

社会福祉法人阿賀北総合福祉協会 特別養護老人ホームやすだの里 介護老人福祉施設重要事項説明書 (令和8年3月13日現在)

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人阿賀北総合福祉協会
法人所在地	新潟県阿賀野市百津88番地
法人種類	社会福祉法人
代表者職氏名	理事長 片 桐 正 夫
電話番号	0250-62-9898

2. 法人経営理念

- 一、しあわせと進歩
- 一、謙虚と初心
- 一、笑顔とやさしさ

3. 利用施設

施設の名称	特別養護老人ホームやすだの里
施設の所在地	新潟県阿賀野市保田5683番地23
管理者職氏名	園 長 山 崎 善 哉
電話番号	0250-68-1510
ファックス番号	0250-68-1515

4. 利用施設で実施する事業

事業の種類	定 員	新潟県知事の事業者指定	
介護老人福祉施設	54人	平成16年4月1日付 指定番号 1572100095	
		平成16年4月1日付 指定番号 1572100053	
障害者支援施設	長 期	10人	障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業
	短 期	3人	障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業
	生活介護	20人	障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業
日中一時支援事業所	5人	地域生活支援事業	

5. 事業の目的と経営方針

(1) 事業の目的

介護老人福祉施設は、介護保険に該当する要介護状態にある40歳以上の要介護者が、自宅で介護サービスを受けながら生活を継続することが困難な場合に、入所して介護サービスを受け、その生活を安定させることを目的とする長期生活施設である。

(2) 施設経営方針

①利用者処遇

利用者の人格を尊重し、ケアプランによる個別処遇を基本にした「心豊かな生活」及び「利用者の自立」を目指したサービスに努めます。

②職員の資質の向上

職員は、社会福祉事業に従事する職員としての自覚をもち、現在ある技術に、更に新しい技術・専門知識を習得し、より質の高い優しさを持ったサービスの提供を目指します。

③施設の社会化

積極的なボランティア活動の受入れ等により地域交流活動を活発に進め、地域の理解と協力を得ると共に、施設の社会化に努めます。

6. 施設の概要

敷地	7,223.23㎡	備考
建物	構造	鉄筋コンクリート造2階一部3階建
	延べ床面積	4,202.13㎡
	利用定員	64人
		内10名／短期入所生活介護

(1)居室

居室の種類	室数	面積	備考
個室	8	17.92㎡	
2人部屋	13	10.69㎡	
4人部屋	5	10.69㎡	

(2)主な設備

設備の種類	室数	面積	備考
食堂・機能訓練室	1	296.33㎡	昇降式ステージ有
医務室	1	37.95㎡	
静養室	2	39.14㎡	
浴室(器械浴・一般浴)	1	193.90㎡	脱衣場を含む
トイレ	3	100.70㎡	
談話室	3	99.92㎡	
介護ステーション	1	56.72㎡	
エレベーターホール	1	33.14㎡	
相談室	2	14.95㎡	
ボランティア室	3	23.37㎡	
洗濯室	1	40.44㎡	

7. 職員体制 ※短期入所と兼務

従業者の職種	員数	区分	常勤換算後の人数	保有資格等
施設長	1人	常勤	1.0人	社会福祉施設長資格
事務員	1人以上	常勤	1.0人以上	衛生管理者
生活相談員	1人以上	常勤	1.0人以上	社会福祉士・社会福祉主事等
介護支援専門員	1人以上	常勤	1.0人以上	介護支援専門員・介護福祉士
看護職員	3人以上	常勤	3.0人以上	看護師・准看護師
管理栄養士	1人以上	常勤	1.0人以上	管理栄養士
介護員	20人以上	常勤	20.0人以上	介護福祉士等
技術・用務員	1以上	常勤	1.0人以上	

嘱託医	1以上	非常勤	0.1人以上	医師
機能訓練指導員	1以上	常勤・兼務	0.1人以上	看護師・准看護師

8. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制		休暇等
施設長	普通勤務	8:15~17:15	土・日・祭日
事務員	普通勤務	8:15~17:15	土・日・祭日
生活相談員	普通勤務	8:15~17:15	土・日・祭日
介護支援専門員	普通勤務	8:15~17:15	土・日・祭日
看護職員	早出勤務	7:30~16:30、8:00~17:00	交替で取得
	遅出勤務	9:30~18:30	
管理栄養士	遅出勤務	9:00~18:00	土・日・祭日
介護員	早出勤務	7:00~16:00、8:00~17:00	交替で取得
	遅出勤務	8:15~17:15、10:00~19:00	
	夜間勤務	16:45~9:45	
技術・用務員	普通勤務	8:15~17:15	土・日・祭日
嘱託医	月・木曜日	13:30~15:30	
機能訓練指導員	早出勤務	8:00~17:00	看護師と兼務
	遅出勤務	9:30~18:30	

9. 施設サービスの概要

(1) 介護保険対象サービス

種類	内容
排泄	・状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	・年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離床 着替え 整容等	・寝たきり防止のため、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よう配慮します。 ・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。 ・シーツ交換は週1回、その他随時に実施します。
健康管理	・嘱託医により、週2回の診察日を設けて健康管理に努めます。 ・緊急等必要な場合には、主治医、又は協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 (嘱託医) 脳神経センター阿賀野病院 派遣医師 診療日 原則、火・金曜日
相談・援助	・施設は、利用者及びその家族からの相談について、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。
その他	・施設では、必要な教養娯楽設備を整え、施設での生活を実りあるものとするため、随時レクリエーション行事を企画します。

(2) 介護保険対象外サービス

種 類	内 容
食 事 の 提 供	<ul style="list-style-type: none"> ・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いたします。 (食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
居 住 の 提 供	<ul style="list-style-type: none"> ・個室、多床室といった利用者のニーズに合わせた居住環境を提供します。
理 髪	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月1回、理容組合による理髪サービスを利用いただけます。
貴 重 品 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・貴重品の内容 健康保険被保険者証 介護保険被保険者証 老人保健法医療受給者証 年金・恩給証書 預金通帳 印鑑等 ・自らの手による貴重品の管理が困難な場合は、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は下記のとおりです。 ・管理する金銭の形態 通帳による管理 ・お預かりするもの ご利用金融機関の預貯金通帳・印鑑 ・保管場所 通帳---保管庫 印鑑---金庫 ・出納方法 別添「入所者預り金等管理規程」のとおり

10. 利用料金

(1) 基本料金

・施設利用料

別紙料金表のとおり

・入院又は外泊した場合、1日あたり246円(居宅における外泊時に当該施設が在宅サービスを提供した場合は、1日あたり560円)及び別紙利用料金表記載の居住費を、1月につき6日を限度(月を跨ぐ場合には、連続して12日を限度)として算定いたします。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日については算定いたしません。

(2) 加算料金等

別紙のとおり

※上記の利用料金は、国の定めた額を基準としていますので、今後変更することがあります。

(3) 介護保険対象外サービス

サ ー ビ ス の 種 類	利 用 料 金
食 事	食材料費及び調理に係る費用で、本人の所得(負担限度額認定証に記載の階層)に応じて利用者負担料金が異なります。(別紙料金表のとおり)
居 住 費	本人の所得(負担限度額認定証に記載の階層)に応じて利用者負担分料金が異なります。(別紙料金表のとおり) なお、連続した8日以上入院及び外泊期間中については、別紙利用料金表記載の第4段階の居住費を算定いたします。
電 気 料	持込された電化製品(テレビ及び電気毛布)それぞれ1台につき1日当たり50円をご負担いただきます。
理 髪	・実費相当額をいただきます。
貴 重 品 管 理	・料金はいただきません。

(4) 利用者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料 金
特 別 な 食 事 等	・実費相当額をいただきます。

(5) 複写物の請求に関する取り扱い

・サービス提供の記録及び事業運営の記録に関する複写物(コピー)を請求する場合は、実費相当額をいただきます。

11. 相談・苦情等の連絡先

窓 口 担 当 者	施設長、生活相談員及び苦情処理委員 園 長 山 崎 善 哉 生活相談員 今 村 綾 子 介護支援専門員 佐 藤 及 紀 子 電話番号 0250-68-1510
	苦情処理委員 新保 浩松 電話番号 0250-67-3505 阿部 公栄 " 0250-67-4109 加藤 伸二 " 0250-62-3326 小林 壽英 " 0250-62-5725
	阿賀野市高齢福祉課 電話番号 0250-62-2510
	新潟県社会福祉協議会福祉適正化委員会 電話番号 025-281-5584
	新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室 電話番号 025-285-3022

12. 協力医療機関

協力医療 機 関	名 称	(医)潤生会 脳神経センター阿賀野病院	あがの市民病院
	院 長	近 藤 浩	藤 森 勝 也
	所 在 地	新潟県阿賀野市保田6317-15	新潟県阿賀野市岡山町13番23号
	電 話 番 号	0250-68-3500	0250-62-2780
協力歯科 医療機関	名 称	さの歯科クリニック	
	院 長	佐 野 俊 哉	
	所 在 地	新潟県阿賀野市保田1768-1	
	電 話 番 号	0250-68-1110	

13. 利用者の禁止行為

- (1) 決められた場所以外での喫煙
- (2) サービス従事者又は他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う
- (3) 騒音等、他の利用者の迷惑になるような行為、また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入る行為を意図的に行うこと
- (4) ペットの飼育
- (5) その他施設等における秩序の維持、及び適正な管理、又は災害防止に支障のある物の持込み

14. 事故発生時及び緊急時の対応

事業者は、サービス提供の際に事故の発生した場合、速やかに家族又は緊急連絡先及び市町村に連絡を行う等必要な措置を講ずるものとする。また、利用者の病状の急変が生じた場合は、医師及び看護師に連絡し指示のもとに必要な措置を講じ、場合によっては、協力病院への緊急入院の措置を講ずるとともに、速やかに家族又は緊急連絡先に連絡を行う等必要な措置を講ずるものとする。

15. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得ると共に、その対応及び時間やその際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

16. 介護サービス情報の公表

「介護サービス情報」制度の通知により、当施設では第三者による調査を実施しています。これらの情報は、新潟県社会福祉協議会のホームページでご覧いただくことができます。

17. 看取り介護について

「看取りに関する指針」を定めており、利用者・ご家族の方が看取り介護を希望された場合には、指針に基づき、当施設においての看取り介護を行います。

18. 施設内における介護職員による吸痰、胃ろう等の医療行為について

「看護職員と介護職員の連携による医療的ケアに関する指針」を定めており、施設入居時、及び入居後、口腔内の痰の吸引・胃ろうによる経管栄養(以下「医療的行為」という。)が必要になっても、施設で生活が続けられ、安心して施設入居していただけるよう本来、医療職のみが行うことのできる医行為の一部を一定条件において必要時、嘱託医・看護職員との連携の下、介護職員が行います。

19. 緊急連絡先

(緊急連絡先 1)

氏名			
住所			
電話番号	自宅／	携帯／	勤務先／
続柄			

(緊急連絡先 2)

氏名			
住所			
電話番号	自宅／	携帯／	勤務先／
続柄			

※連絡先に変更があった場合は、速やかにご連絡ください。

20. 非常災害時の対応

- ・災害発生時には、緊急自動通報装置により消防署、職員等が直ちに施設に駆けつけるようになっています。
- ・施設内の要所に煙感知器、熱感知器、消火器、消火栓、スプリンクラー等が設置されています。
- ・防災訓練を年5回実施する予定です。(夜間を想定した避難訓練も予定しています)

21. 面会時間

- ・面会時間は、8時00分～21時00分までの間にお願いたします。
- ただし、急用の場合は、この時間帯以外でも構いません。

22. その他

- (1) 面会者は、面会時間を遵守し、必ずその都度事業者へ届け出て下さい。
- (2) 外泊・外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を事業者へ申し出て下さい。
- (3) 施設内の居室や設備、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、破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- (4) 飲酒は可能ですが、身体の状態等を考慮する必要がありますので、事前にご相談ください。ただし、健康上の理由等により、遠慮していただく場合があります。

23. 第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関の名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービス提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者 住 所 新潟県阿賀野市百津88

代表者名 社会福祉法人阿賀北総合福祉協会
理事長 片 桐 正 夫

説明者

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サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住 所

氏 名 印

署名代理人 住 所

氏 名 印

(身元引受人 兼 連帯保証人) 住 所

氏 名 印

(連帯保証人) 住 所

氏 名 印

(後見人) 住 所

氏 名 印