

ユニット型介護老人福祉施設重要事項説明書

(令和7年 4月 1日現在)

1 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話：0438-63-0032（午前8時30分～17時30分まで）

担 当：影山 真由美

※ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

2 特別養護老人ホーム サニーヒル ユニットの概要

(1) 施設の名称・所在地等

施設名	特別養護老人ホーム サニーヒル ユニット
所在地	千葉県袖ヶ浦市久保田857-9
事業者番号	ユニット型介護老人福祉施設（千葉県 1273400745号）
施設長名	岡 寄 圭 次 郎

(2) 当施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	社会福祉主事	1名(1)			1名(1)
医師			1名(1)	健康管理及び療養上の指導を行います。	1名(1)
生活相談員	介護支援専門員	1名()		日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。	1名()
管理栄養士		1名()			1名()
機能訓練指導員	准看護師	1名()			1名()
介護支援専門員		1名()			1名()
事務職員		3名()	1名(1)		4名(1)
介護・看護職員	看護師	2名()	0名()	健康管理や療養上の対応をします。	2名()
	准看護師	2名()	0名()	健康管理や療養上の対応をします。	2名()
	介護福祉士	9名(2)	2名()	介護並びに健康保持のための相談・援助等も行います。	11名(2)
	2級ヘルパー	1名()	2名()	介護並びに健康保持のための相談・援助等も行います。	3名()
	その他(介護士)	2名(2)	2名()	介護並びに健康保持のための相談・援助等も行います。	4名(2)
	その他	3名(3)	5名(4)		8名(7)

※()内は男性再掲、機能訓練指導員は准看護師が兼務

(3)当施設の概要

1 階		室数	面積	2 階		室数	面積
	個室	6	11.02㎡		個室	6	11.02㎡
	個室	4	11.15㎡		個室	4	11.15㎡
	個室	6	11.19㎡		個室	4	11.19㎡
	個室	4	11.11㎡		個室	4	11.11㎡
	共同生活室	1	26.18㎡		個室	2	11.97㎡
	共同生活室	1	28.29㎡		共同生活室	1	26.18㎡
	医務室	1	8.16㎡		共同生活室	1	26.29㎡
	機械浴室	1	23.88㎡		医務室	1	8.16㎡
	浴室	1	6.34㎡				

3 サービス内容

(1)基本サービス ①施設サービス計画の作成 ②食事介助 ③入浴介助 ④排泄介助 ⑤機能訓練
⑥生活相談 ⑦健康管理 ⑧口腔ケア

(2)その他のサービス

①理美容 ②年金等の行政手続代行 ③特別な食事の提供 ④レクリエーション等

4 利用料金

(1)基本料金

①施設利用料

※1単位＝10.45円

一日の利用料				
要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
670単位	740単位	815単位	886単位	955単位

②加算料金 ※要件を満たす場合に算定

ア 福祉施設初期加算	1日	30単位 (入所日から30日)	
イ 栄養ケアマネジメント強化加算	1日	11単位	
ウ 低栄養リスク改善加算	月1回	300単位	※
エ サービス提供体制加算(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)			
※介護福祉士割合が介護職員の50%以上の場合に算定			
	1日	6～18単位	
※常勤職員比率75%以上または勤続年数7年以上の職員が30%以上の場合に算定			
オ 入院・外泊時費用	6日を限度	246単位	※
カ 褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月	13単位	
キ 安全対策体制加算	初回のみ	20単位	
ク 退所時相談援助加算	1回限り	400単位	※
ケ 看護体制加算Ⅰイ	1日	6単位	
コ 看護体制加算Ⅱイ	1日	13単位	
サ 再入所時栄養加算	1日限り	400単位	※
シ 経口維持加算Ⅰ	1日	400単位	※
ス 福祉施設口腔衛生管理加算Ⅱ	1月	110単位	※
セ 福祉施設協力医療機関連携加算	1月	100単位	※
ソ 福祉施設退所時情報提供加算Ⅱ	1回	250単位	※
タ 福祉施設科学的介護推進体制加算Ⅰ	1月	40単位	
チ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月の合計単位数に13.6%を乗じた単位数		

※は必要に応じて加算対象となります

③食費 1日 1,445円

※食費及び居住費については、介護保険負担限度額認定を受けている場合、認定証に記載されている負担額となります

④居住費 1日 2,066円

*負担割合証に記載されている割合での負担額になります

(2)その他自己負担となるもの

理美容	1回	1,500円
預かり金会計事務代行	1月	1,500円
書道クラブ	1回	50円
ちぎり絵クラブ	1回	260円
陶芸クラブ	1回	300円
生け花クラブ	1回	1,080円
特別な食事の提供費	要相談	実費相当分

(3)料金の減免

- ① 食費及び居住費の減免 ② 社会福祉法人による減免

(4)お支払い方法

毎月、9日までに前月分の利用料金の合計額に明細を付して通知します。

お支払いの方法は、口座引き落としとなりますので、入金確認後領収書を発行いたします。

5 入退所の手続き

(1)入所手続き

- ① 要介護1以上の認定を受けた方で、入所を希望される方は、電話等でご連絡下さい。
② 入所が決定した場合、契約を締結しますが、契約の有効期間は要介護認定の期間とあわせめます。
ただし、入所要件を満たせば、自動的に更新できます。
※詳細については、生活相談員にお尋ねください。

(2)契約の自動終了

以下の場合、連絡がなくとも契約は自動終了します。

- ① 他の介護保険施設や認知症対応型共同生活施設へ入所した場合
② 介護認定区分が、非該当(自立)、要支援となった場合
③ 利用者の死亡又は被保険者資格を喪失した場合
④ その他

利用者がサービス利用料金のお支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、又は利用者が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続し難いほどの行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合は、契約終了7日前までに文書で通知いたします。

(3)代理人の責務

事業者が利用者に対し代理人を求めた時は、利用者は速やかに代理人を定めます。

ただし、事業者が代理人を定めることができない相当の理由があると認めた場合は、この限りではありません。

代理人は次の各号を遵守します。

- ① 利用者が疾病等により入院をする場合、手続きを円滑に進めることができるよう、事業者に協力すること。
② 利用者が死亡した場合、遺体の引き受け、遺留金品の受領、事業者に対する未納の支払い等、事業者の求めに誠実に応じること。

6 当施設のサービスの特徴

(1)運営方針

入所者の人格を尊重し、「明るく」「楽しい」家庭的雰囲気の中で、入所者の自立・自助意識を醸成し、人間らしく生きていくことへの援助者としての認識にたつて、高齢者福祉施設としての役割及び機能を発揮し、あわせて地域における高齢者福祉の中心的存在としての運営を確保する。

(2)サービスの利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	直接介護職員 5人
従業員への研修の実施	有	月1回職員研修を実施しています
身体拘束	無	
マニュアル及び指針	有	感染症マニュアル・事故防止マニュアル 褥瘡対策マニュアル・虐待防止マニュアル 服薬管理マニュアル・看取り介護マニュアル 身体拘束廃止マニュアル・認知症介護マニュアル

(3)施設利用にあたっての留意事項

- ① 面会 8時30分から17時30分 ② 外出・外泊 8時30分から17時30分
③ 喫煙 所定の場所以外では禁止
④ 金銭・貴重品の管理 事務所にてお預かり致しますが、利用者が持っていたいという時は本人の意思を尊重致しますが、紛失等には一切の責任を負いかねます
⑤ 所持品の持ち込み 必要最小限
⑥ 施設外での受診 協力病院以外の受診は、ご家族の方に受診していただきます
⑦ 宗教活動 禁止
⑧ ペット 禁止

7 サービス内容に関する相談・苦情

① 当施設ご利用者相談・苦情担当

担当：サニーヒル苦情解決委員会 窓口担当 岡寄 圭次郎 電話0438-63-0032

当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受付けています。

② 袖ヶ浦市役所高齢者支援課	電話 0438-62-2111
③ 千葉県国民健康保険団体連合会	電話 043-254-7428
④ 千葉県高齢者福祉課	電話 043-221-3020
⑤ 千葉県運営適正化委員会	電話 043-246-0294

8 非常災害対策

- | | |
|----------|--|
| ① 災害時の対応 | 別途定める「特別養護老人ホームサニーヒルユニット消防計画」にのっとり対応を行います。 |
| ② 防災設備 | 「特別養護老人ホームサニーヒル ユニット」の防災設備に準ずる |
| ③ 防災訓練 | 別途定める「特別養護老人ホームサニーヒル消防計画」にのっとり年4回実施します。 |
| ④ 防火責任者 | 岡寄 圭次郎 |

9 当施設の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 慈協会
代表者役職・氏名	理事長 遠山 洋一
本部所在地・電話番号	千葉県袖ヶ浦市久保田857-9 TEL0438-63-0032

定款の目的に定めた事業及び拠点等	① 介護老人福祉施設	1ヶ所
	② ユニット型介護老人福祉施設	1ヶ所
	③ 短期入所生活介護	1ヶ所
	④ 通所介護	1ヶ所
	⑤ 居宅介護支援センター	1ヶ所
	⑥ 地域包括支援センターブランチ	1ヶ所

10 個人情報の使用に係る同意

本人及び身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の最低限の範囲で使用、提供、または収集することに同意します。

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ② 利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議、事業所内でのカンファレンス等での情報提供のため
- ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ 利用者本人が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要がある場合
- ⑤ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑥ その他サービス提供で必要となった場合
- ⑦ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

(3) 使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しません
また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第3者に漏らしません
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します

11 肖像権の使用の同意

利用者の肖像などを撮影した写真・映像を使用します。

- ① ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などに使用することがあります
- ② 使用した広告・映像・印刷物などについて使用されたことによる金銭的対価を求めません

上記の各号を理解し、肖像権の使用に (同意する ・ 同意しない)

12 第三者評価実施の有無：無

13 緊急時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先 (身元保証人)	氏 名		氏 名	
	住 所		住 所	
	電話番号		電話番号	
	続 柄		続 柄	

名 称 特別養護老人ホーム サニーヒル ユニット 印

説明者 所属 相談員

氏名 影山 真由美 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け同意しました。
私は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報、及び当該家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名 印

代 理 人 住 所

氏 名 印

続 柄 ()