

社会福祉法人 那珂川福祉会

ねむのきユニット

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 重要事項説明書

当事業所は、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、原則として要介護認定の結果「要介護３～５」と認定された方及び「要介護１、２」と認定され特例入所が認められている方で那珂川市に住所地がある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     |
| 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 ねむのきユニット |
| 施設の所在地            | 福岡県那珂川市下梶原２丁目６番３号      |
| 施設長名              | 施設長 秋田 裕子              |
| 開設年月日             | 平成２６年７月１日              |
| 指定番号              | ４０９３７０００８８             |
| 電話番号              | ０９２－９５２－１１２２           |
| FAX番号             | ０９２－９５４－１９６０           |
| 福祉サービス第三者評価の実施の有無 | 実施無し                   |

#### 3. 御利用施設と併設している事業

| 事業の種類及び<br>指定番号 |                                          | 福岡県知事の事業者指定     |                | 備考                  |
|-----------------|------------------------------------------|-----------------|----------------|---------------------|
|                 |                                          | 開設年月日           | 指定更新年月日        |                     |
| 施設              | 介護老人福祉施設<br>4073700074 号                 | 平成 12 年 7 月 1 日 | 令和 8 年 7 月 1 日 | 定員 50 名             |
| 居宅              | 短期入所生活介護<br>4073700074 号                 | 平成 12 年 7 月 1 日 | 令和 8 年 7 月 1 日 | 定員 10 名             |
|                 | 介護予防短期入所生活介護<br>4073700074 号             | 平成 18 年 4 月 1 日 | 令和 8 年 7 月 1 日 |                     |
|                 | 通所介護<br>4073700074 号                     | 平成 12 年 7 月 1 日 | 令和 8 年 7 月 1 日 | 定員 35 名<br>(月～土、祝日) |
|                 | 介護予防・日常生活支援<br>総合事業第一号業者<br>4073700074 号 | 平成 18 年 4 月 1 日 | 令和 6 年 4 月 1 日 |                     |
|                 | 訪問介護<br>4073700074 号                     | 平成 12 年 4 月 1 日 | 令和 8 年 4 月 1 日 | サービス提供責任者<br>2 名    |

|                          |                               |            |          |           |
|--------------------------|-------------------------------|------------|----------|-----------|
| 居宅                       | 指定第一号訪問事業<br>4073700074号      | 平成18年4月1日  | 令和6年4月1日 | 定員12名     |
|                          | 認知症対応型通所介護<br>4093700054号     | 平成24年2月1日  | 令和6年2月1日 |           |
|                          | 介護予防認知症対応型通所介護<br>4093700054号 | 平成24年2月1日  | 令和6年2月1日 |           |
| 居宅介護支援事業所<br>4073700074号 |                               | 平成11年12月1日 | 令和8年4月1日 | 介護支援専門員6名 |

#### 4. 事業の目的及び運営の方針

法の基本理念と関係法令及び通知に基づき、入所者に対し医学的管理の下で心身の状態に対応した適切な処遇と必要な機能回復訓練を行い、健康で明るく生きがいのある生活ができるよう運営する。

#### 5. 施設の概要（ユニット型フロア）

##### 居室及び設備

|    | 居室・設備の種類      | 室数  | 備 考                 |
|----|---------------|-----|---------------------|
| 居室 | 1人部屋（ユニット型個室） | 20室 | 洗面台・ベッド（寝具含む）・冷暖房完備 |
|    | 合 計           | 20室 |                     |
| 設備 | 共同生活室         | 2室  | 各ユニットに1つずつ          |
|    | 浴 室           | 1室  | 一般浴（個浴） ・ 機械浴       |
|    | 医 務 室（※）      | 1室  | 2階                  |

入所前に利用されていた家具類等、家庭的な雰囲気を継続しサービスを提供する為原則持ち込みとなります。

※は従来型部分との共用となり、設備場所は従来型施設となります。

#### 6. 職員に必要な人数、職員体制及び職務内容

| 職種       | 職務内容                            | 配置人数 |
|----------|---------------------------------|------|
| 施設長※     | 事業の運営管理、統括、業務の一元的な管理。           | 1名   |
| 生活相談員※   | 利用者に対する総合的な福祉サービスの提供、生活指導、苦情処理。 | 1名以上 |
| 介護職員     | 利用者の身上に係る相談及び介護等。               | 7名以上 |
| 看護職員※1   | 利用者の保健衛生の管理及び養護。                | 1名以上 |
| 機能訓練指導員※ | 身体的機能の改善又は維持の為に機能訓練を実施。         | 1名以上 |
| 介護支援専門員※ | 施設サービス計画書の作成、見直し、更新。            | 1名以上 |
| 医師※      | 利用者の診察、健康管理、保健衛生の指導。            | 1名以上 |
| 管理栄養士※   | 献立の作成、栄養の計算、食品の管理指導。            | 1名以上 |

※従来型施設との兼務となります。

※1 看護師は、ねむのきの兼務者もいます。

<介護・看護の勤務体制>

| 職種   | 勤務体制                                                              |
|------|-------------------------------------------------------------------|
| 介護職員 | 早出：1名、日勤：2～3、遅出：1～2      夜勤：1名<br>※各勤務体制の人数は入所者の状況により変更することもあります。 |
| 看護職員 | 日勤：1名～<br>※17：30～翌8：30はオンコール体制。                                   |

7. 営業日及び入所相談に関して

|         |                                                                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 営業日     | 年中無休    8：30～17：30                                                                                               |
| 入所申込の方法 | 施設に來所して『入所申込書』に記入して頂き、面接に基づいて『調査票』を執らせて頂きます。年に2回開催される施設内での『入所検討委員会』にて入所待機順位が決定していく仕組みになっています。<br>持参して頂くもの：介護保険証類 |

8. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類          | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設サービス計画書の立案 | ・入所者の生活全般の状況を踏まえ、施設サービス計画書を作成します。その内容を入所者及び家族に説明し同意を得て交付します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 食 事          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士のたてる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を適切な時間に温かな（内容によっては冷たい）状態で提供します。但し食費は給付対象外です。</li> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べて頂くように配慮します。</li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(食事時間)</span> <span>(食事場所)</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>朝食： 8：00～ 8：50</span> <span>各ユニット部の共同生活室</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>昼食：12：00～12：50</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>夕食：18：00～18：50</span> </div> <p>※食事場所に関しては、当日の体調や、ご希望により居室等選択する事ができます。</p> <p>※入所者の皆さまで簡単な装い等実施する事もできます。又食事時間は基本上記の通りですが、入所者と職員で相談し決める事もできます。</p> |
| 排 泄          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・オムツを使用する方に対しては、1日6回のオムツ交換を行うと共に、必要な場合はこれを超えて交換を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 入 浴          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・季節に応じて週2～3回の入浴又は清拭を行います。体調不良等入浴が難しい場合、回数減または清拭にて対応させて頂きます。</li> <li>・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。お気軽にご相談下さい。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 離床<br>着替え<br>口腔ケア<br>整容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止の為、できる限り離床に配慮します。</li> <li>・生活リズムを考え、毎朝夕の着替え、毎食後の口腔ケアの援助を行うよう配慮します。</li> <li>・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します。</li> <li>・シーツ交換は原則として週1回実施致します。汚れた場合等は必要に応じて随時交換致します。</li> </ul>                                                                                                                                                 |
| 機能<br>訓練                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員による入所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。</li> <li>・当施設の保有するリハビリ機器。(従来型施設に設備しています) <ul style="list-style-type: none"> <li>※リハビリ台、プーリー、肋木</li> <li>※従来型 1F フロアにペダル漕ぎ、アームグリップがあります。</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                      |
| 健康<br>管理                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設の嘱託医により週1回診察日を設けて健康管理に努めます。<br/>医師名 【ちだクリニック】 千田 悟 先生 (内科) 毎週水曜日 午後<br/>【中村病院】 森田 喜一郎先生 (精神科) 2回/1月 午後</li> <li>・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。<br/>(体温測定や湿布貼付等)</li> <li>・施設内での服薬管理は看護師が致します。</li> <li>・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、基本的にはご家族で対応して頂きます。対応困難な場合はご相談下さい。</li> <li>・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。</li> </ul> |
| 相談及び<br>援助               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は入所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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 社会生<br>活上の<br>便宜         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えると共に、施設での生活を実りあるものとする為、適宜レクリエーション行事を企画します。</li> <li>・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況によっては代行致します。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                        |

## (2) 介護保険給付対象外サービス

| 種類         | 内容                                                                                                                                                                                                                                |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理容・美容      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月2回(第2木曜日・第4木曜日)理美容店の出張による理髪サービスを別途下記料金にて利用頂けます。</li> <li>※カット ⇒ 1,500円・1,650円/回</li> <li>※顔そり ⇒ 500円・550円/回</li> <li>※各理美容店によって金額が異なります。</li> <li>※パーマ、カラーリングご希望の方も随時ご相談下さい。</li> </ul> |
| 居住費        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設ではユニット型個室を用意しております。</li> <li>※ユニット型個室 ⇒ 室料+光熱水費相当</li> </ul>                                                                                                                           |
| レクリエーション行事 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設では年間行事計画に沿ってレクリエーション行事を企画します。なお施設外レクリエーションは交通費・入場料等は実費とさせて頂きます。</li> </ul>                                                                                                             |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| レンタルテレビ                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室にて個人で見られるテレビです。</li> <li>＊ 99 円／日（電気代込）※内訳レンタルテレビ 84 円、電気代 15 円</li> <li>・テレビを持参された場合は、下記の電気代のみとなります。</li> </ul>                                                             |
| 電気料金                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・お持ち込みの電化製品は、1 電化製品につき 15 円／日</li> <li>※家電使用に係る電気料金について<br/>代表的な家電であるテレビの消費電力と標準的な視聴時間から電気料金を類推し、電気使用管理費と合わせて 1 家電につき、1 日 15 円としています。</li> </ul>                                |
| 注入セット料金<br>※介護保険負担限度額適用<br>となりません。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・経口摂取が困難であり、現在胃瘻の方で、医療機関処方以外の流動食を使用されている場合、以下の料金がかかります。<br/>（医療機関から処方されている流動食のみを使用されている方にはかかりません。）</li> <li>＊注入セット（イリゲーター、チューブ等） 必要実費分／月</li> <li>＊流動食代金（個人により異なります）</li> </ul> |
| 高栄養食品の料金<br>※介護保険負担限度額適用<br>となりません。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の進行や身体機能の低下等により当施設で準備した食事が食べられずに、高栄養のゼリーや高栄養の飲み物のみ摂取される方に以下の料金がかかります。</li> <li>＊召しあがる高栄養食品により料金が異なります。</li> </ul>                                                           |
| 病院受診・薬料金                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関を受診する場合は、保険負担割合の料金がかかります。</li> </ul>                                                                                                                                       |

## 9. 利用料金

### （１）１単位当たりの単価

10 円に地域区分上乗せ率及び人件費割合を乗じて得た数を 1 単位の単価とする。

|       |      |              |
|-------|------|--------------|
| 地域区分  | 6 級地 |              |
| 上乗せ割合 | 6%   |              |
| 人件費割合 | 45%  | 1 単位＝10.27 円 |

※ 施設の所在地やサービス種別により、1 単位の単価が決定されます。

### （２）利用料の計算方法

月の総利用単位数に 1 単位当たりの単価数を乗じて得た額が利用者負担額となります。

※基本的にお手持ちの『介護保険負担割合証』に記載された割合分の負担が原則となります。

※小数点以下の端数は切り捨てとなります。

### （３）施設利用料（基本料の 1 日あたりの目安）

（令和 6 年 4 月 1 日より）

| 要介護状態区分 | ユニット型単位数 |
|---------|----------|
| 要介護 1   | 6 8 2 単位 |
| 要介護 2   | 7 5 3 単位 |
| 要介護 3   | 8 2 8 単位 |
| 要介護 4   | 9 0 1 単位 |
| 要介護 5   | 9 7 1 単位 |

(4) 加算料金について(1日あたりの目安)※契約者によって内容が異なります。

| 加算の名称              | 加算の内容                                                                                                                       | 単位数            |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| サービス提供体制加算<br>(Ⅰ)  | ① 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の80以上であること。                                                                                    | 22 単位          |
| 日常生活継続支援加算<br>(Ⅱ)  | ①新規入所者の内要介護4、5の方が70%以上又は認知症自立度Ⅲ以上の方が65%以上。<br>② 入所者6名に対して介護福祉士1名以上配置の場合。                                                    | 46 単位          |
| 個別機能訓練加算<br>(Ⅰ)    | 機能訓練指導員を1名以上専従で配置し、他職種間共同で個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行い、記録、評価、見直しを行う場合。この計画書はご利用者又はご家族に説明、交付、同意が必要。                              | 12 単位          |
| 個別機能訓練加算<br>(Ⅱ)    | 個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定しており、個別機能訓練計画書を厚生労働省に提出し、機能訓練を実施するにあたり必要な情報を活用すること。                                                           | 20 単位          |
| 看護体制加算(Ⅰ)イ         | ①ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費を算定していること。<br>②常勤の看護師を1名以上配置していること。                                                                   | 12 単位          |
| 看護体制加算(Ⅱ)イ         | ①看護職員を常勤換算方法で2名以上配置していること。<br>②24時間連絡できる体制を確保していること。                                                                        | 23 単位          |
| 生活機能向上<br>連携加算(Ⅱ)  | 指定通所リハビリテーション等の事業所の理学療法士等が施設を訪問し、機能訓練指導員等多職種間共同で入所者の身体状況の評価及び機能訓練計画書を作成。3か月に1回以上計画書の見直しを実施。                                 | 100 単位<br>※月算定 |
| 生産性向上推進体制<br>加算(Ⅱ) | 生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行うこと。見守り機器のテクノロジーを1つ以上導入していること。業務改善の取組を定期的にデータで提出すること。                                             | 10 単位※<br>月算定  |
| 協力医療機関<br>連携加算     | 協力医療機関との間で、入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っていること。                                                                                  | 100 単位<br>※月算定 |
| 科学的介護推進体制<br>加算(Ⅱ) | 入所者ごとの心身の状況等に係わる基本的な情報を厚生労働省に提出する。必要に応じサービス計画書を見直す等、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していること。                                      | 50 単位<br>※月算定  |
| 協力医療機関<br>連携加算     | 協力医療機関との間で、入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っていること。                                                                                  | 100 単位<br>※月算定 |
| 口腔衛生管理加算<br>(Ⅱ)    | 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係わる技術的助言及び指導を行う。また口腔衛生等の管理に係わる計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。 | 110 単位<br>※月単位 |
| 外泊時費用              | 入所者が入院や外泊をされた場合。(1月に6日を限度)                                                                                                  | 246 単位         |

|                  |                                                                                                                                                                                 |                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 初期加算             | 入所日から30日以内の期間を算定。30日を超える入院後の再入所も同様に算定。                                                                                                                                          | 30 単位                                                   |
| 療養食加算            | 医師の処方箋に療養食を提供した場合。(糖尿病食、腎臓食等)<br>1食毎の算定となります。1日3回を限度となります。                                                                                                                      | 6 単位                                                    |
| 配置医師緊急時対応加算      | 配置医師と協力医療機関と連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保しており、施設の求めに応じ、施設を訪問して入所者に対し診療を行った場合。<br>① 早朝 (AM6時～AM8時)・夜間 (PM6時～PM10時)<br>② 深夜 (PM10時～翌AM6時)<br>③ 往診日 (水曜日 MP1時～PM4時) 以外の時間 (①②の時間帯は除く) | ① 650 単位<br>② 1300 単位<br>③ 325 単位                       |
| 退所時情報提供加算        | 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合。                                                                                                                      | 250 単位                                                  |
| 看取り介護加算Ⅰ         | 常勤の看護師を一名以上配置し、病院若しくは診療所と24時間連絡体制を確保している事。看取りの指針を定め、職員に看取りの研修を行い、施設で看取り介護を実施した場合。<br>① 死亡日 45日前～31日前<br>② 死亡日以前 30日前～4日前<br>③ 死亡日前々日、前日<br>④ 死亡日                                | ① 72 単位<br>② 144 単位<br>③ 680 単位<br>④ 1280 単位<br>※死亡月に算定 |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰロ) | 介護職員の基本的な待遇改善やベースアップ、資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備を行い、総合的な職場環境改善による職員の定着推進を図り、事業所内の経験、技能のある職員を充実すること。また生産性向上や協働化に取り組むこと。                                                                   | 月の総単位数に17.6%を乗じた数                                       |

※当施設では加算算定はございませんが、栄養マネジメント体制を整えています。

(5) 食費について (材料費、調理費含む)

| 利用者負担段階  | 第1段階  | 第2段階  | 第3段階① | 第3段階②   | 第4段階    |
|----------|-------|-------|-------|---------|---------|
| 食費 (1日分) | 300 円 | 390 円 | 680 円 | 1,420 円 | 1,900 円 |

(内 訳)

| 朝食    | 昼食    | 夕食    |
|-------|-------|-------|
| 400 円 | 760 円 | 740 円 |

\*第1～第3段階のご利用者には補足給付という制度が用いられます。

(6) 居住費

| 利用者負担段階 | 第1段階  | 第2段階  | 第3段階①   | 第3段階②   | 第4段階    |
|---------|-------|-------|---------|---------|---------|
| ユニット型個室 | 880 円 | 880 円 | 1,370 円 | 1,470 円 | 2,066 円 |



## 10. 施設へのハラスメント行為について

### 1. 契約者及び身元引受人等の禁止行為

- 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ュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

※物を投げつける。蹴る殴る。唾を吐く。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。長時間におよ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電話番号、住所を聞く。サービス従事者にストーカー行為をする。

### 2. 契約の解除について

契約者または身元引受人等からの事業者、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、サービス従業者の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、契約者に対して介護サービスを提供することが著しく困難となった場合は、契約を解除する場合がございます。

## 11. 事故発生時の対応

1. サービス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. 事故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. サービスの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。

## 12. 緊急時の対応

1. 入所者の体調の変化等、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. 施設内で定めている『夜間帯急変時の対応手順』に従い対応させていただきます。

## 13. 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様に、「身体拘束適正化委員会」を設け話し合いで判断する態勢を原則とします。
2. 入所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。

#### 1 4. 虐待の防止のための措置

当施設では入所者の人権の擁護、虐待の防止のため必要な体制の整備を行うとともに次の措置を講じています。

1. 虐待の防止等のために『虐待対策委員会』を設置し定期的を開催し、その結果を従業者に周知徹底を図っています。
2. 従業者に対し、虐待の防止を啓発・普及をするための職員に対する研修の実施をしています。
3. 虐待防止等に関する担当者を決め、虐待の防止のための指針を整備しています。  
※虐待防止担当者：秋田 裕子（施設長）
4. 入所者に対し、身体的虐待、心理的虐待、介護放棄や介護放任、性的虐待、経済的虐待等身体的苦痛、人格を辱める等の虐待を行いません。

#### 1 5. 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、入所者の尊厳を守り、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いただきます。
- ・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。

#### 1 6. 苦情申立先

当施設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 中村 武晃                                                           |
| 苦情解決責任者 | 管理者 秋田 裕子                                                             |
| 第三者委員   | 唐崎 康子           Tel 092-953-0017<br>足立 貴子           Tel 090-4482-0242 |
| 電話      | (092) 952-1122                                                        |
| 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丁目1番1号         |
|                                 | 電話    | (092) 953-2211           |
|                                 | ファックス | (092) 953-2312           |
| 福岡県国民健康保険<br>団体連合会<br>『相談・苦情窓口』 | 所在地   | 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<br>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           |

## 17. 協力医療機関

|                               |                           |                    |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------|
| ちくし那珂川病院<br>(内科・消化器内科・循環器内科等) | 所在地 福岡県那珂川市仲 2－8－1        |                    |
|                               | TEL (092) 555-8758        | FAX (092) 555-8795 |
| 樋口病院<br>(内科・泌尿器科・皮膚科等)        | 所在地 福岡県春日市紅葉丘東 1－8 6      |                    |
|                               | TEL (092) 572-0343        | FAX (092) 572-7760 |
| 筑紫南ヶ丘病院<br>(内科・リハビリ科・皮膚科)     | 所在地 福岡県大野城市大字牛頸 1 0 3 4－5 |                    |
|                               | TEL (092) 595-0595        | FAX (092) 595-0610 |
| 那珂川病院<br>(内科・外科・整形外科等)        | 所在地 福岡市南区向新町 2－1 7－1 7    |                    |
|                               | TEL (092) 565-3531        | FAX (092) 566-6460 |
| 中村病院<br>(老年精神科・内科等)           | 所在地 福岡市南区老司 3－3 3－1       |                    |
|                               | TEL (092) 565-5331        | FAX (092) 566-5566 |
| 夫婦石病院<br>(内科・リハビリ科)           | 所在地 福岡市南区桧原 8 5 3－9       |                    |
|                               | TEL (092) 566-7061        | FAX (092) 566-7065 |

入所者の状態が急変した場合、診療を依頼。

## 18. 協力歯科医療機関

|      |                           |
|------|---------------------------|
| わに歯科 | 所在地 福岡県大野城市白木原3丁目10-20-1F |
|      | 電話 (092) 592-1441         |

## 19. 入院、外泊時の取り扱いについて

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院、外泊などでベッドに空床が出た場合、居住費が発生しますのでご了承下さい。</li> <li>・病院又は診療所への入院を要した場合及び居宅における外泊を認めた場合、6日／月を限度とし246単位徴収させて頂きます。(1単位：10,27円となります)</li> <li>・介護保険負担限度額認定証をお持ちの方で、入院し6日目以降は居住費は基準額となります。</li> <li>・入院した場合、事業者よりご家族及び、入院した医療機関に入院中の経過を尋ねる事があります。</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 20. 非常災害時の対策 (設備の数は従来型施設とユニット型施設合わせた数となります)

|          |                                                         |      |           |      |
|----------|---------------------------------------------------------|------|-----------|------|
| 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4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 | スプリンクラー                                                 | 有    | 防火扉・シャッター | 4箇所  |
|          | 非常階段                                                    | 2箇所  | 補助散水栓     | 5箇所  |
|          | 自動火災探知機                                                 | 有    | 非常通報装置    | 有    |
|          | 誘導灯                                                     | 25箇所 | 消火器       | 16箇所 |
|          | ガス漏れ報知器                                                 | 有    | 非常用電源     | 有    |
|          | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。                            |      |           |      |
| 消防計画書等   | 消防署への届出日：平成26年12月24日 防火管理者：中野 剛良                        |      |           |      |

## 2 1. サービス利用に当たって留意事項

|           |                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会     | 来訪者は、面会時間（10：00～20：00）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）。来訪者が宿泊される場合はご相談下さい。 |
| 外出・外泊     | 年末年始、お盆等の外出外泊が増え、円滑に行えるように援助させていただきます。外出外泊の際には各サービスステーションもしくは1階受付にお申し出下さい。              |
| 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、賠償して頂く事があります。                         |
| 喫煙・飲酒     | 基本的には喫煙・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お願いします。携帯電話持参の方は居室内でのご利用をお願いします。                                    |
| 所持品・現金の管理 | 所持品は各階で、現金は1階事務所に管理させていただきます。                                                           |
| 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。                                                                   |

## 2 2. 意思表示が困難になった場合について

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、生活相談にまでご相談下さい。

## 2 3. 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<br>（福岡県社会福祉士会）            | 所在地 福岡市博多区博多駅前3-9-12 アイビーコートⅢビル5F |
|                                   | 電話 （092）483-2944                  |
|                                   | ファックス （092）483-3037               |
| 成年後見センター・<br>リーガルサポート<br>福岡支部相談窓口 | 所在地 福岡市中央区舞鶴3-2-23                |
|                                   | 電話 （092）738-7050                  |
|                                   | ファックス （092）738-1660               |

## 24. 看取り介護について

1. 当施設は嘱託医師及び協力医療機関と連携し必要時24時間の連絡体制を確保しています。
2. 夜間は看護師が不在ではありますが、緊急時の連絡により看護師が駆けつける体制を確保しています。
3. 別紙『看取りに関する指針』に従い、医師が終末期にあると判断した者で、多職種間共同で本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行います。
4. 当施設は当施設退所後も継続してご家族や医療機関に状態確認等連絡をさせていただきます。
5. 施設を退所等した月と死亡した月が異なる場合は、死亡月にまとめて一部負担金の請求を行います。

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26年 | 7月 | 1日施行 | 平成27年 | 4月  | 1日改正 | 平成27年    | 8月   | 1日改正 |
| 平成27年 | 9月 | 1日改正 | 平成28年 | 5月  | 1日改正 | 平成29年    | 4月   | 1日改正 |
| 平成30年 | 4月 | 1日改正 | 平成30年 | 8月  | 1日改正 | 平成30年10月 | 1日改正 |      |
| 平成31年 | 4月 | 1日改正 | 令和元年  | 10月 | 1日改正 | 令和2年     | 4月   | 1日改正 |
| 令和3年  | 4月 | 1日改正 | 令和3年  | 8月  | 1日改正 | 令和4年10月  | 1日改正 |      |
| 令和5年  | 1月 | 1日改正 | 令和5年  | 4月  | 1日改正 | 令和5年     | 6月   | 1日改正 |
| 令和6年  | 4月 | 1日改正 | 令和6年  | 6月  | 1日改正 | 令和7年     | 5月   | 1日改正 |
| 令和8年  | 6月 | 1日改正 | 令和8年  | 8月  | 1日改正 |          |      |      |

社会福祉法人 那珂川福祉会 ねむのきユニット

社会福祉法人 那珂川福祉会 ねむのきユニット

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

重要事項説明書 同意書

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の提供開始にあたり、契約者等に対して重要事項説明書の内容を説明しました。上記の重要事項説明書を証する為、本重要事項説明書2通を作成し、契約者等が署名の上、契約者等、事業者が1通ずつ保有するものとします。

契約締結日：令和            年            月            日

《事業者名》

事業所名：社会福祉法人 那珂川福祉会 ねむのきユニット

住 所：福岡県那珂川市下梶原2丁目6番3号

代表者名：管理者 秋田 裕子

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の内容を受け、内容を十分に理解すると共に、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の提供開始に同意しました。

《契約者》

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_

《身元引受人・成年後見人》

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_（続柄：\_\_\_\_\_）