

重要事項説明書
(介護老人保健施設サービスの内容)

1 利用者（被保険者）

御利用者氏名 _____ 様

| | |
|-----------|--|
| 要介護状態区分 | 要介護（ ） |
| 要介護認定有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 認定審査会意見 | 介護保険被保険者証の認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載のとおり |

2 事業者

| | |
|--------|-------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 博悠会 |
| 法人の所在地 | 長野市吉田四丁目 19 番 5 号 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 荒木 智子 |
| 電話番号 | 0 2 6 - 2 1 7 - 7 7 4 4 |

3 ご利用施設

| | |
|------------|-------------------------|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設 フランセーズ悠とぐら |
| 施設の所在地 | 長野県千曲市大字上徳間 3 3 7 番地 1 |
| 管理者名（施設長名） | 栗林 秀樹（小林 恭子） |
| 電話番号 | 0 2 6 - 2 6 1 - 0 0 1 2 |
| FAX 番号 | 0 2 6 - 2 6 1 - 0 0 2 3 |
| 事業の種類 | 介護老人保健施設 |
| 指定番号 | 2051880017 |
| 指定年月日 | 平成 17 年 6 月 1 日 |
| 定員 | 80 人 |

4 施設の概要

介護老人保健施設・デイサービスセンター（併設施設含む）

| | |
|-------|------------------------|
| 敷地 | 5,284.75㎡ |
| 建物 住所 | 長野県千曲市大字上徳間 3 3 7 番地 1 |

| | |
|---------|--|
| 構造延べ床面積 | 鉄骨二階建 3,000.71㎡ |
| 利用定員 | 老健80名（短期入所療養介護：介護予防短期入所療養介護含む） デイケア25名（介護予防通所リハビリテーション含む） |

(1) 療養室（短期入所療養介護：介護予防短期入所療養介護の入所者分含む。）

(2) 主な設備（介護老人保健施設・デイサービスセンター）

| 居室の種類 | 居室数 | 面積 | 一人あたり面積 |
|-------|-----|---------|---------|
| 1人部屋 | 8室 | 86.08㎡ | 10.76㎡ |
| 2人部屋 | 10室 | 184.62㎡ | 9.23㎡ |
| 4人部屋 | 13室 | 433.31㎡ | 8.33㎡ |

※ 指定基準は、療養室一人当たり 8.00㎡です。

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 一人あたり面積等 |
|---------------|------------|--------------------|----------|
| 療養室 | 31室 | 704.01㎡ | 8.80㎡ |
| 食堂 | 2室 | 175.99㎡ | 2.31㎡ |
| 機能訓練室 | 1室 | 81.13㎡ | |
| 一般浴室 (脱衣室) | 1室 (1室) | 33.93㎡ (30.96㎡) | |
| 機械浴室 | 1室 | 34.47㎡ | (特殊浴槽) |
| 医務室 | 1室 | 11.10㎡ | |
| デイルーム | 1室 | 68.72㎡ | |
| 相談室 | 1室 | 27.01㎡ | |
| 談話コーナー | 1室 | 35.85㎡ | |

5 体制
別紙のとおり。

6 勤務体制

| | |
|--------|----------------------|
| 管理者兼医師 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務 |
| 施設長 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務 |
| 支援相談員 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務 |
| 介護職員 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務 |

| | |
|---------|----------------------|
| 看護職員 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務 |
| 作業療法士 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務 |
| 介護支援専門員 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務 |
| 管理栄養士 | 就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務 |

7 施設サービス内容の概要説明

(1) 介護基本方針

| 基本方針 | 内 容 |
|--------------------------|--|
| 自立支援介護 個別対応ケア 人権擁護 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設では、御利用者様がその能力に応じ自立した日常生活を営み、居宅生活への復帰を目指す支援を行います。 御利用者様のご意思、人格を尊重し、常にその方の立場に立ったサービス提供を心がけます。 明るく家庭的な雰囲気を大切にし、ご家庭はもちろん、地域や市町村等との連携を重視した運営を行います。 御利用者様の人権を擁護し虐待やハラスメント防止体制の整備と職員研修を行います。 サービス提供に当たっては、介護保険等関連情報などを有効活用いたします。 施設サービス計画に基づくケアを進める中で、その趣旨並びに費用等については、その都度ご説明、ご相談いたしますので、ご理解をお願い致します。 |

(2) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-------------|---|
| 栄養管理 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> 御利用者様の栄養状態の維持改善を図り、自立した日常生活を営むことができることを目指し、専属の管理栄養士が献立した食事を提供します。 食事はできるだけ離床して食堂で召しあがっていただけるよう配慮しています。 食事予定時間 朝 食 (7 : 3 0 ~ 8 : 3 0) 昼 食 (1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0) 夕 食 (1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0) |
| 排 泄 | <ul style="list-style-type: none"> 御利用者様の身体状況に応じた排泄をお手伝いするとともに、排泄の自立についても援助を行います。 |

| | |
|-----------|--|
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none"> 入浴は週2回、定期的に行います。 入浴が困難な場合は、シャワー浴又は清拭を行います。 寝浴、チェアー浴などの機械を用いた特殊浴槽のご用意もあります。 |
| 離床・着替え・整理 | <ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活のリズムを考えた昼夜の着替え、入浴時の定期的な着替えを行います。 清潔保持のため入浴時の他必要に応じて着替えを行います。 個人としての尊厳に配慮し、室内外の適切な整理が行われるよう援助いたします。 シーツ交換は週1回行います。 寝具やベッド周りの衛生管理に努めます。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> 機能訓練は専門の機能訓練指導員により御利用者様の身体の状況に適合した機能訓練を行ない、身体的機能の低下を防止するよう努めます。 当施設の所有するリハビリ器具 <ul style="list-style-type: none"> 歩行器 プラットホーム 交互歩行器 4点ステッキ 車椅子 杖 平行棒 訓練用ゲーム その他 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> 常勤医師及び看護職員等によって常に御利用者様の健康の状況に注意すると共に、健康保持のための適切な措置を取ります。 |
| 衛生管理 | <ul style="list-style-type: none"> 感染症や食中毒の発生及び蔓延を防止するための措置を徹底するとともに職員教育や訓練を行います。 |
| 口腔衛生 | 御利用者様の状態に応じた計画的な口腔衛生管理を行います。 |
| 相談対応 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設は、御利用者様やその御家族様からの相談について、真摯に応じますので、スタッフにお気軽にお声かけください。 |
| 相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> 担当者 支援相談員 岡村 大地 電 話 026-261-0012 FAX 026-261-0023 受付時間 平日 午前9時から午後5時の間 |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション等の行事を企画します。 年間の施設行事計画に基づいて行うレクリエーションの例 節分会、ひな祭り、お花見、鯉のぼり運動会、七夕会、 花火大会、敬老会、秋祭り、菊花展見学、クリスマス会、折紙教室、 歌声クラブ、書道クラブ、お料理クラブ、個別ケア外出など |

(3) 介護保険給付外サービス

| サービスの種類 | 内 容 |
|---------|---------------------------|
| 理容・美容 | ・ 出張による理美容サービスをご利用いただけます。 |

(4) その他

| | |
|----------|---------------|
| 営業日・営業時間 | ・ 通年営業 ・ 24時間 |
|----------|---------------|

8 利用料金

(1) 法定給付

あなたの介護サービス費負担割合は○印該当欄のものです。

| 介護サービス費（介護報酬の告示上の額を10割とします。） | 1割 | 2割 | 3割 | 算定根拠 (単価×日数ほか) |
|------------------------------|----|----|----|-------------------|
| | | | | |

※ 介護老人保健施設サービス費（基本型）のうち利用者負担金分（1割負担時）

| あなたの該当区分は 下記の欄の○印です | | 介護保険適用時の1日当たりの利用料金 | | |
|------------------------|--|--------------------|---------|--------|
| | | 介 護 度 | 基本サービス費 | 利用者負担金 |
| 従 来 型 個 室 | | 要介護度1 | 7,170円 | 717円 |
| | | 要介護度2 | 7,630円 | 763円 |
| | | 要介護度3 | 8,280円 | 828円 |
| | | 要介護度4 | 8,830円 | 883円 |
| | | 要介護度5 | 9,320円 | 932円 |
| 多 床 室 | | 要介護度1 | 7,930円 | 793円 |
| | | 要介護度2 | 8,430円 | 843円 |
| | | 要介護度3 | 9,080円 | 908円 |
| | | 要介護度4 | 9,610円 | 961円 |
| | | 要介護度5 | 10,120円 | 1,012円 |

(2) 食費

| あなたの該当区分は下記の欄の○印です | 介護保険適用時の1日当たりの利用料金 | | |
|--------------------|--------------------|--------|----------|
| | 利用者段階別 | 食 費 | 利用者負担限度額 |
| | [第1段階の利用者] | 1,660円 | 300円 |

| | | | |
|--|-------------|--------|--------|
| | 〔第2段階の利用者〕 | 1,660円 | 390円 |
| | 〔第3段階①の利用者〕 | 1,660円 | 650円 |
| | 〔第3段階②の利用者〕 | 1,660円 | 1,360円 |
| | 〔第4段階の利用者〕 | 1,660円 | 1,660円 |

(3) 居住費

| あなたの該当 区分は下記の 欄の○印です | | 介護保険適用時の1日当たりの利用料金 | | |
|----------------------------|--|--------------------|--------|--------|
| | | 利用者段階別 | 居住費 | 利用者負担額 |
| 従 来 型 個 室 | | 〔第1段階の利用者〕 | 1,750円 | 550円 |
| | | 〔第2段階の利用者〕 | 1,750円 | 550円 |
| | | 〔第3段階の利用者〕 | 1,750円 | 1,370円 |
| | | 〔第4段階の利用者〕 | 1,750円 | 1,750円 |
| 多 床 室 | | 〔第1段階の利用者〕 | 437円 | 0円 |
| | | 〔第2段階の利用者〕 | 437円 | 430円 |
| | | 〔第3段階の利用者〕 | 437円 | 430円 |
| | | 〔第4段階の利用者〕 | 437円 | 437円 |

(4) その他の加算 (利用者負担額は1割負担時)

- ・夜勤職員配置加算 1日当たり 240円
ただし、利用者負担金 24円です
- ・短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ 1日当たり 2,580円
(入所後3カ月以内) ただし、利用者負担金 258円です
- ・短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 1日当たり 2,000円
(入所後3カ月以内) ただし、利用者負担金 200円です
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ 1日当たり 2,400円
(入所後3カ月以内 1週に3日を限度) ただし、利用者負担金 240円です
- ・認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 1日当たり 1,200円
(入所後3カ月以内 1週に3日を限度) ただし、利用者負担金 120円です
- ・認知症ケア加算 1日当たり 760円
ただし、利用者負担金 76円です
- ・若年性認知症利用者受入加算 1日当たり 1,200円
ただし、利用者負担金 120円です
- ・外泊時費用 1日当たり 3,620円
(初日・最終日を除く6日間以内) ただし、利用者負担金 362円です
- ・外泊時在宅サービス利用費用 1日当たり 8,000円
(初日・最終日を除く6日間以内) ただし、利用者負担額 800円です

| | | | |
|--|-------|---------|--------------------|
| ・ターミナルケア加算 (死亡日以前31日以上45日以下) | 1日当たり | 720円 | |
| ターミナルケア加算 (死亡日以前4日以上30日以下) | 1日当たり | 1,600円 | ただし、利用者負担金 720円です |
| ターミナルケア加算 (死亡日前日及び前々日) | 1日当たり | 9,100円 | ただし、利用者負担金 1600円です |
| ターミナルケア加算 (死亡日) | 1日当たり | 19,000円 | ただし、利用者負担金 9100円です |
| ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) | 1日当たり | 510円 | ただし、利用者負担額 51円です |
| ・初期加算 (I) (入所後30日間のみ) (30日を超える入院後の再入所も適用) | 1日当たり | 600円 | ただし、利用者負担金 60円です |
| 初期加算 (II) (入所後30日間のみ) (30日を超える入院後の再入所も適用) | 1日当たり | 300円 | ただし、利用者負担金 30円です |
| ・再入所時栄養連携加算 (再入所時1回限度に算定) | 1回当たり | 2,000円 | ただし、利用者負担額 200円です |
| ・入所前後訪問指導加算 (I) | 1回当たり | 4,500円 | ただし、利用者負担金 450円です |
| 入所前後訪問指導加算 (II) | 1回当たり | 4,800円 | ただし、利用者負担金 480円です |
| ・退所時等支援等加算 試行的退所時指導加算 | 1回当たり | 4,000円 | ただし、利用者負担金 400円です |
| 退所時情報提供加算 (I) | 1回当たり | 5,000円 | ただし、利用者負担金 500円です |
| 退所時情報提供加算 (II) | 1回当たり | 2,500円 | ただし、利用者負担金 250円です |
| ・退所時栄養情報連携加算 (1月1回を限定して算定) | 1回当たり | 700円 | ただし、利用者負担額 70円です |
| 入退所前連携加算 (I) | 1回当たり | 6,000円 | ただし、利用者負担金 600円です |
| 入退所前連携加算 (II) | 1回当たり | 4,000円 | ただし、利用者負担金 400円です |
| 訪問看護指示加算 (1回を限度に算定) | 1回当たり | 3,000円 | ただし、利用者負担金 300円です |
| ・協力医療機関連携加算 (I) | 1月当たり | 500円 | ただし、利用者負担額 50円です |
| 協力医療機関連携加算 (II) | 1月当たり | 50円 | ただし、利用者負担額 5円です |
| ・栄養マネジメント強化加算 | 1日当たり | 110円 | ただし、利用者負担額 11円です |

| | | | | |
|-------------------------------------|-------|--------|------------|--------|
| ・経口移行加算 (180日限度) | 1日当たり | 280円 | ただし、利用者負担額 | 28円です |
| ・経口維持加算 (I) | 1月当たり | 4,000円 | ただし、利用者負担額 | 400円です |
| 経口維持加算 (II) | 1月当たり | 1,000円 | ただし、利用者負担額 | 100円です |
| ・口腔衛生管理加算 (I) | 1月当たり | 900円 | ただし、利用者負担金 | 90円です |
| 口腔衛生管理加算 (II) | 1月当たり | 1,100円 | ただし、利用者負担金 | 110円です |
| ・療養食加算 (1日3回を限度に算定) | 1回当たり | 60円 | ただし、利用者負担額 | 6円です |
| ・在宅復帰支援機能加算 | 1日当たり | 100円 | ただし、利用者負担額 | 10円です |
| ・かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イ (1回を限度に算定) | 1回当たり | 1,400円 | ただし、利用者負担金 | 140円です |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) ロ (1回を限度に算定) | 1回当たり | 700円 | ただし、利用者負担金 | 70円です |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II) (1回を限度に算定) | 1回当たり | 2,400円 | ただし、利用者負担金 | 240円です |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算 (III) (1回を限度に算定) | 1回当たり | 1,000円 | ただし、利用者負担金 | 100円です |
| ・緊急時施設療養管理加算 (1月に1回、連続する3日限度) | 1日当たり | 5,110円 | ただし、利用者負担金 | 511円です |
| ・所定疾患施設療養費 (I) (1月に7日限度) | 1回当たり | 2,350円 | ただし、利用者負担金 | 235円です |
| 所定疾患施設療養費 (II) (1月に1回、連続する10日限度) | 1回当たり | 4,750円 | ただし、利用者負担金 | 475円です |
| ・認知症専門ケア加算 (I) | 1日当たり | 30円 | ただし、利用者負担金 | 3円です |
| 認知症専門ケア加算 (II) | 1日当たり | 40円 | ただし、利用者負担金 | 4円です |
| ・認知症チームケア推進加算 (I) | 1月当たり | 1,500円 | ただし、利用者負担額 | 150円です |
| 認知症チームケア推進加算 (II) | 1月当たり | 1,200円 | ただし、利用者負担額 | 120円です |
| ・認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 1日当たり | 2,000円 | ただし、利用者負担金 | 200円です |
| ・認知症情報提供加算 | 1回当たり | 350円 | ただし、利用者負担金 | 35円です |
| ・地域連携診療計画情報提供加算 | 1回当たり | 3,000円 | | |

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|--------|
| | ただし、利用者負担金 | 300円です |
| ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ | 1月当たり | 530円 |
| | ただし、利用者負担金 | 53円です |
| ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ | 1月当たり | 330円 |
| | ただし、利用者負担金 | 33円です |
| ・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） | 1月当たり | 30円 |
| | ただし、利用者負担額 | 3円です |
| ・褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） | 1月当たり | 130円 |
| | ただし、利用者負担額 | 13円です |
| ・排泄支援加算（Ⅰ） | 1月当たり | 100円 |
| | ただし、利用者負担額 | 10円です |
| 排泄支援加算（Ⅱ） | 1月当たり | 150円 |
| | ただし、利用者負担額 | 15円です |
| 排泄支援加算（Ⅲ） | 1月当たり | 200円 |
| | ただし、利用者負担額 | 20円です |
| ・自立支援促進加算 | 1月当たり | 3,000円 |
| | ただし、利用者負担額 | 300円です |
| ・科学的介護推進体制加算（Ⅰ） | 1月当たり | 400円 |
| | ただし、利用者負担額 | 40円です |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） | 1月当たり | 600円 |
| | ただし、利用者負担額 | 60円です |
| ・安全対策体制加算 （入所初日に限り） | 1日当たり | 200円 |
| | ただし、利用者負担額 | 20円です |
| ・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 1月当たり | 100円 |
| | ただし、利用者負担額 | 10円です |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 1月当たり | 50円 |
| | ただし、利用者負担額 | 5円です |
| ・新興感染症等施設療養費 （1月1回、連続する5日を限定して算定） | 1日当たり | 2,400円 |
| | ただし、利用者負担額 | 240円です |
| ・生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 1月当たり | 1,000円 |
| | ただし、利用者負担額 | 100円です |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 1月当たり | 100円 |
| | ただし、利用者負担額 | 10円です |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 1日当たり | 220円 |
| | ただし、利用者負担金 | 22円です |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 1日当たり | 180円 |
| | ただし、利用者負担金 | 18円です |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 1日当たり | 60円 |
| | ただし、利用者負担金 | 6円です |
| ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 施設介護サービス費に加算費を加えた額の7.5% | |
| | ただし、利用者負担額は上記の1/10 | |

- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 施設介護サービス費に加算費を加えた額の7.1%
ただし、利用者負担額は上記の1/10
- ・その他、介護保険法に定められた介護報酬告示上の費用

- ※ 基本サービス費並びにその他加算における御利用者様負担額は1割負担時の額となります。
- ※ 介護保険適用の場合でも保険料の滞納により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。
- ※ 保険料を滞納した場合は、一旦、御利用者様が施設介護サービス費全額を支払い、その後、市町村に対して保険給付分を請求して頂くことになります。

(5) 法定外費用

| 区分 | 利用者負担金 | |
|---|---|-----|
| 日用品費 | ・1日当たり150円 | |
| 衣類・洗濯サービス | ・申し込みに応じて1日当たり150円 | |
| 教養娯楽費 | ・1日当たり150円 | |
| 理容・美容サービス | ・実費負担 | |
| 持込み電気器具使用 | ・電気製品1品目につき1日50円 | |
| 自己選択に基づく食事 | ・要した費用の実費（出前・外食等） | |
| 追加室料 | 追加室料 | 確認欄 |
| | ・一般個室 1日 1,000円 *専有面積、景観 | |
| | ・二人部屋Ⅰ 1日 750円 *専有面積、景観、窓側専有 | |
| | ・二人部屋Ⅱ 1日 500円 *専有面積 | |
| 日常生活に要する費用で本人にご負担頂くことが適当である費用 (日用品費・教養娯楽費・その他) | <ul style="list-style-type: none"> ・喫茶コーナー利用代金 ・外出時の食事代 ・日常生活品の購入代金 ・クラブ活動の費用 ・インフルエンザ予防注射費用 ・その他個人的な要望により購入する物の代金等 | |
| 文書料 | <ul style="list-style-type: none"> ・診断書5,000円 ・各種証明書等1,000~3,000円 | |

- ※ 当施設は、社会福祉法第2条第3項に規定する生活困難者に対して無料又は定額な費用で利用できる『老人保健施設利用料減免』制度適用事業所です。

9 利用料金の支払い

- (1) 前記利用料金の請求は、御利用者の退所日又は毎月末日を締切日として、翌月 15 日までに請求書を送付等して行ないます。
- (2) 利用料金のお支払いは、請求月の 22 日（支払日である 22 日が休日の場合は、翌日以降直近の銀行営業日）までに、現金又は口座振替依頼書に基づき口座からの自動振替により、お支払いいただきますようお願いいたします。
- (3) お支払いを受けたときは、翌月分の利用料金請求時に領収証を交付いたします。

10 施設の目的と運営の方針

| | |
|-------|--|
| 施設の目的 | 施設サービス計画に基づく適切なサービスを、全ての御利用者様に提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 御利用者様の状態に応じ、自立した日常生活を送れるよう、食事、入浴、排泄の介助など日常生活上のお世話、機能回復訓練等を行なうことにより御利用者様の身体的、精神的負担の軽減を図る一方で、家庭生活に戻れるよう支援いたします。 ・ 関係する地方自治体、地域の保険医療サービス又は福祉サービスと密接な連携を図り、良質なサービスの提供に努めます。 |

11 当施設ご利用の際に留意頂く事項

| | |
|-------------------|--|
| 来訪・面会 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 面会は所定の時間内で行ってください。面会の際は玄関に備付の面会簿に記入のうえ、その都度、必ず職員に届けてください。 ・ 来訪者が宿泊を希望される場合は、事前に施設長の許可を得てください。 ・ インフルエンザ等感染症の拡大防止のため、面会制限措置を行なう場合があります。 |
| 外出・外泊 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 外出、外泊は、事前に行先、帰宅時間を職員に届け出てください。 |
| 入院退所 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院となった場合には退所して頂くこととなります。 |
| 施設医師以外の医療機関への受診 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 原則として、入所までかかっていた主治医への受診はできません。主治医から施設医師への通知により施設医師の受診及び治療、投薬を受けることとなります。 ・ ただし、施設医師では診断治療ができないものについて、医療機関等に定期通院する場合の付添い等は、身元引受人又は御家族でお願いします。 |
| 健康保険証・介護保険証の写しの提出 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 御利用者様の介護事務等を円滑に行うため、「後期高齢者医療被保険者証」、「介護保険被保険者証」等の写しを施設に提出願っています。 |
| 居室、設備、器具の利用 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した利用により、破損した場合、賠償していただくことがあります。 |

| | |
|--------------|---|
| 禁煙・飲酒制限 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設は指定社会福祉施設として、その公共性と公益性に鑑み、ご利用者様の健康への配慮から全館禁煙としておりますので、施設並びに敷地内における喫煙はできません。 当施設が提供する居酒屋等の酒類提供サービスの場合又は施設長の許可を得た場合を除いて、館内における飲酒はできません。 |
| 食べ物の持込み | <ul style="list-style-type: none"> 施設内に食物を持ち込むときは、職員にその旨お声かけいただいた上で、飲食場所等については職員の案内に従ってください。 |
| 迷惑行為等 | <ul style="list-style-type: none"> 騒音等他の御利用者様等の迷惑となる行為はご遠慮ください。 また、みだりに他の御利用者様の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 所持品の持込管理 | <ul style="list-style-type: none"> 危険物の持ち込みはお断り致します。また、ご持参いただく御身まわり品は、日常生活に必要な限度としてください。 衣類、日用品の収納は居室内のタンスをご利用ください。 所持品（特に衣類）にはマジックまたは、縫付けで記名をお願いします。 2㎡以上の布製品を持ち込む際は、「防災ラベル」表示のものをご選択ください。 |
| 現金・貴重品の持込み | <ul style="list-style-type: none"> 現金・貴重品は必要ありませんので、施設への持込みはご遠慮ください。 |
| 宗教活動、政治活動 | <ul style="list-style-type: none"> 施設敷地、建物内での、他者に対する宗教活動及び政治活動等は、ご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | <ul style="list-style-type: none"> 施設内へのペットの持込み及び飼育はできません。 |
| 身体拘束について | <ul style="list-style-type: none"> 御利用者様に対する身体拘束は原則として行いません。 御利用者様に自傷他害等のおそれがあり、緊急やむを得ない場合で他に代替手段がないときは、期間を定めて身体的拘束その他行動を制限する場合があります。 身体的拘束等を行った場合には、その態様、時間、御利用者様の心身の状況及び緊急やむを得なかった理由等を記録します。 |
| 急病、事故等発生時の措置 | <ul style="list-style-type: none"> 施設ご利用中に急病や不慮の事故等が発生した場合には、施設医師が必要な措置を講じるとともに、身元引受人又は御家族への連絡を行いますので、ご理解とご協力をお願いいたします。 |

1 2 非常災害時の対策

| | |
|----------|--|
| 非常時の対応 | <p>別途定める「介護老人保健施設フランセーズ悠とぐら消防計画」に従って非常時の緊急対応を行ないます。</p> |
| 近隣との協力関係 | <p>当施設は、千曲市消防団第10分団と『災害時における協力応援体制に関する協定書』で近隣防災協力を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。(平成17年6月28日締結)</p> |

| | | | | |
|------------------|--|----|----------|---------------------|
| 平常時の訓練及び 防災設備 | 別途定める「介護老人保健施設フランセーズ悠とぐら消防計画」に従って、年2回昼間及び夜間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。 | | | |
| | 設備名称 | 個数 | 設備名称 | 個数 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉シャッター | あり |
| | 非常階段 | あり | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知器 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 漏電火災報知器 | あり |
| | ガス漏れ報知器 | あり | 非常用電源 | あり |
| | カーテン・蒲団等は防災性のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画 | 消防署への届出日 防火管理者 | | | 2016年8月1日 長谷川 貴弘 |

1.3 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | | | |
|------------------|---------|--------------------------|--------|
| 当施設ご利用の場 合の相談 | 苦情解決責任者 | 施設長 | 小林 恭子 |
| | 苦情受付担当者 | 介護支援専門員 | 竹鼻 由美子 |
| | 第三者委員 | 青木千代紀 | |
| | ご利用時間 | 土日曜日・祭日を除く毎日9:00~17:00まで | |
| | ご利用方法 | 電話・面談・手紙等いずれの方法でも結構です。 | |
| | | | |

(2) 次の公的機関においても苦情申し立てができます。

| | | |
|-----------------------|------|-------------------|
| 長野市保健福祉部介 護保険課 | 所在地 | 長野市大字鶴賀1613 |
| | 電話番号 | 026-224-7871 |
| | FAX | 026-224-5247 |
| 千曲市健康福祉部高 齢福祉課 | 所在地 | 千曲市大字杭瀬下二丁目1番地 |
| | 電話番号 | 026-273-1111 |
| | FAX | 026-272-6302 |
| 長野県国民健康保険 団体連合会 | 所在地 | 長野市大字西長野字加茂北143-8 |
| | 電話番号 | 026-238-1580 |
| | FAX | 026-238-1560 |
| 長野県福祉サービ ス運営適正化委員会 | 所在地 | 長野市中御所岡田98-1 |
| | 電話番号 | 0120-28-7109 |
| | FAX | 026-228-0130 |

1.4 第三者評価の受審状況

| | |
|-------------|---|
| 第三者評価の実施の有無 | 無 |
|-------------|---|

15 協力病院等

| | |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 千曲中央病院 |
| 所在地 | 長野県千曲市大字杭瀬下 58 番地 |
| 電話番号 | 026-273-1212 |
| 診療科目 | 総合病院 |
| 入院設備 | あり |
| 医療機関の名称 | 長野松代総合病院 |
| 所在地 | 長野市松代町 183 番地 |
| 電話番号 | 026-278-2031 |
| 診療科目 | 総合病院 |
| 入院設備 | あり |
| 医療機関の名称 | 宮島歯科医院 |
| 所在地 | 長野県千曲市大字栗佐 1588 番地 |
| 電話番号 | 026-273-3064 |
| 診療科目 | 歯科 |
| 入院設備 | なし |

16 緊急連絡先及び主治医等

| | | | | |
|--|--|-----|-----|--|
| 緊急 連絡 先 | 氏 名 | | 続 柄 | |
| | 住 所 | | | |
| | 電話番号 | () | | |
| 主 治 医 | 病 院 名 | | 医師名 | |
| | 住 所 | | | |
| | 電話番号 | () | | |
| 希 望 す る 救 急 等 搬 送 先 | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 上記主治医 <input type="checkbox"/> 協力病院 <input type="checkbox"/> その他の医療機関 病院名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ ※ 諸般の事情により、ご希望の医療機関に搬送できない場合もございます。 | | | |