

通所介護サービス 重要事項説明書

(あすならホーム二階堂デイサービス)

< 2025年2月1日現在 >

あすならホーム二階堂デイサービスは介護保険の指定を受けています

指定番号 奈良県 2970400806

あすならホーム二階堂デイサービス（以下「事業所」という）は、ご利用者に対して通所介護サービス（以下「サービス」という）を提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 基本理念

- 1) お年寄りから子どもまで、みんなが安心して暮らせる地域や町であって欲しい。
それが、私たちの願いです。
- 2) 私たちは7つのことを大切にしています。
①利用者本位 ②喜びの共有 ③安全・安心な介護 ④生活の再建
⑤地域に開かれた組織 ⑥誠実で正直な運営 ⑦学習する気風と活気のある楽しい職場
- 3) 私たちは『あすなら10の基本ケア』の定着を目指しています。
①換気をする ②床に足をつけて椅子に座る ③トイレに座る
④あたたかい食事をする ⑤家庭浴に入る ⑥座って会話をする
⑦町内にお出かけをする ⑧夢中になれることをする
⑨ケア会議をする ⑩ターミナルケアをする

2. 事業者

- | | |
|----------|---------------------|
| 1) 法人名 | 社会福祉法人 協同福祉会 |
| 2) 代表者氏名 | 理事長 大國 康夫 |
| 3) 法人所在地 | 奈良県大和郡山市宮堂町字青木160番7 |
| 4) 電話番号 | 0743-57-1165 |
| 5) 設立年月日 | 1998年9月7日 |

3. 事業所の概要

- | | |
|-----------|---|
| 1) 事業所の種類 | 指定通所介護事業所 2007年7月1日指定
指定番号 奈良県 2970400806 |
| 2) 事業所の目的 | 通所介護サービスは、介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう |

に支援することを目的としてサービスを提供します。

3) 事業所の名称 あすならホーム二階堂デイサービス

4) 事業所の所在地 奈良県天理市荒蒔町61-2

5) 連絡先 電話 0743-64-5963

6) 管理者 安田 有喜

7) 通常事業の実施地域 天理市・磯城郡

*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

8) 開設年月日 2007年7月1日

9) 相談窓口 担当者(生活相談員) 安田 有喜、藤井 昌子、木住野 まゆみ
熊谷 至可

10) 事業所の概要

定員	一般型25名	静養室	1室 2床
食堂兼機能訓練室	1室 76.38㎡	相談室	1室
浴室	個人浴槽・3人浴槽	送迎車	4台

11) 事業所の職員体制

事業所に勤務する管理者及び職員等の職種、員数及び勤務内容は次のとおりとします。

(1) 管理者 1人

管理者は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行います。

(2) 生活相談員 1人以上

生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービスの調整、居宅介護支援事業者他の機関との連携において必要な役割を果たします。

(3) 看護職員 1人以上

看護職員は、利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行います。

(4) 介護職員 15人までは1人、利用者数が15人を超す場合は利用者が1人増すごとに0.2人を加えた数以上とします。

介護職員はデイサービスの提供にあたり利用者 の心身の状況を的確に把握し利用者に対し、適切な介助を行います。

(5) 機能訓練指導員 1人以上

日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者が行います。但し看護師及び相談員が兼務します。

*介護に直接携わる職員(医療・福祉関係の資格取得以外)は認知症介護基礎研修を受講し認知症対応力の向上を進めていきます。

4. デイサービス内容と特徴

1) 営業日営業時間

①営業日 年中無休（日曜日、祝祭日、お盆、お正月も営業します）

②営業時間 午前8時00分～午後7時30分

③サービス提供時間 午前9時30分～午後6時30分

2) 夕食サービス

夕食を食べていただいてからお送りする事が出来ます。

帰宅時刻の目安は午後6時30分～午後7時00分になります。

3) 送迎

①通常の実施地域は送迎できます。

送迎費：通常の実施地域を越えた地点から1kmごとに100円

②送迎は、通所介護のサービス時間には含まれません。

介助を実施するのは車の乗降までになりますので、出迎えをお願いします。

③お迎えの前に電話連絡をいたします。

④ご利用者の変動や交通渋滞等で送迎時刻が前後する場合があります。

⑤送迎中の途中下車はお断りします。

迎車 午前8時00分～午前9時30分までの間

送車（早便） あすならホーム二階堂 午後5時00分発

（遅便） あすならホーム二階堂 午後6時15分発（夕食まで利用の場合に限る）

4) 体調の確認

ご利用ごとにご本人の様子を観察し、体調を確認します。

※体調が悪く、必要と判断した場合は体温、血圧、脈拍を測定します。

体調が悪い場合は、サービスを中止し帰宅していただく場合があります。

また、体調不良のためサービス内容を変更する場合があります。

5) 入浴について

ご利用者と介護職の1対1対応で個人浴槽、3人浴槽に入浴していただきます
（入浴時間）

午後1時00分～午後3時00分

※医師等から入浴を禁止された場合は、速やかにその旨をお知らせください。

6) 食事について

栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体状況、及び嗜好を考慮した食事を提供します。

ご利用者の自立支援のため、離床して食堂で食事をとっていただきます。

（食事時間）

昼食：午前12時00分～午後1時00分

夕食：午後 5時30分～午後6時00分（希望される方）

※来所されてからの食事のキャンセルはできません。

7) 生活リハビリについて

日常生活動作能力が低下しないように援助します。

レクリエーション、体操等を通して、楽しいリハビリを心掛けます。

オムツをせず、トイレ誘導や車椅子から椅子への座り換えなどの生活リハビリを優先して拘縮・廃用症候群の予防をしていきます。

8) 感染症対策の強化と業務継続に向けた取り組み

＊感染症の発生及びまん延等に関する取組として、委員会の開催、指針の整備、研修や訓練の実施を行います。

＊感染症や災害が発生した場合でもあっても、必要な介護サービスの業務継続に向けた計画等の策定、研修や訓練の実施を行います。

9) 高齢者虐待の発生又はその防止の取り組み

＊虐待の発生又はその防止のための対策を検討する委員会の開催をします。

＊虐待の防止のための指針の整備をします。

＊虐待の防止のための研修を行い、担当者を施設長とします。

10) 時間延長サービス

ご利用者・ご家族の希望により営業時間内で時間延長サービスを提供することが可能です。ただし、送迎できない場合があります。

営業時間を越えての時間延長サービスは自己負担金が発生することがあります。

11) 生活相談等

生活相談員が、ご利用者及びご家族の生活相談をお受けしますので、上記の相談窓口までお気軽にご相談ください。

5. 協力医療機関

1) クリニックせんざい 天理市杉本町175-6 0743-62-2111
診療科目：内科・外科

2) 高井病院 天理市蔵之庄町470-8 0743-65-0372
診療科目：内科・外科 など ベッド数：376床

6. 事故の危険性とその対応

1) 慣れ親しんだ自宅からデイサービスを利用され、不慣れな環境での生活になることから転倒される危険性が非常に高くなります。当事業所として介護で配慮は致しますが、完全には転倒を防ぎきれないことをご理解ください。

2) 転倒など当事業所で起こったけがを理由に受診する場合があります。

主治医がおられる場合は極力その医療機関で受診していただきます。

主治医で診察できない場合は当事業所の協力病院で診察していただきます。

治療にかかる費用はご本人負担でお願いします。

3) 利用時に「ターミナルケアの意向伺い書」に緊急時対応のご記入を必ずお願いします。

＜協同福祉会の介護サービスの利用についてのお願いと同意＞

1) 「あすなら 10 の基本ケア」に沿ってケアを行います。

① ケアプラン・介護サービス計画書（別紙）に同意してケアの提供を受けます。

② ご利用者・ご家族（代理人）は、「10 の基本ケア」の説明をうけて、協同福祉会のケアを理解してサービスの提供を受けます

2) サービスの提供中に万一の転倒により骨折が起こりうる場合があることに了承し、同意します。（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ケアマネジャー、所属長が相談してケアプラン・介護サービス計画書に反映します）

① 下半身筋力低下にともない、施設でも自宅でも転倒して骨折することがあります。転倒による骨折を減らすための機能訓練（生活リハビリによる下肢筋力維持訓練）に同意します。一切の拘束や薬による抑制はしないことに了承します。

② 拘束は行いませんので（ベッド柵や手すりを廃止しています）、リスクとして転倒して骨折が生じる可能性があります。自宅や施設内での転倒骨折が生じても入院期間を短くし退院を促し生活リハビリを行うことを理解し了承します。

③ 生活リハビリに必要な福祉用具（あすなら仕様のリハビリタンス等）を設置するのに同意します。

3) パーキンソン病について

① 薬が効いている時間帯とそうでない時間帯での状態が違いますので、薬が効いていない時間帯に急変があることを理解して介護を受けることに了承します。

② 喉頭蓋の機能低下や筋力の硬直などが原因で誤嚥性肺炎や窒息のリスクを理解して介護を受けることに了承します。

③ パーキンソン病は進行していきますので、急変もあることを主治医から説明を受けて理解して介護を受けることに了承します。

4) 若年性認知症（65 歳までに認知症を発病された人）のご利用者について

① 特別体制として、人間力のある職員を配置しますが、突然に行方不明になったり、高いところから転落したりすることがあることを承知して介護を受けます。行方不明になった場合は職員が全力で捜索しますが、10 分経過し、見つからない場合は警察に届け、協力をお願いして引き続き探すことに同意します。また、在宅の場合は日常的に協力できる地域の人をお願いしていくことに同意します。

② 病気の進行の早い人が多いようですが、極力薬はやめて生活できることを優先する介護やオムツはやめて散歩、お出かけなどを優先する介護に同意します。

③ 職員や他の利用者へのセクハラなどがある場合は話を聞いて、対策を一緒に協議します。

5) お年寄り（おおむね 75 歳以上の人）は平均 8 つ以上の病気をもっていますので、病気と付き合って生活をしていくことを理解しています。

6) いままで、慢性疾患がなく健康な人が脳梗塞の発作に見舞われた場合は、発症後 4 時間以内なら回復の可能性が高く、救急救命・延命治療を受けることがよいので、そのような場合は救急車を呼ぶことに同意します。

7) お年寄り（おおむね 75 歳以上）は風邪等でも食べたものが逆流して喉に詰まることが多くなることを理解します。

① 看護師、介護士で喉に詰まっているものを発見して取り除いてもらいます。

② 主治医か救急車を呼び再逆流がなくなるのを確認してもらいます。

③ 喉に物が詰まり万が一、亡くなる場合があることを理解しています。

8) 事故が起きた場合はご家族（代理人）とケアマネジャーと事業所長（施設長、苑長、園長）、エリアマネジャー、総務担当職員が集まり話し合いをして保険対応します。

①医療費は自己負担でお願いします。

②介護保険制度に基づきケアプラン・介護サービス計画書にそって介護をしていますので、自宅と同じですので、そのことを理解して同意します。

9) 個人情報保護のため契約時に同意を頂いたご家族（代理人）との話し合いとなること、家族等への連絡も契約時のご家族から行うことを同意します。

7. 料金の内訳と支払

1) 介護保険適用料金（別紙をご覧ください）

＊介護報酬等の改定で料金に変更がある場合は、「介護サービス一覧表」を改定してお渡しいたします。

2) 全額自己負担金額

①昼食代1食：800円 ②おやつ代1食：100円 ③夕食代1食：800円（希望者）

④送迎費 通常の実施地域を越えた地点から1kmごとに100円

⑤おむつ代実費（リハビリパンツ・テープオムツ100円、フラット・パット50円）

⑥その他 上記の他、レクリエーションに係る費用は自己負担となります。

3) キャンセル料

前日の午後5時までにご連絡いただくことなくサービスを中止された場合、料金の全部または一部をお支払い頂く場合があります。

4) お支払方法

毎月、月単位の金額の請求書は15日を目途にお渡しし、27日に引き落とすことを基本とします。請求書とともに前月の領収書をお渡しします。

5) 複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費（1枚につき20円）をご負担いただきます。

8. サービスの利用方法

1) サービスの利用開始

契約と同時にサービス計画書を作成し、居宅介護支援専門員のプランに沿ってサービスを開始します。

2) サービスの中止

ご利用者の体調不良の理由により、通所介護の実施が困難な場合は、サービスを中止することができます。

3) サービスの終了

①ご利用者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1週間前までにお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。
その場合は、終了1ヵ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者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ご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）になった場合
- ・ご利用者の要介護認定区分が要介護から要支援になった場合（継続して利用を希望される場合は、介護予防通所型サービスの契約が必要になります）
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

- ・当事業所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、ご利用者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、または当事業所が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払を1ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又はご利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従事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、文書で通知することにより即座に契約を終了させて頂く場合があります。

9. 事故発生時の対応

ご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には、損害賠償を速やかに行います。

10. 緊急時における対応方法

サービスの提供中にご利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講じます。

11. 非常災害対策

1. サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業員はご利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
2. 防火訓練計画により、年2回の避難訓練の実施とともに、消火設備等の点検を行うものとしします。

12. 身体拘束等の適正化の推進

利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

身体拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

13. サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価は行ってはいませんが、地域住民の方の話を聞く「ケアラーの会」を定期的を開催しています。

14. 秘密保持

- 1) 事業所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を漏らしません。
- 2) 事業所は、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ご利用者又はそのご家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

15. その他重要事項

○従業者に対する贈り物や飲食のもてなしはご遠慮させていただきます。

○事業所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が生じた場合、弁償して頂く場合があります。

○他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、自己の責任で管理することを基本とします。

・金銭の持ち込みによる盗難、紛失などの責任は負いかねます。

・貴重品（貴金属類）、補聴器、義歯、眼鏡、腕時計についてはお預かりできません。

お預かりしていない所持品の紛失や破損などの責任は負いかねます。

16. 相談窓口受付について

○相談窓口（事業所）

担当：あすならホーム二階堂 デイサービス

受付時間：午前9時00分～午後5時00分（年中無休）

17. 苦情相談窓口

- 1) 相談や苦情などがございましたら、協同福祉会の窓口まで遠慮なくお申し出ください。

○苦情・相談窓口（事業所）

担当：あすならホーム二階堂 施設長

電話 0743-64-5963

FAX 0743-64-0207

○苦情・相談窓口（法人本部）

担当：協同福祉会 経理総務部 課長

電話 0743-57-1165

FAX 0743-57-1170

○受付時間 午前9時00分～午後5時00分（年中無休）

また、受付カウンターに苦情・意見受付ボックスを設置しています。

2）当法人以外にも相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

①天理市役所 介護福祉課

電話 0743-63-1001

FAX 0743-63-2344

②奈良県国民健康保険団体連合会

電話 0744-21-6811

FAX 0744-21-6822

フリーダイヤル 0120-21-6899

③奈良県社会福祉協議会

電話 0744-29-0100

____年 ____月 ____日

通所介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

法人名 社会福祉法人 協同福祉会

事業所住所 奈良県天理市荒蒔町61-2

事業所名 あすならホーム二階堂デイサービス

説明者 氏名 _____

私は、本書面により、あすならホーム二階堂デイサービスから通所介護サービスについての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住所 _____

 氏名 _____

代理人 住所 _____

(ご家族)

 氏名 _____

(ご利用者との続柄 _____)