

介護老人保健施設カノープス・羽生

入 所

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を行うことにより、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	夜間	保有資格等
管理者	1	1				皮膚科
医師	1	1		※ ¹ 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 8名 准看護師 6名 介護福祉士 22名 ヘルパー1級 2名 ヘルパー2級 10名 介護職員初任者研修 1名 理学療法士 2名 作業療法士 2名 管理栄養士 2名
支援相談員	2	2				
看護職員	14	9	5		1	
介護職員	31	23	8		3	
理学療法士	2	2		※ ² 1		
作業療法士	2	2				
管理栄養士	2	1	1	※ ³ 1		
事務職員	5	5				

※1 管理者と兼務

※2 訪問リハビリテーションと兼務

※3 デイサービスセンターと兼務

2. サービス内容

種 類	内 容
施設サービス計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人、ご家族の希望を優先に取り入れ、その方の生活歴、居住環境、身体状況等を加味し、専門職の視点から見た課題等を総合的に判断し作成しています。施設ではその計画書に基づき生活リハビリや認知症の方への専門的アプローチを行います。
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・食事は原則として食堂でおとりいただきます。 ・月3回程度、セレクト食を提供しています。 ・月1回行事食を提供しています。 (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
医学的管理・看護	<ul style="list-style-type: none"> ・病状に合わせた医療、看護を提供します。
機能活動・運動	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。
介 護	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人の状態を把握し、適切な介護を提供いたします。 ・寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。 ・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。
相談援助	<ul style="list-style-type: none"> ・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
栄養管理・療養食	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・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。
経口移行・維持	<ul style="list-style-type: none"> ・経口摂取移行、維持するための栄養管理を行います。
特別室	<ul style="list-style-type: none"> ・個室を用意しております。
理容・美容	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
レクリエーション クラブ活動	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、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。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に関する手続きが必要な場合は、代わりに行います。

※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、[介護施設サービスについて]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 5 5 1

(2) 協力歯科医療機関

① 名称	たかは歯科
所在地	埼玉県羽生市上新郷 5 7 0 8 - 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. 施設利用に当たっての留意事項

受診	<ul style="list-style-type: none"> 施設利用中は医療保険の適用が限定されるため、他の医療機関に自由に受診することはできません。受診した際は、領収書を事務にご提示ください。 受診の際は、施設の情報提供書が必要ですので、外出外泊時に急変で受診が必要となった場合は、必ず施設にご連絡ください。
お薬	<ul style="list-style-type: none"> 施設利用中に服薬いただくお薬は、施設長の判断により変更されたり、入所前に飲まれていたお薬と効果は同じですが、名前・形状の異なる薬（ジェネリック医薬品）を使用したりすることがあります。
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none"> 外出外泊の際は、外出外泊届をご提出ください。また、ご本人の体調によっては外出外泊できない場合があります。 外泊の方は内服薬の準備がありますので、できるだけ前日までにご連絡ください。 外出外泊からお戻り際には、必ずサービスステーションにお立ち寄りください。外泊の方は書類（外泊・外出のおたより）をお預かりします。
食事	<ul style="list-style-type: none"> 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、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。
面会	<ul style="list-style-type: none"> 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うので、引き戸より入退室下さい。 面会時には必ず面会カードに記入し、面会者名札をつけてください。 ご家族と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。 感染症等が流行している場合、面会禁止となる事がございます。
飲酒・喫煙	<ul style="list-style-type: none"> 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。
居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> 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。 設備及び器具の利用、所持品等の持ち込みは支援相談員にご相談ください。
金銭・貴重品の等の管理	<ul style="list-style-type: none"> 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。
動物飼育	<ul style="list-style-type: none"> 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。

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。

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。

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

7. 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。
- ・当施設は利用者のご家族等、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。

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。

介護保健施設サービスについて

(令和3年8月1日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 介護保健施設サービスの概要

当施設でのサービスは、施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、入所者・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作成されます。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、施設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2. 9%、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）の2. 1%、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. 27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。

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

※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してあります。

(1) 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 介護保健施設サービス費Ⅰ【基本型】(i・iii)

個室	金額	参考金額		多床室	金額	参考金額	
要介護1	7,702 円/日	1割	771円/日	要介護1	8,503 円/日	1割	851円/日
		2割	1,541円/日			2割	1,701円/日
		3割	2,311円/日			3割	2,551円/日
要介護2	8,185 円/日	1割	819円/日	要介護2	9,017 円/日	1割	902円/日
		2割	1,637円/日			2割	1,804円/日
		3割	2,456円/日			3割	2,706円/日
要介護3	8,852 円/日	1割	886円/日	要介護3	9,684 円/日	1割	969円/日
		2割	1,771円/日			2割	1,937円/日
		3割	2,656円/日			3割	2,906円/日
要介護4	9,417 円/日	1割	942円/日	要介護4	10,239 円/日	1割	1,024円/日
		2割	1,884円/日			2割	2,048円/日
		3割	2,826円/日			3割	3,072円/日
要介護5	9,972 円/日	1割	998円/日	要介護5	10,814 円/日	1割	1,082円/日
		2割	1,995円/日			2割	2,163円/日
		3割	2,992円/日			3割	3,245円/日

※以下に該当する際は、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、個室対応の必要があると医師が判断した場合

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
		1割	2割	
夜勤職員配置加算	267円/日	1割	27円/日	基準以上の夜勤職員を配置した場合
		2割	54円/日	
		3割	81円/日	
サービス提供体制強化加算(I)	236円/日	1割	24円/日	介護職員の総数のうち介護福祉士を80%以上配置又は勤続10年以上介護福祉士35%以上配置
		2割	48円/日	
		3割	71円/日	
サービス提供体制強化加算(II)	195円/日	1割	20円/日	介護職員の総数のうち介護福祉士を60%以上配置している場合
		2割	39円/日	
		3割	59円/日	
初期加算	328円/日	1割	33円/日	入所日より30日以内の期間算定
		2割	66円/日	
		3割	99円/日	
療養食加算	61円/回	1割	7円/回	医師の食事箋に基づく療養食(※1)を提供した場合(1日3回限度)
		2割	13円/回	
		3割	19円/回	
栄養マネジメント強化加算	112円/日	1割	12円/日	低栄養状態リスクが高い入所者に対して栄養計画に従いミールラウンドを週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態等の情報を厚労省へ提出した場合
		2割	23円/日	
		3割	34円/日	
短期集中リハビリテーション実施加算	2,588円/日	1割	259円/日	集中的な個別リハビリを実施した場合(入所日から3ヶ月以内)
		2割	518円/日	
		3割	777円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	2,588円/日	1割	259円/日	リハビリによって生活機能の改善が見込まれると判断された認知症の方に集中的な個別リハビリを実施した場合(入所日から3ヶ月以内。週3回限度)
		2割	518円/日	
		3割	777円/日	
リハビリテーションマネジメント計画情報加算	359円/月	1割	36円/月	医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等が共同しリハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し継続的にリハビリテーションの質を管理し、内容を厚労省に提出した場合
		2割	72円/月	
		3割	108円/月	
外泊時費用	3,902円/日	1割	391円/日	外泊時居室を確保している場合算定(外泊初日及び最終日除く。月6日限度)
		2割	781円/日	
		3割	1,171円/日	
緊急時治療管理費	5,586円/日	1割	559円/日	入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となった場合(月3日限度)
		2割	1,118円/日	
		3割	1,676円/日	
所定疾患施設療養費(I)	2,577円/日	1割	258円/日	肺炎・尿路感染・带状疱疹・蜂窩織炎の方に投薬・検査・注射・処置を行った場合(月7日限度)
		2割	516円/日	
		3割	774円/日	
所定疾患施設療養費(II)	5,176円/日	1割	518円/日	(I)に加え、感染症対策に関する研修を受講した医師が、診断に至った経緯をカルテに記載した場合(月10日限度)
		2割	1,036円/日	
		3割	1,553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。

項目	金額	参考金額		備考
若年性認知症入所者受入加算	1,294 円/日	1割	130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	259円/日	
		3割	389円/日	
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	4,847 円/回	1割	485円/回	入所予定30日以内又は、入所後7日以内に退所後生活する居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合
		2割	970円/回	
		3割	1,455円/回	
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	5,176 円/回	1割	518円/回	入所予定30日以内又は、入所後7日以内に退所後生活する居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定め生活に係る支援計画を策定した場合
		2割	1,036円/回	
		3割	1,553円/回	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	369円/日	1割	37円/日	在宅復帰において規定の条件を満たし、なおかつ地域に貢献する活動を行っている場合。
		2割	74円/日	
		3割	111円/日	
退所時情報提供加算	5,402 円/回	1割	541円/回	主治医又は他社会福祉施設等に対し文書にて必要な情報提供をした場合
		2割	1,081円/回	
		3割	1,621円/回	
入退所前連携加算（Ⅰ）	6,470 円/回	1割	647円/回	（Ⅱ）の条件に加え、入所予定日前又は入所後30日以内に、退所後利用を希望する居宅介護支援事業所と連携し退所後の利用方針を定めた場合
		2割	1,294円/回	
		3割	1,941円/回	
入退所前連携加算（Ⅱ）	4,313 円/回	1割	432円/回	退所後に利用を希望する居宅介護支援事業所に対し文書にて必要な情報提供をした場合
		2割	863円/回	
		3割	1,294円/回	
経口移行加算	308円/日	1割	31円/日	経管栄養の方が経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合
		2割	62円/日	
		3割	93円/日	
経口維持加算（Ⅰ）	4,313 円/月	1割	432円/月	摂食機能障害で誤嚥がある方へ経口維持計画を作成し、多職種による食事観察や会議等を行い特別な栄養管理を行う場合
		2割	863円/月	
		3割	1,294円/月	
経口維持加算（Ⅱ）	1,078 円/月	1割	108円/月	経口維持加算（Ⅰ）を算定しており、かつ食事観察、会議等に人員基準に規定する以外の医師、または歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかが参加している場合、（Ⅰ）に加えて算定
		2割	216円/月	
		3割	324円/月	
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	975円/月	1割	98円/月	歯科医師又は指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施し、各入所者の状況に応じた口腔衛生管理を計画的に行った場合
		2割	195円/月	
		3割	293円/月	
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	1,181 円/月	1割	119円/月	（Ⅰ）に加え、口腔衛生等の管理に係る計画内容の情報を厚労省に提出した場合
		2割	237円/月	
		3割	355円/月	

項目		金額	参考金額		備考
再入所時栄養連携 加算		2,156 円/回	1割	216円/回	入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入が必要となった際、施設の管理栄養士が食事指導に同席し、医療機関の管理栄養士と相談しながらケア計画を作成した場合。
			2割	432円/回	
			3割	647円/回	
褥瘡マネジメント 加算（Ⅰ）		30円/月	1割	3円/月	入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて入所時に評価するとともに少なくとも3月に1回評価を行い、それを厚労省に提出し、発生リスクがある入所者に対しては褥瘡ケア計画を作成している場合
			2割	6円/月	
			3割	9円/月	
褥瘡マネジメント 加算（Ⅱ）		133円/月	1割	14円/月	（Ⅰ）に加え、入所時の評価で褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生のないこと
			2割	27円/月	
			3割	40円/月	
排せつ支援加算 （Ⅰ）		102円/月	1割	11円/月	排泄に介護を要する方のうち身体機能の向上や環境の調整等によって介護を軽減できると判断された入所者で、ご本人が希望する場合、多職種の職員が原因の分析・支援計画の作成及び支援をし、評価の結果を厚労省へ提出した場合
			2割	21円/月	
			3割	31円/月	
排せつ支援加算 （Ⅱ）		154円/月	1割	16円/月	（Ⅰ）に加え施設入所時と比較して排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに悪化がない。又はオムツ使用からなしへ改善した場合
			2割	31円/月	
			3割	47円/月	
排せつ支援加算 （Ⅲ）		215円/月	1割	22円/月	（Ⅰ）に加え施設入所時と比較して排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに悪化がない。かつ、オムツ使用からなしへ改善した場合
			2割	43円/月	
			3割	65円/月	
ターミナル ケア 加算	死亡日	17,797 円/日	1割	1,780円/日	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等の内容に沿った取り組みを行い、施設サービス計画の作成にあたり本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めた場合。
			2割	3,560円/日	
			3割	5,340円/日	
	死亡日前日、 前々日	8,842 円/日	1割	885円/日	
			2割	1,769円/日	
			3割	2,653円/日	
	死亡日4日 前～ 30日前	1,725 円/日	1割	173円/日	
			2割	345円/日	
			3割	518円/日	
	死亡日31 日前～ 45日前	862円/日	1割	87円/日	
			2割	173円/日	
			3割	259円/日	
自立支援促進加算		3,235 円/月	1割	324円/月	医師が医学的評価を入所時に行い多職種の職員が共同して支援計画に従ったケアを実施し、3月に1回結果を厚労省へ提出した場合
			2割	647円/月	
			3割	971円/月	

項目	金額	参考金額		備考
		1割	2割	
かかりつけ医連携 薬剤調整加算（Ⅰ）	1,078 円/回	1割 108円/回	2割 216円/回	入所後1月以内にかかりつけ医に、状況に応じて処方内容を変更する可能性があることについて説明し同意を得ていること。また、退所時又は退所後1月以内にかかりつけ医に情報提供を行いその内容を診療録へ記載した場合
		3割 324円/回		
かかりつけ医連携 薬剤調整加算（Ⅱ）	2,588 円/回	1割 259円/回	2割 518円/回	（Ⅰ）を算定し、服薬情報等を厚労省に提出した場合
		3割 777円/回		
かかりつけ医連携 薬剤調整加算（Ⅲ）	1,078 円/回	1割 108円/回	2割 216円/回	（Ⅰ）と（Ⅱ）を算定し、入所時6種類以上の内服薬が処方されていた方に対して施設の医師とかかりつけの主治医の合意のもと退所時に処方している内服が1種類以上減少している場合
		3割 324円/回		
科学的介護推進体 制加算（Ⅰ）	431円/月	1割 44円/月	2割 87円/月	ADL値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の入所者の心身に係る基本的な情報を厚労省へ提出した場合
		3割 130円/月		
科学的介護推進体 制加算（Ⅱ）	647円/月	1割 65円/月	2割 130円/月	（Ⅰ）に加え疾病の状況や服薬情報を厚労省へ提出した場合
		3割 195円/月		
安全対策体制加算	215円/回	1割 22円/回	2割 43円/回	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を配置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること（入所時に1回）
		3割 65円/回		
安全管理体制未実 施減算	-51円/日	1割 -6円/日	2割 -11円/日	運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合
		3割 -16円/日		
栄養ケアマネジメ ント未実施減算	-143 円/日	1割 -15円/日	2割 -29円/日	栄養マネジメント未実施の場合
		3割 -43円/日		
身体拘束廃止未実 施減算				身体的拘束等の適正化を図るための措置がされていない場合

(2) その他の利用料金

項目	金額・備考																					
食費	<p>1,700円/日*</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"> <thead> <tr> <th>利用者負担段階</th> <th>食費</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用者負担第1段階</td> <td>300円</td> </tr> <tr> <td>利用者負担第2段階</td> <td>390円</td> </tr> <tr> <td>利用者負担第3段階①</td> <td>650円</td> </tr> <tr> <td>利用者負担第3段階②</td> <td>1,360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①	650円	利用者負担第3段階②	1,360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①	650円																					
利用者負担第3段階②	1,360円																					
居住費 (療養室利用費)	<p>1,670円/日* …個室Ⅰ・個室Ⅱ 440円/日* …多床室・2人室</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の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>居室区分</th> <th>利用者負担段階</th> <th>居住費</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ア 個室Ⅰ・Ⅱ</td> <td>第1段階</td> <td>490円</td> </tr> <tr> <td>第2段階</td> <td>490円</td> </tr> <tr> <td>第3段階①</td> <td>1,310円</td> </tr> <tr> <td>第3段階②</td> <td>1,310円</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">イ 多床室</td> <td>第1段階</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>第2段階</td> <td>370円</td> </tr> <tr> <td>第3段階①</td> <td>370円</td> </tr> <tr> <td>第3段階②</td> <td>370円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※個室Ⅰ・Ⅱの居住費には、光熱水費と室料相当が、多床室の居住費には、光熱水費相当が含まれています。</p> <p>※外泊時に居室を確保している場合は、居住費を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、外泊時費用算定時（6日間）には通常の負担限度額を、それ以外の期間（6日を越える外泊）は利用者負担段階に関わらず個室1,670円、多床室440円の負担となります。</p> <p>*「食費」及び「居住費」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	1,310円	第3段階②	1,310円	イ 多床室	第1段階	0円	第2段階	370円	第3段階①	370円	第3段階②	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	1,310円																				
	第3段階②	1,310円																				
イ 多床室	第1段階	0円																				
	第2段階	370円																				
	第3段階①	370円																				
	第3段階②	370円																				
特別な室料	<p>1,330円/日</p> <p>個室Ⅰをご利用の場合、居住費に加え、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> <p>※ 外泊時において居室を確保している場合は、居住費と同様に特別な室料をお支払いいただきます。</p>																					

項目	金額・備考
日用品費 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	150円/日 石鹸、ボディーシャンプー、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 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	50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 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	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。
行事費	800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。
衛生用品費	別紙明細参照 歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、口腔ケア用スポンジ、口腔ケア用ウエットティッシュの費用で、施設で用意したものを使用した場合にお支払いいただきます。
健康管理費	インフルエンザや肺炎球菌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	4,200円/1ヶ月 2,100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。

4. 支払い

請求書 領収書	月末締め翌月請求 毎月10日までに、前月分の請求書を作成します。 ご来所時、事務受付にお声掛けください。請求書をお渡しします。 ご来所いただくのが困難な場合は、事務受付にお申し出ください。請求書を郵送いたします。 お支払いの確認後、領収書を交付いたします。
支払い期日	月末日
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。

介護老人保健施設入所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・羽生を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所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

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、ご本人が登録している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になります。
- 利用者負担第1段階・第2段階・第3段階①・②に該当する利用者とは、次のような方です。

利用者負担段階	対 象 者	預貯金等 ※
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、かつ年金収入等*が80万円以下の方	単身650万円 夫婦1,650万円
第3段階 ①	所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ年金収入等*が80万円超120万円以下の方	単身550万円 夫婦1,550万円
第3段階 ②	所属する世帯全員が市町村民税非課税で、かつ年金収入等*が120万円超の方	単身500万円 夫婦1,500万円

*年金収入等とは・・・公的年金等収入金額(非課税年金を含む)＋その他の合計所得金額
 ※預貯金等とは・・・預貯金(普通・定期)、有価証券、金・銀など、投資信託、現金など

- ◇ 第4段階の方でも次の要件の全てに該当する場合、食費・居住費の特例減額措置の対象になる場合がございます。詳細は市町村へお尋ねください。
 - ・ 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
 - ・ 2人以上の課税世帯の方
 - ・ 介護保険料を滞納していない
 - ・ 世帯の現金、預貯金の額が合計450万円以下
 - ・ 日常生活に供する資産以外に資産がない

- 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
ユニット型個室	ユニット型準個室	従来型個室	多床室	
2,006円	1,668円	1,668円	377円	1,445円

