

【令和7年4月1日～】

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	オウンスドリーム株式会社
主たる事務所の所在地	〒792-0031 新居浜市高木町3番34号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 白石晃一
設 立 年 月 日	平成23年5月13日
電 話 番 号	0897-47-6331

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス花園	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号通所事業（通所型サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒792-0031 新居浜市高木町3番34号	
電 話 番 号	0897-47-6331	
指定年月日・事業所番号	平成27年4月1日指定	3870502220
実施単位・利用定員	1単位	定員18人
通常の事業の実施地域	新居浜市（別子山地区・大島地区を除く）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号通所事業（総合事業通所介護）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービス花園）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、5月3日から5日、お盆（8月15日から8月16日）及び地方祭（10月17日から10月18日）、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時10分から午後4時20分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 5人, 非常勤 0人
看護職員	常勤 0人, 非常勤 3人
介護職員	常勤 4人, 非常勤 3人
機能訓練指導員	常勤 0人, 非常勤 3人

7. 管理者

事業所の管理者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	白石晃一
--------	------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）第１号通所事業（通所介護相当サービス）の利用料・・・基本部分，加算・減算の合計の額となります。

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料（１月あたり）	利用者負担		
		１割	２割	３割
事業対象者 要支援１	１７，９８０円	１，７９８円	３，５９６円	５，３９４円
事業対象者 要支援２	３６，２１０円	３，６２１円	７，２４２円	１０，８６３円

注１）上記の基本利用料は、新居浜市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合，上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）		加算額			
			基本 利用料	利用者負担		
				1 割	2 割	3 割
若年性認知症 利用者受入加算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合		2,400円	240円	480円	720円
生活機能向上 グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合		1,000円	100円	200円	300円
栄養アセスメント加算	管理栄養士が介護職員等と共同して利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題の把握を行った場合		500円	50円	100円	150円
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合		2,000円	200円	400円	600円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合		1,500円	150円	300円	450円
口腔機能向上加算Ⅱ			1,600円	160円	320円	480円
一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合、算定が可能です。		4,800円	480円	960円	1,440円
サービス提供体制 強化加算Ⅰ※	別に厚生労働	事業対象者・要支援1	880円	88円	176円	264円
		事業対象者・要支援2	1,760円	176円	352円	528円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ※	大臣が定める 基準に適合し	事業対象者・要支援1	720円	72円	144円	216円
		事業対象者・要支援2	1,440円	144円	288円	432円
サービス提供体制 強化加算Ⅲ※	ている場合	事業対象者・要支援1	240円	24円	48円	72円
		事業対象者・要支援2	480円	48円	96円	144円

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本 利用料	利用者負担		
			1 割	2 割	3 割
生活機能向上 連携加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 （3月に1回を限度）	1,000円	100円	200円	300円
生活機能向上 連携加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合（1月につき）	2,000円	200円	400円	600円
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 （6月に1回を限度）	200円 (1回につき)	20円	40円	60円
口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅱ		50円 (1回につき)	5円	10円	15円
科学的介護推進体制加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	400円	40円	80円	120円
介護職員 処遇改善加算Ⅰ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算 減算の合計9. 2%			
介護職員 処遇改善加算Ⅱ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計9. 0%			
介護職員 処遇改善加算Ⅲ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計8. 0%			

（注1）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（注2）特に記載のない項目については、1月につき加算される金額です。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）	減算額			
		基本 利用料	利用者負担		
			1 割	2 割	3 割
定員超過・人員基準欠如	当該減算の要件に該当した場合 （1月につき）	上記基本部分の30%減算 ※上記基本部分の70%を算定			
送迎減算 (2024年4月1日～)	事業所が送迎を行わない場合	片道につき47円減算します。			

（2）その他の費用

食 費	食事の提供をする場合、1食につき680円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供をする場合、1回につき実費相当をいただきます。
複写物の交付	1枚につき20円
写真代	個別に撮影・現像を希望された場合などは、実費徴収とさせていただきます
そ の 他	上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	支払い要件等
利用予定日の前日の営業時間内まで	不要
利用予定日当日午前8時30分まで	1提供あたりの料金の1割自己負担額+食費分を請求いたします。

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、１０日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の２５日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の２５日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 伊予銀行 新居浜支店 普通口座 オウズドリーム株式会社 代表取締役 白石晃一
現金払い	サービスを利用した月の翌月の２５日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 電話番号	
緊急連絡先 （家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

１０．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び新居浜市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	0897-47-6331
	面接場所	当事業所の相談室
	受付時間	8：30～17：30（日曜日、休日を除く）

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	新居浜市介護福祉課	電話番号	0897-65-1241
		受付時間	8：30～17：15 （土日祝日、年末年始は除く）
	愛媛県国民健康保険 団体連合会	電話番号	089-968-8800
		受付時間	8：30～17：15 （土日祝日、年末年始は除く）

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 特に危険物、貴重品、現金、飲食物（両者にて同意されたものを除く）等は原則持参を禁止します。また利用者様同士での物品のやり取りも安全面を考慮して原則禁止とさせていただきます。

1 3. 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

防災訓練 年2回 避難訓練 年2回

1 4. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無

有

・

無