

重要事項説明書

(通所介護サービス)

医療法人 心 愛

デイサービスセンターブルーノート

デイサービスセンターブルーノートサテライト

通所介護サービス重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 支援事業者の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	医療法人 心愛 デイサービスセンター ブルーノート デイサービスセンターブルーノートサテライト (通常規模型)
所在地	〒803-0851 北九州市小倉北区木町一丁目4番39号 北九州市小倉北区木町一丁目4番33号
管理者の氏名	井手口 隆
電話番号	093 (571) 0214 093 (482) 1977
FAX番号	093 (571) 0216 093 (482) 3365
事業者指定番号	4070404522
サービス提供地域	北九州市内

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	理学療法士	1名		1名	業務を統括する
生活相談員	介護福祉士等	3名以上		3名以上	生活等の相談業務
看護職員	正看護師等	3名以上	3名以上	6名以上	看護業務
機能訓練指導員	看護師等(兼務)	3名以上	3名以上	6名以上	身体機能回復・維持の訓練を行う
介護職員	介護福祉士等	5名以上	5名以上	10名以上	介護業務

(3) サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯
平日・日祝日	午前 8:30 ~ 午後 5:30
営業しない日	日曜日 冬季休暇 : 12月31日 ~ 1月3日

(4) 定員 1日 ブルーノート 38名 サテライト 18名

2 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

医療法人 心愛が通常規模型で開設する介護指定通所介護事業所「デイサービスセンターブルーノート・デイサービスセンターブルーノートサテライト」の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、介護予防指定通所介護サービス提供に当たる従業員が要支援状態にある高齢者に対し心身機

能の回復又は維持、日常生活上の世話や機能訓練、介護、看護、サービスの提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の従業員は、要介護者等の心身機能の回復又は維持を図り、日常生活上の自立を助けることを目的とした入浴及び食事の提供、その他の日常生活上の世話（生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認、その他の居宅要介護者等に必要な日常生活の世話等）や機能訓練、介護、看護を行う。

3 指定通所介護の内容

居宅の要介護者等が事業所に通い、その施設において心身機能の回復維持を図り、日常生活の自立を助けるため、入浴及び食事の提供、その他日常生活上の世話（生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認、その他の居宅要介護者等に必要な日常生活の世話等）や機能訓練を受けるものとする。

4 利用料その他の費用の額

(1) 指定通所介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣の定める基準によるものとし、当該通所介護法定代理受領サービスであるときは、その1割・2割・3割の額とする。

(2) 要介護者等に負担させることが適当と認められる費用の支払いを受ける場合には、要支援者等又はその家族に対して事前に当該サービスの内容及び費用について文書で説明した上で、支払い同意する旨の文書に署名(記名捺印)を受けることとする。

(3) ご利用料金目安表

介護保険適用分

(厚生労働大臣の定める単位基準での算定方法により合計金額に多少の誤差が生じることがあります。)

要介護区分	利用時間	単位数 (1回)	負担額(1割)		ご負担額(2割)		ご負担額(3割)	
要介護1	3～4時間	370	375	円	750	円	1126	円
	4～5時間	388	393	円	787	円	1180	円
	5～6時間	570	578	円	1156	円	1734	円
	6～7時間	584	592	円	1184	円	1777	円
	7～8時間	658	667	円	1334	円	2002	円
要介護2	3～4時間	423	429	円	858	円	1287	円
	4～5時間	444	450	円	900	円	1351	円
	5～6時間	673	682	円	1365	円	2047	円
	6～7時間	689	699	円	1397	円	2096	円
	7～8時間	777	788	円	1576	円	2364	円
要介護3	3～4時間	479	486	円	971	円	1457	円
	4～5時間	502	509	円	1018	円	1527	円
	5～6時間	777	788	円	1576	円	2364	円
	6～7時間	796	807	円	1614	円	2421	円
	7～8時間	900	913	円	1825	円	2738	円
要介護4	3～4時間	533	540	円	1081	円	1621	円
	4～5時間	560	568	円	1136	円	1704	円
	5～6時間	880	892	円	1785	円	2677	円
	6～7時間	901	914	円	1827	円	2741	円

	7～8時間	1023	1037	円	2075	円	3112	円
要介護5	3～4時間	588	596	円	1192	円	1789	円
	4～5時間	617	626	円	1251	円	1877	円
	5～6時間	984	998	円	1996	円	2993	円
	6～7時間	1008	1022	円	2044	円	3066	円
	7～8時間	1148	1164	円	2328	円	3492	円
加算名		単位数 (1回)	負担額(1割)		負担額(2割)		負担額(3割)	
入浴加算 I		40	41	円	81	円	122	円
入浴加算 II		55	56	円	112	円	167	円
個別機能訓加算 (I) イ		56	57	円	114	円	170	円
個別機能訓加算 (I) ロ		76	77	円	154	円	231	円
サービス提供体制加算 II		18	19	円	37	円	55	円

(4) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して翌月10日までに利用者に請求し、利用者は、翌月指定日に郵便局・銀行引落とし及び翌月末までに現金払いの方法により支払います。

(5) 交通費

担当者が通常のサービス実施地域以外に訪問・出張する必要がある場合、事業者から請求があったときは、交通費の実費をお支払いいただきます。

(6) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

5 キャンセル規定

通所介護サービスの変更等について利用者が行った依頼を取り消す場合、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。尚キャンセル料につきましては契約書内のサービス内容説明書に記載してあります。

TEL 093-571-0214 ・ 093-482-1977

6 サービス利用に当たっての留意事項

- ① 介護者等又はその家族は、在宅中及び送迎途上等において要支援者等の心身の状況等に変化がみられた場合は、速やかに事業所の従業者に連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。
- ② 要支援者等は従業者の指導等がない限り、事業所に設置されている通所介護を行う為に必要な専用の機器及び器具をみだりに利用してはならない。
- ③ 要介護者等は事業所が提供するサービスを利用するにあたって、他のサービス利用者の迷惑となる行為・行動等を慎まなければならない。

7 虐待の防止等

当該事業所は、利用者の人権の擁護、身体拘束防止、及び虐待の発生又はその再発を防止するため以下に掲げる事項を実施する。

- (1) 虐待防止の為の対策を検討する委員会（テレビ電話等を活用して行うことができるものとする）を定期的で開催すると共にその結果について周知徹底を図る。

- (2) 虐待防止の為の指針を整備する。
- (3) 虐待を防止する為の定期的な研修を実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

8 利用者及び利用者家族等の禁止行為

(1) 利用者及び利用者家族等の禁止行為

例：コップを投げつける/蹴る/唾を吐く等

(2) 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

例：大声を発する/怒鳴る/特定の職員に嫌がらせをする

「この程度できて当然」等と理不尽なサービスを要求する等

(3) 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘い掛け好意的態度の要求等、性的いやがらせ行為）

例：必要もなく手や腕など身体を触る/抱きしめる/あからさまに性的な話をする等

9 職員の質の確保

当該事業所は職員の資質向上のために、その研修の機会を確保する。

当該事業所は全ての職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有するその他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。

10 非常災害対策

- ・防災設備 消火器
- ・防災訓練 年2回（利用者様及び職員の訓練を行います）

11 業務持続計画の策定等

当該事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する通所サービスの提供継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続に従い必要な措置を講じるものとする。

- 1) 当該事業所は職員に対し、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行うものとする。
- 2) 当該事業所は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うものとする。

12 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者などへ連絡をします。

13 事故発生時の対応方法

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

1.4 サービス提供記録保管

事業所は、サービス提供記録を、この契約終了後5年間保管し、利用者の求めに応じて閲覧させ、または複写物を交付します。ただし、複写に関しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

1.5 第三者評価の有無 当施設は第三者評価は実施しておりません。

1.6 利用者へのお願い

事業者が交付する、契約書・重要事項説明書等は大切に保管して下さい。

1.7 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者	管理者 井手口 隆
	担当者	生活相談員 白川文江 中脇義貴
	ご利用時間	毎日9時～17時
	ご利用方法	電話093-571-0214
	苦情箱	デイサービスセンターブルーノート入口 デイサービスセンターブルーノートサテライト入口

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

北九州市の相談窓口	門司区保健福祉課介護保険係	TEL331-1881 (内線472)
	小倉北区保健福祉課介護保険係	TEL582-3433 (直通)
	小倉南区保健福祉課介護保険係	TEL951-4111 (内線472)
	若松区保健福祉課介護保険係	TEL761-5321 (内線472)
	八幡東区保健福祉課介護保険係	TEL671-0801 (内線472)
	八幡西区保健福祉課介護保険係	TEL642-1441 (内線472)
	戸畑区保健福祉課介護保険係	TEL871-1501 (内線472)
福岡県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所在地	福岡市博多区吉塚本町13番47号
	電話番号	092(642)7858 FAX 092(642)7856 対応時間 9時～17時
地域包括支援 センター	センター名	
	所在地	北九州市
	電話番号	093- - 担当者

1.8 支援事業者(本社)の概要

名称・法人種別	医療法人心愛 山崎リゾートクリニック
代表者名	理事長 山崎 宏
本社所在地・連絡先	所在地 北九州市小倉北区熊谷二丁目1番4号 電話番号 093(571)0204 FAX 093(571)0297

1 9 損害賠償責任保険

保 険 会 社	あいおい損害保険株式会社
保 険 内 容	損害賠償保険

2 0 利用開始時リスク説明書

当事業所では利用者様が快適な生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、ご利用者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

《高齢者の特徴に関して》（ご理解いただきましたら□にチェックをお願いします。）

- 歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落などによる骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 通所施設は、自立した生活を営むことができるよう支援する施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血がしやすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより。脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合があります。
- 高齢者は感染に対する抵抗力が弱いため、容易に感染する恐れがあります。
- 本人の全身状態が悪化した場合、かかりつけ医へ連絡し、かかりつけ医の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

このことは、自宅でも起こりうることでありますので、十分に留意いただけますようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、ご遠慮なくお尋ねください。

私は、上記項目について、デイサービスセンター ブルーノートの管理者及び生活相談員より、利用者の貴施設利用時のリスクについて説明を受け、十分に理解し了承しました。

2 1 個人情報使用同意書

個人情報使用同意書

私_____、 およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- 1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握する為に必要の場合。
- 2) 上記 1 の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために

必要な場合。

3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行った時で医師・看護師等に説明する場合。

2. 個人情報を提供する事業所

- 1) 通所介護サービス計画書に掲載されている介護サービス事業所
- 2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することになった場合）

3. 使用する期間

サービスの提供をうける期間

4. 使用する条件

個人情報の利用については、必要最低限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。個人情報を使用した会議、相手方、個人情報の内容等の経過を記録する。

5. プライバシー保護

介護支援専門員と介護サービス事業所は、個人のプライバシーの保護を最重課題とする。

6. 個人情報の開示

ご本人や家族等から保有個人情報の開示を求められた場合は、原則として開示を行っています。

利用者の介護記録などに関する個人情報の開示を希望される方は、事業所の管理者または法人事務局（事務長）に申し出下さい。

速やかに開示するよう努力しますが、サービス継続に支障をきたす場合などには、情報を開示しない場合があります。

2 2 個人写真使用許可願

デイサービスセンター ブルーノートでは、行事や活動時等に写真撮影を行っています。

ご利用者様の素敵な笑顔を、ご家族様や介護支援事業者などへ発信し開けた施設を目指しています。

また事業所内、当法人ホームページにも掲示させていただきたく、使用許可をお伺いいたします。

ご利用者様、ご家族様のご理解とご協力をお願いいたします。

※写真使用の確認 ○印をお願いします。

不 可

サービスを利用するにあたり、重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受けて、上記のとおり契約を締結します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名のうえ、1通ずつ保有するものとします。

<利用者>

氏 名 _____

※利用者代理人を選任した場合

氏 名 _____

<事業者>

所在地 北九州市小倉北区木町1丁目4-39

事業者名 医療法人 心愛 デイサービスセンター ブルーノート

代表者名 理事長 山崎 宏

<説明者>

所 属 医療法人 心愛 デイサービスセンター ブルーノート

氏 名 _____