

社会福祉法人 那珂川福祉会

LaKiKi

春日市

指定介護予防・日常生活支援総合事業

(第1号通所事業)

重要事項説明書

指定介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）を提供致します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたい事を次の通り説明致します。

当サービスの利用は、原則として介護認定、又は基本チェックリストにより「要支援1・2」もしくは「要介護状態に準ずる状態にあると判断された方」が対象となります。

1. 施設経営法人

法人名称	社会福祉法人 那珂川福祉会
法人所在地	福岡県那珂川市下梶原2丁目6番3号
介護保険法人番号	01012194
代表者氏名	理事長 秋田 裕子
設立年月日	平成11年8月20日
電話番号	092-952-1122
FAX番号	092-954-1960

2. 御利用施設

施設の名称	社会福祉法人 那珂川福祉会 LaKiKi
施設の所在地	福岡県那珂川市片縄二丁目1番 フローラル片縄101
管理者名	管理者 金丸 麻衣子
開設年月日	平成30年7月1日
指定番号	4073700835号
電話番号	092-951-1010
FAX番号	092-951-1116

3. 事業の目的及び運営方針

老人福祉施設の基本理念に基づき事業の適切な実施を図る事を目的とし、要支援状態もしくは要支援状態に準じる状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

4. 施設設備の概要

	設備の種類	室数	備考
設備	メインフロア (食堂・機能訓練室を兼ねる)	1室	ウォーキング機器・エアロバイク ホームジム、アブベンチ（腹筋台） Rip:60
	静養室	1室	
	相談室	1室	

5. 職員体制及び職務内

(令和6年6月1日現在)

職種	職務内容	常勤	非常勤	計
管理者	事業の運営管理、統括、業務の一元的な管理。	1名		1名
生活相談員	利用者の把握、家族との連絡調整。	1名以上		1名以上
介護職員	利用者の介護、運動指導、レクリエーションの実施。	2名以上		2名以上
看護職員	保健衛生及び看護		1名以上	1名以上
機能訓練士	利用者のリハビリを実施。	1名以上		1名以上

6. 事業実施区域（通常の事業の実施地域）

春日市	西鉄天神・大牟田線より西側
-----	---------------

7. 営業日、営業時間、提供時間、定員（通所介護を含む）

営業日	営業時間	提供時間	定員
月曜日～金曜日 （祝祭日を含む） ※お盆・大晦日・ お正月を除く	8：30～17：30	9：00～12：00 13：30～16：30 《3時間以上4時間未満》	20名

8. サービスの概要

（1）介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）のサービス

種 類	内 容
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。オムツ利用の方はご持参下さい。
機能訓練	● 機能訓練指導員による利用者の状況に適合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機器。 ➢ ウォーキングマシン、ホームジム各2台ずつ ➢ エアロバイク9台、腹筋マシン4台、ホットパック
健康管理	● 施設到着後、看護職員の指示のもと脈拍・血圧・一般状態の確認を行い、健康管理に努めます。 ● 一定の条件を満たした医療行為については、介護職員がさせて頂く事があります。（体温測定や湿布貼付等） ● 緊急時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持って引き継ぎます。
相談及び援助	● 当施設は利用者及びご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
送 迎	● ご利用者の状態に応じた送迎車により、事業所と自宅の間を行います。 ● 通常の送迎の実施地域は6ご覧下さい。 ● お迎え時間は、連絡帳・電話等で事前にお知らせ致します。 ● 体調不良等で休まれる場合は、事前にご連絡下さい。 ● 交通事情等により到着時間が前後する場合がございます。10分以上前後する場合は、電話でお知らせ致します。

（2）介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）以外のサービス

種 類	内 容
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等日常生活に要する費用でご契約者に負担頂く事が適当であるものにかかる費用を負担頂きます。 《紙パンツ類》 ➢ ご自宅で利用されている物を利用当日に2～3枚ご持参ください。汚れた際はそれに対応いたします。予備でお持ちいただいた物がなければ実費相当かかります。
呼吸機能強化を 図る運動機器の フィルター交換代	● 衛生上3ヵ月1回フィルターの交換が必要になります。 ➢ 1個320円を徴収致します。

9. 利用料金

介護報酬告示額（厚生労働大臣が定める基準）1単位当たりの単価

地域区分	5級地	
上乗せ割合	10%	
人件費割合	45%	1単位＝10.45円

介護予防・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）

状態区分	単位数
要支援1 事業対象者 (週1回程度)	1か月の利用回数が4回以下の場合 436単位×利用回数 ただし、1か月5回以上利用した場合は、1798単位／月 対象者のみ 59単位／日
要支援2 事業対象者 (週2回程度)	1か月の利用回数が8回以下の場合 447単位×利用回数 ただし、1か月9回以上利用した場合は、3621単位／月 対象者のみ 119単位／日

加算料金（ご利用者によって内容が異なります。）

加算の名称	加算の内容	加算の単位数
サービス提供体制加算 (Ⅰ)～(Ⅲ)	介護福祉士の配置を特に強化して基準を満たしている事業者に対して、サービスの質が一定に保たれると判断し、算定される加算です。	事業対象者・要支援1 (Ⅰ) 88単位／月 (Ⅱ) 72単位／月 (Ⅲ) 24単位／月 事業対象者・要支援2 (Ⅰ) 176単位／月 (Ⅱ) 144単位／月 (Ⅲ) 48単位／月
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) イ.ロ (Ⅱ) イ.ロ (Ⅲ) (Ⅳ)		総単位数に8.3%から12%の加算が乗じる
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	片道－47単位・往復－94単位
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービスを行う場合	事業対象者・要支援1 －376単位／月 －94単位／日 事業対象者・要支援2 －752単位／月 －94単位／日
生活機能連携向上加算(Ⅰ)	3か月1回、外部リハビリテーション専門職とICTを活用した動画等を用いて身体機能評価、機能訓練計画書を作成。必要に応じて訓練内容の見直しを行う。	100単位／3か月1回
科学的介護推進加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報をLIFEを用いて厚生労働省に提出すること。また、サービスの提供にあたって上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する必要がある加算です。	40単位／月

(※注1) について

事業対象者の負担する単位数について

- 要支援認定を経ずに事業対象者となった場合
 - 要支援1の区分で請求
- 要支援1の認定を持ったものが認定の更新をせず事業対象者となった場合
 - 要支援1の区分で請求
- 要支援2の認定を持ったものが認定の更新をせず事業対象者となった場合

10. 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は、速やかに利用者のご家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。その後、市町村に報告します。
2. 自己の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
3. サービス提供により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。

11. 緊急時の対応

1. 体調の変化等、緊急の場合は別紙『連絡先一覧表』に定める緊急連絡先に連絡致します。
2. 事業所内で定めている『緊急時の対応マニュアル』に従い対応させて頂きます。

12. 緊急やむを得ない身体拘束の条件と対応

1. 『切迫性』『非代替性』『一時性』これら3つの条件を全て満たす状態にあり、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、スタッフ個人で行わず、施設全体としての判断が行われるように、話し合いで判断する態勢を原則とします。
2. 利用者本人やご家族に対して、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、同意を得て、十分な理解を得るように努めます。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除する事とします。
3. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

13. ハラスメント行為について

1. 契約者及び契約者の家族等の禁止行為
 - ① 事業者、サービス従事者に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
 - ② 事業者、サービス従事者に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
 - ③ 事業者、サービス従事者に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的ないやがらせ行為）※コップを投げつける。蹴る。殴る。物を壊すなどの威嚇行為。大声を発する。怒鳴る。特定のサービス従事者に嫌がらせをする。「この程度はできて当然」、「この程度もできないのか」と理不尽なサービスを要求する。長時間に及ぶサービス従事者の拘束。必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。あからさまに性的な話をする。必要以上にサービス従事者の連絡先や住所を聞く。サービス従事者にストーカー行為をする。
2. 契約解除について
契約者または契約者の家族等から、従事者、サービス従事者に対する上記のようなハラスメントにより、サービス従事者の心身に危害が生じ、または、生じるおそれのある場合であって、その危害の発生または再発生を防止することが著しく困難である場合等により、契約者に対して介護サービスを提供することが困難となった場合は、契約を解除する場合がある。

14. 個人情報の取り扱い

- 当施設では個人情報の取り扱いについて、利用者の尊厳を守り、安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報を適正に活用させて頂きます。
- 詳細は別紙『個人情報保護方針』『個人情報の利用目的』となっています。

15. 苦情申立先

当事業所のサービスに関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

（１）事業所内

窓口担当者	生活相談員 宮脇 和広
苦情解決責任者	管理者 金丸 麻衣子

第三者委員	足立 孝子 TEL 090-4482-0242 唐崎 康子 TEL 092-953-0017
電話	(092) 951-1010
ご利用方法	面接：相談室、苦情箱：施設内に設置
ご利用時間	毎日 9：00～17：00

(2) 事業所外

那珂川市役所	所在地	福岡県那珂川市西隈1-1-1
	電話	(092) 953-2211
	ファックス	(092) 953-2312
福岡県国民健康保険 団体連合会 『相談・苦情窓口』	所在地	福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47号
	電話	(092) 642-7859
	ファックス	(092) 642-7857
福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会	所在地	福岡県春日市原町3-1-7 (クローバープラザ内)
	電話	(092) 915-3511
	ファックス	(092) 915-3512
各利用者様の介護保険書被保険者証 に記載している保険者	別紙「利用者からの苦情を解決するために講ずる設置の概要」 を参照	

16. 協力医療機関

樋口病院 (内科・泌尿器科・皮膚科等)	所在地	福岡県春日市紅葉丘東1-86	利用者の状態が急 変した場合、診療を 依頼。
	TEL (092) 572-0343	FAX (092) 572-7760	
那珂川病院 (内科・外科・整形外科等)	所在地	福岡県福岡市南区向新町2-17-17	
	TEL (092) 565-3531	FAX (092) 566-6460	

17. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「当施設消防計画」に沿って対応します。			
災害時の協力体制	施設と消防署とは非常通報装置により非常連絡が行える体制を図っています。			
平常時の避難訓練	別途定める当施設の消防計画にのっとり年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
当施設の防災設備	消火器	1箇所	誘導灯	1箇所
	自動火災報知機	有	シャッター	1箇所

18. サービス利用に当たっての留意事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（9：00～12：00・13：30～16：30）を遵守し、必ずその都度受付にて面会簿を記入して下さい。（個人情報の保護は配慮しております）。
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下さい。これに反したご利用により破損等生じた場合、賠償して頂くことがあります。
喫煙・飲酒	基本的には禁煙・飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮をお願いします。
貴重品・現金の管理	お持ちにならないで下さい。もしお持ちになられた場合、利用者の責任の下、管理をお願いします。仮に問題等が発生しましても責任を負いかねます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物の飼育	施設内でのペットの持ち込みはお断りします。
契約者及び契約者の 家族等の禁止行為	職員に対する身体的暴力、職員に対する精神的暴力または、セクシャルハラスメント

19. 意思表示が困難になった場合の連絡先について

当施設をご利用するにあたり、成年後見制度の手続きを行っていない利用者が、自らの意思表示が難しい場合、または自らの意思表示が難しくなった場合には、施設サービス等に関する判断は別紙『意思表示に関する同意書』の連絡先にご連絡させていただきます。また、成年後見制度、地域福祉権
--

利擁護事業に関して詳細がお知りになりたい方は、パンフレット等がございますので、生活相談員までご相談下さい。

20. 成年後見制度に関する問い合わせ先

福岡県社会福祉協議会	所在地 福岡県春日市原町 3-1-7 (クローバープラザ内)
	電話 (092) 584-3354
	ファックス (092) 584-3354
ぱあとなあ福岡 (福岡県社会福祉士会)	所在地 福岡県福岡市博多区博多駅前 3-9-12 アイビーコートⅢ 5F
	電話 (092) 483-2944
	ファックス (092) 483-3037
成年後見センター・ リーガルサポート 福岡支部相談窓口	所在地 福岡県福岡市中央区舞鶴 3-2-23
	電話 (092) 738-7050
	ファックス (092) 738-1660

以上、何かご不明な点がございましたら、お電話で結構ですのでお尋ね下さい。

平成30年 7月 1日

平成30年10月1日 改訂

平成30年12月1日 改訂

平成31年 1月1日 改訂

令和 元年10月1日 改訂

令和 3年 4月1日 改訂

令和 4年 4月1日 改訂

令和 4年10月1日 改訂

令和 5年 9月1日 改訂

令和 5年12月1日 改訂

令和 6年 6月1日 改訂

令和 8年 6月1日 改訂