

### (3) 重要事項説明書（介護福祉施設サービス）

あなたに対する介護福祉施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省39号4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

#### 1. 事業者の概要

事業者の名称	戸井福祉会
事業者の所在地	北海道函館市釜谷町605-1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	新谷 義克
電話番号	0138-82-3535

#### 2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム潮寿荘
施設の所在地	北海道函館市釜谷町605-1
施設長名	柏原 美之
電話番号	0138-82-3535
ファクシミリ番号	0138-82-3563

#### 3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		北海道県知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人福祉施設	12年4月1日	北海道0171500283号	50人
居宅	短期入所生活介護	12年4月1日	北海道0171500283号	併設 2人 (空床利用あり)

#### 4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化の他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的とする。
施設運営の方針	全ての入居者の自己決定を尊び、自己決定の困難な方には、その方の立場に立つ代理人としてアドボガシーを実現し、どのような障害をもっていても一人ひとりが生き生き生活ができるよう最善を尽くす。

## 5. 施設の概要

### (1) 敷地及び建物

敷地	16770.39 m <sup>2</sup>	
建物	構造	鉄筋コンクリート造平屋建（耐火建築）
	延べ床面積	1789.4 m <sup>2</sup>
	利用定員	52名（併設ショート2名 空床利用あり）

### (2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
2人部屋	3室	25.81 m <sup>2</sup>	12.90 m <sup>2</sup>
4人部屋	11室	36.59 m <sup>2</sup>	9.15 m <sup>2</sup>

### (3) その他主な設備

設備の種類	室数	面積	1人あたりの面積
食堂	1室	143.18 m <sup>2</sup>	2.75 m <sup>2</sup>
機能訓練室	1室	32.77 m <sup>2</sup>	
一般浴室	1室	28.02 m <sup>2</sup>	
機械浴室	特殊浴槽1台	28.02 m <sup>2</sup>	
便所	7箇所（ウォシュレット完備2箇所）	一般男子 11.54 m <sup>2</sup> 一般女子 10.86 m <sup>2</sup> その他 5.20 m <sup>2</sup>	
医務室	1室	22.37 m <sup>2</sup>	
移乗用リフト	居室10台、脱衣室1台、特浴1台		
立ち上がりミリフト	2台		

## 6. 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	業務内容	人員数
総合施設長	サービス管理全般	1名
生活相談員	生活上の相談等	1名以上（介護支援専門員兼務）
介護支援専門員	サービス計画の立案・管理等	1名以上（生活相談員兼務）
介護職員	日常介護業務等	常勤換算数 16名以上
看護職員	医療、健康管理業務等	常勤換算数 2名以上 (機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	機能維持訓練等	1名（看護職員兼務）
栄養士又は管理栄養士	栄養管理等	1名
事務員	一般事務・料金請求等	1名以上
医師	診療、健康管理等	1名

## 7. 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（9：00～18：00）	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）	4週8休
介護職員	早早（6：00～15：00） 早番（7：15～16：15） 日勤（9：00～18：00） 夜勤A（17：15～9：15） 夜勤B（17：15～9：15） 夜勤パート（23：00～8：00）	原則として 4週8休
看護職員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）	4週8休
機能訓練指導	毎日	
栄養士又は管理栄養士	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）	4週8休

## 8. 苦情等申立先

当施設 ご利用相談室	窓口担当者 施設長・総務課長・相談員 ご利用時間 毎日午前9時～午後6時 ご利用方法 電話及び面接
第三者委員	館山 澄子 電話 0138-82-2547 函館市釜谷町95-2 角田 和子 電話 0138-82-2733 函館市釜谷町197 小林 美樹子 電話 090-8370-9255 函館市宮前町28-10
函館市戸井支所 保健福祉課	電話 0138-82-2111 041-0062 函館市館町 3
函館市保健福祉部 高齢福祉課	電話 0138-21-3025 040-8666 函館市東雲町4-13
北海道国民健康保険 団体連合会	相談・苦情窓口 電話 011-231-5175 060-0062 札幌市中央区南2条西14

9. 協力医療機関

医療機関名の名称	医療法人社団清邑会榎法華クリニック
院長名	清水 鉄也
所在地	函館市新浜町171-9
電話番号	0138-86-2807
診療科	内科・外科・皮膚科
入院設備	なし

医療機関名の名称	医療法人社団吉田歯科口腔外科
院長名	村田 真介
所在地	函館市湯川町1丁目30番8号
電話番号	0138-59-3918

医療機関の名称	函館渡辺病院
院長名	菅原 隆光
所在地	函館市湯川町1丁目31番1号
電話番号	0138-59-2221
診療科	内科他
入院設備	あり（668床）
救急指定の有無	あり

医療機関の名称	社会医療法人 函館渡辺病院附属 ゆのかわメンタルクリニック
院長名	久保田 修司
所在地	函館市湯川町1丁目29番11号
電話番号	0138-59-3331
診療科	精神科 心療内科
入院設備	あり

医療機関の名称	第一内科医院
院長名	富田 恒一
所在地	函館市湯川町3丁目21番5号
電話番号	0138-57-9401
診療科	内科
入院設備	なし

#### 10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設潮寿荘の消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	戸井町防災無線による近隣住民への非常時の連絡体制を整えています。			
平常時の訓練等	別途定める「介護老人福祉施設潮寿荘の消防計画」にのっとり、年6回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備 (介護老人福祉施設潮寿荘)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	2箇所
	非難階段		屋内消火栓	
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	15箇所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：令和3年11月10日 防火管理者：亀田 敦			

#### 11. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（6：00～21：00）を遵守し、必ずその都度面会簿にご記入ください。来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず外出、外泊届け用紙に必要事項を記入のうえ職員提出して下さい。

嘱託医師以外の医療機関への受診	嘱託医以外の医療機関も受診はできますが、施設での送迎は行っていませんので、ご家族での対応をお願いします。
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ご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は喫煙所のみにてお願いします。飲酒は他者に迷惑をかけない限り自由です。
迷惑行為等	音や他の入居者への食物供与等他の入所者の迷惑及び事故につながる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	基本的には自己管理して頂きますが、本人及び家族の希望があれば、お預かりします。ただし、食品に関してはこの限りではありません。
現金等の管理	基本的には自己管理して頂きますが、本人及び家族の希望があれば、別に定める預かり金規定により、お預かりします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

## 1 2. 事故発生時の対応について

治療を必要とする介護等事故発生時の対応	看護師等が応急処置を行うとともに、必要と判断すれば配置医師または協力医療機関等と相談し、詳細と対応を身元引受人に連絡。委員会による様式等に従い原因究明と職員への周知徹底により組織的な再発防止に努め、受診を要した場合には保険者への報告も行います。
平常時の訓練等	委員会の定期開催や研修会、訓練（シミュレーション）等の開催、職員の資質向上のため内部及び外部での研修受講の機会を設けます。
安全対策担当者	沖本 寿

私は、説明を受けたことを確認します。

本契約を証するため、甲乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通保有します。

年 月 日

(利用者 甲)

私は、以上の契約につき本書面に基づいて乙の職員  
(職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_ ) から、説明を受け、その内容を理解し、  
本契約を申し込みます。

住 所  
氏 名 印  
電話番号

(署名代行者)

私は、甲の代理署名人として ( 認知症・肢体不自由 ) のため署名  
捺印できない甲に代わり、甲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  
電話番号

(身元引受人)

私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

住 所  
氏 名 印  
甲との続柄  
電話番号

(事業者 乙)

当施設は甲の申込を受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

所 在 地 北海道函館市釜谷町605-1  
名 称 社会福祉法人 戸井福社会  
代 表 者 理事長 新谷義克  
電 話 番 号 0138-82-3535  
ファックス 0138-82-3563