

地域密着型特別養護老人ホーム 五本松の家 重要事項説明書

(令和7年8月1日現在)

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

(電話) 084-999-6321

(担当) 生活相談員 (月曜～金曜日)

※ご不明な点等ございましたらお尋ねください。

2. 地域密着型特別養護老人ホーム五本松の家の概要

(1) 運営方針

- ①当施設は、少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室（以下「ユニット」という。）ごとに【施設サービス計画】に基づき、利用者の居宅における生活への復帰を念頭におき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、栄養管理、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者が相互に社会的関係を築きながら利用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ができるようにすることを目指します。
- ②当施設は、地域や家庭との結びつきを重視しながら関係する市町村や介護保険サービス提供者等と密接な連携を図るものとします。

(2) 提供できるサービスの種類

施設名称	地域密着型特別養護老人ホーム 五本松の家
所在地	広島県福山市多治米町六丁目14番26号
介護保険法	介護老人福祉施設 【事業所番号 3491501791】
老人福祉法	特別養護老人ホーム
その他	生活保護法適用施設

(3) 施設の設備概要

定員	29名
居室	29室 (10.65㎡)
共同生活室	3室
浴室	3室
機械浴室	1室 ※特殊浴槽
医務室	1室
相談室	2室

(4) 施設の職員体制・勤務体制

職種	現職員	指定基準	勤務時間
管理者（施設長）	1名	1	8:30～17:30
医師（嘱託医師）	1名	必要数	
生活相談員	1名	1	シフト制による
介護職員	15名	10	
看護職員	2.5名	1	
機能訓練指導員	1名	1	
介護支援専門員	1名	1	

職種	現職員	指定基準	勤務時間
管理栄養士	1名	1	
事務職員	2.75名	必要数	
調理員	5名	必要数	

3. 施設サービスの内容

(1) 日常生活支援

施設サービス計画の立案	施設サービス計画（ケアプラン）の立案を行い、ご本人及びご家族の同意に基づいて作成します。（年に1回以上の見直し）
介護	上記のケアプランに基づいた介護を行います。 （食事、排泄、入浴、整容、移動介助、余暇活動等）
入浴	週に最低2回は入浴していただけます。但し、心身の状態に応じて清拭としたり、中止させていただく場合があります。
排泄	利用者の心身の状況に応じて、また個人のプライバシーを尊重の上、適切な方法により、又は排泄の自立について、必要な援助を行います。
食事	朝食 7時00分～10時00分 昼食 11時30分～13時30分 夕食 17時30分～19時30分
機能訓練	利用者の心身の状況等に応じて、利用者との合意に基づき日常生活を営むのに必要な機能を回復し、又はその減退を防止するための訓練を行います。
洗濯	施設側にて洗濯致します。特殊な衣類などは自己負担となります。
理美容サービス	月1回以上、理容師または美容師によるサービスが実費にて利用できます。

(2) 余暇活動

趣味活動	音楽、書道、カラオケ等、週1回以上の活動を行います。
行事	誕生会、納涼祭、敬老会、新年会等の季節行事を行います。

(3) 保健医療サービス

健康管理	月1回、医師の診察を受けることができます。 月1回、歯科の診察を受けることができます。 日常的には、看護職員を中心に健康管理を行います。 医療の必要性は、嘱託医師、協力医療機関の医師が判断します。 医療が必要と判断された場合には速やかに医療機関に通院もしくは入院していただきます。この場合は利用者またはご家族の責任のもとで判断していただきます。 インフルエンザ予防接種を年1回行います。
------	--

(4) 代行業務

行政手続代行	手続きの代行を希望される場合はその都度お申し出ください。
介護保険更新申請の援助	介護保険更新の際には、継続して施設利用ができるよう更新申請に対する必要な援助を行います。
日常費用支払代行	介護サービス以外の日常生活に係わる諸経費（医療費・外出時実費等）の立替代行を行います。（立替を行った諸経費については、翌月以降に領収書を添付し請求します。）

(5) 預かり金管理

預かり金管理	当施設では『預かり金等管理規程』に基づき、利用者又はその家族が金銭管理等を行うことが困難な場合、同意を得た上で代行することができます。金銭管理の対象となるものは、年金の受取、自己負担金の支払、保険料の支払、医療費・日常購入品の支払等です。非日常的な高額金銭や証券・土地等は原則的に管理できませんのでご了承ください。管理は原則として金融機関の通帳とします。
--------	---

(6) 家族との交流・地域との交流・その他

家族説明会	年1回以上、当施設にて行います。
行事への参加	当施設が実施する行事には、ぜひご参加ください。

4. 介護保険等利用料

(1) 基本的な利用料金

利用者の方からいただく基本的な利用料金は次表の通りです。(施設サービス費は利用者負担割合1割の場合をお示しています。利用者負担割合の2割又は3割の場合にはそれぞれ倍額となります)。

【基本利用料金表】

(例：利用者負担割合1割の場合) 単位:円

介護度	所得段階	居住費	食事費用	施設サービス費	合計金額 (1日)	合計(1ヶ月) ※30日
要介護1	第1段階	880	300	682	1,862	55,860
	第2段階	880	390	682	1,902	57,060
	第3段階①	1,370	650	682	2,702	81,060
	第3段階②	1,370	1,360	682	3,412	102,360
	第4段階	2,260	2,000	682	4,942	148,260
要介護2	第1段階	880	300	753	1,933	57,990
	第2段階	880	390	753	2,023	60,690
	第3段階①	1,370	650	753	2,773	83,190
	第3段階②	1,370	1,360	753	3,483	104,490
	第4段階	2,260	2,000	753	5,013	150,390
要介護3	第1段階	880	300	828	2,008	60,240
	第2段階	880	390	828	2,098	62,940
	第3段階①	1,370	650	828	2,848	85,440
	第3段階②	1,370	1,360	828	3,508	105,240
	第4段階	2,260	2,000	828	5,088	152,640
要介護4	第1段階	880	300	901	2,081	62,430
	第2段階	880	390	901	2,171	65,130
	第3段階①	1,370	650	901	2,921	87,630
	第3段階②	1,370	1,360	901	3,631	108,930
	第4段階	2,260	2,000	901	5,161	154,830

介護度	所得段階	居住費	食事費用	施設サービス費	合計金額 (1日)	合計(1ヶ月) ※30日
要介護5	第1段階	880	300	971	2,151	64,530
	第2段階	880	390	971	2,241	67,230
	第3段階①	1,370	650	971	2,991	89,730
	第3段階②	1,370	1,360	971	3,701	111,030
	第4段階	2,260	2,000	971	5,231	156,930

(2) 加算される利用料金等

基本的な利用料金に加え介護福祉士、看護師、管理栄養士等職員配置数、入居者の重症度（介護度4、5）の占める割合等による加算や個別に提供するサービスによる加算があります。（職員配置数、入居者の重度化や医療機関との連携の状況等により加算の内容について変動が生ずる場合があります。）

（例：利用者負担割合1割の場合）単位：円

区 分	加算額	算定日等
日常生活継続支援加算	46	1日につき
看護体制加算（Ⅰ）イ	12	1日につき
看護体制加算（Ⅱ）イ	23	1日につき
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	46	1日につき
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	3ヶ月に1回を限度
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	個別機能訓練加算算定の場合＋100 月に1回
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	1日につき
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合月に1回
個別機能訓練加算（Ⅲ）	20	個別機能訓練加算（Ⅱ）口腔衛生管理加算（Ⅱ） 栄養マネジメント強化加算を算定
A D L維持等加算（Ⅰ）	30	月に1回（12ヶ月間）
A D L維持等加算（Ⅱ）	60	月に1回（12ヶ月間）
若年性認知症利用者受入加算	120	1日につき（該当者のみ）
入院、外泊時費用	246	月に6日を限度（該当者のみ）
安全対策体制加算	20	入所時に1回
初期加算	30	入居後または30日以上入院をして退院後から30日を限度（該当者のみ）
退所時栄養情報連携加算	70	1回につき
再入所時栄養連携加算	200	入院等で一旦退所し再度入所した場合に入院先の管理栄養士と連携し栄養ケア計画を策定した場合1回につき
栄養マネジメント強化加算	11	1日につき
経口移行加算	28	180日以内1日につき（該当者のみ）
経口維持加算（Ⅰ）	400	月に1回（該当者のみ）
経口維持加算（Ⅱ）	100	月に1回（該当者のみ）

区 分	加算額	算定日等
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90	月に1回
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	口腔衛生等に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合月に1回
療養食加算	6	1日に3回を限度として1回につき（該当者のみ）
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3	月に1回
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13	月に1回
排せつ支援加算（Ⅰ）	10	月に1回
排せつ支援加算（Ⅱ）	15	月に1回
排せつ支援加算（Ⅲ）	20	月に1回
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	50	月に1回
協力医療機関連携加算（Ⅱ）	5	月に1回
配置医師緊急時対応加算	325	配置医師の通常の勤務時間外の場合（早朝・夜間及び深夜を除く）
	650	午前6時～午前8時・午後6時～午後10時の間に1回につき（該当者のみ）
	1,300	午後10時～午前6時まで1回につき（該当者のみ）
退所時情報提供加算	250	1回につき
看取り介護加算（Ⅰ）	72	死亡日以前31日～45日（該当者のみ）
	144	死亡日以前5日～30日（該当者のみ）
	680	死亡日以前4日～前日（該当者のみ）
	1,280	死亡日当日（該当者のみ）
看取り介護加算（Ⅱ）	72	死亡日以前31日～45日（該当者のみ）
	144	死亡日以前5日～30日（該当者のみ）
	780	死亡日以前4日～前日（該当者のみ）
	1,580	死亡日当日（該当者のみ）
自立支援促進加算	280	月に1回（該当者のみ）
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	月に1回
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50	月に1回
生産性向上推進加算（Ⅰ）	100	月に1回
生産性向上推進加算（Ⅱ）	10	月に1回
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	1日につき
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	1日につき
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150	月に1回
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120	月に1回
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	月に1回
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	月に1回

認知症チームケア推進加算を算定している場合は算定なし

区 分	加算額	算定日等	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	1日につき	日常生活継続支援加算を算定 している場合には算定なし
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	1日につき	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	1日につき	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	当月の介護報酬（施設サービス費＋加算）× 14.0％		
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	当月の介護報酬（施設サービス費＋加算）× 13.6％		
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	当月の介護報酬（施設サービス費＋加算）× 11.3％		
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	当月の介護報酬（施設サービス費＋加算）× 9.0％		

（３）減免措置制度

上記利用料（居住費・食費を除く）については、所得に応じた次の減免措置の制度があります。

● 高額介護サービス費の支給

１）１ヵ月に支払った施設サービス費並びに加算（１割～３割）の合計額が所得に応じた次表の上限額を超えた場合には、超えた額が申請により福山市から払い戻されます。

負担段階	対 象 者	負担上限額	
		個人	世帯（※）
第１段階	・生活保護を受けている人	15,000円	
	・境界層措置該当者		15,000円
	・世帯全員が市民税非課税で、老齢福祉年金を受給中の人		24,600円
第２段階	・世帯全員が市民税非課税で、本人の公的年金等の収入金額が80万円以下の人 ・境界層措置該当者		
第３段階	・世帯全員が市民税非課税で、第１・２段階以外の人	24,600円	
第４段階	・世帯の誰かが市民税課税で、同一世帯の第１号被保険者の課税所得額145万円未満の人 ・世帯の誰かが市民税課税で、同一世帯の第１号被保険者の課税所得額145万円以上で、同一世帯の第１号被保険者の収入合計が520万円未満（１人の場合は383万円未満）の人	44,400円	44,400円
第５段階	・第１～４段階に該当しない人	44,400円	44,400円

２）介護サービスの利用者と同一世帯に、年収約770万円以上の65歳以上の方がいる場合、毎月の負担上限額が以下のとおりとなります。

対 象 者	負担上限額（世帯※）
課税所得額380万円（年収約770万円）以上、課税所得額690万円（年収約1,160万円）未満	93,000円
課税所得額690万円（年収約1,160万円）以上	140,100円

※同一世帯に複数のサービス利用者がある場合は、それぞれの利用者負担額（施設サービス費並びに加算）を合計して、世帯の上限を超えたとき、その超えた額が支給されます。

● 居住費及び食費減免措置

- 1) 居住費 1日当たり 2,260円
2) 食 費 1日当たり 2,000円

居住費並びに食費について、年間所得や預貯金額により「介護保険負担限度額認定」を福山市から受け、次表のとおり減額された額をお支払いいただくこととなります。

(日額)

段 階	対象者	居住費	食費
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給者 ・世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者 ・預貯金等が本人1,000万円以下、本人+配偶者2,000万円以下 	880円	300円
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯の全員が住民税非課税で合計所得金額と公的年金等の収入額の合計が80万9千円以下の人 ・預貯金等が本人650万円以下、本人+配偶者1,650万円以下 	880円	390円
第3段階①	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯の全員が住民税非課税で合計所得金額と公的年金等の収入額の合計が80万9千円超120万円以下の人 ・預貯金等が本人550万円以下、本人+配偶者1,550万円以下 	1,370円	650円
第3段階②	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯の全員が住民税非課税で合計所得金額と公的年金等の収入額の合計が120万円超の人 ・預貯金等が本人500万円以下、本人+配偶者1,500万円以下 	1,370円	1,360円
第4段階 (負担限度額対象外)	上記以外の人	2,260円	2,000円

5. その他のサービス費

個別サービス料金

サービス項目	サービス内容	料 金
預り金等管理サービス (通帳)	通帳の出納管理・年金等の申請代行を行います。(小口現金の出納管理料金を含む)	1日100円
理美容サービス	カット	実費をご負担いただきます
余暇活動費	作業材料費・レクレーション・講師謝礼・ 交通費・その他経費等	実費をご負担いただきます (月単位でご利用いただきます)
電気料金(1個につき)	テレビ・冷蔵庫など個別にお持込された 場合のみ	1日50円
日常生活費(株式会社 アメニティ契約分)	○テーブルサポート ○デンタルサポート ○スキンケアサポート	上限220円(税込み)／日 ×利用日数 ※株式会社アメニティに直接支払い

※その他、個別で必要とする物(ただしオムツを除きます)につきましては、利用者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。また、個別でご希望されたサービスについては、その都度実費を頂きます。

※入院中に、お部屋(個室)をそのままにさせていただく場合、1日あたり2,260円の居住費をお願いしております。入院の経過をふまえて医療機関と連携し対応していきます。

追加的費用

追加費用	サービス内容	料 金
特別食	特別献立及び特別食材	実費をご負担いただきます

文書料

サービス項目	サービス内容	料 金
コピー代	記録物をコピーした場合	1枚10円 ※その都度現金で支払い

6. 介護保険等利用者負担金(施設サービス費)及びその他利用料金の支払

介護保険等利用者負担金等の支払いは、お届けの口座から振替若しくは当法人預金口座への振込にて、当月分を翌月27日(金融機関が休業の場合は翌営業日)にお支払いを頂きます。

残高不足等により口座振替できない場合は、翌月分と併せて振替をします。

振替、振込を頂く介護保険等利用者負担金等は次のとおりです。

本説明書第3項(4) 当法人が日常費用等支払い代行した経費

本説明書第4項 介護保険等利用者負担金(施設サービス費・居住費・食費)

本説明書第5項 その他のサービス費(※日常生活費については、株式会社アメニティに直接支払い)

7. 契約終了について（退居）

- （１）入居者は、いつでも申し出ることにより、契約を解除することができます。
- （２）施設は次の事由に当てはまる場合、入居者に対して、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- ・ 入居者のサービス利用料金の支払が、正当な自由なく連続して３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず１４日以内に支払われない場合
 - ・ 入居者が病院等に入院し、明らかに３ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後３ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合
 - ・ 入居者が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を維持し難いほどの背信行為を行い、その様態が改善されない場合
 - ・ 入居者が要介護認定の更新で、非該当（自立）・要支援１・要支援２又は要介護１・要介護２と認定された場合、所定期間の経過をもってこの契約を終了します。
- （３）次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
- １）入居者が他の介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・介護療養型医療施設）に入所した場合
 - ２）利用者が死亡した場合
 - ３）やむを得ない事情により当施設を閉鎖する場合

8. 当施設利用に際しての留意事項

事 項	内 容
面会	面会 ９：３０～１９：００ それ以外の時間についてはご相談ください。
外出・外泊	外出・外泊届けに必要事項をご記入ください。 前日までに届の提出をお願いします。
喫煙	全面禁煙とさせていただきます。
施設外の受診	嘱託医師、協力病院の医師の指導でなく、利用者やご家族の希望により他の医療機関を受診する場合は、ご家族で対応をお願いいたします。 また、診察結果、処方薬等については職員にお申し出ください。
金銭・貴重品の管理	原則として利用者の責任において管理していただきます。必要以上の金銭・貴重品の持ち込みについてはご遠慮ください。
宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動や政治活動はご遠慮ください。
ペット	ペットの持ち込みはお断りします。
食べ物の持ち込み	健康上のことがありますので職員にお尋ねください。 お持込された場合は、必ず職員にお伝えください。

9. サービス提供の記録保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後２年間保存します。その記録は、お申し出により閲覧することができます。

10. 退所時の援助

契約の終了により入居者が退居する際には、利用者及びその家族の希望、入居者が退居後に生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助を行います。

1 1. 秘密保持の順守

- (1) 施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た入居者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 個人情報については、法人の運営する各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者の元に保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。
- なお、下記内容の場合に情報提供を行うことがありますので、ご承知おきください。

- ① 内部での入居者等に提供する施設サービス、介護保険事務、施設サービスに係わる運営業務のうち、
- 1) 入退居等の管理
 - 2) 会計・経理
 - 3) 事故等の報告
 - 4) 施設サービスの向上
 - 5) 施設サービス提供職員の連携
 - 6) 施設サービスや業務の維持
 - 7) 当該事業所内において行われる学生への実習の協力
- ② 外部への提供入居者等に提供する介護サービスのうち
- 1) 入居者等にて提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス推進担当者会議等）、照会の回答
 - 2) 入居者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活提供記録
 - 3) ご家族への心身の状況説明
- ③ 介護保険事務のうち
- 1) 審査支払機関へのレセプト等の提出
 - 2) 審査支払機関または保険者からの照会の回答
 - 3) 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

1 2. 緊急時の対応方法

入居者の容態に変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じるほか、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

医療機関名	社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院
所在地	〒720-0825 広島県福山市沖野上町三丁目6番28号
電話番号	084-931-8650
診療科目	内科・神経内科・脳神経外科・整形外科・外科・循環器内科等

(1) 非常災害規程

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理者	東谷久美子
防災訓練	年2回以上防災訓練を実施します。
防災設備	スプリンクラー、自動火災報知機、消火器等

(2) サービス内容に関する相談・苦情等窓口

1) 施設内における苦情の受付

苦情受付窓口	受付時間	連絡先
生活相談員	9:00～17:00	084-999-6321

2) 苦情解決責任者

苦情解決責任者	受付時間	連絡先
施設長（管理者）	9:00～17:00	084-999-6321

3) 行政機関その他苦情受付期間

苦情受付窓口	受付時間	連絡先
福山市 保健福祉局 介護保険課	月曜日から金曜日 8:30～17:00	084-928-1166

4) 第三者委員

第三者委員	受付時間	連絡先
岡 耕一郎	9:00～17:00	せとうち法律事務所 084-932-7747

(3) 法人の概要

名称	社会福祉法人 祥和会
法人種別	社会福祉法人
法人所在地	広島県福山市多治米町六丁目14番26号
電話	084-999-6321
代表者	理事長 大田泰正
法人の沿革	平成28年9月9日 法人設立
法人の運営する事業	地域密着型特別養護老人ホーム 五本松の家（定員29名） ショートステイ 五本松の家（定員20名） デイサービスセンター 五本松の家（定員25名）

利用者・ご家族様への施設留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込みの制限について

入居にあたり、以下の物は原則として持ち込むことができません。

- ・現金（施設出納を除く） ・高価貴重品（無くなると困る物）
- ・ペット ・危険物等 裁縫、爪切り等の刃物については相談とさせていただきます。

(2) 面会について

- ・面会時間 9：30～19：00
- ・来訪者は、必ずその都度事務所に面会者名簿に必要事項をご記入ください。
- ・郵便物の有無を事務所に確認してください。
- ・飲食物をお持ちになった際はユニットの職員に必ずお声掛けください。
場合によりお持ち帰りいただくことがありますご理解ください。

(3) 外出・外泊について

外出、外泊を希望される場合は、事前にお申し出のうえ、外出泊届書をご提出ください。

(4) 通院について

当施設協力医療機関への受診は当施設で対応します。ご家族の希望で協力医療機関以外への受診は、通院届書をご提出していただくとともに、嘱託医師の指示を得て受診をしていただきます。

ご家族の申出による場合や嘱託医師の指示で協力医療機関以外や専門医療機関等への受診が必要な場合には、原則ご家族で対応をお願いします。

(5) 入院時の空床利用と私物の移動について

入院中は、お部屋を確保させていただいておりますので、部屋代のみ請求があります。

(6) 施設内引っ越しについて（居室移動、フロアーの変更など）

サービスの実施状況や安全衛生等、また入居者様の心身状態や施設の都合等により、管理上の必要判断時には、居室の移動やフロアーの変更、居室内の模様替え等の措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

(7) 施設・設備の使用上の注意

故意に、または、注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担にて原状に復して頂くか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

(8) 住所変更について

入居後に当施設への住所変更をされるか、既住所地のままにされるかお申出てください。

(9) 施設内での宗教活動等の禁止

当施設の職員や他の入居者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動等は出来ません。

個人情報使用説明書

利用者、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最低限の範囲内で使用することとします。

記

- (ア) 使用する目的
 - ① 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
 - ② 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供
- (イ) 使用する事業者の範囲
利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者
- (ウ) 使用する期間
契約で定める期間
- (エ) 条件
 - ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
 - ② 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

以上

面会者制限や電話問い合わせ対応について

個人情報保護の趣旨から、電話によるお問い合わせや面会の方へのご案内について、以下の対応となっております。

- ・電話によるお問い合わせについて
電話による利用者の方の在籍の有無、居室のご案内は行っておりません。
あらかじめ、ご家族の方よりご案内ください。
- ・施設にいらした面会者について
利用に際し、利用者もしくはご家族の方から面会（お見舞い）希望の有無を確認させてください。面会（お見舞い）拒否の意思表示がない場合は、面会者名簿へ記帳頂いたうえ、居室にご案内します。
拒否される場合にはどなた様にかかわらず、個人情報保護の観点から入居の有無を含めてご案内は一切致しかねます。ご了承のほど、よろしくお願いします。

契約を証するため、本書2通を作成し、利用者様、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有します。
また、締結にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和____年____月____日

【事業者】

所在地 広島県福山市多治米町六丁目14番26号
名 称 地域密着型特別養護老人ホーム 五本松の家
施設長 東谷 久美子 ㊞

【説明者】

役職名 _____

氏 名 _____ ㊞

締結にあたり、事業者からの重要事項の説明を受け、承認しました。
又、個人情報使用説明書の内容に同意します。

令和____年____月____日

【ご入居者】

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

【ご家族の代表又は代理人】

ご入居者様との続柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____ () _____

氏 名 _____ ㊞