地域密着型特別養護老人ホームもも大安重要事項説明書

1　法人の概要

名　　称	社会福祉法人モモ
理　事　長	福本　美津子
所在地・連絡先	住所:いなべ市大安町南金井 705 番地 96 電話:0594－87－0025　　FAX:0594－87－0027

2　事業所（ご利用施設）

施設の名称	特別養護老人ホームもも大安
事業所番号	2491400079
所在地・連絡先	住所:いなべ市大安町南金井 705 番地 96 電話:0594－87－0025　　FAX:0594－87－0027

3　施設の目的及び運営方針

1）施設は、利用者の一人一人の意思及び人格を尊重し、利用者の居宅における生活の復帰を念頭に、利用中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利用者が互いに社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことができるように支援をします。利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。

2）施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、いなべ市、老人の福祉を増進することを目的とする事業を行う者、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を図ります。

4　施設の概要

建物	構造	鉄骨造平屋立て	延べ床面積	555 平方メートル

5　居室

居室の種類	室　数	面　積	備　考
ユニット型個室	10 室×2 ユニット	10.9～11.12　㎡	ブザーを設置

6　主な設備

設　　備	室　　数	備　　考
共同生活室	2	
医務室	1	
浴室	1	リフト浴・個浴
トイレ	4	
洗面所	8 カ所	
洗濯室・リネン室	1・1	

7　職員体制

従業者の職種	人数	区　分		備考
		常勤（兼務）	非常勤（兼務）	
管理者	1名	○		
医師	2名		○	内科、歯科
生活相談員・ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ	3名	○		
機能訓練指導員	1名		○	
介護支援専門員	1名	○		
看護師：看護職員	2名	○	○	
管理栄養士	1名	○		
介護職員	7名以上	○	○	

8　サービス内容

種　類	内　容
食　事	食事時間 朝　7：30～8：15 昼　12：00～13：00 夕　17：30～18：30 食事を楽しんでいただけるよう季節感や食材のバランスを考慮しています。主食に地元米を使用しています。 利用者の状況に応じて食事の形態や摂取の自立を援助します。
入　浴	身体の状態に応じて、週2回以上の入浴又は部分浴、清拭を行います。
離床 着替え 整容など	生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行います。 寝たきり防止のため、でき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に援助します。 シーツ交換は週1回以上、又は必要に応じて交換いたします。
排　泄	利用者の尊厳を大切にして排泄機能に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状態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に努めます。
健康管理	・嘱託医師による週1回の診察日を設けます。診察日以外でも心配の時はいつでも診察を受け付けます。また、歯科医師による年4回以上の歯科検診、協力医療機関による年1回の検診により利用者の健康管理に努めます。 ・外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできる限り配慮しますが、ご協力を依頼する場合があります。 ・入院が必要な場合は、ご家族の介護になります。3か月以上の長期の入院が見込まれる場合は、退所となりますのでご相談ください。
レクレーション等	季節に配慮した月替わりのレクレーション予定表により実施いたします。 個人負担が適当と認められる場合は実費となります。（例：花見、運動会）
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。

9　費用

1）利用料金は、下記の利用料金表の１割が利用者の負担額となります。利用者負担減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。

2）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ください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と、利用料の領収書を発行いたします。サービス提供証明書及び、領収書は償還払いを受ける時に必要になりますので、大切に保管してください。

１０　利用料料金表（令和８年６月現在）ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費

介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
利用料金	682 単位	753 単位	828 単位	901 単位	971 単位
室料（1 日）	2,066 円		食費（3 食）	1,800 円	

加算		看取り加算
初期加算　入所日～30 日 30 単位/日	口腔衛生管理加算Ⅰ 90 単位/月	（当日） 1,280 単位
看護体制加算（Ⅰ） 12 単位/日	日常生活継続加算 46 単位/日　◆	（2 日・3 日前） 680 単位/日
栄養マネジメント加算 14 単位/日	サービス提供体制加算 6 単位/日　◆	（4 日～30 日前） 144 単位/日
協力医療機関連携加算Ⅰ 50 単位/月	介護職員等処遇改善加算Ⅱｲ 15.9%/月	（31 日～45 日前） 72 単位/日

＊1 単位　10.14 円　　◆職員体制による加算変更有

○減免　（介護負担限度額認定証に準じます）＊令和８年８月より変更＊

利用者負担（1 日）	食　費	居住費	利用者負担
なし	1,800 円	2,066 円	3,866 円
第 1 段階	300 円	880 円	1,180 円
第 2 段階	390 円	880 円	1,270 円
第 3 段階　①	680 円	1,370 円	2,050 円
第 3 段階　②	1,420 円	1,470 円	2,890 円

＊24 時間稼動の必要なエアマット、加湿器、在宅酸素器等の持ち込み１ヶ月 2,000 円、個室に電気製品の持ち込み１個に付１ヶ月 1,000 円を徴収いたします。

○入院又は外泊中の費用

要介護状態の区分に関わらず、１日につき 246 単位、ただし１月につき７泊を（6 日分）を限度といたします。月をまたがる場合は最大で連続 13 泊（12 日分）を上限とします。入院中のお部屋の確保を希望される場合は１日 2,066 円の室料を徴収いたします。

○入院中に、ご使用中のベッドを他の利用者の短期入所生活介護に使用することに同意していただいた場合は、ベッドの利用があった場合の費用の負担はありません。

○入所中の状態等の変化により、転室を行う事があります。ご家族には、事後報告になる場合がありますので、ご承知おきください。

○介護保険対象外サービス

種　類	内　容	利用料金
整容・美容	毎月１回のヘアカットのサービスをご利用いただけます。	実費をご負担いただきます。
レクレーション行事	レクレーション行事によっては、実費負担があります。参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます。
日常生活用品の購入代行	ご希望により、衣服、上履き、歯ブラシ等の日用品の購入の代行をさせていただくことができます。	購入代金をご負担いただきます。
金銭管理ｻｰﾋﾞｽ	１日 100 円（原則として金銭管理は致しません）	
行政代行料		市町村の定めた料金
予防接種料		実費をご負担
冷暖房費	１日 200 円 （請求する場合には連絡を致します）	
コピー代金	資料等のコピーを依頼された場合	１枚 30 円(白黒)

○利用料等のお支払い方法

毎月 10 日前後に（施設サービスの内容と費用）に記載の金額を基に算定した前月分の利用料金を利用料明細書により請求いたしますので、25 日までに下記の口座に振り込み送金してください。

百五銀行　蓮花寺支店（普通預金口座番号）266240
口座名義人　社会福祉法人モモ　　理事長　福本　美津子
※入金確認後領収書を発行いたします。

１１　サービスの提供にあたって

1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間等）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は、速やかに本施設にお知らせください。
2) 要介護認定が行われていない場合、当該利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるように必要な援助をいたします。
3) サービスの提供は「施設サービス計画」に基づいて行います。なお、「施設サービス計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により必要に応じて変更します。
4) サービス提供に関する従業者への具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

１２　協力医療機関等

医療施設名　　のだ内科・リウマチ膠原病・訪問診療クリニック
住　　所　　桑名市赤尾 1344-3　　電話　0594－31－4080
歯科医院　　とまと歯科
住　　所　　いなべ市大安町丹生川久下 1712 番地 2　電話　0594－78－4618
連携医療機関　いなべ総合病院
住　　所　　いなべ市北勢町阿下喜 771 番地　　電話　0594－78－2000

１３　サービス内容に関する苦情相談窓口

相談窓口受付時間　　月曜日～金曜日　10：00～16：00
ご利用方法　　電話：0594－87－0025　　FAX:0594－87－0027
窓口責任者　　島村　真美　　竹腰　真弓

●第３者委員を設置しています。　ＴＥＬ　0594-87-0025

行政機関その他の相談窓口

いなべ市介護保険課	0594-86-7820
三重県国民保険団体連合会	059-222-4165
福祉サービス適正化委員会	059-224-8111

１４　災害非常時の対策

1) 非常時の対応別途定める（特別養護老人ホームもも大安）の消防計画に則り対応いたします。
2) 避難訓練及び防災計画　（特別養護老人ホームもも大安）の防災計画に則り対応いたします。
3) 防災設備：自動火災報知機、スプリンクラー、防火扉、屋内消火器、誘導灯
　※　カーテン　寝具は防炎性のあるものを使用しています。

１５　業務継続計画の策定

1) 施設は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
2) 施設は、従業者に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとします。
3) 施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

１６　身体拘束の禁止

1) 施設は、利用者に対する身体の拘束その他行動を制限する行為（以下「身体拘束」という）を行いません。ただし、当該利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとします。
2) 施設は、従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を年２回以上実施するものとします。

１７　ハラスメントに関して

施設は、適切なサービス提供を確保する観点から、従業者に対する次に示すハラスメントの防止のために必要な措置を講じます。

(1)　身体的な力を使って危害を及ぼす行為（回避して危害を免れた場合も含む）
　（パワーハラスメント、カスタマーハラスメント、他）
(2)　個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり貶めたりする行為
　（パワーハラスメント、カスタマーハラスメント、他）
(3)　意に沿わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ
　（セクシャルハラスメント）

１８　サービスの提供の際の禁止行為

従業者は、サービスの提供にあたって次に挙げる行為は行いません。

(1)　利用者もしくはその家族等からの金品等の授受
(2)　利用者の家族等に対するサービスの提供
(3)　利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
(4)　その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

１９　サービス利用にあたっての禁止事項について

利用者、ご家族、関係者等において次に掲げるいずれ事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

(1)　従業者に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等の迷惑行為
(2)　カスタマーハラスメント、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント等の行為
(3)　サービス利用中に従業者の写真や動画撮影、録音等を無断で行い、それらをSNS等に掲載すること

２０　施設の利用にあたっての留意事項

1)　来訪・面会　面会時間　　8：00～20：00
※防犯上、上記の時間としますが、時間外になる場合はお申し出ください。
※来訪者は面会時間を、面会簿にご記入ください。また、宿泊される場合はお申ください。
※現在感染防止のため面会は制限しています。

2)　外出・外泊
外出・外泊の際には、行先と時間を職員に申し出てください。(食事の要不要等)

3)　居室・設備・器具の利用
施設内の居室や設備、器具の使用は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

4)　喫煙
原則施設内禁煙です。喫煙はご遠慮下さい。

5)　所持金の管理
所持金は、自己の責任で管理してください。金銭管理の必要な方はお申し出ください。(有料)

6)　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下さい。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないで下さい。

7)　宗教活動・政治活動
施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

8)　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いたします。ただし、セラピストによる治療時間はこの限りではありませんのでお申し出ください。

私は、重要事項説明書に基づいて、上記サービス内容及び重要事項の説明をいたしました。

説明年月日　令和　　年　　月　　日

事業所　　　　　特別養護老人ホームもも大安
所在地　　　いなべ市大安町南金井705番地96
管理者　　　　竹腰　真弓

説明者名　______________________ ㊞

私は、重要事項説明書に基づいて、上記サービス内容及び重要事項の説明を受けました。
また、個人情報の取り扱いに関しても、使用することに同意いたします。

利用者氏名______________________ ㊞

住　所______________________

代筆者______________________ 理由（　　　　　　）

家族代表(続柄　　　　　　)・　立会人(関係　　　　　　)

氏　名______________________ ㊞

住所______________________

緊急連絡先【　0594-87-0025　0594-87-0026　からの着信がありましたらご連絡ください】

優先順	氏　名	電　　話(会社名等)
1		
2		

◎延命治療の希望　□有　□無　　　　　**◎施設での看取り希望　□有　　□無**

ご希望の場合はレでご記入ください。**いつでも変更はできます。**