

奥州市介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業（元気応援型通所サービス）

## 株式会社ケアネット 生き生き倶楽部重要事項説明書

〈令和6年4月1日現在〉

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

事業者の名称	株式会社ケアネット
主たる事務所の所在地	神奈川県川崎市中原区上小田中四丁目1番1号
代表者氏名	代表取締役社長 佐藤 彰彦
設立年月日	平成12年 1月 4日
連絡先及び電話番号等	TEL 044-281-5400 FAX 044-281-5401

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	株式会社ケアネット 生き生き倶楽部	
サービスの種類	元気応援型通所サービス	
事業所の所在地	岩手県奥州市水沢花園町一丁目19番16号	
連絡先及び電話番号等	TEL 0197-22-2901	FAX 0197-22-2905
指定年月日・事業所番号	平成30年 7月 1日指定	03A1500086
実施単位・利用定員	295単位	定員10人
通常の事業の実施地域	奥州市	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、利用者の生活機能の維持又は向上のために、元気応援型通所サービス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、奥州市や事業者、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、利用者の要支援状態等からの改善や悪化の防止、もしく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（株式会社ケアネット岩手サービスセンター）に通っていただき、運動機能向上のトレーニングやレクリエーション活動、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援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持・改善を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日・水曜日・金曜日 ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	8時30分から17時20分まで
サービス提供時間	13時30分から15時30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
管理者	1人（デイサービスと兼務）
従事職員	常時1人以上

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

管理責任者の氏名	管理者 後藤 幸
----------	----------

#### 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応じた基本利用料の1割～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・元気応援型通所サービスの利用料

利用者の要介護度	利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者・要支援1・2	295円	295円	590円	885円

(注1) 上記の利用料は、奥州市が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。

## (2) 請求及び支払い方法

上記(1)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、お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらずお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

	支払い要件等
請求方法	請求書は、利用月の翌月20日までに利用者あてにお届けします。
支払い方法	ア) サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の26日までに下記のいずれかの方法によりお支払下さい。 (1) 利用者指定口座からの自動振替 (2) 現金支払い

## 9. 虐待の防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ④ 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 後藤 幸
-------------	----------

- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ⑥ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑦ 苦情解決体制を整備しています。
- ⑧ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 10. 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 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 住所 電話番号	

## 1 1. 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等及び奥州市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 2. 業務継続計画の策定等

- 1 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- 2 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- 3 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 1 3. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます

- 1 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のために対策を検討する委員会を、おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- 2 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- 3 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

## 1 4. 認知症介護基礎研修の受講

事業所は、事業所において介護に直接携わる職員のうち、医療、福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護にかかる基礎的な研修の受講を実施する。

## 1 5. 秘密保持等

- 1 職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしはならない。
- 2 当該事業所の職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じる。
- 3 サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得る。

## 16. 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 0197-22-2901 担当者 後藤幸・岩下敬子・向山悦子
---------	--

(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	奥州市役所 健康福祉部 長寿社会課	電話番号 0197-24-2111
	岩手県国民健康保険団体連合会 (苦情処理委員会)	電話番号 019-604-6700

## 17. 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等又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 2ヵ月以上お休みされる場合は、一度ご利用休止させていただき再開時は空き状況によりお待ちいただく場合があります。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 岩手県奥州市水沢花園町一丁目19番16号  
法人名 株式会社ケアネット 岩手サービスセンター  
事業所名 株式会社ケアネット 生き生き倶楽部  
説明者氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者 住所  
氏名 印

代理人 住所  
氏名 印

