

軽費老人ホーム（ケアハウス）

グリーンハイツとよた

重要事項説明書

社会福祉法人 豊寿会

1. 事業者主体概要

事業者の名称	社会福祉法人 豊寿会
事業者の所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 穎原 尚 吾
電話番号	083-768-0051

2. 利用施設

施設の名称	軽費老人ホーム（ケアハウス）グリーンハイツとよた
施設の所在地	山口県下関市豊田町大字荒木10051-2
施設長氏名	浅 山 浩 史
電話番号	083-768-0601
FAX 番号	083-768-0923
設立年月日	平成6年5月16日
損害賠償責任保険加入先	保険（損害保険ジャパン日本興亜株式会社）

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>ケアハウスは、一人暮らしや夫婦のみの高齢者が自立した生活を維持できるよう工夫された、いわゆる「ケア付き住宅」で、車椅子での生活を容易にする構造・設備を備えるなど、住宅としての機能を重視した施設です。ここでは、給食や入浴などの生活の基本となるサービスを提供するほか、身体機能の低下等により介護を要する状況となっても介護保険制度の居住サービスを利用することにより、自立した生活を維持できるように配慮しています。</p>
施設運営の方針	<p>居宅における生活への復帰が可能な場合には復帰を念頭におき、その他の場合には、生活の場として高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者の自主性の尊重を基本として、入居者が明るく心豊かな生活ができるよう、相談・助言等の援助、食事の提供、入浴設備の提供、疾病・災害等緊急時の対応、居宅サービスの利用への協力、余暇活動の支援等、利用者が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に万全を期することを基本方針としています。</p>

4. 職員体制 (R5.11.1日現在)

従業者の職種	員数	区 分					職 務	保有資格
		常 勤			非 常 勤			
		専 従	兼 務	出 向	専 従	兼 務		
施設長	1		1				施設長 事務統括	社会福祉主事 介護支援専門員
生活相談員	1	1					入居者の生活相談、 面接、援助	介護福祉士 介護支援専門員
介護職員	5	4			1		入居者の日常生活 の介護、援助	介護福祉士
※給食業務は日清医療食品株式会社に委託								

5. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施 設 長	正規の勤務時間帯 (8:30 ~ 17:15)	4週8休
生 活 相 談 員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早番A (7:30 ~ 16:15) ・ 早番B (7:30 ~ 14:15) ・ 日勤 (8:30 ~ 17:15) 	原則として 4週8休
介 護 職 員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 遅番C (9:45 ~ 18:30) ・ 遅番D (11:15 ~ 18:00) 	

6. 利用定員 ケアハウスの入居者定員は、50名とする。

7. 施設の概要

1. 敷地及び建物

敷 地	30, 239㎡ (ほたるホームとよたと共用)	
構 造	構造	鉄筋コンクリート造 3階建 (耐火建築)
	延べ床面積	2,002.15㎡
	利用定員	50名

2. 主な設備

設備の種類	数	面 積	一人あたりの面積
居 室	50室	1124.76㎡	22.49㎡
談話室・娯楽室	3室	41.31㎡	—
食 堂	1室	137.54㎡	—
浴 室	2室	57.3㎡	—
便 所	2箇所	11.16㎡	—
洗濯室又は洗濯場	3室	15.44㎡	—

8. 施設サービスの内容

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の立てる献立表により、栄養面と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事時間 朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 17：15～
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日の入浴を可能としています（14：00～18：30）。 ※ ヘルパー利用者のみ13：00からの入浴が可能
緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う手続き	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症等により入居者又は他の入居者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行うことがあります。 ① 身体拘束が必要な場合は、入居者又は家族に説明をし、同意を得て実施します。 ② 身体拘束を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。 ③ 身体拘束を行う場合は、当施設の身体拘束廃止委員会にてカンファレンスを行い、拘束の必要性を判断するものとします。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって連絡対応致します。 ・ 入居者が医療機関にて介添えを必要とする場合は、原則として、御家族の対応をお願いします。
事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故発生時の際には以下の手順による対応を行います。 ① 入居者への対応（可能なかぎりの応急処置。救急連絡。協力医療機関との連携。施設の施設長、事務長、生活相談員への報告。） ② 入居者の家族への連絡（すみやかに事実を伝える。） ③ 事故状況把握（事故報告書の記載。） ④ 関係機関への届出報告（事故の程度・状況に応じて保健所等関係行政機関、警察、保険会社へ連絡。） ⑤ 入居者家族への対応（事故原因等を調査し明確にした上で、適切な対応をはかる。）
事故の原因解明	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活相談員が事故当事者並びに関係職員全てに事実確認を致します。その上で、日時の流れ、予見できる行動等の過去の記録を確認するとともに、各サービス担当者の専門知識を参考にしながら原因を解明していきます。
事故防止への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「ひやり」とした事例や「はっ」とした事例を日頃から記録に残し、職員会議等で事例研修に励むとともに、予見される事故が繰り返し起こらないよう改善策を実施しています。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設は、入居者及びその御家族から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。 （相談窓口） 生活相談員 西村 高志（ニシムラ タカシ）

虐待防止への対策	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（入居者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、再発の確実な防止策を講じるとともに、市へ報告します。 当施設は、入居者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するため、担当者を置きます。（担当者：西村生活相談員）
----------	---

2. 損害賠償責任保険

当施設は、万一の傷害事故等に対して、保険（損害保険ジャパン日本興亜株式会社）に加入しております。

9. 協力医療機関

医療機関の名称	下 関 市 立 豊 田 中 央 病 院
院長名	吉 富 崇 浩
所在地	下 関 市 豊 田 町 矢 田 365-1
電話番号	0 8 3 - 7 6 6 - 1 0 1 2
診療科	内科・外科・眼科
救急指定の有無	有

医療機関の名称	中 村 歯 科 医 院
院長名	中 村 充 志
所在地	下 関 市 豊 田 町 西 市 二 区
電話番号	0 8 3 - 7 6 6 - 0 0 3 9
診療科	歯 科

医療機関の名称	千 葉 ク リ ニ ッ ク
院長名	千 葉 武 彦
所在地	下 関 市 豊 田 町 中 村 6-1
電話番号	0 8 3 - 7 6 6 - 0 5 0 1
診療科	外科・内科・肛門科

医療機関の名称	医 療 法 人 社 団 青 寿 会 武 久 病 院
院長名	時 澤 郁 夫
所在地	下 関 市 武 久 町 2 丁 目 5 3 番 8 号
電話番号	0 8 3 - 2 5 2 - 2 1 2 4
診療科	内科・整形外科・循環器内科

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「社会福祉法人 豊寿会 消防計画」に沿って対応を行います。			
近隣との協力関係	近隣住民の方と合同避難訓練を定期的実施するとともに、非常時の相互応援を約束しています。			
非常時の訓練等	別途定める「社会福祉法人 豊寿会 消防計画」にのっとり、年3回夜間および昼間を想定した避難訓練を入居の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	避難階段	3 箇所	防火扉・シャッター	4 箇所
	非常口	6 箇所	屋内消火栓	3 箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報、警報装置	あり
	誘導灯	6 箇所	非常用電源	あり
	ガス漏れ報知機	あり	防火用水	あり
	スプリンクラー	あり		
	カーテン等は防煙性能のあるものを使用。			
消防計画等	毎年、消防署への届け出を行い、その計画に基づき実施しています。 防火管理者：グリーンハイツとよた 施設長 浅山 浩史			

11. 苦情等申立先

苦情相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 窓口担当者：生活相談員 西村 高志 ・ 御利用日：事前連絡をお願いします。(電話 083-768-0601) ・ 御利用方法：面接可能 苦情等箱（ケアハウス事務所前に設置） ※第三者 苦情解決委員会も設けています。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情を受け付けた際の処理手順 <ol style="list-style-type: none"> ① 苦情内容の確認、並びに苦情解決責任者（施設長）への報告。 ② 程度・内容に応じて第三者関係者へ報告。 ③ 苦情解決の為の話合い。 ④ 事業所で解決できない苦情は、山口県社会福祉協議会の福祉サービス運営適正化委員会、市町村又は山口県国民健康保険団体連合会を紹介します。
--------	---

12. 当施設御利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来館者は、面会時間(13:00～17:00)を遵守し、その都度、来館者受付への記入をお願いします。来館者の宿泊には、必ず許可を必要とします。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
医療機関へ受診	医療機関への受診については、当施設の職員に御相談下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがって御利用下さい。これに反した御利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがございます。

喫煙・飲酒	決められた場所以外での喫煙は、お断りしています。飲酒は、泥酔等により他人に迷惑をかけることがないようにお願いします。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為は御遠慮願います。
預り金	原則、入居者または家族管理であります。が、やむを得ない事情がある場合は、財産管理委託契約によって施設が管理の代行を行います。
宗教・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教・政治活動は御遠慮下さい。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はお断りします。

私は、本書面にに基づき上記重要事項の説明を受け、内容を理解し承諾いたしました。

令和 年 月 日

【 入 居 者 】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【 身元保証人が代筆した場合 】

私は、下記理由により、本人（入居者）の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【 説 明 者 】

軽費老人ホーム（ケアハウス）グリーンハイツとよた

職・氏名 生活相談員 西 村 高 志 _____ (印)