

重 要 事 項 説 明 書

1. 事業主体概要

事業主体名	株式会社 ビアン
代表者名	吉田 洋之
所在地	東京都杉並区荻窪 5 丁目 18 番 12 号
資本金	5,700 万円
法人の理念	認知症であっても、ひとりひとりが地域の中であたりまえに暮らしながら、人間の尊厳を大切にしたい生活を送れるよう支援し、事業運営にあたっては、安定的かつ継続的な運営に努めます。

2. ホーム概要

ホーム名	もえぎ中野白鷺
管理者（ホーム長）	鈴木 亨依
ホームの目的	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、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ、安心と尊厳のある生活を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します。
ホームの運営方針	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します。また、利用者が安全に共同生活を行うことを基本に認知症対応型（介護予防認知症対応型）共同生活介護サービスの提供を行います。
開設年月日	平成 19 年 5 月 1 日
保険事業者指定番号	1391400056
所在地、電話・FAX 番号	東京都中野区白鷺 1 丁目 6 番 3 号 (電話) 03-5327-4240 (FAX) 03-3339-2570
交通の便	西武新宿線鷺ノ宮駅 徒歩 10 分
敷地概要（権利関係）	敷地面積 769.80 m ² (借地)
建物概要	構造：鉄骨造 延床面積：630.83 m ²
居室の概要	居室面積：12.15 m ² (約 3.8 坪) 居室数：18 室
他の提供サービス	—
緊急対応方法	・利用者に健康上急変があった場合は、消防署もしくは適切な医療機関と連絡をとり、救急治療あるいは緊急入院が受けられるようにします。 ・その際、速やかに身元引受人、もしくは利用者及び身元引受人が指定する者に連絡します。

防犯防災設備 避難設備等の概要	非常通報装置一式
損害賠償責任保険加入先	損害保険ジャパン株式会社

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 人		○			介護福祉士	実践者、管理者研修
計画作成担当者	2 人		○	○		介護福祉士、介護支援専門員	実践者研修
介護従事者	15 人	○	○	○		訪問介護員 2 級以上	

4. 勤務体制

昼間の体制	4～6 人（うち早番 8：30～17：30、日勤 9：30～18：30、遅番 10:30～19:30）
夜間の体制	2 人（夜勤 17：00～翌 10：00）

5. ホーム利用にあたっての留意事項

外泊について	1 泊 2 日の場合は、自由に外泊できます。但し、外泊届を職員に提出していただきます。 2 泊以上また長期に及ぶ場合は、別途ご相談をさせていただきます。
面会について	面会を希望される場合は、事前にホームへご連絡ください。 （来訪時に必ず記帳していただきます）
所持金の持込み	利用者の金品の持込みはお断りしております。 ご家族の方が、直接又は、間接的に入居者の方に、金品等を渡された場合において万が一紛失等がありましても、当社は一切の責任を負わないものといたします。（義歯、補聴器等の高価物品を含む） ただし、新聞購入、訪問美容、個人の買い物、他に使うための必要最低限の金銭（1～3 万円程度）については、入居当日にお預かりいたします。 預かり金の金銭管理につきましては、ホーム長またはユニット長が金銭台帳を付け、必要又は請求に応じて随時閲覧できるようにし、毎月の利用料請求書とともに送付いたします。
所持品の持込み	入居当日に持込品の確認を行います。持込み及び持帰りの時は必ず職員へお声掛け下さい。 なお、通帳、印鑑、貴重品等の居室内への持込みはお断りしております。
散歩、買い物等について	認知症のケアの一貫として、職員同伴の上、散歩、買い物、食事に行く場合があります。
喫煙について	敷地内全面禁煙となっております。
飲酒について	食堂、居間に少量であれば可能です。 （量につきましてはご家族と相談の上、決めさせていただきます。）
入院期間中について	入院期間中の居室の確保については、原則 1 ヶ月とします。但し、利用者の状態等により、ご家族の方との協議を行い、期間変更をする場合もあります。

6. サービスおよび利用料等

	食事・洗濯・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・援助等については包括的に提供され、下記の表による要介護度に応じて定められた金額の原則 1 割が自己負担となります。			
	1 日あたりの介護報酬計算表（令和 6 年 4 月 1 日改定）			
	地域区分	1 級地	地域区分単価	10.9 円

介護保険利用者負担分	状 態 区 分	単位	単価（自己負担分）	備考	
	要 支 援 2	749	816 円		
	要 介 護 1	753	821 円		
	要 介 護 2	788	859 円		
	要 介 護 3	812	885 円		
	要 介 護 4	828	903 円		
	要 介 護 5	845	921 円		
	初 期 加 算	30	33 円	30 日	
	医療連携体制加算Ⅰハ	37	40 円		
	サービス提供体制強化加算Ⅰ～Ⅲ	6～22	7～24 円		
	認知症専門ケア加算Ⅰ	3	3 円		
	認知症チームケア推進加算Ⅱ	120	131 円	1 回	
	看取り介護加算 1（31～45 日前）	72	78 円	15 日	
	看取り介護加算 2（4～30 日前）	144	157 円	27 日	
	看取り介護加算 3（前日前々日）	680	741 円	2 日	
	看取り介護加算 4（死亡日）	1280	1,395 円	1 日	
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	141～157	154～171 円		
	入院時費用（加算）	246	268 円	6 日	
	退居時情報提供加算	250	273 円	退去時	
	退居時相談援助加算	400	436 円	退去時	
	口腔・栄養スクリーニング加算	20	22 円	1 回/6 月に	
	若年性認知症利用者受入加算	120	131 円		
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	218 円	入居日から 7 日	
	*利用者自己負担分（法定利用者負担分） 当月介護報酬額－（当月介護報酬額×給付率）※上記表の単価（参考）は 1 日の目安です。 *当月介護報酬額：1 日の介護給付費単位×利用実日数×地域区分単価				
	① 初期加算・・・入居された日から 30 日以内の期間（1 日あたり）や、30 日を超える入院後に戻られた場合も初期加算分が割増しになります。				
② 医療連携体制加算・・・医師もしくは看護師による 24 時間の連絡体制を確保するなど、健康管理や医療連携体制を強化している為、医療連携体制加算分が割増しになります。					
③ サービス提供体制強化加算・・・介護福祉士割合が規定の割合を超えて配置された際に算定される加算となります。22 単位／日（Ⅰ）、18 単位／日（Ⅱ）、6 単位／日（Ⅲ）					
④ 認知症専門ケア加算・・・認知症ケアに関する専門研修を終了した者が介護サービスを提供する為、割増しになります。3 単位/日（Ⅰ）、4 単位/日（Ⅱ）					
⑤ 認知症チームケア推進加算・・・認知症ケアに関する専門研修を終了した者が介護サービスを提供し、かつ複数人の介護職員による計画的なチームケアを行う為、割増しになります。150 単位/月（Ⅰ）、120 単位/月（Ⅱ）					
⑥ 看取り介護加算・・・看取りを行った場合、72 単位／日（死亡日以前 31～45 日）、144 単位／日（死亡日以前 4～30 日）、680 単位／日（前日前々日）、1280 単位／日（死亡日）が割増しになります。					
⑦ 介護職員等処遇改善加算・・・介護職員等処遇改善加算を除いた総単位数に所定の割合を乗じた介護職員処遇改善加算分（17.8%）が割増しになります。					
⑧ 入院時費用（加算）・・・入院後 3 ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合、円滑に入居できる体制を確保している為に割増しとなります。246 単位/日（月 6 回まで）					
⑨ 退居時情報提供加算・・・退居後医療機関に入院となる場合に、当該医療機関に対し利用者の同意を得て、心身の状況、生活歴等の情報を提供した際に割増しとなります。250 単位/回（退去時）					
⑩ 退居時相談援助加算・・・退居時に自宅や地域での生活を継続できるように相談援助した場合に割増しとなります。400 単位/回（退去時）					
⑪ 口腔・栄養スクリーニング加算・・・6 月ごとに利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認を行い、その情報を担当ケアマネジャーへ提供した際に割増しとなります。20 単位/回（6 月に 1 回まで）					
⑫ 若年性認知症利用者受入加算・・・40 歳以上 65 歳未満の認知症の利用者を受け入れた時、割増しになります。					
⑬ 認知症行動・心理症状緊急対応加算・・・認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難であり、緊急の入所が適当と医師が判断した方に割増しとなります。200 単位/日（入居日から 7 日まで）					
敷金	敷金		150,000 円		
	・ 退居時に、専門業者のクリーニングとクロスの張替を行いその費用（実費）を敷金から充当させていただきます。また利用料金等、利用者が負担すべき費用に未払いが生じた場合には利用者もしくは身元引受人に通知の上、敷金から充当させていただきます。				

利用料金		月 額
	家 賃	75,000 円
	食 材 費	42,000 円
	水道光熱費	24,000 円
	共 益 費	20,000 円
	合 計	161,000 円
	・個人使用の衛生用品や日用品、理美容代、医療費、訪問看護費（定期訪問以外で費用が発生した場合）、通院介助費（職員が同伴した場合の交通費）等については実費精算で自己負担となります。 ・急変による緊急搬送、ホームドクター以外の医療機関への通院が必要となった際はご家族様に対応をお願いしております。やむを得ず職員が対応した場合には別途請求させていただきます。 ・食材費は、外泊や入院による不在で1日に1食も召し上がらなかった場合に限りいただきません。 ・共益費は共用部分の維持・管理費（植栽管理費・建物清掃費等）および特別な行事費（お誕生日会等）が含まれます。 ・入院などで外泊された場合でも、家賃、水道光熱費及び共益費はお支払いいただきます。 ・月途中に入居又は退居された場合の家賃、食材費、水道光熱費、共益費は日割計算とさせていただきます。 ・契約終了後、ご利用者及び身元引受人の都合で部屋の明け渡しが遅延した場合の利用料金は、食材費を除いた日割り計算とさせていただきます。	

7. 施設内の事故について

施設内の事故について	・当社は損保ジャパン株式会社の損害賠償責任保険に加入しています。 - 但し、利用者に故意または過失がある場合、損害賠償責任額が減額あるいは免責されることがありますので、予めご了承下さい。
------------	--

8. 身体拘束について

身体拘束について	・当社は、身体拘束等、自由を絶対的に拘束するケアは原則行いません。利用者の転倒、転落、ずり落ちあるいは利用者同士の事故防止につきましても、可能な限り身体拘束以外の方法により対処させていただきます。
----------	--

9. 協力医療機関

協力医療機関名	診療科目
医療法人社団 横島病院	外科、血管外科、内科、胃腸科、肛門科、整形外科、リハビリテーション科
医療法人社団 東光会 西東京中央総合病院	内科、消化器科、循環器科、脳神経外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、腎臓内科・透析科、呼吸器科 他
いたばしクリニック	内科、外科、消化器内科
林歯科	歯科

※訪問看護ステーション ほたるすぎなみ

10. 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する防火管理者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ② 非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。避難訓練実施時期：（毎年2回）

11. 第三者評価の実施状況

実施の有無	有り
実施頻度	2年に1回（概ね7月から3月頃）
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人 福祉サービス総合研究機構
評価結果の開示状況	[福ナビサイト内] 福祉サービス第三者評価情報：評価結果に別途記載

1 2. ハラスメント防止対策

当社は、ハラスメントのない、また、すべての従業員が互いに尊重し合える、安全で快適な職場づくりに取り組んでいます。

- ① 各種ハラスメントに関する相談窓口を置き、責任者を事務管理担当とし、対策に関する取り組みを行います。
- ② 相談及び苦情への対応に当たっては、関係者のプライバシーは保護されるとともに、相談をしたこと又は事実関係の確認に協力したこと等を理由として不利益な取扱いはい行いません。
- ③ 会社は、ハラスメントが生じたときは、職場におけるハラスメントがあつてはならない旨の方針及びその行為者については厳正に対処する旨の方針について、再度周知徹底を図るとともに、事案発生の原因の分析、研修の実施等、適切な再発防止策を講じます。
- ④ 会社は、ハラスメント行為が認められた従業員に対し、就業規則に基づいて懲戒処分を行う他、行為者の異動等被害者の労働条件及び就業環境を改善するために必要な措置を講じます。

1 3. 苦情相談窓口

ホーム	鈴木 亨 依 TEL03-5327-4240 / FAX03-3339-2570
本 社	井 形 ユ ミ 子 TEL03-3220-4725 / FAX03-3220-4735
区市町村	中野区介護・高齢者支援課介護事業者係 TEL03-3228-8878/FAX03-3228-8972
国保連	東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口専用 TEL03-6238-0177 受付時間（土・日・祝祭日を除く）午前9時から午後5時まで

令和 年 月 日

本書面に基づき、認知症対応型共同生活介護のサービス内容及び、重要事項の説明をしました。

(事業主体)	住 所	東京都杉並区荻窪5丁目18番12号	
	名 称	株式会社 ビ ア ン	
	代表者名	代表取締役 吉田 洋之	印
(事業所)	住 所	東京都中野区白鷺1丁目6番3号	
	名 称	もえぎ中野白鷺（指定番号：1391400056）	
	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、同意しました。

(利用申込者)	住 所		
	氏 名		印

(上記 利用申込者欄の住所・氏名の記載については、下記 _____ が代筆しました。)

(身元引受人)	住 所		
	氏 名		印
	続 柄		