ユニット型介護老人福祉施設重要事項説明書

（令和6年　8月　1日現在）

施設名	特別養護老人ホーム　ユニットケア成田苑
所在地	千葉県成田市大室１７８３－２２
連絡先	（ＴＥＬ）0476-36-6311　（ＦＡＸ）0476-36-3133
介護保険指定番号	介護老人福祉施設　(1271601104)

運営の方針

居宅における生活への復帰を念頭において、入居前と後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会関係を築き、自律的な生活を営むことができるよう介護サービスの提供に努める。

地域や家庭との結び付きを重視した運営を行ない、市町村や他の福祉サービス・保健医療サービスを提供するものと密接な連携を図るものとする。

1.　当施設が提供するサービスについての相談窓口

※受付時間は原則、月～金の下記時間

電話　０４７６－３６－６３１１　（８：３０～１７：３０）

担当　生活相談員　金子　浩明　葛生　真央

２．　施設の職員配置体制

管理者（施設長）	1名（兼務）
医師	1名(非常勤)
生活相談員	2名
介護支援専門員	1名
看護職員	2名以上
介護職員	32名以上
機能訓練指導員	1名
調理員	委託業務　（業者委託）

※職員の人員配置については、指定基準を遵守しています。

３．施設の概要

定員	８０名　／　１ユニット　１０名　(８ユニット)		
居室　(個室)	８０室　（１室　１５㎡）	浴室	９室　(内１室仰臥位浴槽)
生活共同室	８室	ミニキッチン	８室

４．サービスの内容

＜居室＞

全室個室となります。

＜食事＞

朝食　　８：００～１０：００　　※原則として

昼食　１２：００～１４：００　　各ユニットの生活共同室にて提供となります。

夕食　１８：００～２０：００

＜入浴＞

週に２回の入浴となります。但し、状態に応じ清拭になる場合もあります。

＜排泄＞

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

＜離床、着替え、整容等＞

寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。

生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行う様配慮します。

個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行う様援助をします。

シーツ交換は週１回、寝具の消毒は月１回実施します。

＜施設サービス計画の作成＞

介護支援専門員が施設サービス計画を作成します。

＜栄養ケアマネジメント＞

療養食を必要とされる場合、個別計画に基づき、多職種協働により栄養面からの生活の質の向上を目指します。

＜レクリエーション・行事＞

各ユニットにおいて入居者の状態に応じたレクリエーションを行ないます。

季節に合わせた行事を計画し、入居者間の交流を通し楽しい時間の共有を行います。

行事によっては、別途参加費が必要なものもございます。

＜機能訓練＞

各ユニットの生活共同室にて、日常生活動作に必要な機能訓練を、入居者の状況に応じて行ないます。

＜健康管理＞

当施設では、年２回健康診断を行います。日程については、別途ご連絡します。

看護職員又は、医療機関との連携により２４時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行

な
います。
感染症及び食中毒の予防に努めます。

＜理美容サービス＞
月に１回実施致します。
※料金は別途かかります。（１回１０００円）

＜電気代＞
テレビ、電気毛布、冷蔵庫等、電気製品持ち込みされた場合、１日１００円かかります。

＜経口摂取維持の管理＞
摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入居者に対し、多職種協働により継続して経口による食事摂取が維持できるよう管理を行ないます。

＜特別食の提供＞
療養食(糖尿食・高血圧食等)の必要な方については、医師の指示に基づき療養食を提供致します。
その場合、介護保険給付費の一部負担がございます。

＜生活相談＞
生活相談員に生活に関する相談ができます。

＜行政手続きの代行＞
行政手続きの代行を施設にて受け付けます。ご希望の際は、職員へご相談下さい

５．利用料金
原則として介護保険負担割合証に記載されている負担割合１割又は２割・３割が利用者の負担額になります。介護保険負担限度額認定証を受けている場合は、減免率に応じた負担額になります。
介護保険適用の場合でも、保険料の滞納により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払い下さい。お支払と引き換えに領収書を発行します。
領収書は、後に利用料の償還払いを受ける際に必要になります。

(１) サービス利用費
①介護福祉施設サービス費
※別紙参照

②加算料金
※別紙参照

(２)食費・居住費

※別紙参照

（３） その他自己負担となるもの

教養娯楽・日常生活費	一月	１,５００円
口座維持管理料	一月	１,５００円
外出行事に係る飲食代	参加時	実費相当分
電気代（テレビ等）	持込時	１日１００円
その他（美容代等）	利用時	１回１０００円
おやつ代※令和5年10月～	利用時	１日１１０円

（４） 入院又は外泊時の費用

要介護状態区分にかかわらず、１日につき２４６円ただし、１月につき７泊（６日分）を限度とします。

月をまたがる場合は最大１３泊（１２日分）を上限とします。

ご使用のベッドを他の利用者の短期入所生活介護に使用することに同意される場合は、費用の負担はありません。

（５） 支払い方法

毎月、10日から15日までに前月分の請求書を発行します。

お預かりしている千葉信用金庫の普通口座通帳から前月分の請求を毎月25日（休日の場合は翌月曜日）に引き落とします。その為遅くとも引き落とし前日までに普通口座通帳にあらかじめ入金して頂きます様お願いします。

入金確認後、領収書を発行致します。

６．施設利用にあたっての留意事項

① 面会 …原則８：３０～１８：００ ※感染対応中については別紙参照

② 外出、外泊 …体調に応じて随時可能です。前日までにご連絡下さい。

③ 飲酒、喫煙 …館内は禁煙です。飲酒もご遠慮下さい。

④ 所持金品の管理 …所持金品は、ご家族様の方で管理願います。

ご本人様に現金を持たせる場合は紛失した場合であっても当施設は一切の責任を負わないものとする。

⑤ 設備、器具利用 …施設内の居室な設備、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が発生した場合、弁償して頂く場合があります。

⑥ 食べ物の持ち込み…面会時職員に確認して頂き、ご本人様と召し上がって頂く事は可能ですが、食べ残しを居室内に置いていかないで下さい。どうしても置いて、後で召しあがりたい場合は、職員にてお預かりします。

⑦　宗教活動　　…施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい

⑧　ペット　　…施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

７．非常災害対策

災害時の対応…職員等は火災等を発見した場合、直ちに消防機関へ通報すると共に、他の職員
及び施設内にいる者に知らせ、施設内にいる者の避難誘導に全力をあげること
地震時、防災責任者は職員に指揮し火気使用設備等からの出火防止措置を行う
避難は、防災機関からの避難命令又は防火責任者の判断により開始する。
職員は、利用者に対し安全を確保しつつ必要な援助等行ない混乱防止に努める

防災設備　…スプリンクラー設備・火気通報装置・自動火災報知設備・消火器・避難器具
非常警報設備等

防災訓練　…年／３回（年行事計画より）

防災責任者　…１名

８．協力医療機関等

医療機関	病院名 所在地	医療法人社団　徳風会　髙根病院 〒289-1608　千葉県山武郡芝山町岩山２３０８
	電話番号	０４７９－７７－１１３３
歯科	病院名 所在地	医療法人社団　徳風会　髙根病院歯科 〒289-1608　千葉県山武郡芝山町岩山２３０８
	電話番号	０４７９－７７－１１３３

９．サービス内容に関する相談・苦情担当

①施設利用者相談・苦情担当

金　子　浩　明　　電　話　０４７６－３６－６３１１

葛　生　真　央

②その他

当施設以外に各市町村にて相談・苦情窓口等でも受け付けています。

市町村名　成田市

担　当　高齢者福祉課　　電　話　０４７６－２０－１５３７

千葉県高齢者福祉課　　電　話　０４３－２２１－３０２０

千葉県国民健康保険団体連合会

介護保険苦情処理係　　電　話　０４３－２５４－７４２８

１０．法人の概要

法人種別・名称　　社会福祉法人　　徳栄会
代表者役職・氏名　　理事長　　髙　根　　宏
本部所在地　　千葉県山武郡芝山町山中字池ノ谷１３３７番地１

定款の目的に定めた事業　　１．第１種社会福祉事業
２．第２種社会福祉事業
３．居宅介護支援事業
４．その他これに附随する業務

施設等　　特別養護老人ホーム　　４ヶ所
短期入所生活介護　　２ヶ所
通所介護　　２ヶ所
在宅介護支援センター　１ヶ所
（居宅介護支援事業所　　２ヶ所）
グループホーム　　１ヶ所

１１．緊急時の対応方法

利用者の容態の急変等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずる他、家族の方

住所	
氏名	続柄
電話番号(自宅)	
電話番号(携帯)	

に速やかに連絡致します。

緊急連絡先

住所	
氏名	続柄
電話番号(自宅)	
電話番号(携帯)	

令和　　年　　月　　日

ユニット型介護老人福祉利用に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な説明事項を説明致しました。

事業者
千葉県成田市大室１７８３－２２
社会福祉法人　徳栄会

特別養護老人ホーム　ユニットケア成田苑
事業所番号　1271601104
理事長　　髙　根　　宏　　印

施設長　　上　田　　泰　久　　印

説明者
生活相談員　　金　子　　浩　明　　印

私は、契約書及び本書面により事業者からユニット型介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

利用者
住　所

氏　名

代理人
住　所

氏　名

本人との続柄　（　　）