

介護老人保健施設

重要事項説明書

様



社会福祉法人 一燈会
介護老人保健施設 グレースヒル・湘南
〒259-0155 神奈川県足柄上郡中井町松本 1135-1

重要事項説明書（ 介護老人保健施設 グレースヒル・湘南 ）

利用者に対するグレースヒル・湘南（以下「事業者」という。）の指定介護老人保健施設サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条及び神奈川県条例に基づいて、事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 法人の概要

事業所名	社会福祉法人 一燈会
主たる事務所の所在地	神奈川県中郡二宮町一色1435-1
電話番号	0463-73-3373

2 事業所の概要

事業所名	グレースヒル・湘南
主たる事務所の所在地	神奈川県足柄上郡中井町松本1135-1
介護保険事業所番号	1451480011
電話番号	0465-80-3000

3 事業所の職員体制

事業所の従業者の職種	常勤換算
管理者	1.0人
薬剤師	0.5人以上
支援相談員	1.4人以上
介護職員	32.3人以上
看護職員	12.9人以上
理学療法士	1.4人以上
作業療法士	1.4人以上
言語聴覚士	1.4人以上
計画担当介護支援専門員	2.0人以上
医師	1.4人以上
管理栄養士	1.0人以上
栄養士	1.0人以上

4 営業時間

営業日	年中無休
受付時間	毎日 午前8時30分～午後5時

5 利用定員及び居室の概要

以下の居室・設備をご用意しています。

（但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

利用定員	71名	58名	
居室・設備の種類	室数（本館）	室数（別館）	備考
1人部屋	10室	58室	
2人部屋	3室	0室	
4人部屋	13室	0室	
合 計	26室	58室	
食堂	2室	4室	
機能訓練室	1室	1室	平行棒等
浴室	4室	4室	一般浴槽・特殊浴槽
医務室	1室	0室	

※上記は、厚生省が定める基準及び神奈川県条例により、指定介護老人保健施設サービス事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって利用者にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

6 料金表

(1) 介護保険給付サービス

料金（円）計算方法

- 1 割負担：合計単位数×地域加算(10.27)－合計単位数×地域加算(10.27)×0.9
 2 割負担：合計単位数×地域加算(10.27)－合計単位数×地域加算(10.27)×0.8
 3 割負担：合計単位数×地域加算(10.27)－合計単位数×地域加算(10.27)×0.7

◆多床室（対象：2 人室・4 人室）

介護度	単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	793	814 円	1,628 円	2,443 円
要介護 2	843	865 円	1,731 円	2,597 円
要介護 3	908	932 円	1,865 円	2,797 円
要介護 4	961	986 円	1,973 円	2,960 円
要介護 5	1,012	1,039 円	2,078 円	3,117 円

◆個室（対象：個室・準個室）

介護度	単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	717	736 円	1,472 円	2,209 円
要介護 2	763	783 円	1,567 円	2,350 円
要介護 3	828	850 円	1,700 円	2,551 円
要介護 4	883	906 円	1,813 円	2,720 円
要介護 5	932	957 円	1,914 円	2,871 円

◆共通（多床室・個室）

加算		単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担
夜勤職員配置加算	1 日	24	24 円	49 円	73 円
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	1 日	258	264 円	529 円	794 円
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1 日	200	205 円	410 円	616 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(週 3 日を限度)	1 日	240	246 円	492 円	739 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(週 3 日を限度)	1 日	120	123 円	246 円	369 円
ターミナルケア加算(死亡日以前 31～45 日)	1 日	72	73 円	147 円	221 円
ターミナルケア加算(死亡日以前 4～30 日)	1 日	160	164 円	328 円	492 円
ターミナルケア加算(死亡日前日～前々日)	1 日	910	934 円	1,869 円	2,803 円
ターミナルケア加算(死亡日)	1 日	1900	1,951 円	3,902 円	5,853 円
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	1 月	53	54 円	108 円	163 円
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	1 月	33	33 円	67 円	101 円
自立支援促進加算	1 月	300	308 円	616 円	924 円
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	1 月	40	51 円	82 円	123 円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	1 月	60	61 円	123 円	184 円
栄養マネジメント強化加算	1 日	11	11 円	22 円	33 円
経口維持加算(Ⅰ)	1 月	400	410 円	821 円	1,232 円
経口維持加算(Ⅱ)	1 月	100	102 円	205 円	308 円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	1 月	90	92 円	184 円	277 円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	1 月	110	112 円	225 円	338 円
療養食加算 (1 食につき)	1 回	6	6 円	12 円	18 円
認知症ケア加算	1 日	76	78 円	156 円	234 円
認知症チームケア加算(Ⅰ)	1 月	150	154 円	308 円	462 円
認知症チームケア加算(Ⅱ)	1 月	120	123 円	246 円	369 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	1 月	3	3 円	6 円	9 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	1 月	13	13 円	26 円	40 円
排せつ支援加算(Ⅰ)	1 月	10	10 円	20 円	30 円
排せつ支援加算(Ⅱ)	1 月	15	15 円	30 円	46 円
排せつ支援加算(Ⅲ)	1 月	20	20 円	41 円	61 円

外泊時費用	(1 月に 6 日を限度)	1 日	362	371 円	743 円	1,115 円
初期加算(Ⅰ)	(入所から 30 日以内の期間)	1 日	60	61 円	123 円	184 円
初期加算(Ⅱ)	(入所から 30 日以内の期間)	1 日	30	30 円	61 円	92 円
安全対策体制加算		1 回	20	21 円	41 円	61 円
退所時情報提供加算(Ⅰ)		1 回	500	513 円	1,027 円	1,540 円
退所時情報提供加算(Ⅱ)		1 回	250	256 円	513 円	770 円
入退所前連携加算(Ⅰ)		1 回	600	616 円	1,232 円	1,848 円
入退所前連携加算(Ⅱ)		1 回	400	410 円	821 円	1,232 円
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)		1 回	450	462 円	924 円	1,386 円
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)		1 回	480	492 円	985 円	1,478 円
退所時栄養情報連携加算		1 回	70	71 円	143 円	215 円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		1 日	51	52 円	104 円	157 円
協力医療機関連携加算		1 月	50	51 円	102 円	154 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ		1 回	140	143 円	287 円	431 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ		1 回	70	71 円	143 円	215 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)		1 回	240	246 円	492 円	739 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)		1 回	100	102 円	205 円	308 円
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)		1 月	50	51 円	102 円	154 円
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)		1 月	5	5 円	10 円	15 円
新興感染症等施設療養費		1 日	240	246 円	492 円	739 円
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	(月 7 日を限度)	1 日	239	245 円	490 円	736 円
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	(月 10 日を限度)	1 日	480	492 円	985 円	1,478 円
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)		1 月	100	102 円	205 円	308 円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		1 月	10	10 円	20 円	30 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		1 日	22	22 円	45 円	67 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		1 日	18	18 円	36 円	55 円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		1 日	6	6 円	12 円	18 円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ		総単位数×1.090				
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ		総単位数×1.097				
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ		総単位数×1.086				
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ		総単位数×1.093				
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		総単位数×1.069				
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		総単位数×1.059				
地域加算 (6 級地)		総単位数×10.27				

(2) 介護保険給付外サービス

◆ 1 居住費及び食費 (本館)

段階	居住費		食費 (おやつ代含む)		
	個室	多床室	朝食	昼食	夕食
第4段階	1 7 2 8 円/日	4 7 0 円/日	5 0 0 円/日	8 5 0 円/日	7 5 0 円/日
第3段階2	1 3 7 0 円/日	4 3 0 円/日	1 3 6 0 円/日		
第3段階1	1 3 7 0 円/日	4 3 0 円/日	6 5 0 円/日		
第2段階	5 5 0 円/日	4 3 0 円/日	3 9 0 円/日		
第1段階	5 5 0 円/日	0 円/日	3 0 0 円/日		

◆ 2 居住費及び食費 (別館)

段階	居住費	食費 (おやつ代含む)		
	個室	朝食	昼食	夕食
第4段階	1 7 2 8 円/日	5 0 0 円/日	8 5 0 円/日	7 5 0 円/日
第3段階2	1 3 7 0 円/日	1 3 6 0 円/日		
第3段階1	1 3 7 0 円/日	6 5 0 円/日		
第2段階	5 5 0 円/日	3 9 0 円/日		
第1段階	5 5 0 円/日	3 0 0 円/日		

第1段階は生活保護受給者、第2～3段階は市町村民税世帯非課税者が対象となります。

◆ その他の費用

種 類	内 容	利用料
特別行事食※	・ 季節の食材を使った行事食等	・ 実費
行事参加費	・ 行事等に参加した場合にかかる費用	・ 実費
日用品費	・ 日常生活に必要な物 (実費での個別対応も可)	・ 1日につき 2 0 0 円
教養娯楽費	・ クラブ活動費	・ 実費
電話代	・ 居室で電話を利用した場合	・ 実費
室料※ (本館)	・ 個室	・ 1日につき 2 6 2 5 円
	・ 2人室	〃 1 5 7 5 円
	・ 4人室	〃 0 円
室料※ (別館)	・ 個室 (特Aタイプ)	・ 1日につき 3 9 9 0 円
	・ 個室 (Aタイプ)	〃 3 8 3 5 円
	・ 個室 (Bタイプ)	〃 3 6 7 5 円
	・ 個室 (Cタイプ)	〃 3 4 6 5 円
	・ 個室 (Dタイプ)	〃 3 1 5 0 円
	・ 4人室タイプの個室	〃 0 円
私物洗濯代	・ 当施設にて洗濯をさせて頂いた場合	・ 1回につき 3 0 0 円
衣類レンタル (作務衣)	・ 衣類をレンタルして頂いた場合	・ 1月につき 4 5 0 0 円
理美容サービス	・ 専門業者出張による理髪サービスをご利用いただけます。	・ 別紙料金表参照
健康管理費	・ インフルエンザ等	・ 市町村の定められた金額
文書料※	・ 健康診断書作成料	・ 1回につき 5 0 0 0 円

(注) おむつ代は、介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。
上記の『※』は課税対象となっています。

7 苦情・相談窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用方法	電話 0465-80-3000 面接 場所 グレースヒル・湘南 苦情・相談受付担当者：支援相談員
中井町	ご利用方法	電話 0465-81-5546 受付担当： 中井町健康課
大井町	ご利用方法	電話 0465-83-8024 受付担当： 大井町福祉課
松田町	ご利用方法	電話 0465-83-1226 受付担当： 松田町福祉課
開成町	ご利用方法	電話 0465-84-0316 受付担当： 開成町福祉介護課
山北町	ご利用方法	電話 0465-75-3642 受付担当： 山北町保険健康課
南足柄市	ご利用方法	電話 0465-73-8057 受付担当： 南足柄市高齢介護課
二宮町	ご利用方法	電話 0463-71-5348 受付担当： 二宮町高齢介護課
大磯町	ご利用方法	電話 0463-61-4100 受付担当： 大磯町福祉課
秦野市	ご利用方法	電話 0463-82-9616 受付担当： 秦野市高齢介護課
小田原市	ご利用方法	電話 0465-33-1827 受付担当： 小田原市高齢介護課
平塚市	ご利用方法	電話 0463-21-8790 受付担当： 平塚市介護保険課
伊勢原市	ご利用方法	電話 0463-94-4722 受付担当： 伊勢原市介護高齢課
第3者委員	ご利用方法	電話 0463-21-1231 受付担当： いわしや西方医科器械会長 ご利用方法 電話 0463-72-1712 受付担当： 二宮寿考園施設長
国民健康保険団体	ご利用方法	電話 045-329-3447 0570-022110（ナビダイヤル） 受付担当： 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係

8 事故発生時の対応

利用者に対する介護老人保健施設サービスの提供により、事故が発生した場合は速やかに市町村、利用者の家族等に連絡をし、必要な処置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、利用者に対する介護老人保健施設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、生じた損害について賠償する責任を負います。

但し、事業者が故意・過失が認められない場合（利用者の心身の状況の変化や予測が出来ない偶発的な事故なども含む）にはこの限りではありません。

また、利用者に故意又は過失が認められる場合には、その損害状況によって、損害賠償責任を負っていただくことがあります。

9 身体拘束について

事業者及びサービス従事者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。

10 虐待防止について

事業所及びサービス従業者は入所者の人権擁護、虐待の防止等のため、事故防止委員会内に虐待防止委員会を設置し、必要な体制と指針の整備をします。また、その結果について従業者に周知徹底しながら虐待の防止等のため研修を定期的実施します。

11 医療体制について

医師及び看護師は常に利用者の病状、心身の状況等を把握し、必要な医療を提供するとともに、病状や心身の状況により、医師の指示のもと、内服薬を随時見直します。
また、利用者の病状に急変が生じた場合は、速やかに協力医療機関に連絡をとるなど必要な処置を講じます。

協力医療機関

名 称	神奈川県立足柄上病院
住 所	神奈川県足柄上郡松田町惣領 8 6 6－1
名 称	あじさい歯科
住 所	神奈川県足柄上郡開成町延沢 6 5 9－1 1階1－5号室

12 居宅における生活への復帰の可否を検討する会議について

利用者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて、少なくとも3ヶ月に1度は検討します。

(事業者)

住 所 神奈川県中郡二宮町一色 1 4 3 5－1
事業者名 社会福祉法人 一 燈 会
代表者名 理 事 長 山 室 淳 印
(事業所名 グレースヒル・湘南)

令和 年 月 日

本書面に基づき重要事項説明書の説明を行いました。

【説明者】 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、同意し、交付を受けました。

【申込者又は家族又は成年後見人又は知人】

住 所
名 前 印

交付日 令和 年 月 日