

重要事項説明書
(指定介護老人福祉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	026-217-7744

3 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ
施設の所在地	長野県下水内郡栄村大字豊栄 2 1 4 0
施設長名	六川 英樹
電話番号	0269-87-1150
FAX 番号	0269-87-1152
事業の種類	介護老人福祉施設
指定番号	2073500106
指定年月日	平成 18 年 11 月 1 日
定員	52 人

4 施設の概要
特別養護老人ホーム

敷地	18,023.77㎡	
建物	住 所	下水内郡栄村大字豊栄2140
	構造延べ床面積	本 体：鉄筋コンクリート陸屋根三階建 4,399.95㎡ 車 庫：鉄骨亜鉛メッキ鋼板葺平屋建 290.40㎡ 機械室：鉄骨亜鉛メッキ鋼板葺平屋建 108.00㎡
	利用定員	特別養護老人ホーム52名 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護含む）3名

(1) 居室

居室の種類	居室数	面 積	一人あたり面積
特養施設 ユニット個室	52室	806.32㎡	15.51㎡
短期入所生活介護 (介護予防含む) ユニット個室	3室	38.90㎡	12.97㎡

※ 指定基準は、居室一人当たり 10.65㎡です。

(2) 主な設備（特別養護老人ホーム・短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護）

設備の種類	室数等	面 積	一人あたり面積
共同生活室兼食堂	6室	709.53㎡	12.90㎡
ふれあいコーナー	3室	225.79㎡	2.40㎡
★相 談 室	1室	15.90㎡
★洗 濯 室	1室	29.3㎡
個人浴室	2室	13.95㎡
★一般浴室	1室	37.25㎡
★機械浴室	1室	36.20㎡
★医 務 室	1室	30.11㎡
★地域交流室兼機能 訓練室	1室	252.68㎡
★厨房部門	全体	176.35㎡	(内厨房86.35㎡)

★は「特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえひがし」と共用

5 体制
別紙のとおり。

6 勤務体制等

従業者の種類	勤 務 体 系
施設長	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務
生活相談員	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
機能訓練指導員	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
配置医師	毎週金曜日の午後 2 : 30 ~ 4 : 00 (轟病院 太田くみ子医師)
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 人権の擁護	<p>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むことができるようになることを目指した支援を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 サービス計画に基づくケアを進める中で、その趣旨、費用等については、別にご説明いたしますので、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 <ul style="list-style-type: none"> 朝 食 (7 : 3 0 ~ 8 : 3 0) 昼 食 (1 1 : 3 0 ~ 1 3 : 0 0) 夕 食 (1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 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"> 平行棒 歩行訓練用階段 四点杖
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師及び看護職員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とって参ります。
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	<ul style="list-style-type: none"> 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 生活相談員 半戸 恵里子 電話 0269-87-1150 FAX 0269-87-1152 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 新年会、豆まき、花火大会、肝試し、運動会、焼き芋大会、クリスマス会、風船バレー、流しそうめん、カマクラ作り、喫茶店、居酒屋、パン作り、セクション調理など

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)

※ 介護老人福祉施設サービス費（ユニット型）のうち利用者負担分（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
ユ ニ ツ ト 型	要介護度1	6,700円	670円
	要介護度2	7,400円	740円
	要介護度3	8,150円	815円
	要介護度4	8,860円	886円

個室		要介護度 5	9,550円	955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]	1,603円	300円
	[第2段階の利用者]	1,603円	390円
	[第3段階①の利用者]	1,603円	650円
	[第3段階②の利用者]	1,603円	1,360円
	[第4段階の利用者]	1,603円	1,603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
ユニット型個室	[第1段階の利用者]	2,080円	880円
	[第2段階の利用者]	2,080円	880円
	[第3段階の利用者]	2,080円	1,370円
	[第4段階の利用者]	2,080円	2,080円

※ 入院・外泊時の居住費 初日・最終日を除く6日間以内は段階別補足給付が適用されます。
7日目以降も希望により当該利用者のために居室を確保する場合の7日目以降最終日前日までは全額自己負担です。

(4) その他の加算 (利用者負担額は1割負担時)

- ・日常生活継続支援加算

1日当たり	360円
ただし、利用者負担額	36円です
- ・看護体制加算 I ロ

1日当たり	40円
ただし、利用者負担額	4円です

看護体制加算Ⅱロ	1日当た	80円	
	ただし、利用者負担額	8円です	
・夜勤職員配置加算	1日当たり	130円	
	ただし、利用者負担額	13円です	
・生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1月当たり	1,000円	
	ただし、利用者負担額	100円です	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月当たり	100円	
	ただし、利用者負担額	10円です	
・個別機能訓練加算（Ⅰ）	1日当たり	120円	
	ただし、利用者負担額	12円です	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1月当たり	200円	
	ただし、利用者負担額	20円です	
個別機能訓練加算（Ⅲ）	1月当たり	200円	
	ただし、利用者負担額	20円です	
・ADL維持等加算（Ⅰ）	1月当たり	300円	
	ただし、利用者負担額	30円です	
ADL維持等加算（Ⅱ）	1月当たり	600円	
	ただし、利用者負担額	60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、利用者負担額	120円です	
・障害者生活支援体制加算（Ⅰ）	1日当たり	260円	
	ただし、利用者負担額	26円です	
・障害者生活支援体制加算（Ⅱ）	1日当たり	410円	
	ただし、利用者負担額	41円です	
・入院・外泊時費用 （初日・最終日を除く6日間以内）	1日当たり	2,460円	
	ただし、利用者負担額	246円です	
・外泊時在宅サービス利用費用 （初日・最終日を除く6日間以内）	1日当たり	5,600円	
	ただし、利用者負担額	560円です	
・初期加算（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、利用者負担額	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	
・退所時等相談援助加算			
退所前後訪問相談援助加算（入所中1回・退所後1回）		4,600円	
	ただし、利用者負担額	460円です	
退所時相談援助加算（退所時1回）		4,000円	
	ただし、利用者負担額	400円です	
退所前連携加算（退所時前1回）		5,000円	
	ただし、利用者負担額	500円です	
退所時情報提供加算（1人1回に限り算定）		2,500円	
	ただし、利用者負担額	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
・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	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、利用者負担額	90円です
口腔衛生管理加算 (II)	1月当たり	1,100円	ただし、利用者負担額	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
・特別通院送迎加算	1月当たり	5,940円	ただし、利用者負担額	594円です
・配置医師緊急時対応加算 (日中診療時間外)	1回当たり	3,250円	ただし、利用者負担額	325円です
・配置医師緊急時対応加算 (早朝・夜間時)	1回当たり	6,500円	ただし、利用者負担額	650円です
配置医師緊急時対応加算 (深夜時)	1回当たり	13,000円	ただし、利用者負担額	1,300円です
・看取り介護加算 (I) (施設外死亡時) (死亡日以前31日以上45日以下)	1日当たり	720円	ただし、利用者負担額	72円です
看取り介護加算 (I) (施設外死亡時) (死亡日以前4日以上30日以下)	1日当たり	1,440円	ただし、利用者負担額	144円です
看取り介護加算 (I) (施設外死亡時) (死亡日の前日及び前々日)	1日当たり	6,800円	ただし、利用者負担額	680円です
看取り介護加算 (I) (施設外死亡時) (死亡日)	1日当たり	12,800円	ただし、利用者負担額	1,280円です
看取り介護加算 (II) (施設内死亡時) (死亡日以前31日以上45日以下)	1日当たり	720円	ただし、利用者負担額	72円です
看取り介護加算 (II) (施設内死亡時) (死亡日以前4日以上30日以下)	1日当たり	1,440円	ただし、利用者負担額	144円です
看取り介護加算 (II) (施設内死亡時)	1日当たり	7,800円		

(死亡日の前日及び前々日)	ただし、利用者負担額	780円です
看取り介護加算(Ⅱ)(施設内死亡時)	1日当たり	15,800円
(死亡日)	ただし、利用者負担額	1,580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
・在宅、入所相互利用加算	1日当たり	400円
	ただし、利用者負担額	40円です
・認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日当たり	30円
	ただし、利用者負担額	3円です
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日当たり	40円
	ただし、利用者負担額	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	200円
(入所した日から起算して7日以内限度)	ただし、利用者負担額	20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	2,800円
	ただし、利用者負担額	280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	500円
	ただし、利用者負担額	50円です
・安全対策体制加算	1日当たり	200円
(入所初日に限り)	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日当たり	2,400円
(1月1回、連続する5日を限定して算定)	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、利用者負担額 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、利用者負担額 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、利用者負担額 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14.0%
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（Ⅱ）施設介護サービス費に加算費を加えた額の13.6%
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の告示上の費用。

※ 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。

※ 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	
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
	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニット個室A1日 250円 * 景観、日照 	
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 ・日常生活品の購入代金 ・クラブ活動の費用 ・その他個人的な要望により購入する物の代金 	
文書料	・各種証明書等1,000円～3,000円	

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。
- (4) 利用料金の請求誤りがあった場合は、翌月以降の請求額にて相殺させていただきます。

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ります。 ・ 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 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・外泊時の居室利用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院並びに外泊等の際には、当該期間に限り、短期入所用の居室として活用致します。 ・ 入院の際には、退院予定日が分かり次第ご連絡をお願いします。
施設医師以外の医療機関への受診	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 主治医から配置医師への通知により、配置医師の定期受診及び投薬を受けることができます。

健康保険証・介護保険証の預り保管	<ul style="list-style-type: none"> 御利用者様の医療機関受診を速やかに行うため、「後期高齢者医療被保険者証」等を、介護保険各種申請援助のため「介護保険被保険者証」等を施設にてお預かりします。
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"> 施設内に食物を持込むときは、職員にその旨お声かけいただいた上で、飲食の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。
現金の持込み	<ul style="list-style-type: none"> 現金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、直ちに救護措置を講じ、医療機関への受診、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	別途定める「特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ消防計画」に従って非常時の緊急対応を行ないます。			
近隣との協力関係	当施設は、栄村平滝区と「災害時における協力応援体制覚書」により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18年8月31日締結)			
平常時の訓練及び 防災設備	別途定める「特別養護老人ホームフランセーズ悠消防計画」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 2021年4月19日 防火管理者 六川 英樹			

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	六川 英樹
	苦情受付担当者	介護支援専門員	山本 小百合
	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苦情申し立てができます。

飯山市保健福祉課	所在地	飯山市大字飯山1110-1
	電話番号	0269-62-3111
	FAX	0269-62-3127
木島平村民生課	所在地	下高井郡木島平村大字往郷973-1
	電話番号	0269-82-3111
	FAX	0269-82-4121
栄村健康支援課	所在地	下水内郡栄村大字北信3601-5
	電話番号	0269-87-3301
	FAX	0269-87-3308
中野市健康長寿課	所在地	中野市西1-1-7
	電話番号	0269-23-2255
	FAX	0269-22-2295
野沢温泉村民生課	所在地	下高井郡野沢温泉村大字豊郷9817
	電話番号	0269-85-3112
	FAX	0269-85-4760
山ノ内町健康福祉部	所在地	下高井郡山ノ内町大字平隠3352-1
	電話番号	0269-33-3111
	FAX	0269-33-4527
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

14 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	飯山赤十字病院
所在地	長野県飯山市飯山226-1
電話番号	0269-62-4195

診療科目	総合病院
入院設備	あり
医療機関の名称	津南病院
所在地	新潟県中魚沼郡津南町大字下船渡丁2682
電話番号	0257-65-3161
診療科目	総合病院
入院設備	あり
医療機関の名称	栄村国民健康保険栄村歯科診療所
所在地	長野県下水内郡栄村大字北信3602-1
電話番号	0269-87-3020
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。			

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際して、あらかじめ御利用申込者又はその御家族に対して、運営規程の概要、勤務の体制、その他の重要事項等を記した本書面を交付し、説明しました。

年 月 日

説明者 長野県下水内郡栄村大字豊栄 2140 番地
特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ

施設長 _____ (印)

説明補助者 特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ

生活相談員 _____ (印)

私は、上記説明者又は説明補助者から、本書面の交付を受けたうえで指定介護老人福祉施設サービスに関する運営規程の概要、勤務の体制、その他の重要事項等の説明を受け同意しました。

年 月 日

利用申込者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

署名代行者

私は、利用者の同意意思を確認し、利用者に代わり上記署名を行ないました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(署名を代行した理由： _____)

家族（利用申込者との関係 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)