

通所リハビリテーション  
介護予防通所リハビリテーション

# 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

(通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション)

利用者に対する通所リハビリテーションサービスもしくは介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、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

法人名	社会福祉法人 一燈会
本社所在地	神奈川県中郡二宮町一色 1 4 3 5 - 1
電話番号	0 4 6 3 - 7 3 - 3 3 7 3

## 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 1 1 3 5 - 1
介護保険事業所番号	1 4 5 1 4 8 0 0 1 1
電話番号	0 4 6 5 - 8 0 - 3 0 0 1

## 3 事業所の職員体制

事業所の主な従業者の職種	常勤換算
管理者（兼務）	1. 0名
介護職員（兼務）	5. 0名以上
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（兼務）	3. 0名以上

## 4 営業日・営業時間・定員・単位・サービス実施地域

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時55分～午後4時05分
定員	36名
実施地域	中井町・二宮町・大井町の全域 松田町（寄は除く）・秦野市（渋沢駅周辺・南ヶ丘周辺）・小田原市（前羽地区・橘地区周辺）・平塚市（土屋周辺）・開成町・南足柄市（竹松・千津島・壺下・和田河原周辺） ※実施地域以外の方は相談に応じます。交通費の徴収は致しません。

5 利用料

(1) 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)

料金 (円) 計算方法

合計単位数×地域加算 (10.33) - 合計単位数×地域加算 (10.33) ×0.9

介護予防	要支援1	2268円/月
通所リハビリテーション費	要支援2	4228円/月
通所リハビリテーション費 (6時間以上7時間未満)	要介護1	715円/日
	要介護2	850円/日
	要介護3	981円/日
	要介護4	1137円/日
	要介護5	1290円/日
通所リハビリテーション費 (3時間以上4時間未満)	要介護1	486円/日
	要介護2	565円/日
	要介護3	643円/日
	要介護4	743円/日
	要介護5	842円/日
通所リハビリテーション費 (2時間以上3時間未満)	要介護1	383円/日
	要介護2	439円/日
	要介護3	498円/日
	要介護4	555円/日
	要介護5	612円/日
加算等 (介護予防給付サービス)	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	562円/月
	生活行為向上リハビリテーションの実施後に リハビリテーションを継続した場合の減算	減算対象月から6月以内 ×85/100
	栄養アセスメント加算	50円/月
	栄養改善加算	200円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	20円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	5円/月
	口腔機能向上加算 (I)	150円/月
	口腔機能向上加算 (II)	160円/月
	一体的サービス提供加算	480円/月
	退院時共同指導加算	600円/回
	サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1	88円/月
	サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2	176円/月
	サービス提供体制強化加算 (II) 要支援1	72円/月
	サービス提供体制強化加算 (II) 要支援2	144円/月
	サービス提供体制強化加算 (III) 要支援1	24円/月
サービス提供体制強化加算 (III) 要支援2	48円/月	
科学的介護推進体制加算	40円/月	

加算等 (介護保険給付サービス)	入浴介助加算 (Ⅰ)	40円/日
	入浴介助加算 (Ⅱ)	60円/日
(共通加算項目)	リハビリテーションマネジメント加算(イ) ※同意日の属する月から6月以内	560円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(イ) ※同意日の属する月から6月超	240円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ※同意日の属する月から6月以内	593円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ※同意日の属する月から6月超	273円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ) ※同意日の属する月から6月以内	793円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ) ※同意日の属する月から6月超	473円/月
	短期集中リハビリテーション実施加算	110円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)	240円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ)	1920円/月
	生活行為向上リハビリテーション実地加算 ※開始月から6月以内	1250円/月
	栄養アセスメント加算	50円/月
	栄養改善加算 ※3月以内に1月に2回を限度	200円/日
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20円/日
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ	155円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ	160円/日
	重度療養管理加算(要介護3から要介護5の方対象)	100円/日
	科学的介護推進体制加算	40円/月
	移行支援加算	12円/日
	送迎を行わない場合	-47円/片道
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22円/日
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18円/日
	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6円/日
	リハビリテーション提供体制加算 4	24円/日
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	単位数×8.3%/月
地域加算 (6級地)	10.33	

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介護保険給付サービス及び介護予防給付サービス（2割負担）

料金（円）計算方法

合計単位数×地域加算（10.33）－合計単位数×地域加算（10.33）×0.8

介護予防	要支援1	4536円/月
通所リハビリテーション費	要支援2	8456円/月
通所リハビリテーション費 （6時間以上7時間未満）	要介護1	1430円/日
	要介護2	1700円/日
	要介護3	1962円/日
	要介護4	2274円/日
	要介護5	2580円/日
通所リハビリテーション費 （3時間以上4時間未満）	要介護1	972円/日
	要介護2	1130円/日
	要介護3	1286円/日
	要介護4	1486円/日
	要介護5	1684円/日
通所リハビリテーション費 （2時間以上3時間未満）	要介護1	766円/日
	要介護2	878円/日
	要介護3	996円/日
	要介護4	1110円/日
	要介護5	1224円/日
加算等 （介護予防給付サービス）	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	1124円/月
	生活行為向上リハビリテーションの実施後に リハビリテーションを継続した場合の減算	減算対象月から6月以内 ×85/100
	栄養アセスメント加算	100円/月
	栄養改善加算	400円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	40円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	10円/月
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	300円/月
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	320円/月
	一体的サービス提供加算	960円/月
	退院時共同指導加算	1200円/日
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1	176円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援2	352円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援1	144円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援2	288円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援1	48円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援2	96円/月	
科学的介護推進体制加算	80円/月	

加算等 (介護保険給付サービス)	入浴介助加算 (Ⅰ)	80円/日
	入浴介助加算 (Ⅱ)	120円/日
(共通加算項目)	リハビリテーションマネジメント加算(イ) ※同意日の属する月から6月以内	1120円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(イ) ※同意日の属する月から6月超	480円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ※同意日の属する月から6月以内	1186円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ※同意日の属する月から6月超	546円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ) ※同意日の属する月から6月以内	1586円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ) ※同意日の属する月から6月超	946円/月
	短期集中リハビリテーション実施加算	220円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)	480円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ)	3840円/月
	生活行為向上リハビリテーション実地加算 ※開始月から6月以内	2500円/月
	栄養アセスメント加算	100円/月
	栄養改善加算 ※3月以内に1月に2回を限度	400円/日
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	40円/日
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	10円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅰ)	300円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ	310円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ	320円/日
	退院時共同指導加算	1200円/日
	重度療養管理加算(要介護3から要介護5の方対象)	200円/日
	科学的介護推進体制加算	80円/日
	移行支援加算	24円/日
	送迎を行わない場合	-94円/片道
	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	44円/日
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	36円/日
	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	12円/日
	リハビリテーション提供体制加算4	48円/日
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	単位数×8.3%/月
地域加算 (6級地)	10.33	

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。

③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）

料金（円）計算方法

合計単位数×地域加算（10.33）－合計単位数×地域加算（10.33）×0.7

介護予防	要支援1	6804円/月
通所リハビリテーション費	要支援2	12684円/月
通所リハビリテーション費 （6時間以上7時間未満）	要介護1	2145円/日
	要介護2	2550円/日
	要介護3	2943円/日
	要介護4	3411円/日
	要介護5	3870円/日
通所リハビリテーション費 （3時間以上4時間未満）	要介護1	1458円/日
	要介護2	1695円/日
	要介護3	1929円/日
	要介護4	2229円/日
	要介護5	2526円/日
通所リハビリテーション費 （2時間以上3時間未満）	要介護1	1149円/日
	要介護2	1317円/日
	要介護3	1494円/日
	要介護4	1665円/日
	要介護5	1836円/日
加算等 （介護予防給付サービス）	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	1686円/月
	生活行為向上リハビリテーションの実施後に リハビリテーションを継続した場合の減算	減算対象月から6月以内 ×85/100
	栄養アセスメント加算	150円/月
	栄養改善加算	600円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	60円/月
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	15円/月
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	450円/月
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	480円/月
	一体的サービス提供加算	1440円/月
	退院時共同指導加算	1800円/日
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援1	264円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 要支援2	528円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援1	216円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 要支援2	432円/月
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援1	72円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 要支援2	144円/月	
科学的介護推進体制加算	120円/月	

加算等 (介護保険給付サービス)	入浴介助加算 (Ⅰ)	120円/日
	入浴介助加算 (Ⅱ)	180円/日
(共通加算項目)	リハビリテーションマネジメント加算(イ) ※同意日の属する月から6月以内	1680円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(イ) ※同意日の属する月から6月超	720円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ※同意日の属する月から6月以内	1779円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ロ) ※同意日の属する月から6月超	819円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ) ※同意日の属する月から6月以内	2379円/月
	リハビリテーションマネジメント加算(ハ) ※同意日の属する月から6月超	1419円/月
	短期集中リハビリテーション実施加算	330円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ)	720円/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ)	5760円/月
	生活行為向上リハビリテーション実地加算 ※開始月から6月以内	3750円/月
	栄養アセスメント加算	150円/月
	栄養改善加算 ※3月以内に1月に2回を限度	600円/日
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	60円/日
	口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	15円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅰ)	450円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ	465円/日
	口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ	480円/日
	退院時共同指導加算	1800円/日
	重度療養管理加算(要介護3から要介護5の方対象)	300円/日
	科学的介護推進体制加算	120円/日
移行支援加算	36円/日	
送迎を行わない場合	-141円/片道	
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	66円/日	
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	54円/日	
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	18円/日	
リハビリテーション提供体制加算 4	72円/日	
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	単位数×8.3%/月	
地域加算 (6級地)	10.33	

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サービス

種類	内容	利用料
食事の提供	・ご利用者に提供する食事(昼食・おやつ)の食材費・調理コストにかかる費用です。	・昼食1回につき 850円
おやつだけの提供	・利用者に提供するおやつ(おやつ)の食材費・調理コストにかかる費用です。	・おやつ1回につき 実費
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
オムツ等	・紙おむつ型 ・パンツ型 ・尿取りパット	・1枚 150円
		・1枚 160円
		・1枚 40円
日用品費	・日常生活に必要な物 ※実費での個別対応も可	・1回の利用につき 50円
学習療法費	・公文教材費	2,200円/月
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

## 6 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。		
避難訓練	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。		
防火管理者	佐渡 健一		
防災設備	・スプリンクラー	あり	・誘導灯 2箇所 あり
	・屋内消火器	あり	・自動火災報知機
	・散水栓	あり	

## 7 苦情申立窓口

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	受付担当： 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係

## 8 事故発生時の対応

利用者に対する通所リハビリテーションサービスもしくは介護予防通所リハビリテーション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、利用者に対する通所リハビリテーションサービス又は介護予防通所リハビリテーション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、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。

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。

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 神奈川県中郡二宮町一色 1435-1  
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 )

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。

利用申込者又は家族

交 付 日 令和 年 月 日 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印