

# 介護老人保健施設 パストラルとよさと

## 〈重要事項説明書〉

通所リハビリテーション（デイケア）



〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑 212  
TEL. 0749(35)3002 FAX. 0749(35)3122



〈重要事項説明書〉

## “介護老人保健施設 パストラールとよさと”のご案内

### 1.施設の概要

#### (1)施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 パストラールとよさと
- ・開設年月日 平成8年6月1日
- ・所在地 滋賀県犬上郡豊郷町石畑 212
- ・電話番号 0749(35)3002 ・ファックス番号 0749(35)3122
- ・管理者名 施設長 奥田和美
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(2551880012)

#### (2)介護老人保健施設の経営理念・基本方針・目的

##### 〔経営理念〕

“施設を通じて地域社会に密着し、人間らしく心豊かに暮らせるよう仁愛の精神で奉仕し、生活文化向上に役立ち社会に貢献する”

##### 〔基本方針〕

- 1.自立支援と家庭復帰をめざす
2. 明るい家庭的雰囲気作り
- 3.施設・地域・家庭の結びつき重視
- 4.親切・快適・安心・満足・可能性の追求

##### 〔目的〕

要介護者で入院治療を必要としない人に対して、看護・介護・リハビリ等の医療ケアと日常生活サービスを提供し、心身諸機能の改善や日常生活の向上につとめ家庭復帰を目指す。

#### (3)施設の職員体制

通所リハビリテーション（含 介護予防）（2024年4月1日現在）

施設長 1名	副施設長 1名	看護師・准看護師 1名
介護職員 5.5名	理学療法士 0.5名	作業療法士 0.5名
支援相談員 0.5名	管理栄養士 1名(兼務)	事務職員 1名
その他 5名		

(4)通所定員 20名/日(介護及び介護予防通所リハビリテーションを含む)

## 2.サービス内容（通所リハビリテーション含 介護予防）

- ① 通所リハビリテーション計画の立案
- ② 食事及び栄養管理 心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。  
昼 食 12時00分～13時00分  
夕 食 18時00分～19時00分 } 食事サービス提供時間
- ③ 入浴一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、利用者の身体状態に応じて清拭となる場合があります。
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ 機能訓練(リハビリテーション、レクリエーション)
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 送迎サービス
- ⑨ 基本時間外施設利用サービスについては、サービス計画に基づいて行います。料金については利用料金表をご参照ください。
- ⑩ その他

## 3.利 用 料 金

- (1) 通所リハビリテーション基本料金（別紙料金表をご覧ください）  
〔6時間以上7時間未満の場合〕が当施設の基本であって料金は料金表をご覧ください。  
入浴・個別リハビリ加算・食費ならびに基本時間外利用料金等は料金表をご参照ください。
- (2) その他の料金（別途料金表をご覧ください）
- (3) 支払い方法
  - ・毎月、前月分の請求書を発行しますので、その月にお支払ください。  
お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
  - ・尚お支払い方法は、現金又は口座引き落としとなります。現金でお支払いの方は、当施設事務所窓口までお願いします。営業時間は月～金8時30分～16時50分、土8時30～12時40分です。（デイケア利用時にご持参くださっても結構です。）

## 4.協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

- ・協力医療機関・協力歯科医療機関  
名 称 公益財団法人 豊郷病院  
住 所 滋賀県犬上郡豊郷町八目 12

### ◇緊急時及び事故発生時における対応

サービス提供中に急変または事故発生の際は、利用者の家族・主治医・住所地市町居宅介護支援事業所等に速やかに連絡します。

◇緊急時の連絡先 緊急の場合には「契約書」にご記入の連絡先に連絡します。

## 5.施設利用に当たっての留意事項

別途パンフレット「介護老人保健施設のごあんない」をご覧ください。

## 6.非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓の設備完備
- ・防災訓練 年2回

## 7. 禁 止 事 項

当施設では多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、職員は誠意をもって介護にあたっておりますので、不当な要求や職員への暴言やハラスメント行為等や他の利用者等に対して、利用継続が困難となる背信行為又は反社会的行為を行わないようにお願いします。

## 8. 要望及び苦情等の相談

当施設には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。要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。

### 要望・苦情窓口について

要望や苦情等はパストラルとよさと支援相談室（窓口）にお寄せいただければ速やかに対応いたします。TEL0749(35)3002

#### 要望・苦情窓口

尚、現在お住まいの市又は町の介護保険担当窓口又は国民健康保険団体連合会TEL077(510)6605でも窓口受け付け出来ます。

彦根市	(高齢福祉推進課)	TEL : 0749(24)0828
豊郷町	(医療保険課)	TEL : 0749(35)8117
多賀町	(福祉保健課)	TEL : 0749(48)8115
甲良町	(保健福祉課)	TEL : 0749(38)5151
愛荘町	(福祉課)	TEL : 0749(42)7691
東近江市	(長寿福祉課)	TEL : 0748(24)5645

## 9. 賠償責任

サービス提供に伴って事故が発生した場合、当施設は、利用者及び契約者に対して、速やかに連絡し誠意をもって話し合い、施設が法律上の損害賠償責任を負う場合には責任をもって対応します。

利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び契約者は、連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

事故発生の際は市・町にも報告し対応を協議します。

## 10. 個人情報の保護

当施設とその職員は、業務上知り得た契約者又は連帯保証人若しくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は、契約者及び連帯保証人から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ① サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。
- ② サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例検討発表等。なお、この場合、契約者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。また前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

## 11. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価は実施いたしておりません。

## 12. そ の 他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

# デイケア利用料金表

	基本料金日額(円)	1割負担	2割負担	3割負担
介護保険サービス(日額)(6~7H)	要介護 1	710	1,420	2,130
	要介護 2	844	1,688	2,532
	要介護 3	974	1,948	2,922
	要介護 4	1,129	2,258	3,387
	要介護 5	1,281	2,562	3,843
	リハビリテーション提供体制加算	24	48	72
	入浴介助加算(Ⅰ)	40	80	120
	入浴介助加算(Ⅱ)	60	120	180
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(6ヵ月以内)	593/月	1,186/月	1,779/月
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(6ヵ月超)	273/月	546/月	819/月
	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(6ヵ月以内)	863/月	1,726/月	2,589/月
	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(6ヵ月超)	543/月	1,048/月	1,572/月
	短期集中個別リハビリテーション実施加算(3月以内)	110	220	330
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(3月以内)	240	480	720
	中重度ケア体制加算	20	40	60
	重度療養管理加算	100	200	300
	若年性認知症利用者受入加算	60	120	180
	栄養アセスメント加算	50/月	100/月	150/月
	栄養改善加算	200/回	400/回	600/回
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20/6月	40/6月	60/6月
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5/6月	10/6月	15/6月
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150/回	300/回	450/回
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160/回	320/回	480/回
	科学的介護推進体制加算	40/月	80/月	120/月
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	44	66
	移行支援加算	12	24	36
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月のサービス総額の 47/1000		
	介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月のサービス総額の 20/1000		
介護職員等ベースアップ等支援加算	1ヶ月のサービス総額の 10/1000			
送迎を行わない場合(片道につき)	-47	-94	-141	
8時間以上9時間未満の延長	50	100	150	
9時間以上10時間未満の延長	100	200	300	
介護予防サービス(月額)	要支援 1	2,053	4,106	6,159
	利用開始月から12ヶ月超の利用	-20	-40	-60
	要支援 1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	88	176	264
	要支援 2	3,999	7,998	11,997
	利用開始月から12ヶ月超の利用	-40	-80	-120
	要支援 2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	176	352	528
	運動器機能向上加算	225	450	675
	若年性認知症利用者受入加算	240	480	720
	栄養アセスメント加算	50	100	150
	栄養改善加算	200	400	600
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20/6月	40/6月	60/6月
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5/6月	10/6月	15/6月
	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	300	450
	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160	320	480
	科学的介護推進体制加算	40	80	120
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月のサービス総額の 47/1000			
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月のサービス総額の 20/1000			
介護職員等ベースアップ等支援加算	1ヶ月のサービス総額の 10/1000			

其他料金日額(円)	
食費	750
日用品費	50
教養娯楽費	実費相当額
<b>加算料金日額 (必要者のみ)(円)</b>	
文書料(一通)	2,200 (内税200)
証明書料	1,100 (内税100)
コピー代(白黒)	10 (非課税)
紙おむつ代	実費 (非課税)
令和5年4月～	

# 加算項目詳細

			項目詳細	
介護保健サービス(月額)(6-7H)	要 介 護	1		
	要 介 護	2		
	要 介 護	3		
	要 介 護	4		
	要 介 護	5		
	リハビリテーション提供体制加算			常時配置されているセラピストの合計数が1名以上の場合
	入浴介助加算(Ⅰ)			計画により入浴を実施したとき
	入浴介助加算(Ⅱ)			(Ⅰ)に加え、セラピストが利用者宅を訪問し、浴室の環境等を踏まえた入浴計画を作成したとき
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(6カ月以内)			医師を含む多職種で会議を定期的に行い、リハビリテーション計画を作成し、実施・評価を行い、
	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ(6カ月超)			リハビリテーション計画の情報を厚労省に提出し、フィードバックを受けること。
	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(6カ月以内)			Aに加え通所リハビリテーション計画について医師が利用者又は家族に説明し同意を得ること
	リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ(6カ月超)			
	短期集中個別リハビリテーション実施加算(3月以内)			個別リハビリテーションを集中的に行った場合 2日/1W以上
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(3月以内)			認知症の利用者に計画に基づき 2日/1W限度
	中重度ケア体制加算			職員体制の要件を満たし、要介護3・4・5の方の割合が要件を満たした場合
	重度療養管理加算			要介護3・4・5の厚生労働大臣が定める状態の方に計画的な医学管理のもと継続的に行った場合
	若年性認知症利用者受入加算			若年性認知症と判断された方の特性に応じたサービスを行った場合
	栄養アセスメント加算			管理栄養士を配置し、多職種共同で栄養アセスメントを実施した場合
	栄養改善加算			厚生労働大臣の定める基準に適合し、個別的に栄養管理を行った場合
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)			口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に提供していること
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)			口腔の健康状態または栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に提供していること
	口腔機能向上加算(Ⅰ)			厚生労働大臣が定める状態に該当する方で口腔機能向上サービスの提供が必要な場合
	口腔機能向上加算(Ⅱ)			(Ⅰ)に加え口腔機能管理指導計画等の情報を厚労省に提出し、必要な情報を活用していること
	科学的介護推進体制加算			利用者ごとの、ADL値、心身の状況に係る基本的な情報等を厚労省に提出し、必要な情報を活用していること
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			介護職員総数のうち介護福祉士の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合
	移行支援加算			厚生労働大臣が定める基準以上、指定介護事業所等にサービスを移行できた場合
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			厚生労働大臣が定める基準
	介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)			厚生労働大臣が定める基準
介護職員等ベースアップ等支援加算			厚生労働大臣が定める基準	
送迎を行わない場合(片道につき)			施設にて送迎を行わなかった場合	
8時間以上9時間未満の延長			8時間以上利用の前後に連続して1時間延長のとき	
介護予防サービス(月額)	要 支 援	1		
	利用開始月から12ヶ月超の利用			利用開始日の属する月から12ヶ月を超えた場合
	要支援1サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			介護職員総数のうち介護福祉士の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合
	要 支 援	2		
	利用開始月から12ヶ月超の利用			利用開始日の属する月から12ヶ月を超えた場合
	要支援2サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			介護職員総数のうち介護福祉士の割合が70%以上または勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上の場合
	運動器機能向上加算			厚生労働大臣が定める基準に適合し、運動器機能向上を目的としたリハを個別に行った場合
	栄養アセスメント加算			管理栄養士を配置し、多職種共同で栄養アセスメントを実施した場合
	栄養改善加算			厚生労働大臣の定める基準に適合し、個別的に栄養管理を行った場合
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)			口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に提供していること
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)			口腔の健康状態または栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に提供していること
	口腔機能向上加算(Ⅰ)			厚生労働大臣の定める基準に適合し、個別的に口腔機能向上サービスを行った場合
	口腔機能向上加算(Ⅱ)			(Ⅰ)に加え口腔機能管理指導計画等の情報を厚労省に提出し、必要な情報を活用していること
	科学的介護推進体制加算			若年性認知症と判断された方の特性に応じたサービスを行った場合
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)			厚生労働大臣が定める基準	
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)			厚生労働大臣が定める基準	
介護職員等ベースアップ等支援加算			厚生労働大臣が定める基準	

## 「介護保険負担限度額認定について」

- 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が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、ご利用者ご本人(あるいは代理人の方)が、ご本人の住所地の市町に申請し、市町より「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ただくこととなります。

利用者の所得に応じて利用者負担の段階が設けられます。

利用者負担の段階	該当要件		
第1段階	<b>【共通要件】</b> 本人・世帯全員・本人と同一の世帯に属しない配偶者が住民税非課税	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老齢福祉年金受給者</li> <li>・生活保護受給されている方</li> </ul>	預貯金等が単身で1000万円(夫婦で2000万円)以下
第2段階		<ul style="list-style-type: none"> <li>・合計所得金額と年金収入金額の合計額が80万円以下</li> </ul>	預貯金等が単身で650万円(夫婦で1650万円)以下
第3段階①		<ul style="list-style-type: none"> <li>・合計所得金額と年金収入金額の合計額が80万円超120万円以下</li> </ul>	預貯金等が単身で550万円(夫婦で1550万円)以下
第3段階②		<ul style="list-style-type: none"> <li>・合計所得金額と年金収入金額の合計額が120万円超</li> </ul>	預貯金等が単身で500万円(夫婦で1500万円)以下
第4段階	上記に該当しない方		

施設の食費や居住費(滞在費)の負担限度額は、この段階に応じて、定められます。

- その他詳細については、市町村窓口でおたずねください。



# 介護老人保健施設重要事項説明書

重要事項説明書に基づき、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解しました。

なお、この本書を2通作成し、ご本人・事業所説明者が署名、押印の上、1通ずつ保有するものとします。

年 月 日

<利用区分>通所リハビリテーション(デイケア)

<説明者>

説明者氏名

印

## 重要事項説明書

私は担当者の説明を受け、十分に理解しました。

年 月 日

氏名

印

続柄

本人

家族( )

代理人( )