

## Ⅱ．重要事項説明書

（ 介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」） ）

利用者に対する介護予防・日常生活支援総合事業サービス（以下、「総合事業」という）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 事業所の概要

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| 事業所名       | メゾン・二宮                  |
| 事業主体       | 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 1 4 3 5 - 1 |
| 介護保険事業所番号  | 1 4 7 1 3 0 0 0 8 5     |
| 電話番号       | 0 4 6 3 - 7 3 - 3 3 7 3 |

### 2 事業所の職員体制

| 事業所の主な従業者の職種 | 員数  | 勤務の体制          |
|--------------|-----|----------------|
| 管理者          | 1 名 | 常勤 1 名         |
| 生活相談員        | 2 名 | 常勤 2 名         |
| 介護職員         | 8 名 | 常勤 7 名 非常勤 1 名 |
| 機能訓練指導員      | 2 名 | 非常勤 2 名        |
| 看護職員         | 2 名 | 非常勤 2 名        |

### 3 営業時間と定員、単位

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| 営 業 日    | 月曜日～土曜日                   |
| 営 業 時 間  | 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 |
| サービス提供時間 | 午前 9 時 3 0 分～午後 4 時 3 5 分 |
| 定 員      | 3 0 名                     |
| 単 位      | 1 単位                      |
| 区 分      | 通常規模型                     |

### 4 サービスの内容

- (1) 「総合事業サービス」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、入浴および食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活などに関する相談・助言・健康上の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行う サービスです。
- (2) 事業者は、次の施設並びに重要事項説明書 3 の日程によりサービスを提供します。

|                 |            |                                   |     |              |
|-----------------|------------|-----------------------------------|-----|--------------|
| サービス提供を<br>行う施設 | 所在地<br>名 称 | 神奈川県中郡二宮町一色 1 4 3 5 - 1<br>メゾン・二宮 | 電 話 | 0463-73-3373 |
|-----------------|------------|-----------------------------------|-----|--------------|

- (3) サービス提供に当たっては、別添の「サービス計画書」等に沿って計画的に提供します。

### 5 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定められた「サービス実施記録書」等の書面に必要事項を記入します。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに（又は 1 か月ごとに）「サービス計画書」等の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「サービス実施記録書」等の書面を作成します。
- (3) 事業者は、前記の「サービス実施記録書」等の記録を作成完了後 2 年間は適正に保管し、利用者の求めがあった場合に閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

### 6 送迎について

あらかじめ送迎時間は指定させていただきますが、状況に応じて時間が変更になる場合もございますので、ご了承ください。また、送迎時間に間に合わない場合のご家族様による送迎も可能です。その際にはご連絡ください。

## 7 利用料

### (1) 総合事業サービス費（第1号通所事業・介護予防通所介護相当サービス）

|                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                                      |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本利用料                                        | 事業対象者・要支援1<br>事業対象者・要支援2                                                                                                                                    | 1, 798単位/月<br>3, 621単位/月                                                                             |
| 加算等                                          | サービス提供体制強化加算Ⅲ1（事業対象者・要支援1の方）<br><br>サービス提供体制強化加算Ⅲ2（事業対象者・要支援2の方）<br><br>栄養アセスメント加算（対象者の方のみ）<br><br>口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）<br><br>科学的介護推進体制加算<br><br>介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 24単位/月<br><br>48単位/月<br><br>50単位/月<br><br>5単位/6月<br><br>40単位/月<br><br>1月に算定した上記金額の合計の1000分の90に相当する金額 |
| 負担金＝単位数（加算含む）×10.27円（地域加算）を計算した合計額の1割（2割）です。 |                                                                                                                                                             |                                                                                                      |

※上記の料金は二宮町が定める金額であり、内容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) その他の費用

| 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）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                   |
| オムツ等  | ・紙おむつ型<br>・パンツ型<br>・尿取りパット          | ・1枚 150円<br>・1枚 160円<br>・1枚 40円 |

## 8 利用者負担金

- 利用者からいただく利用者負担金は、重要事項説明書 7(1)、(2)のとおりです。
- この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です  
（※または、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業所が設定した金額です）。
- 利用料金のお支払いは、毎月1回、月末締め、翌月5日請求書発行です。同月10日までに指定口座振込又は現金払いです。  
尚、自動払込みサービスにつきましては、KCS 浜銀ファイナンス株式会社をご利用の方はご利用月翌月の27日、株式会社ゆうちょ銀行をご利用の方はご利用月翌月の15日（再引落しは25日）に引き落としになります。

## 9 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。  
連絡先（電話）：0463-73-3373
- (2) 利用者の都合でサービスをキャンセルにする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

| 連絡時間の期限      | キャンセル料 | 備 考 |
|--------------|--------|-----|
| サービス利用日の前日まで | 無 料    |     |
| サービス利用日の当日   | 利用者の食費 |     |

## 10 苦情申立窓口

|           |       |       |                               |
|-----------|-------|-------|-------------------------------|
| ご利用者ご相談窓口 | ご利用時間 | 平日    | 午前9時～午後5時                     |
|           |       | 土日    | 午前9時～午後5時                     |
|           | ご利用方法 | 電話    | 0463-73-3373                  |
|           |       | 面接    | 場所 メゾン・二宮<br>苦情・相談受付担当者：生活相談員 |
| 二宮町       | ご利用時間 | 平日    | 午前8時30分～午後5時                  |
|           | ご利用方法 | 電話    | 0463-71-3311                  |
|           |       | 受付担当： | 二宮町健康福祉部福祉保険課介護保険班            |
| 国民健康保険団体  | ご利用時間 | 平日    | 午前8時30分～午後5時                  |
|           | 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               |

## 11 その他

サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご辞退させていただきます。

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 神奈川県中群二宮町一色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 メゾン・二宮)

本書面に基づき重要事項説明書の説明を行い交付しました。

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、その内容に同意し交付を受けました。

住所  
 利用申込者又は家族

氏 名 印