

亀山老人保健施設

重要事項説明書

1. 事業の目的

亀山老人保健施設は、介護保険で定められる指定介護老人保健施設として心身に障害があり、日常生活に支障のある要介護状態の者が日常生活の自立を図ることにより、在宅での生活に復帰することを目的として、その目的達成に必要な期間について施設での入所療養を実施するものである。そのため終身の施設での生活を目的としたものではない。

2. 運営の方針

亀山老人保健施設は、介護保険法の基本理念の具現化を目指し、施設サービス計画に基づき、看護、医療管理の下における介護及びリハビリテーションその他の日常生活上の世話をを行うことにより、入所者が有する能力に応じ、自立した生活が営むことができるように支援するとともに、居宅における生活の復帰を目指す。

また、施設療養においては、入所者の意思及び人格を尊重し、身体拘束等の防止に努め、常に入所者の立場に立ってサービス提供を行うとともに明るく家庭的な雰囲気の中で生活が送れるよう留意する。また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療 サービス又は、福祉サービスを提供するものとの密接な連携のもと利用者の自立及び家庭復帰を援助・促進するように努めるとともに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減をはかれるよう努める。

3. 事業者

事業者の名称	青山里会
法人所在地	三重県四日市市山田町5500-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 近藤 辰比古
電話番号	(059)328-2177

4. ご利用施設

施設の名称	亀山老人保健施設
施設の所在地	三重県亀山市羽若町字松本645-14
施設長名	紀 平 雅 司
電話番号	(0595)83-5921
ファクシミリ番号	(0595)83-5929

5. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		三重県知事の事業者指定		定数
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	12年4月1日	2450480013号	100
居宅	短期入所療養介護	12年4月1日	2450480013号	
居宅	介護予防 短期入所療養介護	18年4月1日	2450480013号	
居宅	通所リハビリテーション	12年4月1日	2450480013号	20
居宅	介護予防 通所リハビリテーション	18年4月1日	2450480013号	

6. 施設の概要

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
1人部屋	26室	11.63m ²	11.63m ²
特別部屋	2室	16.89m ²	16.89m ²
4人部屋	18室	38.16m ²	9.54m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積
食堂	4室	271.80m ²
機能訓練室	1室	133.95m ²
一般浴室	1室	38.06m ²
機械浴室	1室	31.36m ²
レクリエーションルーム	1室	35.10m ²
談話室	6室	58.50m ²
デイルーム	1室	113.70m ²

7. 職員体制(主たる職員)

令和3年 4月 1日現在

従業者の職種	員数	区分			
		常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管理者	1	1			
支援相談員	3	3			
介護職員	39	21	2	16	
看護師	15	7		6	2
PT・OT・ST	4	3	1		
介護支援専門員	2		2		
医師	1	1			
管理栄養士	1	1			
調理員	15	6		9	
事務員	3	3			
薬剤師	1			1	

※ 利用者3人に対して介護・看護職員が常勤換算で1人以上。

※ 人員に関しては、関係省令、通知等の人員基準に準じた員数を配置しております。

8. 主な職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)常勤で勤務	9日/月
支援相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)常勤で勤務	
介護職員	・日勤(8:15~17:15) ・遅番(9:30~18:30) ・夜勤(17:00~9:00)	
看護職員	・日勤(8:15~17:15) ・夜勤(17:00~9:00)	
PT・OT	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)常勤で勤務	
介護支援専門員	介護職員及び看護職員が、兼務します	
医師	正規の勤務時間帯(9:00~17:00)常勤で勤務	
管理栄養士	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)常勤で勤務	

9. 施設サービスの概要

種類	内容
食事	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入所者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 ・食事時間 朝食 7:30~8:30 昼食 12:00~13:00 夕食 17:00~18:00
排泄	・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。
入浴	・入浴又は清拭を週2回以上行います。 ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
離床、着替え 整容等	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
健康管理	・看護師が健康状態のチェックを行い、必要に応じて医師との連携を図り、健康管理に努めます。 ・また、緊急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引き継ぎます。
機能訓練	・理学療法士による入所者の状況に適應した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
相談及び援助	・当施設は、入所者およびその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。 ・また、相談担当者が相談相手として不適当な場合は、他の相談員を指名することができます。
社会生活上の 便宜	・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。
その他 (希望者のみ)	・理髪美容サービス

10. 協力医療機関

医療機関の名称	亀山市立医療センター	小山田記念温泉病院	鈴鹿回生病院
院長名	谷川 健次	村嶋 正幸	荒木 朋浩
所在地	亀山市亀田町466-1	四日市市山田町 5538-1	鈴鹿市国府町 112-1
電話番号	(0595)83-0990	(059)328-1260	(059)-375-1212

11. 利用料

<利用料金>

ご利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費を除いた額(自己負担額)、加算料金、食費(食材料費及び調理費)、居住費(水道光熱費及び室料相当)の合計金額が利用料金となります。別紙の料金表を確認ください。

<支払方法>

支払方法は、原則として百五銀行口座自動引き落としとさせていただきます。

(毎月、20日までに前月分の請求をし、27日に引き落としさせていただきます。ただし、27日が土曜・日曜・祝祭日にあたる場合はその翌日とします。)

12. 事故発生時の対応

- 1 サービスの提供により事故が発生した場合には、ご利用者様に対し応急措置、医療機関への運搬等の措置を講じ、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行います。
- 2 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録すると共に、その原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。
- 3 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
但し、事故によって死亡・障害が生じた場合、リスク(予測できる危機)を前もって調査・評価し、ケアプランを策定し、利用者本人及びご家族のご承認を得られ、そのケアプランに基づくケアを誠実に実行している場合において起きえた事故については損害賠償の対象外とさせていただきます。
又、ケアプランにおいての予期せぬ不慮の事故についても同様と致します。

13. 非常災害時の対策

- (1) 非常災害が発生した場合には、消防計画に従い、関係機関への通報及び連携を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 消防計画・教育訓練計画に基づき、定期的に職員に対する教育を行います。
- (3) 消防計画・教育訓練計画に基づき、定期的に避難・救出その他必要な訓練を実施します。

14. 苦情等申立先

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお尋ね下さい。

(直接窓口にお越しいただくことが困難な場合は、文書でも結構です)

亀山老人保健施設(窓口担当者:日向 直美、川戸 友紀)
受付時間:毎日午前8時30分～午後5時00分
電話:0595-83-5921(お越しいただく前に必ずご一報下さい)

市町村等への苦情申し立て先

亀山市長寿健康課 高齢者支援グループ
〒519-0164 三重県亀山市羽若町 545
受付時間:平日 午前8時30分～午後5時15分
電話:0595-83-3313

鈴鹿亀山地区広域連合 介護保険課
〒513-0809 三重県鈴鹿市神戸1丁目18番18号
鈴鹿市役所西館3階
受付時間:平日 午前8時30分～午後5時00分
電話:059-369-3204

三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課
〒514-0004 三重県津市桜橋2丁目96番地
電話:059-213-6500

以上、記述の重要事項説明書内容が変更された場合(介護保険制度による報酬改定等)は、随時、書面にてご利用者様・ご家族へ通知いたします。通知後、変更内容についての意義の申し立てがない場合は、自動更新をさせていただきますので、ご了承ください。

令和__年__月__日

重要事項説明同意書

亀山老人保健施設

施設長 紀平 雅司 殿

私は、別紙書面に基づいて職員(職名_支援相談員_氏名_____)から貴施設
の重要事項の説明を受けたことに同意します。

利用者 住所_____

氏名_____印

利用者の家族等 住所_____

氏名_____印

続柄_____

連絡先 (_____) _____

利用者は身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、
私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代行者>

住所_____

氏名_____印

続柄_____