

**【契約書別紙】**

**マナハウス短期入所生活介護事業所  
重要事項説明書**

〈 年 月 日から 年 月 日現在〉

**1 利用者（被保険者）**

要介護状態区分	
要介護認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
認定審査会意見	

**2 法人**

法人の名称	社会福祉法人 さわら福祉会
法人所在地	福岡県福岡市西区戸切3丁目20番8号
法人種別	第一種社会福祉法人
代表者氏名	益田 康弘
設立年月日	平成15年7月28日
電話番号	092-811-5528

**3 ご利用施設**

施設の名称	マナハウス短期入所生活介護事業所
施設の所在地	福岡県福岡市西区戸切3丁目20番8号
施設長名	小金丸 誠
開設年月日	平成16年10月 1日
電話番号	092-811-5528
ファクシミリ番号	092-811-5671

**4 ご利用施設であわせて実施する事業**

事業の種類	福岡県知事の事業者指定		利用定数
	指定年月日	指定番号	
施設 特別養護老人ホーム	H16年10月1日	4071201059号	69人
居宅 短期入所生活介護	H16年10月1日	4071201075号	11人
居宅介護支援事業	年 月 日	号	

## 5 施設の概要

特別養護老人ホーム（併設）

敷	地	2 2 5 7 . 0 0 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造6階建（耐火建築）
	延べ床面積	4 2 6 1 . 9 7 m <sup>2</sup>
	利用定員	1 1 名

### (1) 居 室

ユニット数（2階～5階）	入居定員
8ユニット	10人（1ユニット）

居室の種類	室 数	面 積
1人部屋	11室	14.02m <sup>2</sup> 以上

### (2) 主な設備

設備の種類	室 数 等	面 積	1人あたりの面積
共同生活室	8室	103.49m <sup>2</sup> 以上	10.3m <sup>2</sup> 以上
浴 室	4室	—	
リフト浴槽	2台	—	
面 談 室	1室	8.75m <sup>2</sup>	
美容コーナー	1室	15.74m <sup>2</sup>	
医 務 室	1室	15.65m <sup>2</sup>	

## 6 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業実施地域 福岡市西区、早良区、城南区、糸島市
- (2) 営業日 年中無休

## 7 職員体制（特別養護老人ホームと兼務）

- (1) 施設長 1名
- (2) 介護支援専門員 1名
- (3) 生活相談員 1名
- (4) 介護職員 24名
- (5) 看護職員 3名
- (6) 機能訓練指導員 1名
- (7) 管理栄養士 1名

(注) 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

## < 職務内容 >

施設長…当施設に関する業務上の運営管理の統括をします。

生活相談員…利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

介護職員…利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

看護職員…主に利用者の健康管理や医療上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員…利用者の機能訓練を担当します。

医師…利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

管理栄養士…利用者の食事の献立作成、栄養計算、栄養指導を行います。

## 8 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯(09:00～18:00 常勤で勤務)	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯(09:00～18:00 常勤で勤務)	4週8休
介護職員	07:00～16:00 10:00～19:00 13:00～22:00 16:00～翌日 10:00 22:00～07:00 ・原則として利用者3名に対し職員1名また日中は1ユニットに対し職員1名以上でお世話をします。	原則として 4週8休
看護職員	09:00～18:00 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。	原則として 4週8休
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯(09:00～18:00 常勤で勤務)	原則として 4週8休
医師	週2日(3時間/日)	
管理栄養士	正規の勤務時間帯(09:00～18:00 常勤で勤務)	原則として 4週8休

## 9 短期入所生活介護サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

種類	内容
食事	・管理栄養士の立てる献立表により、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提供します。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮し心身の状況に応じて、適切な方法により食事の自立について必要な支援を行います。</li> </ul> <p>(食事時間 月～土) (食事時間 日曜日)</p> <p>朝食 08:00～ 10:00～</p> <p>昼食 11:30～ 16:00～</p> <p>夕食 17:30～</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、適切な方法により排泄の自立について必要な支援を行います。</li> </ul>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間を通じて週2回以上の入浴または清拭を行います。</li> <li>・寝たきりの方にもリフトを用いて安心して入浴いただけます。</li> </ul>
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。</li> <li>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替え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をします。</li> <li>・シーツ交換は、週1回実施します。</li> </ul>
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者一人ひとりの日常生活の中で食事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、トイレに歩いていったりという活動を重要と考え援助していきます。</li> <li>・日常的なケアの場面で、利用者の能力を十分に引き出しているかを確認しながら、居室等の生活の場で家具やしつらえを有効に活用して工夫しながら機能訓練を実施します。</li> </ul>
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。</li> </ul>

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配置医師により、健康管理に努めます。</li> <li>・また、緊急等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もって引継ぎます。</li> <li>・利用者が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だけ配慮します。</li> </ul> <p>(当施設の配置医師) 氏名： 村上華林堂病院医師 勤務日： 週2日（3時間/日）</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</li> </ul> <p>(相談窓口) 生活相談員</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の短期入所生活介護計画が作成されるまでの間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。</li> </ul>
社会生活上の便宜	<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ともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。</li> <li>・利用者の家族との連携を密にし、家族との交流等の機会を確保できるように努めます。</li> <li>・主な娯楽設備 クラブ活動（映画鑑賞、カラオケ、塗り絵） 喫茶コーナー</li> <li>・主な全体での行事 誕生会、敬老会等</li> </ul>

## (2) その他

サービス提供記録の保管	この契約の終了後5年間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土日曜日・祝祭日を除く毎日10:00～18:00
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。

## 10 利用者負担金

(1) お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。（1日あたり）

要介護度 区分	利 用 料	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
要介護度1	7, 428円	743円	1, 486円	2, 289円
要介護度2	8, 145円	815円	1, 629円	2, 444円
要介護度3	8, 936円	894円	1, 788円	2, 681円
要介護度4	9, 685円	969円	1, 937円	2, 906円
要介護度5	10, 413円	1, 042円	2, 083円	3, 124円

※滞在費 1日あたり 2, 066円

食費 朝食 336円

昼食 575円

夕食 534円

おやつ 1日あたり 50円

(滞在費、食費の利用者負担については、第1～3段階の方については、負担限度額とします。)

加算項目		1割負担	2割負担	3割負担
送迎加算	1回あたり	195円	389円	583円
機能訓練体制加算	1日あたり	13円	26円	39円
療養食加算	1回あたり	9円	17円	26円
サービス提供体制強化 加算Ⅰ	1日あたり	24円	47円	70円
夜間職員配置加算Ⅳ	1日あたり	22円	43円	64円
緊急入所受入加算	1日あたり	95円	190円	285円
生産性推進体制加算Ⅰ	1月あたり	106円	211円	317円
口腔連携強化加算	1月あたり	53円	106円	159円
介護職員処遇改善加算Ⅰ 1月の総単位数の14%×10.55 円×		1割	2割	3割

(2) 利用者の選定により提供するもの

日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるものは実費をいただきます。

(3) 利用者負担金の支払い方法

上記利用者負担金の支払いは、利用月の翌月10日ごろまでに月単位で請求しますので、次のいずれかの方法により、毎月25日までお支払いいただきますようお願いいたします。

ア 自動口座引き落とし

(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。)  
イ 銀行振込み(手数料は利用者負担となります。)

福岡銀行 月隈支店  
普通預金口座 0543159  
口座名義 社会福祉法人 さわら福社会  
理事長 益田 康弘

(4) 領収書の発行

事業者は、利用者から支払いを受けたときは、利用者に対し、領収書を発行します。

(5) サービス提供証明書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受け、利用者から求められたときは、利用者に対し、提供した短期入所生活介護サービスの内容、利用単位、費用等を記載したサービス提供証明書を交付します。

(6) 利用終了日までに居室の退去をされない場合、本来の利用終了日の翌日から現実に居室の退去をされた日までの期間について1日につき下記の利用者負担金をお支払いいただきます。尚、この料金には食費、おやつ代及び滞在費を含みます。

要介護度区分	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
利用者負担金	12,872円	13,094円	14,571円	15,404円	16,227円

利用者が要介護認定で自立判定された場合は12,594円

## 1.1 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業者は、居宅介護支援事業者のケアプラン及び短期入所生活介護計画に基づき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ことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、心身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ります。
施設運営の方針	事業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常にその利用者の立場に立って短期入所生活介護を提供するように努めます。

	施設は、明るく家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます
--	---

## 1.2 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 華林会 村上華林堂病院
院長名	山田 猛
所在地	福岡市西区戸切2丁目14-45
電話番号	(092) 811-3331
診療科	総合診療科 内科 消化器・肝臓内科 神経内科 血液・腫瘍内科 循環器内科 呼吸器内科 腎臓内科 糖尿病・内分泌内科 緩和ケア内科 眼科 整形外科 リハビリテーション科 老年内科 人工透析内科
入院設備	160床（一般40床・地域包括ケア65床・障がい者施設等病棟34床・緩和ケア21床）
契約の概要	当施設と村上華林堂病院とは、利用者に病状の急変があった場合、速やかに適切な処置を行うものとする。

医療機関の名称	社会医療法人財団 白十字会 白十字病院
院長名	荻野 泰秀
所在地	福岡市西区石丸4丁目3-1
電話番号	(092) 891-2511
診療科	内科 糖尿病内科 脳・血管内科 脳神経内科 腎臓内科 人工透析内科 肝臓内科 消化器内科 心臓血管内科 内分泌内科 呼吸器内科 放射線科 精神科 外科 消化器外科 肝臓・胆のう・膵臓外科 肛門外科 乳腺外科 心臓血管外科 血管外科 整形外科 脳神経外科 泌尿器科 形成外科 眼科 救急科 麻酔科 リハビリテーション科 臨床検査科 病理診断科 歯科 歯科口腔外科
入院設備	282床（ICU12床・SCU6床・一般病床219床・地域包括ケア病床45床）
契約の概要	当施設と白十字病院とは、利用者に病状の急変があった場合速やかに適切な処置を行うものとする。

## 協力歯科医療機関

医療機関の名称	いわさき歯科医院
院長名	岩崎 一真
所在地	〒819-0043 福岡市西区野方 6-34-43
電話番号	(092) 812-8008
診療科	訪問歯科診療 一般歯科 小児歯科 口腔外科
契約の概要	当施設といわさき歯科とは、利用者に病状の急変があった場合速やかに適切な処置を行うものとする。

### 1.3 災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームマナハウス 消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「特別養護老人ホームマナハウス 消防計画」にのっとり年2回夜間およ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。			
	設備名称	個数等	設備名称	
	個所等			
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	45個所
	非難階段	3個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	54個所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
	カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	防火管理者：小金丸 誠			

### 1.4 身元引受人

- (1) 身元引受人には、これまで最も身近にいて利用者のお世話をされてきたご家族やご親族に就いていただくのが望ましいと考えますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。
- (2) 身元引受人には、利用者の利用者負担金等の経済的な債務について利用者と連帯してその債務の履行義務を負っていただくこととなります。

又利用者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担等をおこなっていただき、事業者及び関係各所と協力、連携して退所後の利用者の受け入れ先の確保をお願いします。

(3) 前項の身元引受人の負担は、極度額200万円を限度とします。

(4) 身元引受人が負担する債務の元本は、利用者又は身元引受人が死亡した時に確定します。

(5) 身元引受人の請求があった時には、事業者は身元引受人に対し、遅滞なく利用者負担金等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

(6) 身元引受人には、利用者の契約有効期間中に心神喪失その他の事由により判断能力を失われている場合及び失う場合に備えて、利用者に代わる意志決定者（以下「代理権受任者」という。）として定めることに同意します。

(7) 利用者の利用が終了したあと当施設に残された残置物を利用者自身が引き取れない場合には身元引受人に引き取っていただく場合があります。これらの引き取りにかかる費用については利用者または身元引受人にご負担いただきます。

(8) 身元引受人が身元引受人としての責務を果たせないと判断した場合には、新たな身元引受人を立てていただくために入居者にご協力をお願いする場合があります。

## 1.5 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

相談受付窓口 (事務室内)	苦情解決責任者	施設長 小金丸 誠
	窓口担当者	山村 萌美
	ご利用時間	毎日 10:00～18:00
	ご利用方法	来所、電話

第三者委員の方による苦情受付、解決方法もできます。

第三者委員 (外部第三者)	小笠原 靖治	
	(介護福祉士養成校校長	090-9581-5051)
	深川 敬子	
	(保健師	090-4672-7802)

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

福岡県運営 適正化委員会	所在地 春日市原町3-1-7 (クローバープラザ東棟4階) 電話番号 092-915-3511 対応日 休館日以外
区保健福祉センター 福祉・介護保険課 介護サービス係	城南区役所 833-4105 早良区役所 833-4355 西 区役所 895-7066
糸島市 介護保険担当課	代表 092-323-1111
福岡県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地 福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7835 FAX番号 092-642-7854 対応時間 平日 8:30~17:00

養介護施設における高齢者虐待に関する行政の相談窓口

福岡市虐待通報等 受付窓口	所在地 福岡市中央区天神1-8-1 電話番号 092-711-4257 FAX番号 092-733-5587
糸島市 高齢者虐待担当課	代表 092-323-1111

(1) 高齢者虐待防止の推進

※入居者の人権の擁護、虐待防止の観点から、虐待の発生・再発を防止するための担当者を定め、委員会の開催、指針の整備、研修の実施を定期的に行います。

(2) 第三者評価の実施状況

・実施の 有・**無**

1.6 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、その都度面会簿にご記入ください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に伝え、外出・外泊届出書にご記入ください。
配置医師以外の医療機関への受診	原則として医療機関への受診は、ご家族にてお願いいたします。
居室・設備・器具	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがっ

の利用	てご利用ください。破損等が生じた場合、賠償していただく場合があります。
喫煙・飲酒	決められた場所をお願いします。
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ください。また、むやみに他の利用者の居室等への立ち入りはご遠慮ください。
現金等の管理	原則としてご家族をお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者、職員に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はご遠慮ください。

### 1.7 事故発生時の対応

サービス提供中に入居者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたとき、又は事故が発生した場合は、直ちに看護師に連絡、医者からの指示に従い必要な措置を講じます。

ご家族へ連絡し状況説明を行い、賠償すべき事故が発生した場合には速やかに話し合いに入り、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。また必要がある場合は市町村等へ連絡を行います。

### 1.8 身体的拘束等の禁止

事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむえない場合は、この限りではありません。

ただし書きの規程に基づき身体的拘束等の行為を行った場合には、事業者は、直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員等の氏名その他必要事項についてサービス提供記録書に記録します。

やむ負えない場合に身体拘束を行なう場合は、社会福祉法人さわら福社会マナハウスの身体拘束マニュアルに沿って実施し、ご家族に説明すると共に、身体拘束廃止に向け検討を行います。

