

ケアハウス庄の原苑重要事項説明書

入居者の方々に、自立生活の便宜を提供するに先立ち、以下の重要事項を説明致します。

1. 事業者

名称	社会福祉法人温寿会		
所在地	〒870-0876 大分県大分市大字荏隈字庄ノ原1798番地		
法人種別	社会福祉法人		
代表者	理事長 井上 修二		
連絡先	電話 097-544-0888	F A X	097-544-1060

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	老人福祉法の理念に体して入居者の生活の安定及び生活の充実をはかることを目的とする。
運営方針	入居者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ってサービスの提供を行うように努めるものとする。 地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切なサービスの提供に努めるとともに、市町村、老人の福祉を増進する目的とする事業を行う者、その他の保健医療福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。

3. 事業所

名称	ケアハウス庄の原苑		
所在地	〒870-0876 大分県大分市大字荏隈字庄ノ原1637番地の1		
施設長	氏名 佐藤 敏明		
	保有資格	有	兼 務 無
連絡先	電話 097-544-1161	F A X	097-544-1270
建物	構造	鉄筋コンクリート造り地下1階付4階建	
	土地	自己所有地	
	延床面積	3,162.4㎡	
	居室数	48室 夫婦部屋2室 個室46室	

	入居定員	50人
入居居室	居室面積 装備	夫婦部屋 50.40 m ² 個人部屋 24.56 m ² 冷暖房完備・ウオシュレット付きトイレ・洗面台・ 給湯設備・インターホン・ミニキッチン・洗濯機置 き場・バルコニー・畳ベット・カーテン・物干し台・ 浴室（二人部屋のみ）
共用施設	食堂・風呂・玄関ホール・廊下・相談室・談話室・娯楽室・会議 室・売店・喫茶コーナー・洗濯室（乾燥機設置2階・3階有料） エレベーター・多目的ホール	

4. 職員体制

	常 勤		非常勤		常勤換算
	専従	兼務	専従	兼務	
施設長	1				
事務員	1				
生活相談員	1				
栄養士	1				
介護職員	3				

5. 職員等の勤務体制

区分	勤務時間	休暇	員数
A勤務	6:30～15:30	4週8休	1人
B勤務	8:00～17:00	4週8休	2～3人
D勤務	10:30～19:30	4週8休	1人
E勤務	9:30～18:30	4週8休	1人
夜間	17:30～08:00（警備員）		1人

6. 休業日

休業日	なし
-----	----

7. サービス内容

(1) 日常生活におけるサービス

種 類	内 容	利用料
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士が入居者の身体状況、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供いたします。 ・委託業者が調理し食事を提供いたします。 ・食事時間 朝 食 7:30 ~ 8:30 昼 食 12:00 ~ 13:00 夕 食 18:00 ~ 19:00 	※別途料金にて
入 浴	毎日 13:30 ~ 20:30 までの時間できます。ただし、19:00 ~ 20:30 の時間は、曜日により異なります。なお、使用時は警備員に声をおかけください。	
その他のサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活における相談業務 ・健康診断（年1回） ・緊急時対応 ・定期バス（月曜日～金曜日） ・買い物バス（月3回） ・銀行バス（月1回） ・特別サービス（別表2） 	

(2) 居宅介護サービス等の利用

種 類	内 容
介護保険	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者自身の判断で居宅介護サービス等を利用できます。 ・施設は、助言・紹介等を行います。
介護保険外のサービス利用者	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者自身の判断で利用できます。

8. 入居に当たっての留意事項

面会	・面会者は、面会票の記入が必要です。
外出	・入居者は、外出しようとする時は、その都度外出簿に記入しなければならない。

<p>外泊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外泊は、自由とする。ただし、緊急時の連絡等のために事前に外泊届（様式 10）により連絡先及び帰着時間等を施設長に届け出るものとする。
<p>居室の 利用</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設が提供する居室は原則個室とする。その際、選択する階及び居室は、入居者の希望ではなく、施設側で入居者の心身の状態を勘案し選定することとする。 ・専用居室の清掃、日常的な維持管理は入居者が行う。又専用居室のゴミ、廃棄物は、入居者が定められた場所まで搬出するものとする。 ・専用居室において使用できる暖房・冷房、その他の機器については別に定める。 ・入居者が故意又は重大な過失により専用居室を汚損、破損したときは、原状に復するか、原状に復するために必要な経費を負担するものとする。 ・身体状況の変化等により、居室内の模様替え等を必要とするときは、あらかじめ施設長の承認を得なければならない。 この場合、原則として退去時に原状に復するものとする。
<p>共同施設 設備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・共同生活の場所・共用施設・設備は、相互互譲の精神をもって利用するものとする。 ・共用施設・設備の利用は原則として午前 7 時から午後 9 時までとする。 ・入居者は、専用居室以外の場所に私物を置いてはならない。 ・共用施設・設備の清掃、維持管理は施設職員が行う。 ・入居者が故意又は、重大な過失により共用施設・設備を汚損・破損したときは、原状に復するか、原状に復するために必要な経費を負担するものとする。
<p>主な禁止 事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・けんか、口論、泥酔、薬物乱用等他人に迷惑かけること。 ・宗教、習慣等により、自己の利益のために他人の自由を侵害したり、他人を排撃したりすること。 ・指定した場所以外で火気を用いること。 ・施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。 ・故意又は無断で、施設もしくは備品に損害を与え、またはこれらを施設外に持ち出すこと。 ・決められた場所以外で喫煙すること。 ・専用個室において石油ストーブ・ロウソク等の火気を使用すること。

9. 協力医療機関

① 入院設備あり

名 称	大分三愛メディカルセンター
所 在 地	大分市大字市1213番地
電話番号	097-541-1311
診 療 科	内科、外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、泌尿器科、眼科
専門外来時間	受付時間 8:15~12:00 診療時間 9:00~12:30
特殊外来時間	受付時間 13:30~17:00 診療時間 14:00~17:30
休 診 日	土曜日午後・日曜・祝祭日

② 法人施設内に設置

名 称	庄の原クリニック
所 在 地	大分市大字荏隈字庄の原1790番地の1
電話番号	097-573-6645
診 療 科	内科、糖尿病内科、呼吸器内科、循環器内科
診療時間	午前 9:00~13:00 (月・火・水・木・金・土) 午後 14:00~18:00 (月・火・水・金)

10. 非常災害時の対策

防災計画	別表に定めます。 消防計画 令和5年10月11日 消防署へ届出 防災管理者 佐藤 敏明
避難訓練	年2回 火災、地震等及び夜間を想定した訓練を行う。
防災設備	自動火災報知機、スプリンクラー、煙感知器、誘導等

1 1. 苦情申立

申立窓口	解決責任者	佐藤 敏明
	担当者	小笠原 八千代
	時 間	毎日 8:00~17:00
	対応方法	電話 097-544-1161 面談
	投書の方法	1階売店のカウンターに設置した ご意見箱に投函してください。

1 2. 人権擁護・虐待防止

対応窓口	責任者	佐藤 敏明
	担当者	小笠原 八千代
	対応方法	電話 097-544-1161 面談

1 3. 身体拘束等

入居者又は他の入居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き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、入居者又はご家族に対し説明し同意を得るとともに、その態様及び時間、入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由などを記録します。

1 4. 事故発生時の対応

施設サービスの提供により事故が発生した場合、ご家族様ならびに大分市に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

大分市長寿福祉課	電話番号 537-5679
大分市指導監査課	電話番号 537-5740

なお、加入している保険会社、保険種類、賠償内容は下記のとおりです。

保険会社名	三井住友海上火災保険(株)(代理店:有限会社三谷総合保険事務所)
保険種類	福祉事業者総合賠償責任保険
賠償内容	施設損害補償

15. 業務継続計画

感染症や非常災害が発生した場合でも、施設サービスを継続的に提供できるよう法人として業務継続計画を策定しています。この計画について、職員に周知を図り、研修や訓練を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行うこととしています。

私は、書面に基づいて甲の職員（職名 施設長 氏名 佐藤 敏明 ）から上記の重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 ④

利用者家族 住所
氏名 ④
続柄