

令和6年4月1日現在

## 地域密着型特別養護老人ホーム久松邸ANNE X 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています  
(福山市指定第3491502617号)

当施設は、ご契約者に対して、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護3以上」と認定された方又は「要介護1～2の方で特例入居」の対象となる方となります。

## 1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 紫城会
- (2) 法人所在地 広島県福山市久松台三丁目 21 番 3 号
- (3) 電話番号 084-982-8823
- (4) 代表者氏名 理事長 岩崎 裕光
- (5) 設立年月 令和元年 7 月 21 日

## 2 ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
令和 6 年 3 月 22 日指定 福山市指定 第 3491502617 号
- (2) 施設の名称 地域密着型特別養護老人ホーム久松邸ANNE X
- (3) 施設の所在地 福山市木之庄町二丁目 5 番 3 1 号
- (4) 電話番号 084-982-8872
- (5) 施設長(管理者)氏名 岩崎 晶子
- (6) 当施設の運営方針
  - 1 施設は、要介護状態と認定された入居者に対し、介護保険法等の主旨に沿って、入居者の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービスに基づき、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭におき、かつ常に入居者の立場に立ってサービスを提供することにより、入居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を支援することを目指すものとします。
  - 2 施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- (7) 開設年月 令和 6 年 4 月 1 日
- (8) 入所定員 29 人

## 3 居室の概要

### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しております。入居される居室は全室個室ですが、9～10 人の方々を 1 グループとして、グループごとの生活支援を行います。

居室・設備の種類	室数	備考
居室	29 室	ユニット型個室 1 ユニット 10 室以内
共同生活室	3 室	共用
浴室	2 室	共用
地域交流室	1 室	共用
医務室	1 室	共用

☆ 居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により、施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

#### 4 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

(主な職員の配置状況) 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職 員 数	指定基準
1 施設長	1 名	1 名
2 生活相談員	1 名	1 名
3 介護職員	10 名以上	10 名以上
4 看護職員	1 名以上	1 名以上
5 機能訓練指導員	1 名	1 名
6 介護支援専門員	1 名	1 名
7 医師	1 名	1 名
8 栄養士	1 名	1 名

(主な職種の勤務体制)

職種	勤務体制	
1 医師	週 1 日	
2 介護職員	【早番】 7 : 00 ~ 16 : 00	【遅番】 10 : 00 ~ 19 : 00
	【日勤】 8 : 30 ~ 17 : 30	【夜勤】 16 : 30 ~ 9 : 30
3 看護職員	【日勤】 8 : 30 ~ 17 : 30	【遅番】 9 : 30 ~ 18 : 30

#### 5 当施設が提供するサービスと利用料金。

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- ① 利用料金が介護保険から給付される場合があります。
- ② 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、居住費・食費を除き通常 9 割が介護保険から給付されます。

※65 歳以上の方(第 1 号被保険者)のうち、一定以上の所得がある方は 8 割 又は 7 割

(サービスの概要)

##### ① 入浴

- ・ 原則として、週に 2 日入浴していただくことができます。
- ・ ただし、ご契約者の状態に応じて特別浴または清拭となる場合があります。
- ・ 入所される方と退所される方を優先的に行いますが、入浴される方の体調やペースなどに合わせ、より安全に適切に入浴ができるよう援助しているため、予告なく入浴時間や順番などの変更がありますので、ご了承ください。

- ② 排泄
  - ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ③ 機能訓練
  - ・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活及びレクリエーション、行事等を通じて日常生活を送るのに必要な機能の回復または維持に努めます。
- ④ 健康管理
  - ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
  - ・配置医と看護職員は入所者の健康管理のため、週 1 回程度の勤務日を設け、健康相談を行います。
  - ・配置医が治療を必要と判断した場合、施設内での治療はできないため、医療機関に通院もしくは入院してもらいます。
- ⑤ その他自立への支援
  - ・ご契約者の 1 日の生活の流れに沿って心身の状況に応じた支援を適切に行います。
  - ・寝たきり防止のため、離床を適切に支援します。
  - ・生活のリズムを考え、心身の状況に応じて着替えを適切に支援します。
  - ・清潔で快適な生活が送れるよう、整容を適切に支援します。
- ⑥ 栄養管理
  - ・栄養士が、個々のご契約者の栄養並びに心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
  - ・必要な方に、医師の食事箋に基づく療養食を提供します。
- ⑦ 生活相談及び苦情相談
  - ・日常的な相談事・苦情等についてお話をうかがい、解決方法をご一緒に考えます。
- ⑧ 行政手続き代行
  - ・要介護認定の更新手続き、その他必要な手続き代行を行います。

(サービス利用料金)

- (1) 別紙の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。  
 (サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)  
 (ア) 基本料金 (料金表別紙参照) (イ) 加算料金 (料金表別紙参照)  
 ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(サービスの概要と利用料金)

① 食事

- ・当施設では、栄養士が立てる献立表により、ご契約者の栄養並びに心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事時間は次のとおりです。  
朝食 8:00 から 昼食 12:00 から 夕食 17:00 から
- ・食費は利用者の方の市町村民税の負担状況等により、負担額が異なります。なお、利用者お一人おひとりの健康、栄養状態に基づいた栄養管理費用については、介護

保険の給付対象となります。(料金表別紙参照)

②特別な食事

- ・通常メニューの他にご契約者のご希望や医療上必要な場合など特別食を提供します。  
利用料金：要した費用の実費

③理美容サービス

- ・理容師・美容師の出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。  
利用料金：要した費用の実費

④教養娯楽費（レクリエーション、クラブ活動等）

- ・ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動等に参加していただくことができます  
利用料金：材料代等の実費をいただきます

⑤複写物の交付

- ・ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

- ・日常生活品の購入代金など、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。
- ・おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

⑦居住費

- ・当施設は、すべての居室が「ユニット型個室」で、ご負担していただく居住費の内訳は居室料及び水道光熱費です。ご利用料金は、利用者の方の市町村民税の負担状況等により負担額は異なります。(料金表別紙参照)
- ・外泊時・短期入院時もお負担いただきます。

⑧ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合

- ・ご契約者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等には、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期限につき契約時の実費をご負担いただきます。

⑨事務管理費

- ・請求書・医療機関等への文章切手代等として事務管理費をご負担いただきます。

⑩預り金

- ・突発の通院・買物代行等の際のお支払いについて、小口現金の預かり制度があります。小口現金の預かりは上限を1万円とし、原則1回の預かりは5千円以内とさせていただきます。小口現金のお預かりした場合、出納状況は規定に基づき報告をさせていただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日頃ご請求しますので、請求月25日までにお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- ・お支払い方法は、現金、銀行振込、の2つの方法があります。
- ・現金による窓口払いの場合は来所前に当施設へご連絡の上、支払い期間内平日（月～土曜日）の9時～17時30分の間にお支払い下さい。

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

\* 医療機関の名称 医療法人蒼生会 楠本病院  
広島県福山市曙町 3-19-18 電話 084-954-3030

② 協力歯科医療機関

\* 医療機関の名称 ひらい歯科  
広島県福山市道三町 7-14 電話 084-932-3223

6 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は契約書に定めています。また、以下のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 当法人が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な損壊等により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑦ 要介護認定で1・2と判定された場合で特例入居の要件に該当しない場合

(1) ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができません。その場合には、退所を希望する日の3日前までに解約届出書をご提出ください。ただし以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・尊厳等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・尊厳等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体、財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設（または介護医療院）に入院した場合
- ⑤ ご契約者が連続して3か月を超えて病院または、診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合（\*1）

(※ 1) 契約者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

(入院期間中の利用料金)

入院期間中であっても、居室料金及び水道光熱費をご負担いただきます。しかし、ご利用者が利用していた居室を短期入所生活介護に活用することに同意いただき、利用させていただいた場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

①検査入院等、短期入院の場合

1 か月につき 6 日以内（連続して 7 泊、複数の月にまたがる場合は 12 泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（1 日あたり 246 円）

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3 か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は上記利用料金をご負担いただきます。

③3 か月以内の退院が見込まれない場合

3 か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(3) 円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

○適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介

○居宅介護支援事業者の紹介

○その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

※ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

7 施設利用に当たっての留意事項

(1) 面会時間

- ・面会時間は 月～日曜日 9:00～18:00。
- ・受付にて必ず面会簿にご記入下さい。
- ・インフルエンザの流行時など、面会場所・方法にご配慮いただく場合があります。
- ・食べ物の持ち込みは、衛生管理上、一回で食べきれぬ量でお願いします。
- ・発熱・咳・下痢・嘔吐・発疹・赤い眼のいずれかの症状のある方の面会は、お断りしています。
- ・利用者の希望の有無に関わらず、電話での居室(利用場所)案内や入所の事実の有無に関してもお答えしていません。

(2) 飲酒・喫煙

- ・施設内、敷地内は喫煙は禁止されておりますのでご了承下さい。飲酒はご相談下さい

(3) 受託物の管理（金銭、貴重品等の持込み）

- ・多額の現金や貴重品の持込みがある場合は、予め申し出ください。
- ・利用者がこれらを施設に預けず利用中に紛失・破損があった場合は、一切の責任を負いません。

(4) 金銭、貴重品の持ち込み

- ・原則としてお断りいたします。紛失した場合の責任は負いかねます。

(5) 設備、器具の利用

- ・利用者又は代理人は施設内の機械及び器具を利用される際は必ず職員に声を掛けて下さい。居室や設備・器具等、本来の用法に反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂く場合がございます
- ・テレビ等電化製品の持ち込みは可能です。持込前・持出前に生活相談員にご相談ください。

(6) 宗教活動

- ・施設内・敷地内での他の利用者等に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

(7) 衣類の洗濯

- ・施設で実施いたします。短期間のご利用の場合、できないものもありますのでご了承下さい。洗濯ネットについては生活相談員にご確認下さい。

(8) ペット

- ・他の利用者に迷惑のかかる場合がございますので、施設内は一切禁止といたします。

(9) 電話について

- ・携帯電話等の使用は他の利用者にご迷惑にならないよう、マナーを守りご使用下さい。
- ・事業所の電話機を使用した長時間の通話をご遠慮ください。

(10) その他

- ・利用者又はその代理人は体調の変化があった際には施設の職員にご一報ください。
- ・施設内での金銭及び食べ物等のやりとりはご遠慮ください。
- ・職員に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。

(11) 外出・外泊

- ・外出・外泊をされる場合は、その前日 17 時までに各サービスステーションに予め申し出ください。

(12) 設備・器具の利用

- ・介護の必要な器具は、原則として無償で利用できます。但し、特殊な器具については購入が必要な場合があります。

(13) 病医院へ受診される場合

- ・容態急変時に当施設で対応しますが、それ以外の状況で直ちに救急要請を必要とせず、診療が必要と判断した場合は、その旨を家族へ連絡し対応をお願いすることがあります。

8 虐待防止（身体拘束の禁止）への対応

ご利用者又は他のご利用者等の生命または身体を保護するために「緊急やむを得ない場合」を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。

緊急やむを得ず身体拘束を行う場合におきましては、事前にその根拠、内容、見込まれる期間について十分に説明をし、その様態、日時、その際のご利用者の心身の状況、または緊急やむを得なかった事由を記録し、保存します。

9 守秘義務について

事業者、サービス従事者、職員は、業務上知り得たご利用者またはその家族等に関する事項を、正当な理由なく他のサービス従事者や職員等に漏洩いたしません。

(1) 職員は採用時の雇用契約書において、守秘義務を遵守する旨締結します。

(2) 守秘義務は、本契約の終了後または事業者の破産後においても、もしくは施設の職員が退職した後も存続します。



## 10 情報の提供について

当事業者が、ご利用者の情報を他機関に提供する場合は、以下のとおりです。

- (1) ご利用者へ医療上または介護上、緊急の必要性がある場合には、他医療機関等にご利用者の心身に関する情報を提供することがあります。
- (2) 市町村への情報提供が必要な場合

## 11 緊急時の対応

容態急変時・事故発生時等の対応については、以下のとおりです。

- (1) ご契約者の容態が急変した場合は、速やかに主治医又は協力医療機関等へ連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) ご利用者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者のご家族等や関係市町村へ速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 事故発生時における、職員の対応方針を定めた事故対応マニュアルを整備し、職員に徹底いたします。但し、状況によって変更する場合があります。

※その他のことにつきましても、事務所までお気軽にご相談下さい。

### 緊急連絡先①

氏名 ( ) 続柄 ( )  
住所 ( )  
電話番号 (自宅 / 携帯 )

### 緊急連絡先②

氏名 ( ) 続柄 ( )  
住所 ( )  
電話番号 (自宅 / 携帯 )

## 12 非常災害対策について

施設の消防計画書に基づき訓練計画を立て、火災・地震等の非常災害に備えるため定期的に避難・誘導・救出その他の訓練を行います。

## 13 残置物引取人

契約締結にあたり、残置物引取人をお願いすることはありません。

- (1) ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。
- (2) 当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。  
また引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

## 14 相談・苦情の受付について

- (1) 当施設における苦情の受付当施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。  
また、苦情受付ボックスを事務所に設置しています。

○苦情受付窓口 生活相談員                      ○連絡先 084-982-8872  
○苦情解決責任者 施設長（管理者）              ○受付時間 毎日 9：00 ～ 17：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福山市介護保険課	所在地	福山市東桜町3番5号本庁舎3階
	電話番号	084-928-1166
	受付時間	平日8:30~17:15
国民健康保険団体連合会	所在地	広島市中区東白島町19番49号
	電話番号	(082)554-0783
	受付時間	平日8:30~17:15
広島県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地	広島市南区比治山本町12-2
	電話番号	082-254-3419
	受付時間	平日8:30~17:00

15 第三者評価の実施状況

(1) 第三者による 評価の実施状況 実施なし

16 個人情報の取り扱いについて

利用契約書11条に基づきながら、以下の場合において業務上必要な際に利用者及び家族の情報を共有あるいは提供することについて

- 同意します。  
 同意しません。

- ① 施設サービス計画等の作成または変更の場合
- ② 居宅支援事業所等、介護保険事業者もしくは在宅医療の為に医療機関との調整会議を行う際
- ③ ご本人が入院される場合の入院先
- ④ 緊急時の対応に必要な医療機関
- ⑤ 市町村への情報提供が必要な場合
- ⑥ 別紙「個人情報取扱業務概要説明書」の記載内容

17 入所者が入院治療等で不在の場合は普段利用されている居室を短期入所に活用することについて

- 同意します。  
 同意しません。

18 要介護認定の申請について

- 社会福祉法人紫城会に代行委任します。  
 家族で行います。

入所者若しくは代理人として重要事項説明書及び利用料金の説明を受けその内容に同意しました。

説明日 年 月 日  
説明者 \_\_\_\_\_ 職種 ( )

同意日 年 月 日  
入所者 \_\_\_\_\_ 印

代理人 \_\_\_\_\_ 印  
続柄 ( )