

## ケアハウス シービュー豊洋 重要事項説明書

### 1. 事業者の概要

|         |  |
|---------|--|
| 法人種別・名称 | 社会福祉法人 黎明福祉会   |
| 代表者     | 理事長 石川 洋一  |
| 所在地・連絡先 | 熊本県宇城市三角町里浦2855-5<br>(電話) 0964-54-1100<br>(FAX) 0964-54-1102 |

### 2. 事業所の概要

|         |  |
|---------|--|
| 施設名     | ケアハウス シービュー豊洋  |
| 所在地・連絡先 | 熊本県宇城市三角町里浦2855-1<br>(電話) 0964-54-1500<br>(FAX) 0964-54-1102 |
| 施設長名    | 石川 洋一  |

### 3. 施設の目的及び運営方針

#### (1) 施設の目的

身体機能の低下等により自立した日常生活を営むことについて不安があると認められる者に、食事の提供、入浴の準備、相談及び援助等その他日常生活上必要な便宜を提供することにより、人としての尊厳が守られ、安心して生き生きと明るい自立した生活が出来るようにすることを目的とする

#### (2) 運営方針

「利用者主体・安心できる生活」に努め、各市町村及び関係機関、地域社会と密接な連携を図ると共に、老人福祉の向上を目指します。

#### 4. 施設の概要

##### (1) 構造等

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 建 物   |                         |
| 構造    |                         |
| 延べ床面積 | 1.610.63 m <sup>2</sup> |
| 利用人員  | 30名 (夫婦等3組)             |

##### (2) 居室

|      |       |                |
|------|-------|----------------|
| 一人部屋 | 25.54 | m <sup>2</sup> |
| 二人部屋 | 40.49 | m <sup>2</sup> |

##### (3) 主な設備

談話室 (各階)、図書室、食堂、調理室、浴室 (男性用・女性用)、大集会室、各階トイレ。

#### 5. 施設の職員体制

| 従業員の種類 | 定 員 | 区 分    |     | 職務内容              |
|--------|-----|--------|-----|-------------------|
|        |     | 常勤     | 非常勤 |                   |
| 施設長    | 1   | 1 (兼務) |     | 施設の運営・管理          |
| 事務員    | 1   | 1 (兼務) |     | 事務全般              |
| 生活相談員  | 1   | 1      |     | サービス計画作成・指導・相談・援助 |
| 介護員    | 1   | 1      | 2   | 生活全般の介護           |
| 調理員    | 適当数 | 2 (専従) |     | 調理に関する事           |

#### 6. 職員の勤務体系

|       |                     |  |
|-------|---------------------|--|
| 施設長   | 8 : 30 ~ 17 : 30    |  |
| 事務員   | 日勤 8 : 30 ~ 17 : 30 | 遅出 9 : 30 ~ 18 : 30                        |
| 生活相談員 | 日勤 8 : 30 ~ 17 : 30 | 遅出 9 : 30 ~ 18 : 30<br>早出 8 : 00 ~ 17 : 00 |
| 介護員   | 日勤 8 : 30 ~ 17 : 30 | 遅出 9 : 30 ~ 18 : 30<br>早出 8 : 00 ~ 17 : 00 |
| 調理員   | 本館調理時間に準ずる。         |  |

※ 週40時間の勤務である。

## 7. 施設サービスの内容と費用

### (1) サービス内容

#### ※ 食 事

栄養士のたてる献立により栄養並びにご利用者の身体の状態を考慮し、年2回の嗜好調査を参考に提供致します。他の御利用者との交流の機会を得る為にも食堂での食事を基本とします。身体状況によっては居室配膳を行います。

#### < 食事 時間 >

朝 食 8 : 0 0 ~ 9 : 0 0

昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0

夕 食 1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 (冬季は 17 : 00 から)

#### ※ 入 浴

男性用浴室と女性用浴室に分かれており温泉が分湯されています。利用日は、月曜日・火曜日・木曜日・土曜日となります。

午後 1 2 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0

(訪問介護等をご利用される方も大浴室をご利用できます。)

#### ※ 健康管理

週 1 回 血圧測定

月 1 回 体重測定

年 1 回 定期健康診断

- ・ 緊急時には協力病院にて即対応を行います。(済生会みすみ病院)
- ・ ご利用者のかかりつけ病院はご自由です。併設施設での嘱託医をご利用されることも出来ます。

・  
(内科→佐藤医院 火曜日・金曜日)  
(眼科→勝目医院 月 2 回 第 2、第 4 月曜日)  
(歯科→みすみ歯科クリニック 随時 )

- ・ レクリエーション 毎日 2 階フロアにて、体操・ゲーム・うた・しりと  
り等行います。 ドライブ等実費費用が必要となる  
場合があります。

## 8. 利用料金のお支払い方法

口座引き落としにてお願い致します。

毎月末の施設費用、電気料・電話料・水道代（月 2,000 円）  
運営費（月 3,000 円）を精算させて頂き、翌月 20 日引き落としとなります。

## 9. サービス内容による苦情等相談窓口

|         |              |
|---------|--------------|
| 窓口責任者   | 成松 照子 橋本 和実  |
| 時間      | 8：30～17：30   |
| 電話      | 0964-54-1500 |
| FAX     | 0964-54-1102 |
| 面接      | ケアハウス図書室     |
| ご意見箱の設置 | 血圧測定事務室前     |

別紙苦情処理対応マニュアル添付

## 10. 感染症対策

感染症及び食中毒の発生・蔓延を防ぐ為感染症対策委員会を定期的を開催し職員へ周知徹底すると共に、職員研修を行います。又感染症の発生が疑われる場合には感染症対策の指針に従い対応致します。

衛生管理の下、外部業者での害虫駆除及び月 2 回の居室の衛生点検を行います。

### 11. 事故発生・再発防止の為の措置

事故発生の報告・分析・改善の対策を行い、事故防止委員会の協力の元、職員研修を行います。

### 12. 非常災害時の対応

#### (1) 非常時の対応

別途に定める「消防計画」により、対応致します。

#### (2) 避難訓練及び防災設備

「消防計画」により、年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者にも参加して頂きます。

※ 避難用スロープ・自動火災報知器・誘導灯・屋内消火栓 消火器・防火扉・スプリンクラーが整備されています。

※ カーテン等は防災性能のある物を使用して頂きます。

### 1 3. 介護保険サービス等の利用

身体状況の変化などによって日常生活上の援助及び介護を要する状態になった場合には、介護保険サービスが適切に利用できるよう配慮し安心した生活が送れるよう説明・助言を行い、居宅介護支援センターや包括支援センターとの連携を図ります。

### 1 4. 自主活動への参加

自由に趣味教養活動や活動・行事など行ない、地域との連携を図り介護予防に努めて参ります。

### 1 5. 虐待防止について

法律規則を遵守し高齢者の尊厳を守って参ります。

### 1 6. 個人情報の保護

個人情報の観点により、個人の情報を漏洩いたしません。やもえず必要となる場合には、御本人又はご家族の承諾を頂く物と致します。

### 1 7. 外泊・外出

事前に届け用紙にてお知らせ頂きます。

### 1 8. 迷惑行為等

雑音など他の入居者の迷惑行為にならないようお願いします。又認知症などにより迷惑行為等が生じた場合には、適切な助言を行い施設の紹介などをさせて頂く場合があります。

宗教活動・政治活動は固く禁じております。

ペットなどの持ち込み飼育はお断りしております。

### 1 9. 身体拘束廃止等

甲の生命又は身体を保護する為緊急やむ得ない場合を除き、身体的拘束、隔離、行動制限等しません。必要時においては、必ず同意書を頂き定期的に経過観察記録を残すこととします。身体的拘束適正化検討委員会において、施設全体で情報を共有し、再発防止に努めます。

当施設は、重要事項説明書に基づいてサービス内容及び説明を行ないました。

私は、重要事項説明書に基づいての説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

身元引受人 住 所

氏 名

令和 年 月 日

説明者

職 名

氏 名