧、体温等)チェックを行います。 ・体重管理を行います。
機能活動・運動	・個々の利用者を把握し、生活環境の整備と活動を提供することにより機能の維持や低下を防止するよう努めます。また状態に合わせ早期に集中的な個別の対応や認知・作業活動の対応も行います。
入 浴	・一般浴槽のほか、入浴に介助を要する方には特別浴槽で対応します。 ただし、利用者の身体の状態により清拭となる場合があります。
介 護	・本人の状態を把握し、適切な介護を提供いたします。
相談援助	・利用者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。(相談窓口) 支援相談員
理容・美容	・理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。
栄養改善	・栄養ケア計画を作成し、計画に従って栄養の改善が行えます。
基本時間外施設利用サービス	・ご家族等の都合により、居宅介護サービス計画で定められた(介護予防)通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用されます。

※サービスの中には、利用者のご希望により提供するサービスがありますので、[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について]を参照し支援相談員にご相談ください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の容態が急変した場合等に、速やかに対応していただけるようお願いしています。

(1) 協力医療機関

① 名称	医療法人 十善病院
所在地	埼玉県加須市愛宕 1-9-16
② 名称	医療法人至信会 池沢神経科病院
所在地	埼玉県羽生市下新郷 551

(2) 協力歯科医療機関

① 名称	たかは歯科医院
所在地	埼玉県羽生市上新郷 5708-6

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先にご連絡します。

4. 事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は利用者に対し必要な措置を講じます。

- ・施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- ・当施設は利用者の家族等利用者又は契約者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

5. 施設利用に当たっての留意事項

食 事	・施設利用中は、施設のご提供する食事をお召し上がりいただきます。施設では、利用者の心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理を行っていますので、特段の事情がない限り食事の持ち込みは原則禁止です。
飲食物・喫煙	・飲酒は行事等の特別な場合を除いて一切禁止です。 ・施設内は禁煙です。
設備・器具の利用	・施設内の居室や設備、器具のご利用により破損等が生じた場合、賠償いただくことがあります。
金銭・貴重品の等の管理	・金銭、貴重品は盗難、紛失の恐れがありますので持ち込みはご遠慮ください。万一紛失されても、施設は責任を負いかねます。
宗教活動・政治活動・営利行為	・思想、宗教等のご自由ですが、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、施設内での、宗教活動、政治活動、営利行為は、禁止します。
その他	・施設の清潔、整頓、その他の衛生保持にご協力ください。

6. 非常災害対策

防災設備	消火器、屋内消火栓、防火用水、非常通報装置、非常警報設備、非常電源設備、スプリンクラー等
防災訓練	年2回（避難訓練、通報訓練、消火訓練）
非常用食料	3日分の備蓄

7. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。

当施設ご利用 相談室	窓口担当：支援相談員 遠藤・高橋 対応時間：毎日8時30分～17時30分 受付電話：048-563-3322 ※談話コーナー（自動販売機設置）側に備え付けられた「ご意見箱」 をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。
その他行政等の 介護保険に関する 相談、苦情窓口	①羽生市市民福祉部 高齢介護課 介護保険係 TEL 048-561-1121（代表） FAX 048-563-4581
	②埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 TEL 048-824-2568（苦情相談専用） FAX 048-824-2561

8. その他

当施設では、第三者による評価の実施状況はありません。

当施設についての詳細は、パンフレット等を用意してありますので、ご覧ください。

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について
(令和3年4月1日現在)

1. 介護保険証の確認

説明を行うに当たり、介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 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についての概要

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は、居宅介護サービス、介護予防サービス計画に基づいて提供します。サービスを利用することにより、療養生活の質の向上、心身機能の維持回復、またご家族の身体的・精神的負担の軽減を図ります。このサービスを提供するに当たり、利用者・ご家族の希望を優先的に取り入れ、さらに専門職の視点から総合的に判断し通所リハビリテーション計画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。この計画案の内容についてご説明し、相談の上同意をいただき、サービス計画を決定します。

3. 利用料金

当施設の利用料金には、介護職員処遇改善加算(Ⅱ)の3.4%、介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)の2.0%、それぞれ総単位数に乘算したものが加算されています。また、当施設の所在地である羽生市は6級地に該当し、1単位の単価は10.33円です。以下の参考金額は便宜上、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、地域区分単価を含めての表示となっており、これらの金額は、端数処理により若干異なる場合があります。

$$\text{利用者負担金} = \boxed{\begin{array}{c} \text{基本料金} + \text{加算} \\ \text{(①)} \quad \text{(②)} \end{array}} \text{の1割(又は2割か3割※)}$$

※負担割合は、市区町村から交付される介護保険負担割合証に記載されています。

(1) 介護予防通所リハビリテーション

介護保険制度では、要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります

① 基本料金

区分	金額	参考金額		備考
要支援1	22,354円/月	1割	2,236円/月	※当施設短期入所を利用している場合、介護通所リハビリは「日割」計算になります。
		2割	4,471円/月	
		3割	6,707円/月	
要支援2	43,540円/月	1割	4,354円/月	
		2割	8,708円/月	
		3割	13,062円/月	

当施設は、基本的に【6時間以上7時間未満】でサービス提供しています。ただし、体力的な問題等の理由により通常のご利用が困難な場合には、ご相談ください。

② 加算(該当する場合に加算されます)

項目	金額	参考金額		備考
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	960円/月	1割	96円/月	介護福祉士70%以上又は勤続10年以上介護福祉士25%以上
		2割	192円/月	
		3割	288円/月	
	1,921円/月	1割	193円/月	
		2割	385円/月	
		3割	577円/月	

項目		金額	参考金額		備考
12カ月 超過減算	要支援1	-216円/月	1割	-22円/月	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合
			2割	-44円/月	
			3割	-65円/月	
	要支援2	-433円/月	1割	-44円/月	
			2割	-87円/月	
			3割	-130円/月	
若年性認知症利用者受入加算		2,613円/月	1割	262円/月	若年性認知症利用者(65歳未満)に対し、サービスを行った場合
2割	523円/月				
3割	784円/月				
(7)運動器機能向上加算		2,458円/月	1割	246円/月	運動器機能向上計画作成、実施及び定期的評価
2割	492円/月				
3割	738円/月				
(4)栄養改善加算		1,632円/月	1割	164円/月	栄養改善を目指した栄養ケア計画作成、実施及び定期的評価(月2回限度)
2割	327円/月				
3割	490円/月				
栄養アセスメント加算		547円/月	1割	55円/月	管理栄養士・看護・介護・相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者又はその家族へ結果を説明し、栄養状態等の情報を厚労省に提出した場合
2割	110円/月				
3割	165円/月				
口腔・栄養スクリーニング加算(I)		216円/月	1割	22円/月	利用者開始時及び6月毎に利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、担当する介護支援専門員に提供していること
2割	44円/月				
3割	65円/月				
口腔・栄養スクリーニング加算(II)		51円/月	1割	6円/月	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、利用者の口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、担当する介護支援専門員に提供していること
2割	11円/月				
3割	16円/月				
口腔機能向上加算(I)		1,632円/回	1割	164円/回	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員いずれか1名以上配置し、口腔機能改善管理指導計画を作成しそれに基づきサービスを行い、定期的に記録をしている場合(月1回限度)
2割	327円/回				
3割	490円/回				
口腔機能向上加算(II)		1,735円/回	1割	174円/回	(I)に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚労省に提出した場合
2割	347円/回				
3割	521円/回				
選択的サービス複数実施加算(I)		5,226円/月	1割	523円/月	※運動機能向上サービス・栄養改善サービス・口腔機能サービスのうち2種類実施した場合
2割	1,046円/月				
3割	1,568円/月				
生活行為向上リハビリテーション実施加算		6,115円/月	1割	612円/月	医師又はPT・OT・STが居宅を訪問し生活行為に関する評価を1月に1回以上実施し、内容の充実を図るための目標やリハビリテーション実施加算を定めた場合(リハマネ加算算定している場合のみ)
2割	1,223円/月				
3割	1,835円/月				
科学的介護支援推進体制加算		433円/月	1割	44円/月	ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況やその他の基本的な情報を厚労省に提出した場合
2割	87円/月				
3割	130円/月				
事業所評価加算		1,301円/月	1割	131円/月	利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合
2割	261円/月				
3割	391円/月				

(2)通所リハビリテーション

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。

① 基本料金 大規模型通所リハビリテーション費Ⅰ（延人数751人～900人以内）
【6時間以上7時間未満】

区分	金額	参考金額	
要介護1	7,561円/日	1割	757円/日
		2割	1,513円/日
		3割	2,269円/日
要介護2	8,966円/日	1割	897円/日
		2割	1,794円/日
		3割	2,690円/日
要介護3	10,371円/日	1割	1,038円/日
		2割	2,075円/日
		3割	3,112円/日
要介護4	11,993円/日	1割	1,200円/日
		2割	2,399円/日
		3割	3,598円/日
要介護5	13,635円/日	1割	1,364円/日
		2割	2,727円/日
		3割	4,091円/日

(※当施設は基本的に【6時間以上7時間未満】でサービス提供しています。ただし、体力的な問題等の理由により通常のご利用が困難な場合には、ご相談ください。

② 加算（該当する場合は加算されます）

項目	金額	参考金額		備考
理学療法士等体制強化加算	330円/日	1割	33円/日	理学療法士等を2名以上配置 (1時間以上2時間未満のみ)
		2割	66円/日	
		3割	99円/日	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	237円/日	1割	24円/日	介護福祉士70%以上又は勤続10年以上 介護福祉士25%以上配置している場合
		2割	48円/日	
		3割	72円/日	
入浴介助加算(Ⅰ)	433円/日	1割	44円/日	入浴介助を行った場合
		2割	87円/日	
		3割	130円/日	
入浴介助加算(Ⅱ)	650円/日	1割	65円/日	医師等が居宅を訪問し、浴室における動作 及び浴室の環境を評価し、個別の入浴計画 を作成した場合
		2割	130円/日	
		3割	195円/日	
若年性認知症利用者受入加算	650円/日	1割	65円/日	若年性認知症利用者(65歳未満)に対し、 サービスを行った場合
		2割	130円/日	
		3割	195円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	2,613円/日	1割	262円/日	認知症の方の退院(所)日又は通所開始日から3 月以内の期間に個別リハビリテーションを集中 的に行った場合(週2日限度)
		2割	523円/日	
		3割	784円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	20,897円/月	1割	2,090円/月	認知症の方の退院(所)日又は通所開始日から3 月以内でリハビリテーション計画を作成し、生活 機能の向上に資するリハビリテーションを行っ た場合(月4回以上)
		2割	4,180円/月	
		3割	6,270円/月	

項目	金額	参考金額	備考	
リハビリテーション提供体制加算	258円/回	1割	26円/回	
		2割	52円/回	
		3割	78円/回	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1,198円/日	1割	120円/日	
		2割	240円/日	
		3割	360円/日	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	13,614円/月	1割	1,362円/月	
		2割	2,723円/月	
		3割	4,085円/月	
リハビリテーションマネジメント加算(A)	イ	6,094円/月	1割	610円/月
			2割	1,219円/月
			3割	1,829円/月
		2,613円/月	1割	262円/月
			2割	523円/月
			3割	784円/月
	ロ	6,456円/月	1割	646円/月
			2割	1,292円/月
			3割	1,937円/月
		2,964円/月	1割	297円/月
			2割	593円/月
			3割	890円/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)	イ	9,038円/月	1割	904円/月
			2割	1,808円/月
			3割	2,712円/月
		5,547円/月	1割	555円/月
			2割	1,110円/月
			3割	1,665円/月
	ロ	9,389円/月	1割	939円/月
			2割	1,878円/月
			3割	2,817円/月
		5,908円/月	1割	591円/月
			2割	1,182円/月
			3割	1,773円/月
栄養アセスメント加算	547円/月	1割	55円/月	
		2割	110円/月	
		3割	165円/月	
栄養改善加算	2,179円/回	1割	218円/回	
		2割	436円/回	
		3割	654円/回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	216円/月	1割	22円/月	
		2割	44円/月	
		3割	65円/月	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	51円/月	1割	6円/月	
		2割	11円/月	
		3割	16円/月	

項目	金額	参考金額	備考
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1,632円/回	1割	164円/回
		2割	327円/回
		3割	490円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1,735円/回	1割	174円/回
		2割	347円/回
		3割	521円/回
科学的介護支援推進体制加算	433円/月	1割	44円/月
		2割	87円/月
		3割	130円/月
移行支援加算	123円/日	1割	13円/日
		2割	25円/日
		3割	37円/日
中重度者ケア体制加算	216円/日	1割	22円/日
		2割	44円/日
		3割	65円/日
重度療養管理加算	1,084円/日	1割	109円/日
		2割	217円/日
		3割	326円/日
送迎減算	-516円/日	1割	-52円/日
		2割	-104円/日
		3割	-155円/日

(3) その他の利用料金

項目	金額・備考												
食費	<p>昼食 600円（おやつ代を含む）＊ 夕食 600円＊</p> <p>施設で提供する食事をおとりいただいた場合にお支払いいただきます。 ※食費には、食材料費及び調理に係る費用相当（調理器具・道具、備品費用を含む）が含まれています。</p>												
日用品費 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<p>50円/日</p> <p>石鹸、ティッシュペーパー、お絞等々の費用であり、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。</p>												
教養娯楽費 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<p>100円/日</p> <p>レクリエーションで使用する折り紙、画用紙等の材料費等の費用であり、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。</p>												
理美容代	<p>500円/回 顔そりのみ 2,000円/回 カット（顔そり含む）</p> <p>理容をご利用の場合にお支払いいただきます。</p>												
区分支給限度額を超えた利用の費用	<p>利用者の要介護度による区分支給限度額を超えて利用した場合、全額自己負担でお支払いいただきます。</p>												
おむつ代	<table border="0"> <tr> <td>紙おむつM</td> <td>110円</td> </tr> <tr> <td>紙おむつL</td> <td>130円</td> </tr> <tr> <td>リハビリパンツML</td> <td>130円</td> </tr> <tr> <td>リハビリパンツLL</td> <td>140円</td> </tr> <tr> <td>尿とりパット</td> <td>30円</td> </tr> <tr> <td>清拭布</td> <td>20円</td> </tr> </table> <p>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。</p>	紙おむつM	110円	紙おむつL	130円	リハビリパンツML	130円	リハビリパンツLL	140円	尿とりパット	30円	清拭布	20円
紙おむつM	110円												
紙おむつL	130円												
リハビリパンツML	130円												
リハビリパンツLL	140円												
尿とりパット	30円												
清拭布	20円												
送迎費	<p>通常の事業の実施地域（羽生市）以外に居住する方が利用を依頼した場合にお支払いいただきます。</p> <p>165円/片道 通常の事業の実施地域を超えた時点から片道10キロ未満 215円/片道 通常の事業の実施地域を超えた時点から片道10キロ以上</p>												
基本時間外施設利用費	<p>1,000円/1時間 500円/1時間を超え30分毎に</p> <p>利用者のご家族等の都合で、通所リハビリテーション終了後も施設に滞在する場合にお支払いいただきます。</p>												

4. 支払い

請求書	<p>月末締め翌月請求</p>
領収書	<p>毎月10日までに、前月分の請求書を作成します。 その月の月末までにお支払いください。 お支払いの確認後、領収書を交付いたします。</p>
支払い期日	<p>月末日</p>
支払い方法	<p>現金支払（事務受付） 銀行振込（施設利用料のみ対応） ※シューズ代・その他立替は振込対応をしておりますので、直接事務受付にてお支払いをお願いしています。ご注意ください。</p>

介護老人保健施設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についての同意書

本書面の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、身元引受人及び当施設が署名又は記名捺印のうえ各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

当施設サービスの提供にあたり本書面に基づき重要な事項を説明しました。

事業所	所在地	埼玉県羽生市本川俣1305
	施設名	介護老人保健施設カノープス・羽生
	施設長	鈴木 公明

説明者 _____ 印

介護老人保健施設カノープス・羽生を通所利用するにあたり、介護老人保健施設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利用重要事項の内容に関して、担当者による説明を受け十分に理解しましたので同意します。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

