

予防短期入所生活介護重要事項説明書

〈令和 7 年 4 月 1 日現在〉

1 当施設が提供するサービスの相談窓口

電話 0438-63-0032

担当 岡寄 圭次郎

※ご不明な点は、なんでもおたずねください

2 サニーヒルの概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム サニーヒル
所在地	千葉県袖ヶ浦市久保田 8 5 7 番地 9
介護保険指定番号	短期入所生活介護 (1273400117)

(2) 同施設の職員体制

	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ないます。	1 名(1)
生活相談員	介護福祉士	1 名()		日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行ないます。	1 名()
管理栄養士		1 名()			1 名()
機能訓練指導員	准看護師	0 名()	1 名()		1 名()
介護支援専門員		1 名()			1 名(1)
事務職員		3 名()	1 名(1)		4 名(1)
介護・看護職員	看護師	0 名()	2 名()	健康管理や療養上の対応をします。	2 名()
	准看護師	3 名()	0 名()	健康管理や療養上の対応をします。	3 名()
	介護福祉士	17 名(2)	7 名(1)	介護並びに健康保持のための相談援助等を行ないます。	24 名(1)
	初任者研修(旧ヘルパー 2 級)	1 名()	9 名()	介護並びに健康保持のための相談援助等を行ないます。	10 名()
	その他(介護士)	0 名()	7 名(2)		7 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、准看護師との兼務になります。

(3) 同施設の設備の概要

定 員		40名	静養室	1室1床
居 室	4人部屋	19室 (1室35.21㎡)	医務室	1室
	2人部屋	6室 (1室21.49㎡)	食堂	3室
	1人部屋	4室 (1室12.33㎡)	機能訓練室	1室
浴 室		一般浴室 特殊浴室 (特殊浴槽・中間浴槽)	理髪室	1室

3 サービス内容

- ①食事
- ②入浴
- ③排泄
- ④機能訓練
- ⑤生活相談
- ⑥健康管理
- ⑦特別食の提供
- ⑧理美容サービス
- ⑨レクリエーション 等

4 利用料金

(1) 基本料金

①併設型予防短期入所生活介護費 (I)

	1日あたりの料金	介護保険適用時の1日あたりの負担額
要支援1	¥ 4,758	¥ 476
要支援2	¥ 5,918	¥ 592

②併設型予防短期入所生活介護費 (II)

	1日あたりの料金	介護保険適用時の1日あたりの負担額
要支援1	¥ 4,758	¥ 476
要支援2	¥ 5,918	¥ 592

- ③滞在費 個室 1日あたり¥1,171
 多床室 1日あたり¥ 855

- ④食費 1日あたり¥1,445

*介護保険限度額認定を受けている場合には、認定証に記載してある滞在費及び食費の負担限度額とします。

(2) 加算料金 (1単位 10.55円)

⑤送迎加算

片 道 ¥1,941 (介護保険適用時1回あたり195円)

*実施地域は袖ヶ浦市、木更津市、市原市です。

⑥サービス提供体制強化加算II 1日あたり¥189 (介護保険適用時1日あたり19円)

⑦予防短期生活処遇改善加算I ①又は②及び⑤⑥の1月の合計単位数に14.0%を乗じた単位数

⑧その他 上記のほかレクリエーション費用は【契約書別紙】のとおりです。

(2) キャンセル料

入所前にお客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

入所予定日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
入所日当日の午前8時までにご連絡いただいた場合	基本料金の20%
入所日当日の午前8時までにご連絡なかった場合	基本料金の50%

(3) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して退所する場合、退所日までの日数を基に計算します。

※以下の事由に該当する場合、利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が中途退所を希望した場合
- ・入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命又は健康に重大な影響を与える行為があった場合

(4) 支払方法

毎回、予防短期入所生活介護の利用月の翌月上旬までに請求書をお送りしますので、請求書到着後7日以内にお支払ください。

お支払いいただきますと、利用者に対し領収証を発行します。

お支払方法は、原則として口座引き落としとなります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

まずは、お電話でお申し込みください。

ご利用期間決定後、契約を締結いたします。なお、ご利用の予約は1ヶ月前からできます。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

①お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に予防

短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出により、いつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

②自動終了

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合
- ・介護保険給付でサービスを受けているお客様の要介護認定区分が要支援又は非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様が、サービス料金の支払いを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日以内に支払われない場合。お客様やそのご家族様などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの行為を行なった場合。

③その他

やむを得ない事情により施設を閉鎖もしくは縮小する場合。

※文書で通知することにより、サービスの利用契約を終了させていただくことがございます。

なお、この場合契約終了後の予約は無効となります。

6 代理人の責務

事業者が利用者に対し、代理人を求めたときは、利用者はすみ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。

前項に定める代理人は、次の各号を順守します。

- (1) 利用者が疾病等により入院する場合、手続きを円滑にすす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金の支払い等事業者の求めに応じること。

7 当施設のサービスの特徴

(1) 運営の方針

利用者の人格を尊重し、「明るく」「楽しい」家庭的な雰囲気の中で、利用者の自立・自助意識を醸成し、人間らしく生きてゆくことへの援助者としての認識にたって、老人福祉施設としての役割および機能を発揮し、あわせて地域における老人福祉の中心的存在としての運営を確保する。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性職員の有無	有	直接介護職員 3名
従業員への研修の実施	有	週 1 回実施しています
サービスマニュアル	有	各種作成済み
身体的拘束	無	
変更・追加の申し込み	有	介護支援専門員を通して連絡願います。
その他		

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会 9：00～17：00
- ・外出 9：00～17：00
- ・飲酒、喫煙 基本的に禁止
- ・金銭、貴重品の管理 事務所にてお預かり致します
- ・所持品の持ち込み 必要最小限
- ・施設外での受診 当施設の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
- ・宗教活動 禁止
- ・ペット 原則として持込み不可

7 緊急時の対応方法

ご利用者に容体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ご連絡いたします。緊急時の受診に関しては、当施設の協力病院（市原メディカルキューア）に限定させていただきます。

送迎代金は原則として片道1,900円の実費負担となります。

8 非常災害対策

- ・防災の対応 別途定める「特別養護老人ホームサニーヒル消防計画」にのっとり対応を行ないます
- ・防災設備 「特別養護老人ホームサニーヒル」の防災設備に準ずる
- ・防災訓練 別途定め「特別養護老人ホームサニーヒル消防計画」にのっとり年3回実施します

9 サービスの内容に関する相談・苦情

当施設ご利用者相談・苦情担当 岡寄 圭次郎

担当：サニーヒル苦情解決委員会 電話：0438-63-0032

当施設以外に、次の窓口でも受け付けています。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| ①千葉県運営適正化委員会 | 電話：043-246-0294 |
| ②千葉県国民健康保険団体連合会 | 電話：043-254-7428 |
| ③千葉県高齢者福祉課 | 電話：043-223-2387 |
| ④袖ヶ浦市役所介護保険課 | 電話：0438-62-3206 |

10 当法人の概要

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	
定款の目的に定めた事業	1. 介護老人福祉施設	2. 短期入所生活介護
	3. 通所介護	4. 居宅介護支援
	5. 地域包括支援センターのランチ	
施設・拠点等	介護老人福祉施設	2ヶ所
	短期入所生活介護	1ヶ所
	通所介護	1ヶ所
	居宅介護支援	1ヶ所
	地域包括支援センターのランチ	1ヶ所

————— 契約する場合は以下の確認をすること —————

予防短期入所生活介護ご利用に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 千葉県袖ヶ浦市久保田857番地9
名称 ショートステイサービスサニーヒル 印

説明者 所属 施設長

氏名 岡寄 圭次郎 印

私は、契約書及び本書面により事業者から短期入所生活について重要事項の説明を受けました。
私は、サービス担当者会議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。

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印

※本契約と同時に「契約書」及び「重要事項説明書」にも署名・押印し、それをもって契約開始となる