

重要事項説明書

(介護予防) ユニット型短期入所生活介護【空床利用型】

【令和7年 6月28日現在】

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、下関市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年条例第70号）及び下関市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成24年条例第71号）に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 運営法人の概要

法人の名称	社会福祉法人晩会
主たる事務所の所在地	山口県下関市大字小野64番地の1
代表者の氏名	理事長 吉水 千賀子
電話番号	083-256-5336

2. 事業所の概要

施設の名称	ユニット型 特別養護老人ホーム フェニックス
施設の所在地	山口県下関市大字小野64番地の1
事業所番号	3570104970
指定年月日	平成12年4月1日
管理者の職氏名	施設長 田上 雅史
電話番号	083-256-5336
FAX番号	083-256-5025

3. ご利用施設にて併せて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	3570100630	54名
短期入所生活介護	平成12年4月1日	3570100630	16名
訪問介護事業	平成12年4月1日	3570100424	
通所介護事業	平成12年4月1日	3570100473	90名
居宅介護支援事業	平成12年4月1日	3570100135	

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法等関係諸法令の定めるところにより、居宅における生活の継続を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、栄養管理、健康管理及び療養上の世話を行う事により、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を確保する事を目的とします。
運営方針	老人福祉法の理念に基づき、敬愛、奉仕、誠実の精神を持って老人の処遇にあたり、健康で楽しく、安らかで生き甲斐のある老後生活が送れる施設とします。また、急激に進む高齢者社会に対応する為、住民のニーズに応え、施設を地域福祉の拠点として広く開放し、専門的な設備・技術を提供することにより、老人福祉と地域福祉の向上に努めます。

5. 施設の概要

ユニット型 特別養護老人ホーム フェニックス

敷地		11,003.25㎡
建物	構造	耐火構造、鉄筋コンクリート造4階建（地下1階 地上3階）
	延床面積	3,219.92㎡
	利用定員	50名（空床利用型）

（1）居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
ユニット型個室 （1ユニット 定員10名×5）	50	684.46㎡	13.69㎡

（2）主な設備

設備の種類	数	面積	特色
共同生活室	5	140.90㎡	1ユニット定員10名
機能訓練室	1	26.56㎡	従来型と供用
特殊浴室	特殊浴槽2台	36.00㎡	シャワーベットタイプ 従来型と供用
家庭浴室	3	36.73㎡	定員1名 家庭用
脱衣室	3	24.28㎡	

医務室	1	11.98㎡	従来型と供用
トイレ	5箇所	17.89㎡	供用

6. 職員の体制（主な職種の配置状況）

- ①施設長 1名（常勤職員）
- ②施設嘱託医 1名以上（非常勤職員）
- ③生活相談員 1名以上（常勤職員）
- ④看護職員 常勤換算法により2名（常勤1名以上、非常勤1名以上）
- ⑤ユニットリーダー 3名以上（常勤職員かつ、研修受講修了者）
- ⑥介護職員 常勤換算法により15名（常勤14名以上、非常勤1名以上）
⑤の職種も含む
- ⑦機能訓練指導員 1名以上（常勤職員）
- ⑧栄養士 1名以上（常勤職員）
- ⑨介護支援専門員 1名以上（常勤職員）

7. 職員の勤務体制と主な職務内容

従業員の種類	勤務体制	休暇等	主な職務内容
施設長	8:30～17:30	週休2日	施設全般の運営管理
医師	16:00～17:00	週1回勤務	入居者の健康管理
生活相談員	8:30～17:30	月9日	入居者・利用者の生活上の相談・生活支援等
介護職員 (ユニットリーダーを含む)	7:00～16:00 8:30～17:30 9:30～18:30 10:00～19:00 11:00～20:00 17:00～9:00	同上	入居者・利用者の生活全般の援助等
看護職員	8:00～17:00 8:30～17:30 9:30～18:30	同上	入居者・利用者の健康管理 24時間連絡体制の実施
管理栄養士	8:30～17:30	同上	入居者・利用者の栄養管理
機能訓練指導員	8:30～17:30	同上	機能訓練に関する指導及び計画の立案・実施

8. 営業日およびご利用の予約

営業日	年中無休
ご予約の方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の2ヶ月前から受け付けております。

9. キャンセル料

キャンセル日	キャンセル料
利用期間中	実費相当額
利用開始当日	実費相当額
利用開始7日前から前日まで	実費相当額

※ 急な体調不良等による場合は、キャンセル料は頂きません。

10. ご利用に際し留意いただく事項

利用開始時	利用開始時、受入の際に体調不良が確認でき、当施設での受入が困難との判断をした場合は、利用をお断りする場合があります。
利用期間中	利用中、体調不良等により医療機関への受診が必要と判断される場合は、ご家族様による医療機関への受診をお願いいたします。 受診後、医師により利用継続が困難と判断された場合は、利用を中止させていただきます。
緊急の場合	利用中、急な体調不良等により早急に医療機関へ受診が必要と判断される場合は、ご家族・かかりつけ医との連携を図りながら、救急車による搬送を行います。当施設の職員が付き添いますので、ご家族様には早急に搬送先の医療機関までお越し下さい。 搬送後、医師により利用継続が困難と判断された場合は、利用を中止させていただきます。

11. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

当事業所が、あなたに提供するサービスと自己負担額は以下の通りです。

（1）介護保険給付によるサービス

① 基本サービスの内容

サービスの種類	内 容
食事	お体の状態に合わせ、食事のお手伝いをいたします。 ・ 食事時間 - 朝食 8:00～ - 昼食 12:00～ - おやつ 15:00～ - 夕食 18:00～ ※本人様の生活習慣によって個別に対応させていただきます。 ・ 食事場所 食堂及び共同生活室 ※健康状態によっては、居室にてお食べいただく場合もあります。
排泄	・ ご本人様のお体の状態や習慣を考慮した排泄援助を行います。

入浴・清拭	・入浴回数 週2回以上 ・入浴日 月～土曜日のうち2日 ・入浴時間 午前9：00～，午後13：30～ ※本人様の生活習慣に考慮した対応をいたします。 ・浴槽形体 家庭浴槽 大浴槽 特殊浴槽（チェアバス） ・体調不良等で入浴できない方は、清拭をします。
離床	・寝たきり防止の為、毎日離床のお手伝いをします。
着替え	・毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	・身の回りのお手伝いをします。
口腔ケア	・口腔内を清潔に保つ為のお手伝いをします。
シーツ交換	・必要に応じ適時交換いたします。
寝具の消毒	・寝具の消毒は、適時行います。
洗濯	・必要に応じて衣類の洗濯を無料にて行います。（但し、品物によっては、ご家族にお願いする場合もございます。）
健康管理	・当施設の看護師により、協力医療機関（勝山クリニック・内科）と24時間体制にて連携をとり、健康管理に努めます。
服薬管理	・当施設の看護職員により、医療機関から処方されご持参された薬を管理いたします。 ・ご自分で処方薬の管理や服用が出来ない場合は、看護職員指示のもと介護職員にて、確認と薬致します。
介護相談	・ご本人とご家族からのご相談に応じます。

② 加算の内容

機能訓練 体制加算	・作業療法士等の有資格者による機能訓練を、お体の状況にあわせて実施します。 【 12単位／日 】
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	・介護福祉士を多数配置し、入居者・利用者の介護を行います。 【 22単位／日 】
看護体制加算Ⅲロ	・常勤の看護師及び看護職員の配置基準を上回る職員を配置し、重度化等に伴う医療ニーズに対応いたします。 看護体制加算Ⅲロ【 6単位／日 】 看護体制加算Ⅳロ【 13単位／日 】
看護体制加算Ⅳロ	
夜勤職員配置加算Ⅱ	・夜間の職員配置を基準＋1名以上として、夜間時間帯における充実した介護サービスを提供いたします。 【 18単位／日 】

介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	・介護職員等の賃金など処遇改善を目的として、制度上定める額のご負担をいただきます。【一月に掛かる単位数×14.0%】
送迎加算	・身体状況等一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付きや車椅子対応の送迎車で入退所の送迎を行います ・通常の送迎の実施地域は、旧下関市（離島を除く）・旧菊川町となります。 ・通常の送迎実施地域を超えた地点から片道10キロメートル未満 500円 ・通常の送迎実施地域を超えた地点から片道10キロメートル以上 1キロメートル毎に100円 ・送迎は9:00～17:00の間で行います 【184単位／片道】
緊急短期入所 受入加算	・介護をされるご家族などが急な病気やけがなどにより、または急遽やむを得ない事情により自宅で介護が受けられない場合、予定していない利用に限り7日（家族の疾病などやむを得ない事情の場合は14日）を限度として、加算を算定します。 【90単位／日】

（２）介護保険給付外サービス【自費負担について】

サービスの種類	内 容	自己負担額
食事の提供	・管理栄養士が、栄養バランスを考え用意した献立をもとに、食事の提供を行います。 ・食物アレルギーや病院等から食事制限を受けておられる方は、利用時に必ずお申し出下さい。 ・食事を提供する上で必要となる食材料費や調理費として、実費をご負担頂きます。	1日当たり 1,445円 1食当たり 朝食290円 昼食625円 夕食530円
居住費	・制度にて定められております基準費用額相当を頂きます。 ・環境整備などを行い、快適な生活空間の提供に努めております。	(ユニット型個室) 2,066円／1日
行事	・当施設では、その季節に応じた行事を用意しております。参加されるか否かは任意です。	内容によっては、例えば材料費などの実費をご負担いただく場合もございます。
レクリエーション	・日々の生活の中で、職員が企画したレクリエーションを実施しております。参加されるか否かは任意です。	

クラブ活動	・当施設では、クラブ活動を用意しております。 参加されるか否かは任意です。	
日常生活品の購入代行	・歯ブラシやティッシュ等日用品の他、お菓子や飲食物等の購入代行をさせていただきます。なお、購入品が高額となる場合には、あらかじめご家族にお知らせいたします。	実費をご負担いただきます。
特別な食事	・ご希望に応じて特別食のご用意ができます。	
特別な送迎	・当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車等で入退所の送迎を行います。	当事業所が別に定める費用をご負担いただきます。

＊上記に記載の無い特別な行事やレクレーション・クラブ活動に係る費用については、実費もしくは一部をご負担いただく場合もございます。

＊その他、日常生活に必要な物品は全額負担となっておりますのでご了承ください。

＊紙オムツなどの衛生用品につきましては、施設にてご負担いたします。

(3) 他事業所委託サービス

サービスの種類	内 容	自己負担額
理美容	・カットの機会をご用意しております。 ・毛染めやパーマ等のご希望にも対応しております。	理髪業者の定める料金に応じて、実費ご負担いただきます。
テレビの貸し出し	・当事業所では、有料にてテレビの貸し出しを行っております。ご希望の方は、施設担当者までお知らせください。 ・台数に限りがあり、貸し出し出来ない場合がありますので、予めご了承ください。	1日あたり100円 介護サービス利用料などと併せてご請求致します。

＊ その他、日常生活においてご希望される内容がありましたら、お知らせください。

(4) 各種減額制度等

①介護保険負担限度額認定証（食費や居住費の負担額軽減の申請について）

介護保険施設にて短期入所中に食事や居室の提供を受ける場合に支払う額は、市民税世帯の課税状況及び入所者の課税年金収入に応じて、申請することにより負担限度額認定を受ける事ができます。なお、未申請の場合には基準額に該当します。

(第1段階) 市民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者、生活保護受給者など

(第2段階) 市民税世帯非課税であって、合計所得金額と公的年金収入額の合計が80万円以下の方など

(第3段階) 市民税世帯非課税であって、合計所得金額と公的年金収入額の合計が80万円超の方など

第3段階① 80万円超120万円以下の方

第3段階② 120万円超の方

(基準額) 市民税課税世帯等、第1～第3段階に該当しない方

②高額介護サービス費の制度

市民税の課税世帯で、(1) 課税所得が380万円以上690万円以下の65歳以上の方がいる世帯は93,000円、(2) 課税所得が690万円以上の65歳以上の方がいる世帯は141,000円、(1) または(2) に該当しない市民税課税世帯は44,000円、介護保険負担限度額認定の第3段階は24,600円、第1・2段階は15,000円を超えた部分は高額介護サービス費として、払い戻し手続きがありますのでお尋ね下さい。

③社会福祉法人による利用者負担軽減制度

市町村民税世帯非課税であって、次の要件の全てを満たしている方のうち、その方の収入や世帯状況、利用料負担などを総合的に勘案し、生計が困難であるとして、市町村が認めた方について、申請することにより利用者負担額が軽減されます。なお、減額割合は1/4（第1段階は1/2）を原則とする。

- 〔1〕 年間収入が単独世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること
- 〔2〕 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
- 〔3〕 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- 〔4〕 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- 〔5〕 介護保険料を滞納していないこと

(4) 料金表 一日あたりの利用者負担額

項 目	要介護度・加算名・負担段階	利用居室の形体
		ユニット型個室
(一定以上の所得がある場合、記載金額の2倍又は3倍となります。)	基本単価 介護サービス費	要支援1 529円
		要支援2 656円
		要介護1 704円
		要介護2 772円
		要介護3 847円
		要介護4 918円
		要介護5 987円
	加算単価	機能訓練体制加算 12円
		サービス提供体制加算Ⅰ 22円
		看護体制加算Ⅲロ 6円(介護予防は除く)
		看護体制加算Ⅳロ 13円(介護予防は除く)
		夜勤職員配置加算Ⅱ 18円(介護予防は除く)
		送迎加算 184円(片道) ※送迎を行った際に算定
		介護職員等处遇改善加算Ⅰ 介護サービス費の月額分×14.0%
食費	基準費用額	1,445円
	第3段階②	1,300円
	第3段階①	1,000円
	第2段階	600円
	第1段階	300円
居住費	基準費用額	2,066円
	第3段階②	1,370円
	第3段階①	1,370円
	第2段階	880円
	第1段階	880円

(5) お支払いただく利用者負担額の目安

- 契約締結時の一日あたりのご負担額は、以下の通りとなります。なお、介護度や負担段階の変更等により、負担額が変わる場合もあります。

(介護度) 要介護 , (負担段階) 第 段階 , 基準費用額

介護サービス費 約 円

(基本単価と加算単価の合計額を表記)

(一定以上の所得がある場合、記載金額の2倍又は3倍となります)

処遇改善加算 約 円

食 費 約 円

居住費 約 円

合 計 約 円

※ 上記「介護サービス費」には、『送迎加算』は含まれておりません。

(6) 利用料金の支払い方法について

上記のお支払につきましては、「ゆうちょ銀行口座からの引き落とし」「窓口払い」「当施設口座（山口銀行）への振り込み」となっております。

1 2. 事故発生時の対応

当施設が行う短期入所生活介護サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、山口県及び下関市に連絡を行い、必要な措置を迅速に講じます。

なお、本施設は損害賠償保険に加入しております。

(保険会社)	東京海上日動火災保険 株式会社
(保険名)	業務災害総合保険

1 3. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、当施設ご利用相談窓口までお気軽に御相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますので、そちらもご利用ください。苦情解決委員が責任を持って調査、改善をさせていただきます。

(苦情解決委員責任者) 吉水 千賀子

(苦情等受付窓口担当) 田上 雅史 橋本 幸宗

(受付時間) 毎週月 ～ 土曜日 9時00分 ～ 17時00分

(第三者委員) 橋本 サチ子 山尾 末明

また、下記の行政機関においても苦情等受付けております。

○ 下関市福祉部介護保険課事業者係

(所在地) 下関市南部町21番19号 下関商工会館4階

(電話番号) 083-231-1371

(ファックス) 083-231-2743

(受付時間) 午前8時30分～午後5時15分

※ 土、日、祝日、年末年始を除く

○ 山口県国民健康保険団体連合会

(所在地) 山口市朝田1980番地7 国保会館

(電話番号) 083-995-1010

(ファックス) 083-934-3665

(受付時間) 午前9時00分～午後5時00分

※ 土、日、祝日、年末年始を除く

14. サービスのチェック

当施設は外部の第三者委員を設置し、運営内容等についてのチェックを行っております。また利用者に良質かつ適切なサービス提供を行うため、自らが提供するサービスの質の向上に資することを目的に、「福祉サービス第三者評価事業」を必要に応じて活用することとしております。

第三者評価の受審の有無	あり ・ なし
受審した直近の年月日	令和6年 11月 6日
評価機関の名称	山口県福祉サービス第三者評価
評価結果の開示状況	インターネット上で結果内容を開示

15. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人茜会 勝山クリニック	医療法人茜会 吉水内科
診療科目	内科	内科
所在地	山口県下関市田倉221-11	山口県下関市上新地町1-5-2
電話番号	083-256-8866	083-232-8600

医療機関の名称	医療法人茜会 よしみず病院
診療科目	内科
所在地	山口県下関市後田町1丁目1番1号
電話番号	083-231-3888

16. 看護責任者

当施設にて定める看護責任者を中心に、看護職員が24時間体制で協力医療機関及び主治医と連携を取り、健康管理や急変時の対応に努めています。

また、医療機関より受けた処方薬については、看護職員が責任持って管理致します。

看護責任者（有する資格）	松本 早紀 （ 看護 師 ）
所属する看護職員数	8名 （看護師5名・准看護師3名）

17. 非常災害時の対策

非常時の対応	・別途定める「防火管理規程」に則り対応を行います。
災害時の対応	・別途定める「非常災害対策規定」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	・下関東消防署勝山出張所と密に連絡をとり、非常時に対応できるようにしています。
平常時の訓練	・別途定める「特別養護老人ホームフェニックス防火管理規程」の基、夜間及び昼間を想定した避難訓練を年2回以上、入居者・利用者の方も参加して実施いたします。
防火設備	避難階段 3ヶ所 避難口 4ヶ所 防火戸・防火シャッター 7ヶ所 屋内消火栓 15ヶ所 屋外消火栓 2ヶ所 消火器 排煙設備 スプリンクラー 自動火災報知設備 非常通報設備 非常電源設備 非常警報設備 避難階段（滑り台、スロープ） 誘導灯及び誘導標識 42ヶ所 カーテン、布団等は防火性能のあるものを使用しております。
防火計画等	下関東消防署への届出日 平成30年4月1日 防火管理責任者 小川 勝

18. 当施設のご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	・面会時間 8時～20時 ・面会に来られました際には、事務所受付にご用意しております面会簿に必ずご記入ください。面会時間外でも構いませんが、防犯の為その折には前もってご連絡ください。
外出・外泊	・家族、友人、知人宅への外出・外泊は、基本的に自由に出来ます。その際には可能な限り前もって施設側へ届出てください。また、『外出・外泊簿』がご用意してありますので、必ずご記入ください。 ・健康状態によっては、たとえ希望がありましても、外出・外泊出来ないこともありますので、ご了承ください。
居室・設備・器具の利用	・施設内の居室や設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
飲酒	・お酒は基本的に夕食後から消灯までの間、本人の自由ですが、他人に迷惑の掛からない程度にしてください。お酒の管理は介護主任がさせて頂き、場所も指定させて頂きますので、ご了承ください。また、健康状態や他人への迷惑等のためお断りすることもあります。
喫煙	・煙草、ライター、マッチはスタッフステーションにて預らせて頂きます。また、火災予防のため、指定された場所以外ではお断りします。分煙にご協力ください。なお、毎食ごと、お食事の10分前から下膳するまでの間は、禁煙とさせて頂きます。
迷惑行為等	・騒音等他の入居者・利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入居者・利用者の居室に立ち入らない様にして下さい。 ・暴言・暴力・性的な嫌がらせを含むあらゆるハラスメント行為に関しても禁止致します。
宗教活動・政治活動	・施設内での他の入居者・利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。
動物飼育	・施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

19. 身体拘束の制限

当施設で施設サービスの提供にあたっては、入所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を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行っていません。

なお、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録する事としています。

20. 虐待防止

当施設では、以下の措置を講じ高齢者虐待の防止に取り組んでいます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置
高齢者虐待防止委員会（年4回以上開催）
- ② 虐待の防止のための指針の策定
事業者は業務に従事する従業者等による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない
- ③ 虐待の防止のための従業者に対する研修の実施
入職時及び年2回の施設内研修を実施する
- ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための責任者の設置
虐待防止責任者：施設長 田上 雅史

21. 個人情報の取扱いについて

社会福祉法人暁会が策定した個人情報の取扱いに関する体制・基本ルールに基づき、所有する情報の紛失、漏えい、改ざん等を防ぎ、情報管理に関する施設としての社会的責任を果たします。

また、当施設では、利用者の状況や目的に応じて、医療機関・介護保険施設・居宅介護支援事業所・地方自治体に個人情報の提供を行うことがあります。その際、必要な情報を吟味し細心の注意を図り提供致します。

なお、その他事業所や団体より個人情報の提供の求めがあった場合には、事前に身元引受人へお知らせし、同意のもと提供致します。

私は、本書面に基づいて、事業所の職員（生活相談員 氏名 ）
から重要事項の説明を受けたことを確認するとともに、重要事項について同意の上、
本書面の交付を受けました。

年 月 日

（利用者）

【住所】

【氏名】

印

（署名代行者）

【住所】

【氏名】

印

【続柄】

（身元引受人）

【住所】

【氏名】

印

【続柄】

