介護老人保健施設ジャスミン重要事項説明書

＜令和　8年　1月　　20日現在＞

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	医療法人社団　水火会
代表者名	茂木　元喜
所在地・連絡先	(住所)　高崎市上小塙町567番地 (電話)　027-343-7788 (FAX)　027-343-7771

2 事業所(ご利用施設)

施設の名称	介護老人保健施設 ジャスミン
所在地・連絡先	(住所)　高崎市上小塙町565番地1 (電話)　027-343-5500 (FAX)　027-343-7771
事業所番号	1050280179
管理者の氏名	茂木　元喜

3 施設の目的及び運営方針

(1)施設の目的

要介護状態と認定された入所者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、入所者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、入所者の居宅における生活への復帰を目指した介護保険施設サービスを提供することを目的とする。

(2)運営方針

1、施設サービス計画に基づき、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護を行い、居宅における生活への復帰を目指します。

2、入所者の意思及び人格を尊重し、やむを得ない場合以外、原則として入所者に対して身体拘束は行いません。
やむを得ず身体拘束を行う場合はその対応及び時間、利用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。
身体拘束等の適正化を図る観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当職員の設置等、体制の整備を行っております。

3、行政、地域との連携を図り、入所者が住み慣れた地域で安心した生活が送れるよう支援します。

4、入所者が「自分らしく快適に」「自立した生活」が送れるようなサービス提供に努めます。

5、高齢者への虐待防止を推進するため、虐待の発生や再発を防ぐための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当職員の設置、虐待事案への対応措置等、体制の整備を行っております。
サービスの提供中に、従業者又は養護者(利用者の家族等、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利用者を発見した場合は速やかに市町村に通報致します。

6、男女雇用機会均等法などで定められている「ハラスメント対策に関する事業者の責務」を踏まえた上で介護を行う職員へのハラスメント対策を行っております。利用者様、ご家族様のご協力をお願いする場合がございます。

7、職員の認知症対応力を向上させていくため、定期的な研修の義務付けや参加促進を行い、技術、知識の向上を図ります。

8、感染症や災害が発生した場合であっても必要なサービスが継続的に提供できるよう、業務計画等の策定や、研修、訓練(シミュレー ション)の実施を行います。

9、介護現場における生産性向上のため、介護ロボットやICT等のテクノロジーを導入し入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減を図ります。必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、委員会の開催や業務改善の取組による効果の分析を行います。

10、サービス提供にあたって、利用者、ご家族に療養上必要な事項について、理解しやすいように指導または説明を行うとともに、同意を得て実施するよう努めます。

11、個人情報の使用について

個人情報については、個人情報保護法に基づき、漏洩のないようにいたします。

利用者様のサービス計画に沿って円滑に介護サービスを提供させていただくために実施されるサービス担当者会議、当事業所と居　宅介護支援事業所並びに主治医との連絡調整等において必要な場合には、利用者様及びご家族様の個人情報を最小限の範囲で使用させていただきます。

① 氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況等の情報
② 認定調査票・主治医意見書・介護認定審査会における判定結果の意見(認定結果通知書)
③ 利用者様本人またはご家族に同意を得たもの

ただし、必要な情報が得られない場合は、適切なサービスが提供できない可能性があります。

また、下記の場合を除き、ご提供いただいた個人情報を第三者には提供いたしません。

① 法令に基づき司法機関・行政機関から法的義務を伴う要請を受けた場合
② 介護計画上、必要な医療機関からの要請を受けた場合
③ 保険請求のため、保険者にレセプト情報を提供する場合
④ 利用者からの同意を得て指定機関・組織等に提供する場合

利用者様ご本人よりサービス提供記録などの情報開示を求められた場合は、適宜対応いたします。

(3)その他

事項	内容
施設サービス計画の作成及び事後評価	担当の介護支援専門員が、入所者様の直面している課題等を評価し、入所者様の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。 施設サービス計画の作成にあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアが実現できるよう本人及びその家族と情報の共有を行いながら多職種が連携し、ケアの方針を決定できるよう支援します。 その後、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、結果を書面(サービス報告書)に記載して入所者様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年12回以上、施設内の研修を行っています。また、必要に応じて外部の研修に参加します。

4 施設の概要

(1)構造等

建物	構造	鉄骨造
	述べ床面積	内法　817.56 ㎡
	利用定員	20 名

(2)居室

居室の種類	室数	面積(一人あたりの面積)	備考
Nユニット			
個室(トイレ付)	3	平均　13.37 ㎡	ベット、チェスト、洗面、ナースコール等
個室(トイレなし)	7	平均　14.07 ㎡	ベット、チェスト、洗面、ナースコール等
Sユニット			
個室(トイレ付)	3	平均　13.7 ㎡	ベット、チェスト、洗面、ナースコール等
個室(トイレなし)	7	平均　14.46 ㎡	ベット、チェスト、洗面、ナースコール等

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積(一人あたりの面積)	備 考
共同生活室・機能訓練スペース	2	126.86 ㎡ (6.34 ㎡)	
キッチン	2	平均 3.42 ㎡	
一般浴室	1	7.06 ㎡	
チェアー浴室	1	5.74 ㎡	一般浴槽に近い浴槽です
機械浴室	1	14.28 ㎡	
診 察 室	1	8.71 ㎡	
洗 面 所	2		
居室トイレ	6	平均 1.9 ㎡	ナースコール、洗浄便座
共用トイレ	4	平均 3.35 ㎡	ナースコール、洗浄便座

5 施設の職員体制

従業者の職種	人数(人)	職 務 の 内 容
管 理 者	1人以上	施設の運営管理
医 師	1人以上	健康管理と必要な医療処置
薬 剤 師	1人以上	服薬の指導及び薬剤管理
看 護 職 員	2人以上	健康管理と医師の指示による医療処置
介 護 職 員	5人以上	日常生活における介護
支 援 相 談 員	1人以上	入退所時や入院時等の支援
理学療法士等	1人以上	在宅復帰に向けた機能訓練
管 理 栄 養 士	1人以上	栄養管理及び摂取状況に応じた食事の提供
介護支援専門員	1人以上	要望に沿った計画の作成
事務員等	1人以上	介護保険請求、物品等の管理

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
施 設 長 医 師	勤務時間帯(9:00～18:00) 常勤で併設のもてき脳神経外科勤務
薬 剤 師	9:00～13:00
看 護 職 員	早番(6:00～15:00) 日勤(9:00～18:00) 遅番(12:00～21:00)
介 護 職 員	早番(6:00～15:00) 日勤(9:00～18:00) 遅番(12:00～21:00) 夜勤(18:00～9:00)
支 援 相 談 員	勤務時間帯(9:00～18:00)看護師・介護支援専門員兼務
理学療法士	勤務時間帯(9:00～18:00)
管 理 栄 養 士	勤務時間帯(12:00～13:00)
介護支援専門員	勤務時間帯(9:00～18:00)看護師・支援相談員兼務

7 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
栄 養 ・ 口 腔	(基本的な食事時間) 朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ ・栄養状態の維持及び改善を図り、各利用者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。 また、食事の自立に関しても適切な援助を行います。 ・口腔内環境の保持を図り、管理体制を整備した上で自立した日常生活を営めるよう、 各利用者に応じた口腔衛生管理を計画的に行います。 ・口腔衛生の管理を行うために、歯科医師、または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による 技術的助言、及び指導を定期的に受けます。
医 療 ・ 看 護	医師により1ヶ月に1回定期診察を行います。それ以外でも必要が ある場合には 常時診察可能です。 ただし、当施設では行えない処置(透析等)や手術、その他病状が著しく変化 した場合の医療については他の医療機関での治療となります。 薬剤につきましては、ジェネリック医薬品(有効成分、効果は現在お使いの薬剤と同等である が薬名が異なる薬)を使用することがあります。
機 能 訓 練	理学療法士等により入所者の状況に適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。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ 歩行器2台、平行棒、プラットホーム、ホットリズミイ、ナーセントパッド 車いす 7台、低周波
入 浴	身体機能に合った浴槽を利用し、週2回以上の入浴を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 入浴できない場合は清拭等で清潔ケアを行います。
排 泄	利用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も 適切な援助を行います。
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。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 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。 シーツ交換は週1回実施し、必要時には適時行います。
レクリエーション等	年間を通し様々な行事を行い季節感を感じられるように支援します。 定期的に外出を行い、社会との交流を行います。
相談及び援助	入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ 費用

介護負担割合証に基づき別紙料金表の利用料金の負担割合額が決定されます。
介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受ける場合に必要となります。

8 利用料等のお支払方法

郵便局の口座より自動引き落としになります。(左記お支払い方法以外をご希望の方はご相談ください。)

引き落とし日はサービス利用月の翌月20日(再引き落としは30日)となります。

15日前後に請求書をお渡しいたしますので、引き落とし前に残高の確認をお願いいたします。

また、残高不足等により引き落としが出来なかった場合、1回につき10円 (ゆうちょ引き落し手数料) を

翌月の利用料に合算し請求させていただきます。

お振込の場合下記の口座へお振込ください

群馬銀行 高崎北支店

普通預金口座(口座番号 0779636)

口座名義 医療法人社団水火会 理事長 茂木元喜

(イリョウホウジンシャダンスイカカイ リジチョウ モテキモトキ)

9 サービス内容に関する苦情・虐待の相談窓口

当施設入所者様相談窓口	窓口責任者	小林 真知子
	ご利用時間	9:00～18:00
	ご利用方法	027-343-5500
		苦情箱(玄関ホールに設置)

その他

名称:高崎市介護保険担当課	受付時間	8:30～17:15
所在地:高崎市高松町35番地1	電話番号	027-321-1111
名称:群馬県国民健康保険団体連合会	受付時間	8:30～17:15
所在地:前橋市元総社町335番地8	電話番号	027-290-1323

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設 ジャスミン 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「介護老人保健施設 ジャスミン 消防計画」にのっとり年2回(3月、10月)夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方だけでなく地域住民の方にも参加を呼びかけ、実施します。			
	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	1個所
	避難階段	2個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	5個所	エアーシューター	1箇所
	カーテンは防炎性能のあるものを使用しています。			
防火管理者	野口 将史			

11 協力医療機関等

併設医療機関	病院名及び	医療法人社団 水火会 もてき脳神経外科
	所在地	群馬県高崎市上小塙町567番地
	電話番号	027-343-7788
	診療科	脳神経外科、リハビリテーション科、内科、神経内科
	入院設備	なし

12 施設の利用にあたっての留意事項

来 訪 ・ 面 会	面会時間 10:00～18:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 ※ただし、感染症などが蔓延した場合は、制限をさせていただくこともあります。 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	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
喫 煙	禁煙認定施設のためご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。 持ち物には、それぞれお名前の記入をお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所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。

13事故防止・事故発生時の対応方法

事故発生防止と発生時の適切な対応を行うため、担当委員会・担当職員を配置し事故発生防止の指針の整備や研修を行います。

サービス提供中に事故が発生した場合、速やかに対応し事故の状況等を確認のうえ、入所者様、ご家族に説明を行い、高崎市介護保険課へ報告いたします。その後原因の究明を徹底し再発防止に努めます。また、事業所の責めに帰すべき事由により入所者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、入所者様に対してその損害を賠償いたします。ただし、事業所の責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

14緊急時の対応方法

入所中に状態の変化が認められた場合には、速やかに医師に連絡し、医師の指示のもとに対応いたします。
また、ご家族にも連絡いたします。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業者乙　　住　所　　高崎市上小塙町567番地
事業者(法人)名　　医療法人社団　水火会
事業所名　　介護老人保健施設 ジャスミン
(事業所番号)　　1050280179
代表者名　　茂木　元喜

説明者　　職　名

氏　名

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設のサービス内容及び重要事項の説明を受けるとともに、
サービスの開始及び個人情報の使用について説明を受け内容に同意し、受領しました。

令和　　年　　月　　日

利用者甲　　住　所

氏　名

御家族　　住　所

氏　名

続柄　（　　）

私は、本人の契約意思を確認し本人に代わり上記署名を行いました。

署名代行　理由

署名代行者　　住　　所

氏　名