

重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)
(通所リハビリテーション)

社会医療法人 孝仁会
老人保健施設 星が浦

介護予防通所リハビリテーション及び通所リハビリテーション 重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会医療法人 孝仁会
主たる所在地	釧路市芦野1丁目27番1号
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 齋藤 孝次
電話番号	0154-37-5512

2. 事業所の概要

(1) 事業所

施設の名称	老人保健施設 星が浦
施設の所在地	釧路市星が浦大通3丁目9番35号
管理者名	原田 英之
施設長名	原田 英之
電話番号	0154-55-2800
ファクシミリ番号	0154-55-2801
事業者指定	平成12年4月1日 北海道知事指定第01541.8004.6号

(2) 事業の目的と運営方針

事業の目的	この事業は、介護保険法令に従い、ご契約者様（利用者様）が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り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を目的として、サービスを提供致します。
運営方針	当老人保健施設は療養者の皆様が安心して入所、通所でき、またご家族様が安心して預けられる施設を運営していきます。

(3) 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	人数	区分				常勤換算後の人員	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者・施設長	1	1				1.0	医師
医師（再掲）	2	1			1	1.1	
看護職員	1	1				2.0	看護師2名
介護職員	18	16		2		17.2	介護福祉士12名
支援相談員	1		1			0.5	介護福祉士1名
理学療法士	6	2	4			4	
作業療法士	1		1			0.5	
言語聴覚士	1		1			0.3	
管理栄養士	1	1				1.0	

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	釧路市（阿寒湖畔，音別は除く）・釧路町・白糠町
---------	-------------------------

(5) 営業日

営業日	・ 月曜日～土曜日 ・ 祝祭日（ただし年末、法人開設記念日、年始 12/30～1/3 を除く）
営業時間	8：30～17：30

3. サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付サービス

ア. サービス内容

種類	内容
食事の介助	食事時間 12：00 ・ 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者様の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・ 食事サービスの利用は任意です。
排せつの介助	・ 利用者様の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。
入浴の介助	・ 入浴または清拭を行います。 ・ 必要に応じ、入浴時の更衣の介助を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
レクリエーション	・ 利用者様の生活面での指導、援助を行います。 ・ 各種レクリエーションを実施します。
機能訓練	・ リハビリスタッフによる利用者様の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 ・ パワーリハビリ・スリング・グループセラピー・物理療法・運動療法など身体的・精神的に充実したサービスを提供します。
相談及び援助	利用者様とそのご家族様からの相談に応じ支援します。

イ. 原則として下記の利用料の1～3割が利用者様の負担額となります。

【介護予防リハビリテーション：12ヶ月以内】

(1月につき)

区分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要支援 1	22,680円	2,268円	4,536円	6,804円
要支援 2	42,280円	4,228円	8,456円	12,684円

【介護予防リハビリテーション：12ヶ月超え】

(1月につき)

区分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要支援 1	21,480円	2,148円	4,296円	6,444円
要支援 2	39,880円	3,988円	7,976円	11,994円

【通所リハビリテーション】

① 所定時間 < 1時間以上2時間未満> (1日につき)

区 分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要 介 護 1	3,570 円	357 円	714 円	1,071 円
要 介 護 2	3,880 円	388 円	776 円	1,164 円
要 介 護 3	4,150 円	415 円	830 円	1,245 円
要 介 護 4	4,450 円	445 円	890 円	1,335 円
要 介 護 5	4,750 円	475 円	950 円	1,425 円

② 所定時間 < 2時間以上3時間未満> (1日につき)

区 分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要 介 護 1	3,720 円	372 円	744 円	1,116 円
要 介 護 2	4,270 円	427 円	854 円	1,281 円
要 介 護 3	4,820 円	482 円	964 円	1,446 円
要 介 護 4	5,360 円	536 円	1,072 円	1,608 円
要 介 護 5	5,910 円	591 円	1,182 円	1,773 円

③ 所定時間 < 3時間以上4時間未満> (1日につき)

区 分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要 介 護 1	4,700 円	470 円	940 円	1,410 円
要 介 護 2	5,470 円	547 円	1,094 円	1,641 円
要 介 護 3	6,230 円	623 円	1,246 円	1,869 円
要 介 護 4	7,190 円	719 円	1,438 円	2,157 円
要 介 護 5	8,160 円	816 円	1,632 円	2,448 円

④ 所定時間 < 4時間以上5時間未満> (1日につき)

区 分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要 介 護 1	5,250 円	525 円	1,050 円	1,575 円
要 介 護 2	6,110 円	611 円	1,222 円	1,833 円
要 介 護 3	6,960 円	696 円	1,392 円	2,088 円
要 介 護 4	8,050 円	805 円	1,610 円	2,415 円
要 介 護 5	9,120 円	912 円	1,824 円	2,736 円

⑤ 所定時間 < 5時間以上6時間未満> (1日につき)

区 分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要 介 護 1	5,840 円	584 円	1,168 円	1,752 円
要 介 護 2	6,920 円	692 円	1,384 円	2,076 円
要 介 護 3	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円
要 介 護 4	9,290 円	929 円	1,858 円	2,787 円
要 介 護 5	10,530 円	1,053 円	2,106 円	3,159 円

⑥ 所定時間 < 6時間以上7時間未満 >

(1日につき)

区 分	利用料	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
要 介 護 1	6,750 円	675 円	1,350 円	2,025 円
要 介 護 2	8,020 円	802 円	1,604 円	2,406 円
要 介 護 3	9,260 円	926 円	1,852 円	2,778 円
要 介 護 4	10,770 円	1,077 円	2,154 円	3,231 円
要 介 護 5	12,240 円	1,224 円	2,448 円	3,672 円

⑦ 加算

種 類	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)	
【介護予防通所リハビリテーション】 (1月につき)					
生活行為向上リハビリ テーション実施加算	<input type="checkbox"/> 開始月から6月以内	5,620 円	562 円	1,124 円	1,686 円
<input type="checkbox"/> 生活行為向上リハビリテーション実施を 継続した場合 減算対象月から6月以内		▲15/100	▲15/100		
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算		2,400 円	240 円	480 円	720 円
サービス提供体制強化加算 (I)	<input type="checkbox"/> 要支援1	880 円	88 円	176 円	264 円
	<input type="checkbox"/> 要支援2	1,760 円	176 円	352 円	522 円
<input type="checkbox"/> 一体的サービス提供加算		4,800 円	480 円	960 円	1,440 円
<input type="checkbox"/> 栄養改善アセスメント		500 円	50 円	100 円	150 円
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算		2,000 円	200 円	400 円	600 円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(I) 6ヶ月に1回		200 円	20 円	40 円	60 円
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算(II) 6ヶ月に1回		50 円	5 円	10 円	15 円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(I)		1,500 円	150 円	300 円	450 円
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算(II)		1,600 円	160 円	320 円	480 円
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算		400 円	40 円	80 円	120 円
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算		所定単位数×86/1000			

【通所リハビリテーション】		(1日につき)			
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (I)		220 円	22 円	44 円	66 円
<input type="checkbox"/> 理学療法士等体制強化加算		300 円	30 円	60 円	90 円
リハビリテーション 提供体制加算	<input type="checkbox"/> 3時間以上4時間未満	120 円	12 円	24 円	36 円
	<input type="checkbox"/> 4時間以上5時間未満	160 円	16 円	32 円	48 円
	<input type="checkbox"/> 5時間以上6時間未満	200 円	20 円	40 円	60 円
	<input type="checkbox"/> 6時間以上7時間未満	240 円	24 円	48 円	72 円

□入浴介助加算（Ⅰ）		400円	40円	80円	120円
□入浴介助加算（Ⅱ）		600円	60円	120円	180円
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	□開始日から6月以内 /月	5,600円	560円	1,120円	1,180円
	□開始日から6月超 /月	2,400円	240円	480円	720円
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	□開始日から6月以内 /月	5,930円	593円	1,186円	1,779円
	□開始日から6月超 /月	2,730円	273円	546円	819円
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	□開始日から6月以内 /月	7,930円	793円	1,586円	2,379円
	□開始日から6月超 /月	4,730円	473円	946円	1,419円
※医師が利用者または家族に説明した場合上記に加えて		2,700円	270円	540円	810円
□短期集中個別リハビリテーション実施加算		1,100円	110円	220円	330円
□認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ/日		2,400円	240円	480円	720円
□認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ/月		19,200円	1,920円	3,840円	5,760円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	□開始月から6月以内	12,500円	1,250円	2,500円	3,750円
□生活行為向上リハビリテーション実施を継続した場合 減算対象月から6月以内		▲15/100	▲15/100		
□若年性認知症利用者受入加算		600円	60円	120円	180円
□栄養アセスメント /月		500円	50円	100円	150円
□栄養改善加算		2,000円	200円	400円	600円
□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 6ヶ月に1回		200円	20円	40円	60円
□口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 6ヶ月に1回		50円	5円	10円	15円
□口腔機能向上加算（Ⅰ） 月2回		1,500円	150円	300円	450円
□口腔機能向上加算（Ⅱ） 月2回		1,600円	160円	320円	480円
□重度療養管理加算		1,000円	100円	200円	300円
□中重度者ケア体制加算		200円	20円	40円	60円
□科学的介護推進体制加算		400円	40円	80円	120円
□退院時共同指導加算		6,000円	600円	1,200円	1,800円
□社会参加支援加算		120円	12円	24円	36円
□送迎行わない場合(片道)		▲470円	▲47円	▲94円	▲141円
□介護職員等処遇改善加算		所定単位数×86/1000			

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

(2) 介護保険給付外サービス (実費)

利用料の全額を負担していただきます。

① 食費 (1回につき)

内 容	自己負担額
食事サービスを受ける方は、材料費、調理コストの実費が必要となります。	625円

※朝9時以降のキャンセルの場合、キャンセルとして実費を請求させていただきます。

② 日用品費

項 目	金 額	内 訳	備 考
日 用 品 費	10円	おしぼり	1日につき
	30円	フェイスタオル	
	40円	バスタオル	
	10円	ボディソープ	
	10円	シャンプー	
総合計	100円	※ 入浴日以外は、日用品日としては、おしぼり代のみとなります ※ 入浴1回につき90円の料金です。 (単品での取り扱い無し)	

③ 教養娯楽費 (1回につき)

項 目	金 額	内 訳	備 考
教養娯楽費	50円	書道 (実費材料費)	余暇時間等に行った場合の材料費です。
	180円	手芸・刺しゅう (実費材料費)	
	50円	ぬりえ・絵手紙 (実費材料費)	
	150円	貼り絵等 (実費材料費)	
	20円	色折紙 (実費材料費)	
	300円	編み物 (実費材料費)	

④ おむつ代

おむつを使用された方は、おむつ代の実費が必要となります。

⑤ その他の費用

通所リハサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活において通常必要とするものに係る費用であって、利用者様に負担させることが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月1回、10日に前月分を請求いたしますので、ゆうちょ銀行口座からの引き落とし又は、当施設の指定銀行への振込、当施設窓口にて直接お支払い下さい。

6. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により、事故が発生した場合は、北海道釧路総合振興局保健環境部保健行政室（北海道釧路保健所）、当該利用者様のご家族様等、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 前項の事故状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。
- (3) 利用者様に対する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、損害賠償を速やかに行うものとします。

7. 協力医療機関

医療機関	病院名及び所在地	孝仁会リハビリテーション病院	釧路市星が浦大通3丁目9番13号
	電話番号	0154-54-2500	
	診療科	脳神経外科、心臓血管外科、循環器科、呼吸器科 麻酔科、放射線科、リハビリテーション科	
	入院設備	ベッド数 138床	
	救急指定の有無	有	
	契約の概要	当施設と星が浦病院とは、利用者様に病状の急変があった場合の診療契約を締結	
歯科	名称及び所在地	中谷歯科医院	釧路市双葉町12番地20号
	電話番号	0154-25-5777	

8. 乙が加入している損害賠償責任保険

<p>全日病居宅介護事業者総合補償制度加入 保険会社 東京海上日動火災保険株式会社</p>

9. サービス利用に当たっての留意事項

各種書類の提示	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
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	館内・敷地禁煙です。
飲酒	原則禁止としておりますが、事前の申し出により相談に応じます。
迷惑行為等	他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者様に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
報道機関からの取材対応	当施設が実施する各種行事、事業等について新聞・テレビ等の取材を受けられますが、当施設の取り組みについて広く地域の皆様にご理解いただくために、取材に応じてまいりたいと考えております。利用者様への取材や写真撮影をご依頼することがありますのでご承諾のお願い申し上げます。 尚、写真撮影等取材をご辞退される方はお申し出下さい。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、介護予防通所リハビリテーション及び通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

釧路市星が浦大通3丁目9番35号

社会医療法人 孝仁会

老人保健施設 星が浦

理事長 齋藤 孝次 ⑩

(説明者) 職名

氏名 ⑩

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防通所リハビリテーション及び通所リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受け、サービスの利用及び該当する加算について同意します。

利用者又は家族

住 所

氏 名 ⑩

電 話 番 号

(続 柄 :)

個人情報提供に関する同意書

貴施設のサービス担当者会議等において、必要がある場合には、私の個人情報並びに家族の個人情報を用いることに同意します。

当施設における個人情報の利用目的

- ※ 介護の提供
 - ・ 当施設での介護サービスの提供
 - ・ 他の居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・ その他の業務委託
 - ・ ご家族等への心身の状況説明
 - ・ その他、利用者様への介護提供に関する利用
- ※ 介護報酬請求のための事務
 - ・ 当施設での介護保険に関する事務およびその委託
 - ・ 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
 - ・ その他介護保険に関する介護報酬請求のための利用
- ※ 当施設の管理運営業務
 - ・ 入退所等の管理
 - ・ 会計・経理
 - ・ 事故等の報告
 - ・ 当該利用者様の介護サービスの向上
 - ・ その他、当施設の管理運営業務に関する利用
- ※ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- ※ 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ※ 当施設において行われる介護実習への協力

令和_____年_____月_____日

社会医療法人 孝仁会
老人保健施設 星が浦
理事長 齋藤 孝次 様

本人名 _____ ④

家族名 _____ ④

(続柄： _____)

重要事項説明書

(介護予防短期入所療養介護)
(短期入所療養介護)

社会医療法人 孝仁会
老人保健施設 星が浦

介護予防短期入所療養介護及び短期入所療養介護 重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会医療法人 孝仁会
主たる所在地	釧路市芦野1丁目27番1号
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 齋藤 孝次
電話番号	0154-37-5512

2. ご利用施設

(1) 事業所

施設の名称	老人保健施設 星が浦
施設の所在地	釧路市星が浦大通3丁目9番35号
管理者名	原田 英之
施設長名	原田 英之
電話番号	0154-55-2800
ファクシミリ番号	0154-55-2801
事業者指定	平成12年4月1日 北海道知事指定第01541.8004.6号

(2) ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		北海道知事の事業者指定		利用定数	釧路市基準該当サービス
		指定年月日	指定番号		
施設	介護老人保健施設	平成12年4月1日	北海道 01541.8004.6号	86人	/
居宅	介護予防通所リハビリテーション	平成18年4月1日	北海道	85人	非該当
	通所リハビリテーション	平成12年4月1日	01541.8004.6号		
	介護予防短期入所療養介護	平成18年4月1日	北海道	5人	/
	短期入所療養介護	平成12年4月1日	01541.8004.6号		
介護予防支援事業	平成18年4月1日	北海道		非該当	
居宅介護支援事業	平成12年4月1日	01541.8004.6号			

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、介護保険法令に従い、ご契約者様（利用者様）が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り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を目的として、サービスを提供致します。
運営方針	当介護老人保健施設は療養者の皆様が安心して入所、通所でき、またご家族様が安心して預けられる施設を運営していきます。

4. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷 地		5,770.21 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）
	延べ床面積	4,541.42 m ²
	利用定員	86名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたりの面積
個 室	11室	201.58 m ²	18.32 m ²
2人部屋	5室	139.07 m ²	13.91 m ²
3人部屋	3室	105.30 m ²	11.70 m ²
4人部屋	14室	493.93 m ²	8.82 m ²

(注1) 指定基準は、居室1人あたり8 m²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。

(3) その他主な設備（介護老人保健施設と共用）

設備の種類	室 数	面 積	1人あたりの面積
食 堂	3室	337.28 m ²	1 m ² 以上
機能訓練室	1室	229.14 m ²	2 m ² 以上
一 般 浴 室	11個	163.52 m ²	
機 械 浴 室	特殊浴槽1台	7.95 m ²	
便 所	48個所		
医 務 室	1室		

(注1) 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。

5. 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	人数	区 分				常勤換算後 の人員	保有資格
		常 勤		非 常 勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者・施設長	1		1			0.1	医師
医師（再掲）	2	1			1	1.1	
看護職員	11	12				9.46	看護師6名／准看護師5名
介護職員	39	31		8		44.02	介護福祉士 35名
介護支援専門員	1	1				2.0	介護支援専門員
支援相談員	2	2				2.0	社会福祉士
理学療法士	5	1	4			3.0	
作業療法士	1		1			0.5	
言語聴覚士	1		1			0.3	
管理栄養士	1	1				1.0	

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	管理者として必要な時間、随時
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
医師	8：30～17：30 まで勤務
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）、通常2名体制で勤務 ・ 夜間については、2F・3Fのどちらかに1名の勤務を行う。
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早番（6：00～15：00） ・ 遅番（10：30～19：30） ・ 日勤（8：30～17：30） ・ 夜勤（17：00～翌朝9：00）
介護支援専門員	8：30～17：30 まで勤務
支援相談員	8：30～17：30 まで勤務
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	8：30～17：30 まで勤務
管理栄養士	正規の時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務

7. 施設サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

ア. サービス内容

種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。（食事時間） ・ 朝食 8時 ・ 昼食 12時 ・ 夕食 18時
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者様の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、1日数回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週2回の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、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します。 ・ シーツ交換は週1回行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリスタッフによる利用者様の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 ・ パワーリハビリ・スリング・グループセラピー・物理療法・運動療法など身体的・精神的に充実したサービスを提供します。

医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様の病状に合わせた医療・看護を提供します。 それ以外でも必要がある場合には適宜診察します。 但し、当施設では行えない処置（透析）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、医療機関での治療となります。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様とそのご家族様からの相談に応じ支援します。

イ. 費用

原則として、下記の利用料の1～3割が利用者様の負担額となります。

① 基本料金

【介護予防短期入所療養介護】

(1日につき)

区分	個室				多床(2人以上)室			
	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
要支援1	6,320円	632円	1,264円	1,896円	6,720円	672円	1,344円	2,016円
要支援2	7,780円	778円	1,556円	2,334円	8,340円	834円	1,668円	2,502円

【短期入所療養介護】

(1日につき)

区分	個室				多床(2人以上)室			
	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
要介護1	8,190円	819円	1,638円	2,457円	9,020円	902円	1,804円	2,706円
要介護2	8,930円	893円	1,786円	2,679円	9,790円	979円	1,958円	2,937円
要介護3	9,580円	958円	1,916円	2,874円	10,440円	1,044円	2,088円	3,132円
要介護4	10,170円	1,017円	2,034円	3,051円	11,020円	1,102円	2,204円	3,306円
要介護5	10,740円	1,074円	2,148円	3,222円	11,610円	1,161円	2,322円	3,483円

② 居住費(入退所日も含みます)・食費 (自己負担分)

(1日につき)

利用負担 段階区分	滞在費		食費
	個室	多床(2人以上)室	
<1>第1段階の方	550円	0円	300円
<2>第2段階の方	550円	430円	600円
<3>第3段階①の方	1,370円	430円	1,000円
<4>第3段階②の方	1,370円	430円	1,300円
<5>第4段階の方(非該当)	1,700円	430円	1,557円

<1>・<2>・<3>・<4>に該当の方は、「介護保険負担限度額認定証」が必要となりますので、各市町村に申請が必要です。

※ 食費は、1食519円とします。但し、1日につき第1段階の方は300円、第2段階の方は600円、第3段階①の方は1,000円、第3段階②の方は1,300円です。

※ 次に該当された方は、多床(2人以上)室の料金となります。

ア 感染症等により個室への入所の必要があると医師が判断した者であって、当該個室への入所期間が30日以内である者

イ 居住する居室の居住面積が、8㎡以下であるもの

ウ 著しい精神症状等により、他の同室者の心身の状況に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者

③ 加算

【介護予防短期入所】

(1日につき)

種 類	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (I)	220円	22円	44円	66円
<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算	240円	24円	48円	72円
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算	2,400円	240円	480円	720円
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,000円	200円	400円	600円
<input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II)	510円	51円	102円	153円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	1,200円	120円	240円	360円
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 (I)	30円	3円	6円	9円
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 (II)	40円	4円	8円	12円
<input type="checkbox"/> 送迎加算 (片道)	1,840円	184円	368円	552円
<input type="checkbox"/> 総合医学管理加算	2750円	275円	550円	825円
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算	500円	50円	100円	150円
<input type="checkbox"/> 療養食加算 (1食)	80円	8円	16円	24円
<input type="checkbox"/> 緊急時治療管理	5,180円	518円	1,036円	1,554円
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 (I)	所定単位数×75/1000			

【短期入所】

(1日につき)

種 類	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (I)	220円	22円	44円	66円
<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算	240円	24円	48円	72円
<input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算	2,400円	240円	480円	720円
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算	760円	76円	152円	228円
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,000円	200円	400円	600円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	1,200円	120円	240円	360円
<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 (I)	30円	3円	6円	9円

□認知症専門ケア加算（Ⅱ）	40円	4円	8円	12円
□緊急短期入所受入対応加算	900円	90円	180円	270円
□重度療養管理加算	1,200円	120円	240円	360円
□在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	510円	51円	102円	153円
□送迎加算（片道）	1,840円	184円	368円	552円
□総合医学管理加算	2750円	275円	550円	825円
□口腔連携強化加算	500円	50円	100円	150円
□療養食加算（1食）	80円	8円	16円	24円
□緊急時治療管理	5,180円	518円	1,036円	1,554円
□介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×75/1000			

※ 該当する加算の他、急変時の対応等により別途加算が生じる場合がございますのでご了承ください。

（2）介護保険給付外サービス（実費）

① 理容等

理容サービス	・ 毎週月～金のうち2日間の営業をしております	総合理髪 2,200円 カットのみ 1,700円 顔剃りのみ 1,450円
テレビの視聴について	・ ご希望の方にテレビの貸し出しをいたします	1日につき 100円
レクリエーション行事	・ 当施設では、施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	実費をご負担いただきます (交通費・入場料・飲食代等)

② 日用品費

(1日につき)

項目	金額	内 訳	備 考
日用品費	30円	おしぼり	入浴用品として 90円 1日につき
	30円	フェイスタオル	
	40円	バスタオル	
	10円	ボディソープ	
	10円	シャンプー	
総合計	120円	※ 入浴日以外は、日用品費としては、おしぼり代のみとなります。 ※ 入浴1回につき90円の料金です。 (単品での取り扱い無し)	

③ 教養娯楽費 (1回につき)

項目	金額	内 訳	備 考
教養娯楽費	50円	書道 (実費材料費)	余暇時間等に行った場合の材料費です。
	180円	手芸・刺しゅう (実費材料費)	
	50円	ぬりえ・絵手紙 (実費材料費)	
	150円	貼り絵等 (実費材料費)	
	20円	色折紙 (実費材料費)	
	300円	編み物 (実費材料費)	

④ 家族利用料 (1回につき)

家族利用料	・ ご家族が諸事情により、施設で食事や、宿泊をする際の料金	寝具料 900円 食費 519円/1食
-------	-------------------------------	------------------------

8. 利用料等のお支払い方法

(1) 毎月1回、10日に前月分を請求いたしますので、ゆうちょ銀行引き落とし又は、当施設の指定銀行への振込、当施設窓口にてお支払下さい。

9. サービス内容に関する苦情等に関するお問い合わせ

* 当施設 担当窓口 苦情受付責任者： 副施設長 佐川 卓
苦情受付担当者： 支援相談員 本間 佳奈子

※ 緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。

電話番号0154-55-2800

* 釧路市役所 担当窓口 介護保険担当

電話番号0154-23-5151

① 苦情等の申し立て方法

苦情等の申し立ては、書面、来設されての口頭申し立て、電話いづれでも受付いたします。
1階公衆電話横にご意見箱を設置しております。

② 受付時間

8:30~17:30 (平日) ※緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。

③ 苦情等への対応の流れ

- (1) 苦情等受付担当者が受付 (他の職員が受けた場合、所属長及び受付担当者に報告)
- (2) 苦情受付担当者は解決責任者に内容を報告、関係部署職員と共に直接申し立て者に会うか又は電話等により内容の詳細を伺い、事実確認をします。

(2) 事実確認後すみやかに内容を検討し、翌日もしくは近日中には具体的な対応策を講じ申し立て者に直接回答します。又匿名によるご質問等には掲示板による回答を示します。(内容の検討については必要に応じ苦情・接遇委員会を開催し、又は緊急性のあるものについては直接管理者との協議により処理します。)

※ 苦情受付担当者は苦情等に関する対応後、改善状況を点検、確認すると共に一連の経過を記載し、関係部署職員に顛末を周知し今後の再発防止のために記録として保管します。

④ 苦情等の秘密厳守

お寄せいただいた苦情等に関する事は他にもらす事はありません。又、掲示板等で回答させていただく場合には内容、固有名詞等には十分に配慮するものとします。

⑤ 当施設では各部署に担当委員を配置し、定期的(月1回、又は必要時)に委員会を開催し、自ら改善案等を検討し、苦情・接遇にかかわる研修会の企画、参加により、より良い施設作りに努めます。

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設星が浦 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	星が浦町内会と非常時の相互の協力体制を協議しています			
平常時の訓練等	別途定める「介護老人保健施設星が浦 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	6個所
	避難階段	2個所	屋内消火栓	7個所
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	53個所	漏電火災報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出有り			

11. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により、事故が発生した場合は、北海道釧路総合振興局保健環境部保健行政室(北海道釧路保健所)、当該利用者様のご家族様等、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

(2) 前項の事故状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。

(3) 利用者様に対する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、損害賠償を速やかに行うものとします。

12. 協力医療機関

医療機関	病院名及び所在地	孝仁会リハビリテーション病院	釧路市星が浦大通3丁目9番13号
	電話番号	0154-54-2500	
	診療科	脳神経外科、心臓血管外科、循環器科、呼吸器科 麻酔科、放射線科、リハビリテーション科	
	入院設備	ベッド数 138床	
	救急指定の有無	有	
	契約の概要	当施設と星が浦病院とは、利用者様に病状の急変があった場合の診療契約を締結	
歯科	名称及び所在地	中谷歯科医院 釧路市双葉町12番地20号	
	電話番号	0154-25-5777	

13. 当施設利用にあたっての留意事項

	来訪者は、面会簿に記入して必ずその都度職員に届出てください。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・外泊の際には必ず行き先と帰設時間を職員に届出てください。
医療機関への受診	緊急時、当施設担当医が必要と認めた場合のみ (原則として入所中の医療機関受診等は出来ません)
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	館内・敷地禁煙です。
飲酒	原則禁止としておりますが、事前の申し出により相談に応じます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者様の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者様に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
報道機関からの取材対応	当施設が実施する各種行事、事業等について新聞・テレビ等の取材を受けることがあります。当施設の取り組みについて広く地域の皆様にご理解いただくために、取材に応じてまいりたいと考えております。利用者様への取材や写真撮影をご依頼することがありますのでご承諾のお願い申し上げます。 尚、写真撮影等取材をご辞退される方はお申し出下さい。

14. 乙が加入している損害賠償責任保険

全日病居宅介護事業者総合補償制度加入 保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所療養介護及び短期入所療養介護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和.....年.....月.....日

釧路市星が浦大通3丁目9番35号
社会医療法人 孝仁会
老人保健施設 星が浦
理事長 齋藤 孝次 (印)

(説明者) 職名.....

氏名.....(印)

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防短期入所療養介護及び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、サービスの利用及び該当する加算について同意します。

利用者又は家族

住 所.....

氏 名.....(印)

電 話 番 号.....

(続 柄 :)

重要事項説明書

(介護老人保健施設)

社会医療法人 孝仁会
老人保健施設 星が浦

介護老人保健施設 重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会医療法人 孝仁会
主たる所在地	釧路市芦野1丁目27番1号
法人種別	社会医療法人
代表者名	理事長 齋藤 孝次
電話番号	0154-37-5512

2. ご利用施設

(1) 事業所

施設の名称	老人保健施設 星が浦
施設の所在地	釧路市星が浦大通3丁目9番35号
管理者名	原田 英之
施設長名	原田 英之
電話番号	0154-55-2800
ファクシミリ番号	0154-55-2801
事業者指定	平成12年4月1日 北海道知事指定第01541.8004.6号

(2) ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		北海道知事の事業者指定		利用定数	釧路市基準該当サービス
		指定年月日	指定番号		
施設	介護老人保健施設	平成12年4月1日	北海道 01541.8004.6号	86人	/
居宅	介護予防通所リハビリテーション 通所リハビリテーション	平成18年4月1日 平成12年4月1日	北海道 01541.8004.6号	85人	非該当
	介護予防短期入所療養介護 短期入所療養介護	平成18年4月1日 平成12年4月1日	北海道 01541.8004.6号	5人	/
	介護予防支援事業 居宅介護支援事業	平成18年4月1日 平成12年4月1日	北海道 01541.8004.6号		非該当

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、介護保険法令に従い、ご契約者様（利用者様）が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り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を目的として、サービスを提供致します。
運営方針	当介護老人保健施設は療養者の皆様が安心して入所、通所でき、またご家族様が安心して預けられる施設を運営していきます。

4. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷 地		5,770.21 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）
	延べ床面積	4,541.42 m ²
	利用定員	86名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1人あたりの面積
個 室	11室	201.58 m ²	18.32 m ²
2人部屋	5室	139.07 m ²	13.91 m ²
3人部屋	3室	105.30 m ²	11.70 m ²
4人部屋	14室	493.93 m ²	8.82 m ²

(注1) 指定基準は、居室1人あたり8 m²です。

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

(3) その他主な設備（介護老人保健施設と共用）

設備の種類	室 数	面 積	1人あたりの面積
食 堂	3室	337.28 m ²	1 m ² 以上
機能訓練室	1室	229.14 m ²	2 m ² 以上
一般浴室	11個	163.52 m ²	
機械浴室	特殊浴槽1台	7.95 m ²	
便 所	48箇所		
医 務 室	1室		

(注1) 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照してください。

5. 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	人数	区 分				常勤換算後の人員	保有資格
		常 勤		非 常 勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者・施設長	1		1			0.1	医師
医師（再掲）	2	1			1	1.1	医師
看護職員	11	12				9.46	看護師6名／准看護師5名
介護職員	39	31		8		44.02	介護福祉士 35名
介護支援専門員	1	1				1.0	介護支援専門員
支援相談員	2	2				2.0	社会福祉士
理学療法士	5	1	4			3.0	
作業療法士	1		1			0.5	
言語聴覚士	1		1			0.3	
管理栄養士	1	1				1.0	

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	管理者として必要な時間、随時
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
医師	8：30～17：30 まで勤務
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）、通常2名体制で勤務 ・ 夜間については、2F・3Fのどちらかに1名の勤務を行う。
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早番（6：00～15：00） ・ 遅番（10：30～19：30） ・ 日勤（8：30～17：30） ・ 夜勤（17：00～翌朝9：00）
介護支援専門員	8：30～17：30 まで勤務
支援相談員	8：30～17：30 まで勤務
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	8：30～17：30 まで勤務
管理栄養士	正規の時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務

7. 施設サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

ア. サービス内容

種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 （食事時間） ・ 朝食 8時 ・ 昼食 12時 ・ 夕食 18時
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者様の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、1日数回の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換を行います。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週2回の入浴または清拭を行います。 ・ 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、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します。 ・ シーツ交換は週1回行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリスタッフによる利用者様の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。 ・ パワーリハビリ・スリング・グループセラピー・物理療法・運動療法など身体的・精神的に充実したサービスを提供します。

医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様の病状に合わせた医療・看護を提供します。 それ以外でも必要がある場合には適宜診察します。 但し、当施設では行えない処置（透析）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、医療機関での治療となります。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者様とそのご家族様からの相談に応じ支援します。

イ. 費用

原則として、下記の利用料の1～3割が利用者様の負担額となります。

① 基本料金

(1日につき)

区 分	個 室				多床(2人以上)室			
	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
要介護1	7,880円	788円	1,576円	2,364円	8,710円	871円	1,742円	2,613円
要介護2	8,630円	863円	1,726円	2,589円	9,470円	947円	1,894円	2,841円
要介護3	9,280円	928円	1,856円	2,784円	10,140円	1,014円	2,028円	3,042円
要介護4	9,850円	985円	1,970円	2,955円	10,720円	1,072円	2,144円	3,216円
要介護5	10,400円	1,040円	2,080円	3,120円	11,250円	1,125円	2,250円	3,375円

② 居住費・食費〈入退所日も含む〉 (自己負担分)

(1日につき)

利用負担 段階区分	居住費		食費
	個 室	多床(2人以上)室	
<1>第1段階の方	550円	0円	300円
<2>第2段階の方	550円	430円	390円
<3>第3段階①の方	1,370円	430円	650円
<4>第3段階②の方	1,370円	430円	1,360円
<5>第4段階の方(非該当)	1,700円	430円	1,557円

<1>・<2>・<3>・<4>に該当の方は、「介護保険負担限度額認定証」が必要となりますので、各市町村に申請が必要です。

※ 入所中の外泊時の居住費 : 第1段階～第3段階の方は、月6日を限度として、上記料金をいただきます。

: 第4段階の方は、外泊日数分の上記料金をいただきます。

※ 次に該当された方は、多床(2人以上)室の料金となります。

ア 感染症等により個室への入所の必要があると医師が判断した者であって、当該個室への入所期間が30日以内である者

イ 居住する居室の居住面積が、8㎡以下であるもの

ウ 著しい精神症状等により、他の同室者の心身の状況に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者

③ 加算

(1日につき)

種 類	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)
<input type="checkbox"/> 安全管理体制未実施減算 (1日)	-50円	-5円	-10円	-15円
<input type="checkbox"/> 栄養ケア・マネジメントを実施していない場合	-140円	-14円	-28円	-42円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 (I)	220円	22円	44円	66円
<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算	240円	24円	48円	72円
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算(I)	2,580円	258円	516円	774円
<input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション実施加算(II)	2,000円	200円	400円	600円
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (I)	2,400円	240円	480円	720円
<input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (II)	1,200円	120円	240円	360円
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算	760円	76円	152円	228円
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算	1,200円	120円	240円	360円
<input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II)	510円	51円	102円	153円
<input type="checkbox"/> 外泊時費用 (月6日を限度とする)	3,620円	362円	724円	1,086円
<input type="checkbox"/> 外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	8,000円	800円	1,600円	2,400円
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (死亡日)	19,000円	1,900円	3,800円	5,700円
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (2~3日以内)	9,100円	910円	1,820円	2,730円
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (4~30日)	1,600円	160円	320円	480円
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (31~45日)	720円	72円	144円	216円
<input type="checkbox"/> 初期加算 (I)	600円	60円	120円	180円
<input type="checkbox"/> 初期加算 (II)	300円	30円	60円	90円
<input type="checkbox"/> 退所時栄養情報連携加算	700円	70円	140円	210円
<input type="checkbox"/> 再入所時栄養連携加算	2,000円	200円	400円	600円
<input type="checkbox"/> 入所前後訪問指導加算 (I)	4,500円	450円	900円	1,350円
<input type="checkbox"/> 入所前後訪問指導加算 (II)	4,800円	480円	960円	1,440円
<input type="checkbox"/> 試行的退所時指導加算	4,000円	400円	800円	1,200円
<input type="checkbox"/> 退所時情報提供加算 (I)	5,000円	500円	1,000円	1,500円
<input type="checkbox"/> 退所時情報提供加算 (II)	2,500円	250円	500円	750円
<input type="checkbox"/> 入退所前連携加算 (I)	6,000円	600円	1,200円	1,800円
<input type="checkbox"/> 入退所前連携加算 (II)	4,000円	400円	800円	1,200円
<input type="checkbox"/> 訪問看護指示加算	3,000円	300円	600円	900円
<input type="checkbox"/> 協力医療機関連携加算 (1) /月 (R6年度まで)	1,000円	100円	200円	300円
<input type="checkbox"/> 協力医療機関連携加算 (1) /月 (R7年度から)	500円	50円	100円	150円

□協力医療機関連携加算(2)/月(R7年度から)	50円	5円	10円	15円
□栄養マネジメント強化加算(1日)	110円	11円	22円	33円
□経口移行加算	280円	28円	56円	84円
□経口維持加算(I)/月	4,000円	400円	800円	1,200円
□経口維持加算(II)/月	1,000円	100円	200円	300円
□口腔衛生管理加算(I)	900円	90円	180円	270円
□口腔衛生管理加算(II)	1,100円	110円	220円	330円
□療養食加算(1食)	60円	6円	12円	18円
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(I)イ	1,400円	140円	280円	420円
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(I)ロ	700円	70円	140円	210円
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(II)	2,400円	240円	480円	720円
□かかりつけ医連携薬剤調整加算(III)	1,000円	100円	200円	300円
□緊急時治療管理	5,180円	518円	1,036円	1,554円
□所定疾患施設療養費(I)	2,390円	239円	478円	717円
□所定疾患施設療養費(II)	4,800円	480円	960円	1,440円
□認知症専門ケア加算(I)	30円	3円	6円	9円
□認知症専門ケア加算(II)	40円	4円	8円	12円
□認知症チームケア推進加算(I)	1,500円	150円	300円	450円
□認知症チームケア推進加算(II)	1,200円	120円	240円	360円
□認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,000円	200円	400円	600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	530円	53円	106円	159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	330円	33円	66円	99円
□褥瘡マネジメント加算(I)/月	30円	3円	6円	9円
□褥瘡マネジメント加算(II)/月	130円	13円	26円	39円
□排せつ支援加算(I)	100円	10円	20円	30円
□排せつ支援加算(II)	150円	15円	30円	45円
□排せつ支援加算(III)	200円	20円	40円	60円
□自立支援推進加算/月	3,000円	300円	600円	900円
□科学的介護推進体制加算(I)/月	400円	40円	80円	120円
□科学的介護推進体制加算(II)/月	600円	60円	120円	180円
□安全対策体制加算(入所中1回)	200円	20円	40円	60円
□高齢者施設等感染対策向上加算(I)/月	100円	10円	20円	30円
□高齢者施設等感染対策向上加算(II)/月	50円	5円	10円	15円

□新興感染症等施設療養費	2,400円	240円	480円	720円
□生産性向上推進体制加算(Ⅰ)/月	1,000円	100円	200円	300円
□生産性向上推進体制加算(Ⅱ)/月	100円	10円	20円	30円
□介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×75/1000			

※ 該当する加算の他、急変時の対応等により別途加算が生じる場合がございますのでご了承ください。

(2) 介護保険給付外サービス(実費)

① 理容等

理容サービス	・ 毎週月～金のうち2日間の営業をしております	総合理髪 カットのみ 顔剃りのみ	2,200円 1,700円 1,450円
テレビの視聴について	・ ご希望の方にテレビの貸し出しをいたします	1日につき	100円
レクリエーション行事	・ 当施設では、施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します	実費をご負担いただきます (交通費・入場料・飲食代等)	

② 日用品費

(1日につき)

項目	金額	内 訳	備 考
日用品費	30円	おしぼり	1日につき
	30円	フェイスタオル	
	40円	バスタオル	
	10円	ボディソープ	
	10円	シャンプー	
日用品費	90円	入浴用品として	
総 合 計	120円	※ 入浴日以外は、日用品日としては、おしぼり代のみとなります ※ 入浴1回につき90円の料金です。 (単品での取り扱い無し)	

③ 教養娯楽費

(1回につき)

項目	金額	内 訳	備 考
教養娯楽費	50円	書道 (実費材料費)	余暇時間等に行った場合の材料費です。
	180円	手芸・刺しゅう (実費材料費)	
	50円	ぬりえ・絵手紙 (実費材料費)	
	150円	貼り絵等 (実費材料費)	
	20円	色折紙 (実費材料費)	
	300円	編み物 (実費材料費)	

④ 家族利用料

(1回につき)

家族利用料	・ ご家族が諸事情により、施設で食事や、宿泊をする際の料金	寝具料 食費	900円 519円/1食
-------	-------------------------------	-----------	-----------------

8. 利用料等のお支払い方法

毎月1回、10日に「7. 施設サービスの内容と費用」に記載した金額を基に算定した利用料等を請求書及び明細書により請求いたします。ゆうちょ銀行引き落とし又は、当施設の指定銀行への振込、当施設窓口にてお支払下さい。

9. サービス内容に関する苦情等に関するお問い合わせ

- * 当施設 担当窓口 苦情受付責任者： 副施設長 佐川 卓
苦情受付担当者： 支援相談員 本間 佳奈子

※ 緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。

電話番号0154-55-2800

- * 釧路市役所 担当窓口 介護保険担当 電話番号0154-23-5151

① 苦情等の申し立て方法

苦情等の申し立ては、書面、来設されての口頭申し立て、電話いづれでも受付いたします。
1階公衆電話横にご意見箱を設置しております。

② 受付時間

8：30～17：30（平日） ※ 緊急、夜間等の場合はこの限りではありません。

③ 苦情等への対応の流れ

- (1) 苦情等受付担当者が受付（他の職員が受けた場合、所属長及び受付担当者に報告）
- (2) 苦情受付担当者は解決責任者に内容を報告、関係部署職員と共に直接申し立て者に会うか又は電話等により内容の詳細を伺い、事実確認をします。
- (3) 事実確認後すみやかに内容を検討し、翌日もしくは近日中には具体的な対応策を講じ申し立て者に直接回答します。又匿名によるご質問等には掲示板による回答を示します。（内容の検討については必要に応じ苦情・接遇委員会を開催し、又は緊急性のあるものについては直接管理者との協議により処理します。）

※ 苦情受付担当者は苦情等に関する対応後、改善状況を点検、確認すると共に一連の経過を記載し、関係部署職員に顛末を周知し今後の再発防止のために記録として保管します。

④ 苦情等の秘密厳守

お寄せいただいた苦情等に関する事は他にもらす事はありません。又、掲示板等で回答させていただく場合には内容、固有名詞等には十分に配慮するものとします。

- ⑤ 当施設では各部署に担当委員を配置し、定期的（月1回、又は必要時）に委員会を開催し、自ら改善案等を検討し、苦情・接遇にかかわる研修会の企画、参加により、より良い施設作りに努めます。

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設星が浦 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	星が浦町内会と非常時の相互の協力体制を協議しています。			
平常時の訓練等	別途定める「介護老人保健施設星が浦 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者様の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	6 個所
	避難階段	2 個所	屋内消火栓	7 個所
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	5 3 個所	漏電火災報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出有り			

11. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により、事故が発生した場合は、北海道釧路総合振興局保健環境部保健行政室（北海道釧路保健所）、当該利用者様のご家族様等、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 前項の事故状況及び事故に際して採った処置について記録するものとします。
- (3) 利用者様に対する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、損害賠償を速やかに行うものとします。

12. 協力医療機関

医療機関	病院名及び所在地	孝仁会リハビリテーション病院	釧路市星が浦大通3丁目9番13号
	電話番号	0154-54-2500	
	診療科	脳神経外科、心臓血管外科、循環器科、呼吸器科 麻酔科、放射線科、リハビリテーション科	
	入院設備	ベッド数 138床	
	救急指定の有無	有	
	契約の概要	当施設と星が浦病院とは、利用者様に病状の急変があった場合の診療契約を締結	
歯科	名称及び所在地	中谷歯科医院	釧路市双葉町12番地20号
	電話番号	0154-25-5777	

13. 当施設利用にあたっての留意事項

来訪・面会	来訪者は、面会簿に記入して必ずその都度職員に届出てください。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・外泊の際には必ず行き先と帰設時間を職員に届出てください。
医療機関への受診	緊急時、当施設担当医が必要と認めた場合のみ (原則として入所中の医療機関受診等は出来ません)
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	館内・敷地禁煙です。
飲酒	原則禁止としておりますが、事前の申し出により相談に応じます。
迷惑行為等	騒音等他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者様の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理して下さい。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者様に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。
報道機関からの取材対応	当施設が実施する各種行事、事業等について新聞・テレビ等の取材を受けることがあります。当施設の取り組みについて広く地域の皆様にご理解いただくために、取材に応じてまいりたいと考えております。利用者様への取材や写真撮影をご依頼することがありますのでご承諾のお願い申し上げます。 尚、写真撮影等取材をご辞退される方はお申し出下さい。

14. 乙が加入している損害賠償責任保険

<p>全日病居宅介護事業者総合補償制度加入 保険会社 東京海上日動火災保険株式会社</p>

当事業所は、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を説明しました。

令和 年 月 日

釧路市星が浦大通3丁目9番35号

社会医療法人 孝仁会

老人保健施設 星が浦

理事長 齋藤 孝次

⑩

(説明者) 職名

氏名

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、サービスの利用及び該当する加算について同意します。

利用者又は家族

住 所

氏 名

電 話 番 号

(続 柄 :)