

# 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	2	2				2.0	看護師2名
介護職員	16	10	2	4		14.8	介護福祉士12名
支援相談員	2	1	1			2.0	介護福祉士1名 介護支援専門員1名
理学療法士	5	1	3		1	2.875	
作業療法士	1	0	1			0.5	
言語聴覚士	1		1			0.5	
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 &lt; 6時間以上7時間未満 &gt;

(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)	
<b>【介護予防通所リハビリテーション】</b> (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			

<b>【通所リハビリテーション】</b>		(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	
入浴用品として	90円		
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、当施設の指定銀行への振込又は、当施設窓口へ直接お支払い下さい。お支払い後、領収書を発行します。



## 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がありますが、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： \_\_\_\_\_)