

介護予防通所介護・第1号通所事業 重要事項説明書

令和7年 4月 1日

1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 アイ・エム・シー ライフステージ
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 熊野 守洋
所在地	高知市竹島町13-1 うしおえメディカルビル・イーア
連絡先	(電話) 088-837-8402 (FAX) 088-837-8401

2. 事業所概要

事業所名称	IMC デイサービスおおはら
所在地、連絡先	高知県高知市大原町88-2 (電話) 088-803-8851 (FAX) 088-831-6115
保険事業者指定番号	3990101424
事業所の通常実施地域	高知市
利用定員	18名

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	要支援・事業対象者状態等になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持又は向上を図ることを目的とする。
運営方針	利用者の要支援・事業対象者状態の軽減、悪化の防止・予防に資するよう目標を設定し、計画的に行い、利用者の機能訓練及び日常生活を営むことができるよう必要な相談援助等の生活指導を行う。

4. 事業所の職員体制

管理者	山本 真弘	
職種	職務内容	人員数
看護職員	健康管理、医療機関との連携、介護、送迎	1 名以上
生活相談員	生活指導他介護に関する相談・調整	1 名以上
介護職員	日常生活の支援、介護、送迎	1 名以上
機能訓練指導員	身体的機能の維持、改善訓練	1 名以上

5. 営業日

営業日	月曜日～土曜日（祝日を含む）
営業時間	8：00～19：00

日曜、年末年始（12 月 31 日～1 月 3 日）休業

6. 利用料（単位：円）

別表 1 参照

※通常、利用料金の 9 割又は 7 割が介護保険から給付され、1 割又は 3 割が自己負担となります。

- 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払ください。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

7. 介護保険給付対象外サービス

- 食材料費

別表 1 参照

- その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者負担となります。

○キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止または変更する場合はできるだけサービス利用日の前日までにご連絡下さい。利用当日の中止の場合は、当日の食事代をいただくこととなりますのでご了承下さい。

8. 利用料のお支払方法

毎月、中旬までに前月分の請求をいたしますので 25 日までに別表 1 の口座に振替、振込にてお支払い下さい。

※入金確認後、領収証を発行します。

9. 苦情相談機関

苦情相談窓口	事業所名：IMC デイサービスおおはら (高知市大原町 88-2) (電話) 088-803-8851 担当者氏名：山本 真弘
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機 関 名：高知市介護保険課 事業係 (高知市本町 5 - 1 - 4 5) (電話) 088-823-9972
	機 関 名：高知県国民健康保険団体連合会 (高知市丸の内 2 - 6 - 5) (電話) 088-820-8410

10. 緊急時等における対応方法

(1) サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先 (ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名 (続柄)	
	住所	
	電話番号	

(2) 事故が発生した場合は市町村 (保険者)、ご家族、居宅介護支援事業所に速やかに報告し、必要な措置を講じます。

(3) 損害保険加入にて事故の補償に備えてます。

(4) 事故の状況及び事故に際しとった措置について記録します

11. 秘密保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者は予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報は用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への濡洩を防止するものとします。

12. 賠償責任

事業者は、サービス提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、利用者に対してその損害を賠償します。

13. サービス利用に当たっての留意事項

○サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

14. 第三者による評価の実施状況

直近の実施年月日 なし

評価機関の名所 なし

評価機関の開示 なし

令和 年 月 日

事業者名 株式会社 アイ・エム・シー ライフステージ
住 所 高知市竹島町 13-1 うしおえメディカルビル・イーア
事業所名 IMC デイサービスおおはら
住 所 高知市大原町 88-2
説明者名

印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住所

氏名

印

(利用者代理人)

住所

氏名

印

地域密着型通所介護 重要事項説明書

令和7年 4月1日

1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 アイ・エム・シー ライフステージ
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 熊野 守洋
所在地	高知市竹島町13-1 うしおえメディカルビル・イーア
連絡先	(電話) 088-837-8402 (FAX) 088-837-8401

2. 事業所概要

事業所名称	IMC デイサービスおおはら
所在地、連絡先	高知県高知市大原町 88-2 (電話) 088-803-8851 (FAX) 088-831-6115
保険事業者指定番号	3990101424
事業所の通常実施地域	高知市
利用定員	18名

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	介護状態等になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
運営方針	利用者の要介護状態の軽減、悪化の防止・予防に資するよう目標を設定し、計画的に行い、利用者の機能訓練及び日常生活を営むことができるよう必要な相談援助等の生活指導を行う。

4. 事業所の職員体制

管理者	山本 真弘	
職種	職務内容	人員数
看護職員	健康管理、医療機関との連携、介護、送迎	1名以上
生活相談員	生活指導他介護に関する相談・調整	1名以上
介護職員	日常生活の支援、介護、送迎	1名以上
機能訓練指導員	身体的機能の維持、改善訓練	1名以上

5. 営業日

営業日	月曜日～土曜日（祝日を含む）
営業時間	8：00～19：00

日曜、年末年始（12月31日～1月3日）休業

6. 利用料（単位：円）

別表1参照

※通常、利用料金の9割～7割が介護保険から給付され、1割～3割が自己負担となります。

- 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払ください。利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

7. 介護保険給付対象外サービス

- 食材料費

別表1参照

その他の費用

地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者負担となります。

○ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止または変更する場合はできるだけサービス利用日の前日までにご連絡下さい。利用当日の中止の場合は、当日の食事代をいただくこととなりますのでご了承下さい。

8. 利用料のお支払方法

毎月、中旬までに前月分の請求をいたしますので 25 日までに別表 1 の口座に振替、振込にてお支払い下さい。

※入金確認後、領収証を発行します。

9. 苦情相談機関

苦情相談窓口	事業所名：IMC デイサービスおおはら (高知市大原町 88-2) (電話) 088-803-8851 担当者氏名：山本 真弘
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機 関 名：高知市介護保険課 事業係 (高知市本町 5 - 1 - 4 5) (電話) 088-823-9972
	機 関 名：高知県国民健康保険団体連合会 (高知市丸の内 2 - 6 - 5) (電話) 088-820-8410

10. 緊急時等における対応方法

(1) サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先 (ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名 (続柄)	
	住所	
	電話番号	

(2) 事故が発生した場合は市町村 (保険者)、ご家族、居宅介護支援事業所に速やかに報告し、必要な措置を講じます。

- (3) 損害保険加入にて事故の補償に備えてます。
- (4) 事故の状況及び事故に際しとった措置について記録します

11. 秘密保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者は予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報は用いません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

12. 賠償責任

事業者は、サービス提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、利用者に対してその損害を賠償します。

13. サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

14. 第三者による評価の実施状況

直近の実施年月日 なし

評価機関の名称 なし

評価機関の開示 なし

令和 年 月 日

事業者名 株式会社 アイ・エム・シー ライフステージ
住 所 高知市竹島町 13-1 うしおえメディカルビル・イーア
事業所名 IMC デイサービスおおはら
住 所 高知市大原町 88-2
説明者名

印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住所

氏名

印

(利用者代理人)

住所

氏名

印