# 重要事項説明書

利用者：　　様

事業者：　デイサービスchallenge

# 通所介護重要事項説明書

〔令和6年2月１日施行〕〔令和6年8月14日改訂〕〔令和7年5月31日改訂〕
〔令和8年4月1日改訂〕〔令和8年10月1日改訂〕

## 1 通所介護事業者（法人）の概要

名　　称　　株式会社　Ｉ　Ｍ　Ａ
代表者名　　代表取締役　曽 我　　幸 宏
所在地・連絡先　（住所）岐阜県各務原市蘇原古市場町四丁目９７番地１
（電話）

## 2 事業所の概要

（1）事業者の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|---|---|
| 事業所名 | デイサービス challenge |
| 所在地 | 岐阜県各務原市蘇原古市場町四丁目９７番地１ |
| 介護保険指定番号 | 地域密着型通所介護事業 （各務原市２１９０５００４８４） |
| サービス提供地域 | 各務原市（片道３０分以内）　※こちらの地域以外の方でもご相談ください。 |

（2）営業時間

| | |
|---|---|
| 月、火、水、木、金、土 | ８：３０　～　１７：３０（１２月３１日、１月１日～３日を除く） |

（3）サービス提供時間

| | |
|---|---|
| 月、火、水、木、金、土 | ９：００　～　１６：００ |

（4）職員体制

| | 人員 |
|---|---|
| 管理者 | １名 |
| 生活相談員 | １名以上 |
| 看護師 | １名以上 |
| 介護職員 | １名以上 |
| 機能訓練指導員 | １名以上 |

（5）事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

## 3 サービス内容

地域密着型通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

## 4 利用料金

（1）利用料　　１単位：１０．１４円

| 介護保険適用 | 単位 |
|---|---|
| 要支援１ | 別紙料金表参照 |
| 要支援２ | 別紙料金表参照 |
| 要介護１ | ７５３単位/回 |
| 要介護２ | ８９０単位/回 |

| | |
|---|---|
| 要介護３ | １０３２単位/回 |
| 要介護４ | １１７２単位/回 |
| 要介護５ | １３１２単位/回 |
| 入浴介助加算（Ⅰ） | ４０単位/日 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ | ５６単位/日 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ | ７６単位/日 |
| 送迎減算（片道） | －４７単位/片道 |
| 処遇改善加算 | 運営状況等でご説明いたします<br>（別紙：料金表参照） |

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）（税込み）

| | | |
|---|---|---|
| 食材料費用（おやつ代含む） | （昼） | １０００円 |
| 外出行事などイベント費 | | 実費 |
| 紙オムツ・紙パンツ | 一枚 | １００円 |
| パット | 一枚 | ５０円 |
| 朝食（モーニング） | １回 | ４４０円 |
| 朝ドリンク（コーヒー等のみ） | １回 | １００円 |
| 保険適用外ご利用料金<br>（対象者区分料金×10.14） | １日 | 対象者介護度区分料金　金額実費<br>（入浴加算分・個別機能訓練加算分） |

（２）キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。また、当日の急な用事や体調変化でお休みになる際は、8時から8時１５分までに事業所へご連絡ください。

（連絡先：　　）

| |
|---|
| ご利用日の前営業日の１７時までにご連絡いただいた場合　　無料 |
| ご利用日の前営業日の１７時までにご連絡がなかった場合<br>もしくは当日キャンセルの場合　　昼食代相当額の１０００円 |

（３）料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月１５日までに当月分の料金を請求いたしますので、２０日までにお支払いください。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

**5 サービスの利用方法**

（１）サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

※当社をご利用になる方で医療行為（吸引、褥瘡処置、酸素投与、浣腸等）が必要な方は利用開始までに当社医療行為指示書を実費にて主治医に依頼しご持参ください。

（2）サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の２週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了１ヶ月までに文書で通知いたします。その後の行き先等については、介護支援専門員と相談させて頂きます。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- お客様が介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- お客様が亡くなられた場合

④ その他

- 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- お客様が、サービス利用料金の支払いを２ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。
- 長期入院（1カ月以上）となりデイサービス継続困難と事業所管理者が判断した場合。

## 6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

| | | |
|---|---|---|
| 主治医 | 主治医氏名 | |
| | 連絡先 | |
| ご家族 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |

## 7 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

**8 サービス内容に関する苦情**

- 弊社お客様苦情相談窓口

| | |
|---|---|
| 苦情相談窓口担当 | 曽我　幸宏 |
| 受付日 | 月、火、水、木、金、土曜日（ただし、日曜日・１２月３１日から１月３日までを除く） |
| 受付時間 | ８：３０～１７：３０ |

- その他

| | |
|---|---|
| 各務原市　高齢介護課（施設指導係） | 電話：０５８－３８３－２０６７<br>８：４５～１６：３０（土曜・日曜・祝日を除く） |
| 岐阜県国民健康保険団体連合会（苦情相談係） | 電話：０５８－２７５－９８２６<br>９：００～１７：００（土曜・日曜・祝日を除く） |

**9 虐待防止について**

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待防止の為に、下記の対策を講じます。

（1）虐待防止に関する苦情解決対策を整備しています。（前項の苦情受付窓口にて受け付けています）

（2）従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

**10 カスタマーハラスメントについて**

デイサービスchallengeに対し、介護サービスが気に入らないからといって、要求が通るまで同じ要求を繰り返したり、何度も同じ内容の電話を掛け続けたり、職員を長時間電話で拘束するなどのカスタマーハラスメントが行われた場合は、サービスの提供等をお断り、または中止させていただく場合がございます。

**11 社会情勢及び天災**

1 社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、事業者の義務の履行が難しい 場合は、日程、時間の調整をさせて頂く場合があります。

2 情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、事業者の義務の履行が遅延、もしくは不能になった場合、それによる損害賠償責任を事業所は負わないものとします。

【事業者】

岐阜県各務原市蘇原古市場町四丁目97番地1

株式会社　ＩＭＡ

代表取締役　　曽我　幸宏　　㊞

ＴＥＬ

【事業所】

岐阜県各務原市蘇原古市場町四丁目97番地1

デイサービスchallenge

説明者　　曽我　幸宏　　㊞

上記の内容の説明を受け、了承致しました。

令和　　年　　月　　日

利用者氏名　　㊞

利用者家族氏名　　㊞

代理人氏名　　㊞