

# ぽれぼれ登美ヶ丘 宿泊サービス生活介護

(介護保険適用外)

## 重要事項説明書

年 月 日

宿泊サービスの提供開始にあたり、「利用者」と及び「身元引受人」、「事業者」は、以下の条項に基づく契約書の内容と別紙にある個人情報利用等同意書に合意し、本契約書2通を作成、記名の上、各自その1通を保有します。

利用者（契約者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_

氏名（続柄） \_\_\_\_\_

署名代行人 住所 \_\_\_\_\_

氏名（続柄） \_\_\_\_\_

事業者 住所 奈良市登美ヶ丘二丁目2番15号

事業者名 株式会社ひまわりの会

代表者名 酒井 建次

説明者 事業所名 ぽれぼれ登美ヶ丘

説明者氏名 \_\_\_\_\_

この重要事項説明書は、ご利用者が、宿泊サービス生活介護を受けられるに際し、予めご利用者やそのご家族に対し、当事業所の概要や従事者などの勤務体制、その他のご利用者のサービスの選択に資すると認められる重要な事項を記したものです。ご利用者にこの文書を交付して、ご説明申しあげることは、事業者の義務として法令上規定されています。

## 1. 当社が提供するサービスについての相談・苦情受付窓口

電話番号 0742-30-5103

担当窓口 渡邊 知子（月～土 午前9時～午後5時）

## 2. 事業の目的

この事業は、株式会社ひまわりの会が開設するぽれぽれ登美ヶ丘事業所が行う宿泊サービス生活介護の事業の適正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、要介護の状態にある高齢者に対し、ひとりひとりゆっくりと穏やかに生活していただけるよう適正な介護サービスを提供することを目的とします。

## 3. 運営方針

- (1) 「尽道樂生」～ゆっくり、楽しく、ご一緒に～の理念のもと「笑い」と「穏やかな生活」を常に求め、ひとりひとりの尊厳を大切にしてお世話をさせていただきます。
- (2) 家庭的な環境のもとで日常生活上のお世話及び生活リハビリテーションを行い、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援助を行います。
- (3) 健康維持のため健康管理に努め、協力医療機関との連携を密にします。
- (4) 自然との触れ合いを大切にします。
- (5) 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 4. 事業所の概要

事業所の名称	ぽれぽれ登美ヶ丘
事業所の所在地	〒631-0004 奈良市登美ヶ丘二丁目2番15号
責任者	渡邊 知子
電話番号	0742-30-5103
FAX番号	0742-43-1247

## 5. 施設の概要

建物	構造	鉄筋コンクリート2階建
利用定員	5名	

設 備	リビング	1室（オープンキッチン付き）
	浴 室	1室（リフト付き）
	便 所	1カ所
	厨 房	1室

## 6. サービスの内容

種 類	時 間	内 容
食 事	朝食 8時00分～ 夕食 18時00分～	<ul style="list-style-type: none"> <li>温かい食事を提供します。</li> <li>ゆっくり、召し上がっていただきます。</li> <li>栄養のバランスを考えて食事を提供します。</li> </ul>
排 泄	随時	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な排泄介助を行うとともに残存能力を維持できるように援助を行います。</li> </ul>
入 浴	随時	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて入浴していただきます。</li> </ul>
衣服着脱等	随時	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な整容が行われるよう毎日援助します。</li> <li>清潔な衣服を着ていただきます。</li> </ul>
寝具準備 睡 眠	20時～22時頃	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活のリズムを考えた睡眠をとっていただきます。</li> <li>シーツは週1回交換します。但し汚れた場合はその都度交換します。</li> </ul>
生活リハビリ	随時	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活をとおして、能力に応じ、調理・洗濯・掃除・整容等出来ることはしていただきます。</li> </ul>
健康管理	随時	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急等必要な場合には協力医療機関等へ受診いただきます。</li> </ul>
協力医療機関	① 松下クリニック ② 西奈良中央病院 ③ YASデンタルクリニック ④ 信貴山メンタルクリニック学園前 ⑤ ひばりメディカルクリニック	奈良市登美ヶ丘2-5-21 ☎ 0742-48-6022 奈良市鶴舞西町1-15 ☎ 0742-43-3333 奈良市登美ヶ丘2-2-17 ☎ 0742-48-0181 奈良市学園北1-13-10 ☎ 0742-51-4111 奈良市三碓6-9-23

電話 0742-49-8700		
相談及び援助	随時	利用者及びそのご家族からの福祉、医療、保険等のいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

## 7. サービス利用料

種類	利用料	備考
基本料金	施設利用料 6,600円（税込）	1泊につき
食事代	朝食 429円（税込） 夕食 924円（税込）  介護食（ミキサー・きざみ・トロミ） +110円（税込）	1食につき
おむつ代	尿とりパット 55円（税込） フラット 77円（税込） パンツタイプ 143円（税込） テープタイプ 187円（税込）	ケース単位購入の場合、割安になります。
備品・消耗品代	1,100円（税込）	1泊につき
同行費・代行費	880円（税込）	利用者申し出による場合 15分につき
電気代	66円（税込）	1台につき1泊につき
その他	外食・喫茶・駐車料金等は実費をいただきます。	

## 8. サービスの中止

- (1) 利用予定日の前に、ご利用者の都合でサービスを中止する場合は、前日17時までに申し出てください。
- (2) 前日の17時以降のサービス中止は、キャンセル料870円（非課税）を申し受けます。但し日程変更の場合はこの限りではありません。
- (3) ご利用者の体調が良好でなく、医師の判断等により施設での生活に支障があると判断した場合、利用期間中でもサービスを中止することができます。

## 9. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

お問い合わせ	・ お電話でご相談
利用申込み	・ 利用申込書をご提出
健康診断書	・ ご利用者の健康診断書をご提出
面談	・ ご利用者に面談

ご 契 約	・・ 契約書に署名
ご利用開始	・・ サービスの提供を開始

## (2) サービスの終了

### ① ご利用者からサービスを終了する場合

- ア. サービス終了を希望する日の前日 17 時までにお申し出下さい。
- イ. 次の場合、ご利用者は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。

- ・ 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
- ・ ご利用者またはご家族などに社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 当社が破産した場合

### ② 当社から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いただく場合がございます。その場合は、終了 1 カ月前までに文書で通知いたします。

- ・ ご利用者がサービス利用料金の支払いを 3 カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 1 週間以内に支払われない場合
- ・ 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
- ・ ご利用者が入院もしくは病気等により、3 カ月以上にわたってサービスが利用できない状態が明らかになった場合
- ・ ご利用者またはご家族の方等が事業所やその従業員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

### ③ 自動的に終了する場合

- ・ 当社デイサービスの契約が終了した場合
- ・ ご利用者が介護福祉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（自立等）と認定された場合

但し、条件を変更して再度ご契約可能な場合がありますのでご相談下さい。

- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合

## 10. ご利用料の支払い方法

毎月、10 日頃に前月分のご請求をさせていただきます。

- ・ 南都銀行・ゆうちょ銀行の自動引落とさせていただきます。どちらの支店でも結構です。

所定の用紙を別途お渡しします。毎月 18 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に自動引落させていただきます。

- ・ やむを得ない事情がある方のみ下記へ 20 日迄にお振込み下さい。

振込先：南都銀行 学園前支店 普通預金 口座番号 0733095  
口座名義人 株式会社ひまわりの会 代表取締役 酒井建次

## 11. 緊急時の対応方法

- (1) サービスの提供中にご利用者の容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、ご家族、主治医、救急隊、医療機関、居宅介護支援事業者などに連絡します。
- (2) 利用中の体調の変化には職員が十分な注意を払いますが、健康状態について、留意すべき点があれば事前に申し出をお願いします。また利用中に気分が悪くなつた場合には申し出をお願いします。

## 12. ご利用中に起こりうるリスクについて

当施設ではご利用者が快適な生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、ご利用者の身体状況や病気にもなう様々な症状が原因となり、下記の危険性があることを十分にご理解ください。

### 《高齢者の特徴に関して》

- 歩行時の転倒、ベッドや車いす、椅子、便座からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷等の恐れがあります。
  - 当施設では、原則的に身体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、通常の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でき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、皮下出血ができやすい状態にあります。
  - 加齢や認知症の進行により、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、脳や心臓の疾患等から急変・急死される場合もあります。
  - 入居者の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- 
- 特に\_\_\_\_\_様は、身体状況及び服用されている薬の影響等から、( )を起こしやすいと考えられます。

これらのこととは、ご自宅でも起こり得ることですので、ご理解いただきますようお願い申し上げます。

## 13. 事故発生時の対応方法について

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置や医療機関への連絡等の必要な措置を講ずるとともに、ご利用者の家族に連絡を行います。また、必要に応じて市町村に報告します。
- (2) 最善の注意をもってサービス提供を行うよう努めておりますが、通常の注意義務を超えて事故等が発生し、その原因が当事業所に起因しない場合には、責任を負

いかねる場合があることを、予めご了承ください。よって例えば、完全な転倒防止等をお約束することはいたしかねます。

#### 14. 非常災害対策

- 非常時対応 : 消防計画により対応を行います。
- 防火責任者 : 鳥井 達
- 訓練 練 : 年2回 夜間を想定した防火訓練・救出訓練を行います。
- 非常食の確保 : 非常食、飲用水、日常品等の確保を行います。

#### 15. ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	ご来訪およびお電話は、原則9時～20時にお願い致します。他のご利用者の迷惑にならないようにご留意下さい。
医療機関の受診	原則的には協力病院・医院にて受診いただきます。なお、ご家族とご相談の上、かかりつけ医での受診も可能です。
居室の利用	ご家族とご相談の上、居室を決めさせていただきますが、介護上必要な場合には、変更させていただきます。
居室・設備・器具	居室・設備・器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用で万が一破損した場合、賠償していただくことがあります。
迷惑行為等	騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所持品の管理	当事業所にて管理させていただきます。従って、所持品すべてにお名前をご記入下さい。
貴重品の管理	紛失等考えられますので持ち込まないようお願いします。
宗教・政治活動	他のご利用者への活動はご遠慮下さい。
動物の持ち込み	施設内のペットの持ち込みはお断りします。
その他	ご不明な点は電話等でお問い合わせ下さい。

#### 16. 虐待の防止

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止の為に、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律第124号)」を遵守します。ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。

#### 17. サービス実施の記録と事業計画の閲覧について

- (1) 事業者は、介護計画及びサービスに関する記録をそのサービスの完結後2年間保存します。

(2) ご利用者は事業者の営業時間内にその事業所において、事業計画を閲覧できます。

#### 18. サービス内容に関する苦情

株式会社ひまわりの会苦情・相談受付窓口(本部)

電話0120-532-315

奈良県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談苦情窓口

電話0120-21-6899

奈良市福祉部介護福祉課

電話0742-34-5422

奈良市福祉部福祉政策課

電話0742-34-5196

(別紙)

## 個人情報利用等同意書

私及び私の家族は、貴社が私及び私の家族の個人情報を以下のとおり取得、利用及び第三者に提供することに同意します。

記

### 1 取得する個人情報

- ① 氏名、住所、性別、生年月日、電話番号、メールアドレスなどの本人確認に関する情報
- ② 顔画像等の特定の個人を識別することができる情報
- ③ 健康情報、病歴、障害に関する情報
- ④ 金融機関口座に関する情報、決済及びその方法に関する情報
- ⑤ その他貴社への問合せ、ご連絡に関する情報

### 2 利用目的

- ① サービス提供のため。
- ② サービスの提供に伴い発生した会計・経理に関する業務、入退所等の管理及び事故の報告等のため。
- ③ 貴社が、利用者の利用する他の事業者の担当者との間で担当者会議を行い、情報を共有するため。
- ④ 支援事業所等との連携及び連絡調整のため。
- ⑤ サービス提供中に病院に行ったときに、医師・看護師等医療関係者に説明するため。
- ⑥ 損害賠償保険などに係る保険会社等へ相談又は届出等を行うため。
- ⑦ 利用の有無、利用時の様子に関し家族への状況を説明するため。
- ⑧ 上記各号にかかわらず、緊急を要する際に家族への連絡を行うため。
- ⑨ その他上記目的に付随する業務を行うため。

### 3 個人情報の第三者提供

上記2記載のうち③～⑨までの目的で第三者に個人情報を提供する。

以上