

指定（介護予防）認知症対応型
共同生活介護事業所

グループホーム 「風の森」

重 要 事 項 説 明 書

有限会社 風 の 森

グループホーム『風の森』重要事項説明書

1. 事業主体の概要

事業主体名	有限会社 風の森		
認証の日	平成15年10月8日	設立の日	平成15年10月10日
代表者名	代表取締役 松本政道		
所在地	長崎県南島原市西有家町長野762番地		
法人の目的	この法人は、高齢者や精神障害者に対して、それぞれが地域社会の中で安心して生活するために必要な福祉サービス事業を行い、福祉の増進に寄与することを目的とする。		

2. ホームの概要

ホーム名	グループホーム 風の森		
所在地	長崎県南島原市西有家町長野762番地		
開設年月日	平成16年6月1日	介護保険指定番号	4271401897
電話・FAX	電話 0957-82-1502	FAX 0957-82-1503	
運営の理念	「風の森」は、利用者の人格・人権を尊重し、利用者が家庭的な雰囲気の中で「みんなで、いっしょに、ゆったりと、たのしく」安心して生活できるように、それぞれにあった介護サービスを提供することにより認知症状が改善できるように援助する。		
事業の目的	本事業は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の世話及び日常生活の中で心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。		
運営方針	本事業所において提供する認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 3 利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。 4 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。 5 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。		
代表者	代表取締役 松本政道		昭和29年3月29日生
管理者	<ユニットA> 氏名 中山民代		昭和47年2月2日生
	<ユニットB> 氏名 中村美咲		昭和34年2月20日生

計画作成担当者	<ユニットA> 氏 名 中 山 民 代 (管理者兼務) <ユニットB> 氏 名 本 多 正 恵
従業員配置 及 勤務時間等	介護従事者 17名 (常勤10名うち兼務2名、夜間は夜勤者 2名配置) 計画作成担当者 2名 (常勤で管理者及び計画作成者) 勤 務 時 間 標準労働時間帯: 8時30分～17時30分 早 出: 7時30分～16時30分 遅 出: 9時30分～18時30分 夜 勤: 16時00分～翌朝 9時00分
入居者の概要	現在の入居者 名 (男性: 名 女性: 名) 平均年齢 歳 (歳 ～ 歳) 要介護度別 要介護1: 名 要介護2: 名 要介護3: 名 要介護4: 名 要介護5: 名
入居者に当たっ ての留意事項	本事業所利用対象者は、要支援2及び要介護であって認知症の状態にあり、 ・かつ、次の各号を満たす者とする。 ①少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 ②自傷、他害のおそれがないこと。 ③常時、医療機関において治療をする必要がないこと。 2 入居後に利用者の状態が変化し、前項に該当しなくなった場合は、退去 してもらう場合もある。 3 入居に当たっての留意事項は次のとおりとする。 ①利用者は、特段の事情がない限り、管理者・計画作成担当者及び介護 従事者の指導による日課を施行し、共同生活の秩序を保ち、相互の親 睦に努めるものとする。 ②利用者が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者 に届け出るものとする。 ③利用者は、健康に留意するものとする。 ④利用者は、共同生活住居の清潔、整頓その他環境衛生のために協力す るものとする。 4 利用者は、共同生活住居内で次の行為をしてはならない。 ①宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、または自己の利益のために他 人の利益を侵すこと。 ②喧嘩、口論、泥酔などで他の利用者に迷惑を及ぼすこと。 ③共同生活の秩序若しくは風紀を乱し、または安全衛生を害すること。 ④指定した場所以外で火気を用いること。 ⑤故意に共同生活住居若しくは物品に損害を与え、または物品を持ち出 すこと。 5 退居に際しては、利用者及び利用者代理人の意向を踏まえた上で、他の サービスを提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう、退居に必 要な援助を行うよう努める。

	6 利用者及び利用者代理人は、退居 30 日前までに事業者に対して退去を通告して退居することができる。 7 利用者及び利用者代理人等が利用料の支払いを 2 ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、その後 10 日以内に支払われない場合は、事業者はいつでも退居させることができる。
建 物 概 要	都市計画法上の用途地域 都市計画区域内 第 1 種低層住居地域 形 態 単独型 構 造 木造平屋建 1 階床面積 555.14m² 居 室 洋室 10.59m² * 18 室 （全室個室、クローゼット・洗面台・トイレ付き） 事務室兼管理室 15.09m² 11.25m² L D K 69.87m² 32.78m²
防災設備の概要	避難誘導灯、スプリンクラー、消火器設置。 （消防用設備等検査済み）
緊急時等の対処方法	治療を要する事態が発生した場合は、次の連携病院にて対応するものとする。 （連携病院） 菜の花クリニック （連携歯科医院） 草野歯科医院
緊急時の連絡方法	届出のあった連絡先へ電話連絡するものとする。 利用者及び利用者代理人は、入居時に緊急連絡先を届出しておくこと。 （氏名、住所、電話番号、利用者との関係（続柄等）
連携する介護保険施設	介護老人保健施設 フォンテ
苦情処理の体制	・ 有限会社 風の森 （住所） 長崎県南島原市西有家町長野762番地 苦情解決責任者 松 本 政 道（代表取締役） TEL 0957-82-1502 苦情受付担当者 中 山 民 代（管理者） FAX 0957-82-1503 中 村 美 咲（管理者） ・ 長崎県島原地域広域市町村圏組合 TEL 0957-61-9101 （住所） 長崎県島原市有明町大三東戊1327 島原市役所有明庁舎 ・ 長崎県国民健康保険団体連合会 TEL 095-826-7293 （住所） 長崎市今博多町8番地2 ・ 長崎県福祉保健部長寿社会課 TEL 095-824-1111 （住所） 長崎市江尾上町 3 番 1 号 上記以外に利用者及び家族の住所地の自治体や社会福祉協議会等身近な機関へ申し出てください。 ※詳細は苦情処理規程参照

来訪・面会	来訪者は面会の都度職員に申し出、面会簿に記入することとする。 また面会時間(10:00～19:00)を厳守し、来訪者が宿泊される場合も職員に申し出ること。
外出（泊）届	利用者が外出（泊）をするときは、「入居者外出・外泊届」を管理者に届け出るものとする。 外出・外泊の際には必ず行き先と帰着予定日時を職員に知らせ、原則として家族が付き添うこと。
現金等の管理	大金・預金通帳等は持参しないようにして下さい。原則として現金の管理はいたしません。ただし、病院受診や小遣い費用等の預り金は事務所で管理いたします（2万円程度） 万一、居室内で紛失等があった場合、責任は負いかねます。
宗教活動・政治活動等	当事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮願います。
ペットの飼育等	当事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。
損害保険等	社会福祉施設総合保険加入済み
事故発生時の対応等	『風の森』が提供する指定認知症対応型共同生活介護サービスにより事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族及び居宅介護支援事業者等に連絡をし、連携医療機関において必要な対応を行う。 また、賠償すべき事故については、市町村、利用者の家族及び居宅介護支援事業者等と連絡をとりながら、速やかに賠償を行うこととする。
介護保険給付の対象外となる有料の各種サービス及び利用料	別紙「利用料等一覧表」のとおりとする。
利用料等の請求書・領収証の送付方法など	請求書は、毎月末日に締め切り翌月の10日までに請求明細を示して利用代理人宛に送付するものとする。 支払方法は、持参または銀行振込など支払者の都合によって支払うこととする。 支払を受けた場合は、介護サービス明細を記入した領収証を交付するものとする。

【入居時に必要なもの】

- 1 介護保険被保険者証・健康保険被保険者証・医療受給者証・健康手帳
- 2 被爆者手帳（お持ちの方）・身体障害者手帳（お持ちの方）
- 3 衣類（夏用、冬用の普段着・肌着・靴下等）
- 4 室内シューズ（必ず着用しますので希望により購入します）・外出用シューズ
- 5 洗面用具
- 6 その他（ティッシュペーパー、髭剃り等）

※ 寝具は各居室に用意しておりますが、毛布やタオルケット等が必要な方はご持参ください。

※ 床用カーペットなどの持ち込みも可能。

第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	☒ 有・無
実施した直近の年月日	令和5年11月16日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 ローカルネット日本評価機構
評価結果の開示状況	玄関に掲示

『風の森』利用者の権利

グループホーム『風の森』は、認知症によって自立した生活が困難になった高齢者に対して、安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。

家庭的な雰囲気に住環境、少人数の親しみある人間関係、利用者一人一人の残された能力をできるだけ活かした生活などができるようにお手伝いをします。

『風の森』が提供する介護サービスについては、認知症に専門的な知識と技術を持つ従業員が当たりますが、利用者及び家族等は『風の森』に対して次のような権利を主張することができます。

1. 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利
2. 生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み及び主体的な決定が尊重される権利
3. 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利
4. 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利
5. 必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受ける権利
6. 家族や大切な人と通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利
7. 地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行う権利
8. 暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利
9. 生活や介護サービスにおいて、いかなる差別を受けない権利
10. 生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利

『風の森』の倫理綱領

『風の森』で働くすべての者は、認知症によって自立した生活が困難になった高齢者の、安心と尊厳のある生活を守るために力を尽くすことに、使命感と誇りを感じています。

私たちは、利用者の利益を第一に考え、自らの行動の模範として『風の森』に対する地域の信頼を高め、認知症高齢者の権利と尊厳を大切にして介護サービスを提供することを誓います。

1. 私たちは、利用者を個人として尊重し、プライバシーを守り、安心と尊厳のある生活を実現するよう努めます。
2. 私たちは、利用者が主体的な決定を行えるよう支援し、その決定を尊重します。
3. 私たちは、利用者が安らぎと自信を感じることができ、かつ安全と衛生が保たれた環境で生活ができるよう援助します。
4. 私たちは、利用者がその能力を最大限に発揮できるように努め、適切な介護を継続的に行うとともに、適切な医療が受けられるよう援助します。
5. 私たちは、利用者が家族や大切な人との通信や交流が図られるよう支援し、個人の情報を厳重に守ります。
6. 私たちは『風の森』を地域に開かれたものにするとともに、利用者が地域の一員として生活することを支えます。
7. 私たちは、暴力や虐待および身体的、精神的拘束を行いません。
8. 私たちは、いかなる理由においても差別は行いません。
9. 私たちは、苦情を前向きにとらえ、従業員が一体となって、より良いサービスに繋がるよう努力します。
10. 私たちは、この事業の社会的責任を認識し、介護サービスに携わる者としての研鑽に努めるとともに、健全な運営によってサービスの継続性を確保するよう努めます。

【別表 1】

利 用 料 等 一 覧 表

項 目	単価又は基準額	内 容 等
利用料	法定代理受領分	介護報酬の告示上の1/10・2/10・3/10×利用日数
食材費	1,200円／1日	朝食300円、昼食400円、 夕食400円、おやつ100円
部屋代	400円／1日	
水道光熱費	200円／1日	
おむつ代	実 費	利用者各自の必要に応じて「風の森」 が購入し、その費用については利用者が負担するものとする。
理美容代	実 費	有料理美容院を利用した場合は、その費用は利用者が負担するものとする。
日用品等購入代	実 費	日常生活において通常必要となるものに係る費用で、利用者又はその家族から同意が得られた日用品購入費は利用者負担とする。
上乗せ、横だしサービス	利用者又はその家族が同意した額	指定認知症対応型共同生活介護のサービス提供に関連して実施することが、利用者にとって有効であることが利用者又はその家族との協議により確認され、かつ、費用負担について利用者の負担が適当と認められたサービス。
医療費代	疾病等により病院などで治療又は診断を受けた治療費及び薬剤費等	医療保険による治療等を受けた場合は、それに係る費用は利用者が負担する。
初期加算	30単位／1日	厚生労働大臣が定める基準（厚生省告示第23号26）について、入居した日から起算して30日以内の期間を初期加算として加算する。
医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37単位／1日	厚生労働大臣が定める基準（厚生省告示第26号27）において、指定認知症対応型共同生活介護を行なった場合は、医療連携体制加算として所定単位数を加算する。
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6単位／1日	厚生労働大臣が定める基準（厚生省告示第25号25）において、利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
処遇改善加算（Ⅱ）	単位数の178／1000（1月につき）	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所が算定する加算。
[その他の事項]		
① 認知症対応型共同生活介護の提供を行う場合において、上記に定める以外の対応が必要になった場合は、利用者又はその家族と協議の上別途定めるものとする。		

令和 年 月 日

(事 業 者)

ホーム名 グループホーム 風の森

住 所 長崎県南島原市西有家町長野762番地

説 明 者

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、同意します。

(利 用 者)

住 所

氏 名

印

(身元引受人)

〒

住 所

氏 名

印

電話番号

続 柄