

短期入所療養介護
介護予防短期入所療養介護

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（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護）

利用者に対する短期入所療養介護サービスもしくは介護予防短期入所療養介護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、当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
医師	0.5人以上
薬剤師	1.4人以上
支援相談員	32.9人以上
介護職員	13.1人以上
看護職員	1.4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	2.0人以上
計画担当介護支援専門員	1.4人以上
管理栄養士	1.0人以上
栄養士	1.0人以上

4 営業時間と実施地域

営業日	年中無休
受付時間	毎日 午前8時30分～午後5時
実施地域	足柄上郡、中郡二宮町、秦野市、小田原市、中郡大磯町 ※家族送迎の場合はこれに限りません。

5 利用定員及び居室の概要

当事業所では以下の居室・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	2名	5名	
居室・設備の種類	室数(本館)	室数(別館)	備考
1人部屋	1室	5室	
2人部屋	0室	0室	
4人部屋	1室	0室	
合計	2室	5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	
<p>※上記は、厚生省が定める基準及び神奈川県条例により、指定入所療養介護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。</p> <p>☆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。</p>			

6 料金表

(1) 介護保険給付サービス及び介護予防給付サービス：1割負担

◆多床室（対象：2人室・4人室）

利用料	介護予防給付サービス	要支援1	1日	613円
		要支援2	〃	774円
	介護保険給付サービス	要介護1	〃	830円
		要介護2	〃	880円
		要介護3	〃	944円
		要介護4	〃	997円
		要介護5	〃	1052円

◆個室（対象：個室・準個室）

利用料	介護予防給付サービス	要支援1	1日	579円
		要支援2	〃	726円
	介護保険給付サービス	要介護1	〃	753円
		要介護2	〃	801円
		要介護3	〃	864円
		要介護4	〃	918円
		要介護5	〃	971円

◆共通（多床室・個室）

夜勤職員配置加算	1日	24円
個別リハビリテーション実施加算	1回	240円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	1日	51円
認知症ケア加算	1日	76円
送迎加算	片道	184円
老短緊急短期入所受入加算	1日	90円
総合医学管理加算（利用中に10日を限度）	1日	275円
重度療養管理加算（要介護4・5に限る）	1日	120円
若年性認知症利用者受入加算	1日	120円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日	22円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日	18円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日	6円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.039
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.017
介護職員等ベースアップ等支援加算（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.008
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.075
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.071
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.054
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.044
地域加算（6級地）	利用単位数	×10.27

介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

(1) 介護保険給付サービス及び介護予防給付サービス：2割負担

◆多床室（対象：2人室・4人室）

利用料	介護予防給付サービス	要支援1	1日	1226円
		要支援2	〃	1548円
	介護保険給付サービス	要介護1	〃	1660円
		要介護2	〃	1760円
		要介護3	〃	1888円
		要介護4	〃	1994円
		要介護5	〃	2104円

◆個室（対象：個室・準個室）

利用料	介護予防給付サービス	要支援1	1日	1158円
		要支援2	〃	1452円
	介護保険給付サービス	要介護1	〃	1506円
		要介護2	〃	1602円
		要介護3	〃	1728円
		要介護4	〃	1836円
		要介護5	〃	1942円

◆共通（多床室・個室）

夜勤職員配置加算	1日	48円
個別リハビリテーション実施加算	1回	480円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	1日	102円
認知症ケア加算	1日	152円
送迎加算	片道	368円
老短緊急短期入所受入加算	1日	180円
総合医学管理加算（利用中に10日を限度）	1日	550円
重度療養管理加算（要介護4・5に限る）	1日	240円
若年性認知症利用者受入加算	1日	240円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日	44円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日	36円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日	12円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.039
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.017
介護職員等ベースアップ等支援加算（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.008
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.075
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.071
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.054
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.044
地域加算（6級地）	利用単位数	×10.27

介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

(1) 介護保険給付サービス及び介護予防給付サービス：3割負担

◆多床室（対象：2人室・4人室）

利用料	介護予防給付サービス	要支援1	1日	1839円
		要支援2	〃	2322円
	介護保険給付サービス	要介護1	〃	2490円
		要介護2	〃	2640円
		要介護3	〃	2832円
		要介護4	〃	2991円
		要介護5	〃	3156円

◆個室（対象：個室・準個室）

利用料	介護予防給付サービス	要支援1	1日	1737円
		要支援2	〃	2178円
	介護保険給付サービス	要介護1	〃	2259円
		要介護2	〃	2403円
		要介護3	〃	2592円
		要介護4	〃	2754円
		要介護5	〃	2913円

◆共通（多床室・個室）

夜勤職員配置加算	1日	72円
個別リハビリテーション実施加算	1回	720円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	1日	153円
認知症ケア加算	1日	228円
送迎加算	片道	552円
老短緊急短期入所受入加算	1日	270円
総合医学管理加算（利用中に10日を限度）	1日	825円
重度療養管理加算（要介護4・5に限る）	1日	360円
若年性認知症利用者受入加算	1日	360円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日	66円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日	54円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日	18円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.039
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.017
介護職員等ベースアップ等支援加算（令和6年5月31日で終了）	利用単位数	×1.008
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.075
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.071
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.054
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（令和6年6月1日より開始）	利用単位数	×1.044
地域加算（6級地）	利用単位数	×10.27

介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

(2) 介護保険給付外サービス及び介護予防給付外サービス

◆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	昼	夕
第4段階	1640円/日	470円/日	500円/日	850円/日	750円/日
第3段階2	1310円/日	370円/日	1300円/日		
第3段階1	1310円/日	370円/日	1000円/日		
第2段階	490円/日	370円/日	600円/日		
第1段階	490円/日	0円/日	300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	昼	夕
第4段階	1640円/日	500円/日	850円/日	750円/日
第3段階2	1310円/日	1300円/日		
第3段階1	1310円/日	1000円/日		
第2段階	490円/日	600円/日		
第1段階	490円/日	300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 200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 2625円
	・2人室	・" 1575円
	・4人室	・" 0円
室料※ (別館)	・個室 (特Aタイプ)	・1日につき 3990円
	・個室 (Aタイプ)	・" 3835円
	・個室 (Bタイプ)	・" 3675円
	・個室 (Cタイプ)	・" 3465円
	・個室 (Dタイプ)	・" 3150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 200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

(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 0465-81-5548 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（介護予防）短期入所療養介護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（介護予防）短期入所療養介護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、事業者に故意・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 緊急時の対応及びサービス利用中の医療の提供について
利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。主治医に連絡がつかず医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。
(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。
また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

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 9 5 - 1 1階 1 - 5号室

(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 介護老人保健施設グレースヒル・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】 住 所 _____
名 前 _____ 印

交付日 令和 年 月 日