

介護老人保健施設カノープス・羽生  
短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護

# 重要事項説明書

(平成27年8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1162番地
代表者氏名	会長 平野博之
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	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。
運営方針	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	夜間	保有資格等
管理者	1	1				皮膚科 整形外科 (非常勤) 消化器内科 (非常勤)
医師	3	1	2	※ <sup>1</sup> 1		
薬剤師	1		1			
介護支援専門員	1	1				介護支援専門員 7名 社会福祉士 1名 看護師 5名 准看護師 8名 介護福祉士 26名 ヘルパー1級 3名 ヘルパー2級 13名 理学療法士 3名 管理栄養士 1名
支援相談員	2	2		※ <sup>2</sup> 1		
看護職員	13	9	4		1	
介護職員	33	25	8		3	
理学療法士	3	3		※ <sup>3</sup> 2		
管理栄養士	1	1		※ <sup>4</sup> 1		
事務職員	6	5	1			

※1 管理者と兼務

※2 羽生市在宅介護支援センターカノープス・羽生と兼務

※3 通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションと兼務

※4 通所リハビリテーションと兼務

## 2. サービス内容

種 類	内 容
サービス計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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短期入所療養介護計画及び介護予防短期入所療養介護計画を作成します。</li> </ul>
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事は原則として食堂でおとりいただきます。</li> <li>・ 月3回程度、セレクト食を提供しています。</li> <li>・ 月1回行事食を提供しています。</li> </ul> <p>(食事時間) 朝食 7時30分～ 8時30分            昼食 12時00分～13時00分            夕食 18時00分～19時00分</p>
医学的管理・看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病状に合わせた医療、看護を提供します。</li> </ul>
機能活動・運動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 入所者は、週に最低2回ご利用いただけます。ただし、利用者の体調により清拭となる場合があります。</li> </ul>
介 護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の状態を把握し、適切な介護を提供いたします。</li> <li>・ 寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。</li> <li>・ 毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。また、適切な整容が行われるよう援助します。なお、シーツ交換は、週1回実施します。</li> </ul>
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご希望等により入退所の際、リフト付の車で送迎を行います。</li> </ul>
送迎実施区域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通常の事業の実施区域は、羽生市です。</li> </ul>
相談援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul>
栄養管理・療養食	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。</li> <li>・ 医師の発行する食事箋に基づき、病状に合わせた食事を提供します。</li> </ul>
経口移行・維持	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経口摂取移行、維持するための栄養管理を行います。</li> </ul>
特別室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個室を用意しております。</li> </ul>
理容・美容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
レクリエーション クラブ活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。また、クラブ活動(手芸、園芸、書道、音楽、絵画クラブ等)にも参加いただけます。</li> </ul>

※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、[短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護について]から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	医療法人仁寿会 山田病院
所在地	埼玉県羽生市上新郷5939
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	萩原歯科医院
所在地	埼玉県羽生市下岩瀬263-1

#### ◇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. 施設利用に当たっての留意事項

食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士が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おり、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。ただし10時～15時の間の面会の際には、飲食物の持込みが可能となりますので、書類を記入した上で所定の場所にてご家族付き添いのもとご飲食下さい。また、残った飲食物は必ずお持ち帰り願います。</li> </ul>
面 会	<ul style="list-style-type: none"> <li>面会時間は8時30分から19時00分です。17時30分以降は自動ドアの電源を切ってしまいますので、引き戸より入退室下さい。</li> <li>面会時には必ず面会カードにご記入し、面会者名札をつけてください。</li> <li>ご家族の面会はとても大切なことです。できる限りコミュニケーションをとるようお願いします。</li> </ul>
飲酒・喫煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>飲酒は行事等の特別な場合を除いて一切禁止です。</li> <li>施設内は禁煙です。</li> </ul>
居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>設備及び器具の利用、所持品等の持込みは支援相談員にご相談ください。</li> </ul>
金銭・貴重品の等の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>金銭、貴重品は盗難、紛失の恐れがありますので持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。</li> </ul>
動物飼育	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内でのペットの飼育はご遠慮ください。ペットをお連れした場合はご相談下さい。</li> </ul>
宗教活動・政治活動・営利行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の清潔、整頓、その他の衛生保持にご協力ください。</li> </ul>

### 5. 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

6. 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。

<p>当施設ご利用 相談室</p>	<p>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。</p>
<p>その他行政等の 介護保険に関する 相談、苦情窓口</p>	<p>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</p> <p>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</p>

7. その他

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。

短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護について  
(平成27年8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. 短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の概要

短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護は、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、ご家族の身体的及び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短期入所療養介護計画及び介護予防短期入所療養介護計画を作成します。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

従来、介護職員の処遇改善の為に国よりもらっていた交付金が、平成24年4月より介護職員処遇改善加算として介護報酬の中に含まれることとなりました。当施設は介護職員処遇改善加算（Ⅰ）で、総単位数の2.7%が加算されます。また、介護報酬1単位当たりの単価が見直され、当施設の所在地である羽生市は6級地に該当し、1単位10円→10.27円となります。以下の参考金額は便宜上、介護職員処遇改善加算、地域区分単価を含めての表示となっております。これらの金額は、端数処理により若干異なる場合がございます。

$$\text{利用者負担金} = \left[ \begin{array}{l} \text{基本料金} + \text{加算} + \text{介護職員処遇改善加算} \\ \text{(①又は②)} \quad \text{(③)} \end{array} \right] \times 10.27 \text{ の1割又は2割}$$

※1割負担か2割負担かは、介護保険負担割合証に記載してあります。

(1) 介護予防短期入所療養介護

基本料金

介護保険制度では、ご利用する療養室、要支援の程度によって利用料が異なります

①介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅰ（ⅰ・ⅲ）

従来型個室	単 位		参 考 金 額	多床室	単 位		参 考 金 額
要支援1	575 単位/日	1割	607円/日	要支援1	608 単位/日	1割	641円/日
		2割	1,214円/日			2割	1,282円/日
要支援2	716 単位/日	1割	755円/日	要支援2	762 単位/日	1割	805円/日
		2割	1,510円/日			2割	1,609円/日

②介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費Ⅰ（ⅱ・ⅳ）

☆算定要件を満たした場合（体制要件・在宅復帰要件・ベッド回転率要件・重度者要件）

従来型個室	単 位		参 考 金 額	多床室	単 位		参 考 金 額
要支援1	613 単位/日	1割	647円/日	要支援1	652 単位/日	1割	688円/日
		2割	1,294円/日			2割	1,376円/日
要支援2	753 単位/日	1割	794円/日	要支援2	807 単位/日	1割	852円/日
		2割	1,588円/日			2割	1,703円/日

※以下に該当する際は、従来型個室を利用した場合でも、多床室扱いになります。

- ア 感染症等により、個室対応の必要があると医師が判断した場合（30日間に限る）
- イ 著しい精神症状等により、他の利用者へ重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、個室への入所が必要であると医師が判断した場合

(2) 短期入所療養介護

基本料金

介護保険制度では、ご利用する療養室、要介護の程度によって利用料が異なります

①介護老人保健施設介護短期入所療養介護費 I (i・iii)

従来型個室	単 位		参 考 金 額	多床室	単 位		参 考 金 額
要介護 1	750 単位/日	1割	791円/日	要介護 1	823 単位/日	1割	868円/日
		2割	1,582円/日			2割	1,736円/日
要介護 2	795 単位/日	1割	838円/日	要介護 2	871 単位/日	1割	920円/日
		2割	1,676円/日			2割	1,839円/日
要介護 3	856 単位/日	1割	903円/日	要介護 3	932 単位/日	1割	983円/日
		2割	1,806円/日			2割	1,966円/日
要介護 4	908 単位/日	1割	959円/日	要介護 4	983 単位/日	1割	1,038円/日
		2割	1,917円/日			2割	2,075円/日
要介護 5	959 単位/日	1割	1,012円/日	要介護 5	1,036 単位/日	1割	1,093円/日
		2割	2,023円/日			2割	2,186円/日

②介護老人保健施設介護短期入所療養介護費 I (ii・iv)

☆算定要件を満たした場合 (体制要件・在宅復帰要件・ベッド回転率要件・重度者要件)

従来型個室	単 位		参 考 金 額	多床室	単 位		参 考 金 額
要介護 1	788 単位/日	1割	831円/日	要介護 1	867 単位/日	1割	914円/日
		2割	1,662円/日			2割	1,828円/日
要介護 2	859 単位/日	1割	906円/日	要介護 2	941 単位/日	1割	992円/日
		2割	1,812円/日			2割	1,984円/日
要介護 3	921 単位/日	1割	972円/日	要介護 3	1,003 単位/日	1割	1,058円/日
		2割	1,943円/日			2割	2,116円/日
要介護 4	977 単位/日	1割	1,030円/日	要介護 4	1,059 単位/日	1割	1,118円/日
		2割	2,060円/日			2割	2,235円/日
要介護 5	1,032 単位/日	1割	1,089円/日	要介護 5	1,114 単位/日	1割	1,175円/日
		2割	2,178円/日			2割	2,350円/日

※以下に該当する際は、従来型個室を利用した場合でも、多床室扱いになります。

- ア 感染症等により、個室対応の必要があると医師が判断した場合 (30日間に限る)
- イ 著しい精神症状等により、他の利用者へ重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、個室への入所が必要であると医師が判断した場合

【特定介護老人保健施設 短期入所療養介護費】をご利用いただく場合

項 目	単 位		参 考 金 額	備 考
3時間以上4時間未満	654単位/日	1割	691円/日	常時看護師による観察が必要な難病等を有する重度要介護又はがん末期の方に、日中のみ短期間の療養介護を提供した場合
		2割	1,381円/日	
4時間以上6時間未満	905単位/日	1割	954円/日	
		2割	1,908円/日	
6時間以上8時間未満	1,257単位/日	1割	1,326円/日	
		2割	2,652円/日	

(3) 加算（該当する場合には加算されます）

項 目		単 位		参 考 金 額	備 考
夜勤職員配置加算		24 単位/日	1割	26 円/日	基準以上の夜勤職員配置
			2割	52 円/日	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・イ		18 単位/日	1割	19 円/日	介護職員の総数のうち介護福祉士を60%以上配置
			2割	37 円/日	
送迎加算		184 単位/回	1割	195 円/回	(片道)施設と自宅の送迎を行う場合
			2割	389 円/回	
個別リハビリテーション実施加算		240 単位/日	1割	253 円/日	20分以上の個別リハビリテーション実施
			2割	506 円/日	
療養食加算(※1)		23 単位/日	1割	25 円/日	医師の指示箋に基づく療養食を提供
			2割	50 円/日	
緊急短期入所受入対応加算		90 単位/日	1割	95 円/日	支援専門員が認めた、在宅生活の困難な方が計画的でなく緊急に利用した場合(7日限度)
			2割	189 円/日	
若年性認知症利用者受入加算	1日	120 単位/日	1割	127 円/日	若年性認知症入所者(65歳未満)に対し、施設サービスを行った場合
			2割	253 円/日	
	日帰り	60 単位/日	1割	64 円/日	
			2割	128 円/日	
認知症行動・心理症状緊急対応加算		200 単位/日	1割	211 円/日	認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であり、緊急に受入した場合(7日限度)
			2割	421 円/日	
緊急時治療管理費		511 単位/日	1割	540 円/日	容態が急変し緊急対応を行った場合
			2割	1,079 円/日	
特定治療費					やむを得ない事情により行われる医療行為を実施した場合
重度療養管理加算(※2)	1日	120 単位/日	1割	127 円/日	要介護4・5の方で厚生労働省が定める状態にあるものに対して計画的な医学的管理を継続して行い、療養上必要な処置を行った場合
			2割	253 円/日	
	日帰り	60 単位/日	1割	64 円/日	
			2割	128 円/日	

※1 医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食。

※2 常時喀痰吸引、人工呼吸器、中心静脈注射、人工腎臓で重篤な合併症を有する状態、心機能障害・呼吸障害等常時モニター測定、身体障害者四級以上でストマー処置、経腸栄養、褥瘡の治療、気管切開のいずれかに該当する状態。



(4) その他の利用料金

項 目	金 額 ・ 備 考																	
食 費	<p><b>朝食 450円*</b>  <b>昼食 600円 (おやつ代を含む) *</b>  <b>夕食 550円*</b></p> <p>ただし、介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">利用者負担段階</th> <th style="text-align: center;">食費</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">利用者負担第1段階</td> <td style="text-align: center;">300円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">利用者負担第2段階</td> <td style="text-align: center;">390円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">利用者負担第3段階</td> <td style="text-align: center;">650円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※食費には、日常的に提供するおやつ、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>	利用者負担段階	食費	利用者負担第1段階	300円	利用者負担第2段階	390円	利用者負担第3段階	650円									
利用者負担段階	食費																	
利用者負担第1段階	300円																	
利用者負担第2段階	390円																	
利用者負担第3段階	650円																	
滞在費 (療養室利用費)	<p><b>1,640円/日* …個室Ⅰ・個室Ⅱ</b>  <b>440円/日* …多床室・2人室</b></p> <p>ただし、介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費 (滞在費) の負担限度額が1日にお支払いいただく居住日の上限となります。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">居室区分</th> <th style="text-align: center;">利用者負担段階</th> <th style="text-align: center;">居住費</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">ア 個室Ⅰ・Ⅱ</td> <td style="text-align: center;">第1段階</td> <td style="text-align: center;">490円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第2段階</td> <td style="text-align: center;">490円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第3段階</td> <td style="text-align: center;">1,310円</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">イ 多床室</td> <td style="text-align: center;">第1段階</td> <td style="text-align: center;">0円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第2段階</td> <td style="text-align: center;">370円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第3段階</td> <td style="text-align: center;">370円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※個室Ⅰ・Ⅱの滞在費には、光熱水費と室料相当が、多床室の滞在費には、光熱水費相当が含まれています。</p> <p>*「食費」及び「居住費 (滞在費)」において、国が定める利用者負担段階についての詳細は、《別添資料1》をご覧ください。</p>	居室区分	利用者負担段階	居住費	ア 個室Ⅰ・Ⅱ	第1段階	490円	第2段階	490円	第3段階	1,310円	イ 多床室	第1段階	0円	第2段階	370円	第3段階	370円
居室区分	利用者負担段階	居住費																
ア 個室Ⅰ・Ⅱ	第1段階	490円																
	第2段階	490円																
	第3段階	1,310円																
イ 多床室	第1段階	0円																
	第2段階	370円																
	第3段階	370円																
特別な室料	<p><b>1,360円/日</b></p> <p>個室Ⅰをご利用の場合、滞在費に加え、占有面積 (入所者1人に対する居室の面積)、専用のトイレ・洗面台及びその他備え付けの設備等に対する追加的費用で個室をご利用いただく場合にお支払いいただきます。ただし、介護保険負担限度額認定を受けている方は、特別な室料をいただきません。</p>																	

日用品費	130円/日 石鹸、ボディシャンプー、シャンプー、お絞り等の費用であり、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。
教養娯楽費	30円/日 クラブ活動や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す。当施設では、手芸、園芸、書道、音楽、絵画クラブ等に参加いただけます。
理美容代	500円/回 顔そりのみ 2,000円/回 カット（顔そり含む） 理容をご利用の場合にお支払いいただきます。
健康管理費	インフルエンザ予防接種に係る費用で、予防接種をご希望された場合にお支払いいただきます。
私物洗濯代	4,110円/1ヶ月 2,055円/半月 業者委託（株式会社 東基）をご希望される場合にお支払いいただきます。
行事費	1,000円/月 施設で毎月開催される行事の材料費、プレゼント等の費用であり、参加いただいた場合にお支払いいただきます。
区分支給限度額を超えた利用の費用	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短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の費用、また区分支給限度額内であっても、連続して30日を超えて利用された場合の31日目の費用は、全額自己負担でお支払いいただきます。

#### 4. 支払い

請求書	月末締め翌月請求
領収書	毎月5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。
支払い期日	月末
支払い方法	現金支払（事務受付） 銀行振込（施設利用料のみ対応） ※私物洗濯代・シューズ代・医療機関受診代・その他立替は振込対応をしておりませんので、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。

## 個人情報の利用目的

(平成27年4月1日現在)

介護老人保健施設カノープス・羽生では、利用者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

### 【利用者様への介護サービスの提供に必要な利用目的】

#### 〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・利用者様に提供する医療・介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者様に係る当施設の管理運営業務のうち
  - －入退所等の管理
  - －会計・経理
  - －事故等の報告
  - －当該利用者の医療・介護サービスの向上

#### 〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者様に提供する介護サービスのうち
  - －他の施設、医療機関、歯科医療機関、居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携、照会への回答
  - －利用者様の診療等のために、外部の医師や歯科医師の診療を受ける場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －ご家族様への病状並びに心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
  - －審査支払機関へのレセプトの提出
  - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等
- ・当施設の管理運営業務のうち
  - －外部監査機関への情報提供

## 介護老人保健施設短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護 重要事項同意書

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。

平成 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・羽生を入所利用するにあたり、介護老人保健施設短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護利用重要事項及び個人情報利用目的の内容に関して、担当者による説明を受け十分に理解し、利用者及びその家族の個人情報については必要最小限の範囲内で使用する事に同意します。

<利用者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<身元引受人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

## 国が定める利用者負担段階について

- 利用者負担は、所得などの状況から第 1～第 4 段階に分けられ、国が定める第 1～第 3 段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第 1～第 3 段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第 4 段階」の利用料をお支払いいただくこととなります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- 利用者負担第 1・第 2・第 3 段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第 1・第 2・第 3 段階にあたる次のような方です。

利用者負担段階	対 象 者
第 1 段階	生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
第 2 段階	所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ課税年金収入額と合計所得年金額が 80 万円以下の方
第 3 段階	所属する世帯全員が市町村民税非課税で、利用者負担第 2 段階以外の方

- ※ 次の要件の全てに該当する第 4 段階の方は、市区町村に申請することで、第 3 段階の負担軽減を受けることができます。
  - ・ 2 人以上の世帯の方
  - ・ 世帯の年間収入から施設の利用者負担（介護サービスの利用者負担、食費・居住費）の見込額を除いた額が 80 万円以下
  - ・ 世帯の現金、預貯金の額が合計 450 万円以下 等
- 次のいずれかに該当する方は負担軽減の対象外となります。（平成 27 年 8 月から追加）
  - ・ 配偶者が市区町村民税を課税されている場合（世帯が同じかどうかは問わない）
  - ・ 預貯金等の金額が、配偶者のいる方で合計 2,000 万円、いない方で 1,000 万円を超える場合
- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

### < 参 考 >

#### 国が定めた基準費用（日額）

居住費（滞在費）				食 費
ユニット個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室	
1,970円	1,640円	1,640円	370円	1,380円