

重要事項説明書

作成日 H24 年 4 月 1 日

1. 事業主体概要

事業主体名	特定非営利活動(NPO)法人 北アルプスの風
代表者名	神 谷 典 成
所在地	長野県大町市大町 2790 番地 2
法人の理念	1. 生命の質、生活の質の向上を目指す (自己選択及び自己決定を最大限尊重し、明るく豊かで自由な生活の場を創り出す。) 2. 職員の資質向上を目指す (知識、技術、心が三位一体となる対人援助ができるよう自己研鑽を積み、あらゆる場面で受容と傾聴の精神により、真心のこもったサービスを提供する。そして、常に我々は主役を盛り立てる演出家であり脇役であることを忘れてはならない。謙虚な姿勢で、時には己を殺し、利用者主体の対人サービスを目指す。) 3. 地域福祉の向上を目指す (我々の講義の理念は、地域住民を向上させることである。そのためには、公的なフォーマルサービスと住民の自発力によるインフォーマルサービスの協同が求められる。我々は民意の声を吸い上げ、インフォーマルサービスの中核となり、他機関と連携しながら地域福祉向上に寄与する。)
他の介護保険関連の事業	通所介護・介護予防通所介護事業所 ほっとハウス かたつむりの家 通所介護・介護予防通所介護事業所 ほっとハウス ときわの家
他の介護保険以外の事業	・ 障害者へのタイムケア事業 ・ 緊急時宿泊サービス ・ 幼児から学童障害児・者、介護保険を利用していない高齢者への日帰りサービス (300 円/1 時間)

2. グループホーム概要

グループホーム名	北アルプスの家
グループホームの目的	認知症状により、日常生活において介護を必要とする方、または利用者のご家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、家庭的な温もりのある環境のもとで、可能な限りの有する能力に応じて、自立（自律）した日常生活を営めるよう支援し、併せて尊厳のある生活を送って頂けるようグループホームによるサービスを提供いたします。
グループホームの運営方針	入居される利用者が、より快適な生活を送って頂けるよう、居宅介護支援事業者や福祉施設等の事業者、そして協力医療機関や関係市町村との密接な連携に努めながら、総合的なサービスを提供します。 そして、地域のなかで自分らしい生活を送られるよう、地域住民との交流を図りながら馴染みの関係作りにも努めていきます。
グループホームの責任者	松島タミ子
開設年月日	平成 17 年 4 月 1 日
保険事業者指定番号	2071200311
所在地、電話・FAX 番号	長野県大町市大町 2769 番地 1 (電話) 0261-26-5515 (FAX) 0261-26-5516
交通の便	JR 信濃大町駅より、八坂方面へ徒歩 5 分。
敷地概要（権利関係）	構造：木造 平屋建 延床面積： 382.25 m ²

居室の概要	個室：9室 洗面台付き		
共用施設の概要	食堂兼リビング 台所 選択室 トイレ4箇所 お座敷(家族介護室) 浴室(家庭浴槽1箇所、檜風呂1箇所) 談話室(居室の前室)		
緊急対応方法	ご利用者の容体等に変化があった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。		
	緊急連絡先		
	第1連絡先	氏名 / 続柄	
		自宅住所	
		自宅電話番号	
		自宅以外の連絡先	
	第2連絡先	氏名 / 続柄	
		自宅住所	
		自宅電話番号	
自宅以外の連絡先			
主治医連絡先	病院名		
	医師名		
	住所		
	電話番号		
防犯設備 避難設備等の概要	1) 消防法に基づき、消防計画の作成及び災害に対処する計画に基づき防災管理者を設置し、非常災害対策を行っています。 2) 防災訓練は最低年2回実施し、そのうち1回は夜間想定の実施を行います。ご協力お願い致します。		
	《避難設備一覧》 非常通報装置 非常用照明灯 避難誘導灯 煙式感知器 非常口		

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内 容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			看護師	・認知症介護実践者研修修了 ・認知症対応型サービス事業 管理者研修修了
計画作成担当者	1			1		介護支援専門員 介護福祉士	・認知症介護実践者研修修了
介護従業者	8	4		5		介護福祉士 ホームヘルパー2級	

4. 勤務体制

昼間の体制	(早番 7:00～16:00、1人) 3人 (日勤 8:30～17:30、1人) (遅番 10:00～19:00、1人) ※日勤職員は、管理者等での対応
夜間の体制	1人 (夜勤 17:00～10:00、1人)

5. 利用状況（平成 24 年 4 月現在）

利用者数	1 ユニット当たり定員：9 人、（ユニット数：1 ユニット）
要介護度別	要支援 2：0 人 要介護度 1：2 人、 要介護度 2：3 人、 要介護度 3：2 人、要介護度 4：1 人、 要介護度 5：1 人

6. ホーム利用に当たっての留意事項

面会について

- ・面会時間は、概ね 8 時 30 分～19 時 00 分とさせていただきます。また、19 時以降の面会及び家族介護室での宿泊希望につきましては、予め当グループホームにご連絡のうえお越しください。
- ・面会の際に食べ物や金銭をお持ち頂いた場合にはお申し出ください。

外泊について

- ・外泊される場合は、予定日の 1 週間前に「外泊期間」のご連絡をお願いします。
- ・外泊時には所定の「外泊届」を提出をお願いします。

外出について

- ・外出の際には行き先、帰所予定時刻を職員にお申し出ください。

所持品の管理について

- ・紛失しないよう、所持品には記名をお願いします。

現金の管理について

- ・ご利用者が日常必要なお金については、お小遣いとして当グループホームで保管させていただきますが、その管理については、ご利用者及びご家族の責任でお願い致します。

7. サービスおよび利用料等

保険給付サービス	食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等。 上記については包括的に提供され、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動有り）が自己負担となります。
保険対象外サービス	別紙のサービスについては、各個人の利用に応じて自己負担となります。料金の改定は理由を付して事前に連絡されます。
居室の提供（家賃）	35,000 円/月
食事の提供	1,000 円/日（おやつ代含む）
水道光熱費	17,000 円/月（11 月～3 月は冬季加算として 3,000 円必要となります。）
個人消耗品の費用 及びお小遣いの取り扱いについて	理美容代、おむつ代、薬代（代理受領の場合）、病院診療代（代理受領の場合）及び個人で使用了品等は、お預かりしているお小遣いからの実費精算で自己負担となります。なお、お小遣いで清算させて頂く内容については、別紙、「お小遣い取り扱い」同意書にて詳細を確認させていただきます。

基本料金（平成 24 年 4 月 1 日現在）

1 日あたりの自己負担分

介護度	基本単位	医療連携体制加算	自己負担額
要介護度 1	802 円	39 円	841 円
要介護度 2	840 円		879 円
要介護度 3	865 円		904 円
要介護度 4	882 円		921 円
要介護度 5	900 円		939 円

※ 「初期加算」は、入居後 30 日間に限り 30 円/日加算となります。

※ 「看取り介護加算」は、死亡日以前 4～30 日の看取り介護加算は、80 円/日となり、死亡日前日及び前々日の看取り介護加算は、680 円/日、そして死亡日の看取り介護加算は 1,280 円/日となります。

※ 「介護職員処遇改善加算」については、毎月のご利用頂く総単位数×3.9%分となります。

8. 協力医療機関

協力医療機関名	医療法人社団 厚生会 横澤内科医院
所在地	大町市大町 4060 番地 8
電話番号	0261-22-0371
診療科目	内科
協力医師	氏名：横澤厚信先生 訪問頻度：定期訪問受診（月 1 回）

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	担当氏名：山口恵美子 ご利用時間帯：8：30～17：00 電話番号：0261-26-5515
外部苦情申立て機関 （連絡先電話番号）	・機関名：各市町村福祉課（介護保険担当課） ・北アルプス広域連合（TEL：0261-22-7196） ・長野県国民健康保険団体連合会（TEL：026-238-1550）

平成 年 月 日

（事業者）

ホーム名：北アルプスの家
住 所：長野県大町市大町 2769 番地 1
管 理 者：松島タミ子
説明者名：

印

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

（利用者）

住所
氏名

印

（利用者代理人または身元引受人）

住所
氏名

印