

Ⅱ. 重要事項説明書

(通所介護サービス)

利用者に対する通所介護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 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1435-1
介護保険事業所番号	1471300085
電話番号	0463-73-3373

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30分～午後5時15分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時35分
定員	30名
単位	1単位
区分	通常規模型

4 サービスの内容

- (1) 「通所介護サービス」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 行う施設	所在地 名 称	神奈川県中郡二宮町一色1435-1 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5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、状況に応じて時間に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) 介護保険給付サービス

介護保険給付サービス (7時間以上8時間未満)	要介護1	1日	658円
	要介護2	1日	777円
	要介護3	1日	900円
	要介護4	1日	1,023円
	要介護5	1日	1,148円
加算等	認知症加算(対象者の方のみ)	1日	60円
	入浴介助加算(I)	1日	40円
	サービス提供体制強化加算(III)	1日	6円
	栄養アセスメント加算(対象者の方のみ)	1月に1回	50円
	口腔・栄養スクリーニング加算(II)	6月に1回	5円
	科学的介護推進体制加算	1月に1回	40円
	介護職員等処遇改善加算II	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割です。			

※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)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	・1枚 150円
	・パンツ型	・1枚 160円
	・尿取りパット	・1枚 40円

8 利用者負担金

- (1) 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。
- (2) 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)。
- (3) 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となりますので、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 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：二宮町健康福祉部高齢介護課介護保険班
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