

重 要 事 項 説 明 書

1、事業主体概要

事業主体名	有限会社ハビネス
代表者名	代表取締役三富朝子
所在地	東京都豊島区千早4丁目3番7号
電話番号	03-5995-8048

2、施設概要

名 称	グループホームゆりの花 坂下
所在地	東京都板橋区坂下2丁目27番11号
電 話	03-6454-5681
FAX番号	03-6454-5682
交通の便	都営三田線「蓮根駅」より徒歩7分
開設年月日	1ユニット目 平成24年4月1日 2ユニット目 平成24年4月1日
保険事業者指定番号	1391900279
施設の責任者	大竹 なか子
建物概要（権利関係）	構 造：木造3階建 延床面積：608.84 m ² （グループホーム専有面積434.98 m ² ）
居室の概要・入所定員	全室一人部屋 1ユニット目（9室）、2ユニット目（9室） 入所定員 1ユニット目（9名）、2ユニット目（9名）
共用施設の概要	1ユニット目：食堂兼居間1ヶ所・浴室1ヶ所・トイレ3ヶ所 2ユニット目：食堂兼居間1ヶ所・浴室1ヶ所・トイレ3ヶ所
防犯防災設備 避難設備等の概要	1ユニット目（2階） 消火器 避難器具（梯子、救助袋） スプリンクラー設備 誘導灯 4箇所 自動火災報知機 13箇所 2ユニット目（3階） 消火器 避難器具（梯子、救助袋） スプリンクラー 設備 誘導灯 4箇所 自動火災報知機 13箇所

損害賠償責任保険 加入先	全国クループホーム協会総合補償制度 (三井住友海上火災保険株式会社)
-----------------	---------------------------------------

3、目的・運営方針

事業目的	家庭的な環境のもとで、利用者一人ひとりの個性、能力、症状に応じた介護、食事、洗濯、掃除、買物や散歩などを通して機能訓練を行い、日常生活を活性化させることにより認知症の進行緩和を目指します。
運営方針	1、可能な限り自立した生活を送ることができるように「自立援助」をサービスの基本とします。 2、生活の主体は利用者であり、自己決定権をもちます。 ホームは「自由な生活空間」と考え、一律のルールやスケジュールで管理した運営は行いません。 3、「ゆっくり」「一緒に」「楽しむ」生活を目指します。 4、地域の様々な活動に参加しながら、尊厳のあるその人らしい毎日を送れるようお手伝いします。 5、共同生活を営む者同士の「集団の力」を活かし、互いに助け合い、生活が営めるように援助します。

4、サービスの内容

サービス区分と種類	サービスの内容
(介護予防) 認知症対応型共同生活 介護計画の作成	・サービスの提供開始時に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通所介護等の活用や地域における活動への参加の機会の確保等、他の介護事業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画(以下「介護計画」という)を作成します。 ・利用者に応じて作成した介護計画について、利用者及びその家族に対して、その内容について説明し同意を得ます。 ・介護計画を作成した際には、当該介護計画を利用者に交付します。 ・計画作成後においても、介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
食 事	・摂食、嚥下機能その他の利用者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。 ・可能な限り離床して食事をとることを支援します。

入 浴		・適切な方法で入浴の提供又は清拭、洗髪などを行います。 ・安心して入浴できるよう支援します。
排せつ		・介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、適切なトイレ誘導やおむつ交換を行います。
離床・着替え・整容等		・寝たきり防止のため、できる限り離床していただくように配慮します。 ・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えのほか、必要時に着替えを行います。 ・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 ・シーツ交換は、定期的に週1回行い、汚れている場合は随時交換します。
移動・移乗介助		・介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
健康管理		・介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。
機能 訓練	日常生活動作を通じた訓練	・日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。（散歩の同行、家事の共同作業など）
	レクリエーションを通じた訓練	・利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
若年性認知症利用者 受入サービス		・若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
その他		・利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 ・良好な人間関係と家庭的な生活環境の中で、日常生活が過ごせるよう、利用者と介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、買い物、レクリエーション、外食、行事等を共同で行うよう努めます。 ・利用者、家族が必要な行政手続き等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行います。 ・常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者、家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な支援を行います。 ・常に家族と連携を図り、利用者、家族との交流等の機会を確保します。

5、勤務体制と職務内容

職員の人数、資格等の詳細につきましては、添付の「人員体制一覧表」をご参照ください。

職 種	主な職務内容
管理者	業務の管理及び職員等の管理を一元的に行う。
計画作成者	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成することと、 ともに、連携する協力医療機関等との連絡、調整を行う。
介護従業者	利用者に対し必要な介護及び支援を行う。
看護師	利用者の健康管理、処置を行う。

6、利用状況

ご入居の利用者の人数および年齢、要介護度別の内訳につきましては、添付の「利用状況一覧表」をご参照ください。

7、勤務体制

昼間の体制	3 人日勤（早出 7:30～16:30、遅出 9:00～18:00、遅出 10:30～19:30）
夜間の体制	1 人夜勤（18:00～翌 9:00）

8、利用料

1）介護保険給付サービス利用料金

・基本報酬

* 月 31 日の場合

要介護度	単位／日	1 割負担分	2 割負担分	3 割負担分
要支援 2	749 単位	25,309 円	50,618 円	75,927 円
要介護度 1	753 単位	25,444 円	50,888 円	76,332 円
要介護度 2	788 単位	26,627 円	53,253 円	79,880 円
要介護度 3	812 単位	27,438 円	54,875 円	82,313 円
要介護度 4	828 単位	27,979 円	55,957 円	83,935 円
要介護度 5	845 単位	28,553 円	57,105 円	85,658 円

・加算料金 以下の要件を満たす場合、上記の基本報酬に以下の料金が加算されます

加算の種類	加算及び算定の内容	単位	加算額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
初期加算	入所後 30 日間に限り算定する 1 日当たりの加算料金	30 単位 /日	33 円	66	99 円
医療連携体制 加算 I	看護師による日常的な健康管理 を行い、医療ニーズが必要とな った場合に適切な対応が取れる 体制(看護師による 24 時間連絡	37 単位 /日	41 円	81 円	121 円

	体制の確保)や看取りに関する 指針の整備を行っている際に算 定する 1 日当たりの加算料金				
医療連携体制 加算Ⅱ	医療的ケアが必要な利用者が 1 名以上いた場合	5 単位/日	6 円	11 円	17 円
協力医療機関 連携加算	協力医療機関との間で利用者の 病歴等の情報共有を定期的に行 う	100 単位/ 月	109 円	218 円	327 円
退去時情報提供 加算	入居者が医療機関に退去した場 合	250 単位/ 回	273 円	245 円	818 円
科学的介護推進 体制加算	利用者ごとの基本的な情報を厚 生労働省に提出し、介護計画書 を見直すなど情報を活用してい る場合に算定する加算料金	40 単位/ 月	44 円	88 円	131 円
口腔・栄養スク リーニング加算 (Ⅰ)	利用開始時及び利用中 6 月ごと に利用者の口腔の健康状態及び 栄養状態に関する情報を、介護 支援専門員に提供する場合に算 定する加算	20 単位/ 回	22 円	44 円	66 円
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち、介護福祉士の 者が 70%以上であること、勤続 年数 10 年以上の介護福祉士が 25%以上であることのいずれか を満たす場合に算定する 1 日当 たりの加算料金	22 単位/ 日	24 円	48 円	72 円
サービス提供 体制強化加算Ⅱ	介護職員のうち、介護福祉士の 者が 60%以上であることを満た す場合に算定する 1 日当たりの 加算料金	18 単位/ 日	20 円	40 円	59 円
サービス提供 体制強化加算Ⅲ	介護職員のうち、介護福祉士の 者が 50%以上であること、常勤 職員の者が 75%以上であるこ と、勤続年数 7 年以上の者が 30%以上であることのいずれか を満たす場合に算定する 1 日当 たりの加算料金	6 単位/日	7 円	13 円	20 円
看取り介護加算	看護師の配置と夜間における 24	72 単位	79 円	157 円	236 円

死亡日以前 31 日 以上 45 日以下	時間連携体制の確保等を行って いる施設で、本人又は家族の同 意を得ながら看取り介護を行っ た場合に算定する 1 日当たりの 加算料金 *ただし、退所した日の翌日か ら死亡日までの間は、算定しま せん	/日			
看取り介護加算 死亡日以前 4 日 以上 30 日以下		144 単位 /日	157 円	314 円	471 円
看取り介護加算 死亡日の前日及 び前々日		680 単位 /日	742 円	1,483 円	2,224 円
看取り介護加算 死亡日		1280 単位 /日	1,396 円	2,791 円	4,186 円
若年性認知症 利用者受入加算	若年性認知症利用者受入サービスの 提供を行う場合に算定する 1 日当たりの加算料金	120 単位 /日	131 円	262 円	393 円
入院時体制加算	退院後の再入居の受け入れ体制 を整えている場合に算定する、 1 月に 6 日を限度とする加算	246 単位 /日	269 円	537 円	805 円
退居時相談援助 加算	利用者 1 人につき 1 回を限度と して、退所時に市長村及び居宅 介護支援事業者及び地域包括支 援センターに対して情報提供を した場合に算定する加算料金	400 単位 /回	436 円	872 円	1,308 円
介護職員等処遇 改善加算（Ⅱ）	算定要件を満たす場合の 1 月当 たりの加算料金	介護報酬総単位数の 1000 分の 178			
身体拘束廃止 未実施減算	身体拘束廃止の措置を講じない 場合	介護報酬総単位数の 10%減算			

加算を含めた毎月の介護保険料

* 31 日の場合

	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本報酬	23219	23343	24428	25172	25668	26195
医療連携体制加算Ⅰ		1147	1147	1147	1147	1147
医療連携体制加算Ⅱ		155	155	155	155	155
協力医療機関連携加算		100	100	100	100	100
科学的介護体制加算	40	40	40	40	40	40
介護職員等処遇改善 加算（Ⅱ）	4140	4411	4605	4737	4826	4919
単位合計	27399	29196	30475	31351	31936	32556

1割負担 合計	29,865 円	31,824 円	33,218 円	34,173 円	34,811 円	35,486 円
2割負担 合計	59,730 円	63,648 円	66,436 円	68,345 円	69,621 円	70,972 円
3割負担 合計	89,595 円	95,471 円	99,654 円	102,518 円	104,431 円	106,458 円

* 場合により、初期加算,口腔・栄養スクリーニング加算,看取り介護加算,入院時体制加算が上記に追加されます

2) 生活費等の自己負担金

家賃	64,000 円
食材費	40,000 円
水道光熱費	21,000 円
※共益費	18,000 円
合計	143,000 円

※【共益費の内訳】	
・ ゴミ処理業務委託料	2,500 円
・ 共用部分の故障・修繕費	4,500 円
・ 共用部分の器具・備品代	3,000 円
・ エレベーター保守点検費	2,000 円
・ 自動車維持費その他	6,000 円

* 月途中における入退居について日割り計算としています。

* 入院等外泊時の利用料金については、家賃、水道光熱費、共益費はかかります。(外泊実日数は入院日・退院日及び出発日・帰着日を除きます。)

3) 敷金

6ヶ月以上入居の場合、7ヶ月目に50,000円を請求します。これは、退居時の居室の修繕、クリーニング代に使用します。退去時には、返還いたしません。

4) その他の費用

おむつ代	実費
理美容代	実費
通院費（協力医療機関以遠の通院に係る交通費）	実費 (病院代行は、1,000 円／時間とする)
行事費	実費

9、利用料などの請求及び支払い方法について

費用の請求方法	利用月の翌月20日に次のとおり請求書を郵送します ア) 生活費等の費用（翌月分） イ) 介護保険料の自己負担分（前月分） ウ) その他の費用
支払い方法	請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください ア) 事業者指定口座への振り込み（振込手数料は利用者負担とする） イ) 利用者指定口座からの自動振替

*利用料、利用者負担額、及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

10、施設利用にあたっての留意事項

- ・施設及び居室を、故意又は重大な過失により、滅失、汚損、破損変更した場合は、直ちに自己の費用により原状に復するか、事業所が定める代価を支払っていただきます。
- ・事業所は自己の責に帰すべき事由により利用者に損害を与えた場合は、これを賠償する責任を負います。利用者の故意又は過失が認められる場合は、事業所は賠償責任を負いません。但し事業所内での不慮の事故については協議の上、誠意をもって解決するものとします。
- ・喫煙は決められた場所以外ではお断り致します。
- ・火災の原因となる物品（マッチ・ライター等）の居室内への持込を禁止いたします。又カーテン、カーペットの持込は防災加工が施されたものに限らせていただきます。
- ・面会は、7時30分～19時30分までであれば、いつでも結構です。それ以外の時は、面会前に一度ご連絡ください。
- ・食べ物の持込は多すぎぬように、夏場の生ものの持込は控えてください。また、持込まれた時は、スタッフに必ず声をかけて下さい。
- ・外出・外泊は自由ですが、外出・外泊を行う場合は、事前に行き先や期間をお知らせ下さい。知人等との外出、外泊については、家族からの同意を条件とします。
- ・各所からの研修・実習・見学や取材等の協力依頼があった場合、社会的な役割を果たす上で、当事業所としては受入を拒むものではありません。生活とプライバシーの保護、生命と安全の確保が最優先ですが、事前に協力の範囲を定めた上で、ご協力していただくことを了承願います。
- ・宗教活動、政治活動に関し、他に強要し、又は人に迷惑をかける行為をしてはならないものとします。
- ・利用者は、居室の全部又は一部を転貸し、若しくは居室の利用権を譲渡し、又は当事業所の承認を得ずに居室を変更することは出来ません。又、その名目の如何を問わず、これに類する行為又は処分をすることは出来ません。

11、事故発生時等の対応

事故発生時の対応	・サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。 ・状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市区町村へ報告します。 ・対処方法について、施設内で対応マニュアルを定めており、都度その原因を解明し、再発生しないように対策を講じます。
----------	--

1 2、火災・非常災害の対応

火災・風水害 地震・非常災害時の対応	施設・設備	・当事業所は、グループホームとして、該当する建築基準関係法令および消防関係法令に適合しています。 ・また、関係諸法令に従い、火災・非常災害時に備えて、避難経路の確保、消防用設備機器の設置、防災資材の使用などの必要な処置をおこなっています。
	防火管理	・事業所では消防関係法令に従い、火災・非常災害時に備えて、防火管理者を定め、具体的な消防計画を作成、管轄消防署に届出をしています。 ・定期的に消防用設備等の点検を実施すると共に、連絡網を整備し、管轄消防署の指導のもとで、年2回の定期消防訓練を実施しています。

1 3、緊急時の対応について

利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

1 4、衛生管理等

衛生管理について利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

感染症対策マニュアル・ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底しています。また、従業者への衛生管理に関する研修を年2回以上行っています。

事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

1 5、地域との連携について

運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される「運営推進会議」を設置し、概ね2月に1回以上開催します。運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

16、秘密の保持と個人情報

利用者及びその家族に関する 秘密の保持について	事業者及び事業所の従業員は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
従業者に対する 秘密の保持について	就業規則にて従業者のサービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。
個人情報の保護について	事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

17、身体的拘束等の禁止

事業所は、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。規定による身体的拘束等を行う場合には、あらかじめ利用者及び家族に説明を行い、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期限内においてのみ行うものとします。その状態および時間、その際の利用者の心身の状態ならびに緊急やむをえない理由を記録します。

管理者は「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察・再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。

18、虐待の防止

本事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次のとおり措置を講じている。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について介護従事者に周知徹底を図っている。
- ②虐待の防止のための指針を整備している。
- ③介護従事者に対し虐待の防止のための研修を定期的実施している。
- ④上記3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置いている。

担当者：認知症対応型共同生活介護 管理者

19、医療連携体制

グループホームは利用者の日常的な健康管理を行うとともに、医療ニーズが必要になったときにおける「重度化した場合における対応及び看取りに係る指針」（下記）を作成し、医師及び看護師等との医療連携の体制を図り、利用者がグループホームで最期まで継続して生活できるよう必要なサービスを提供します。

20、協力医療機関等

JOY クリニック	所在地：渋谷区代々木 2-23-1-1115 電 話：03-6416-1934 診療科：内科
大塚デンタルオフィス	所在地：東京都豊島区北大塚 1-11-15 大塚台ハウスアネックス 1階 102号 電 話：03-5961-0770 診療科：歯科

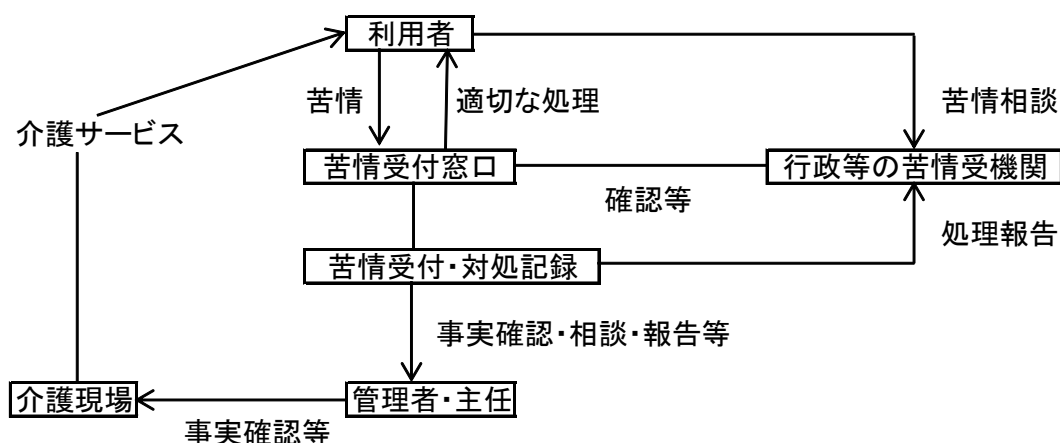
21、苦情の手順及び相談機関

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①処理体制 苦情処理の検討会を行い、事実の確認・問題点を話し合い、改善策を検討する。

②手順

1. 苦情の受付（担当者）
2. 検討会を開き、関係者に対する苦情内容の事実確認と問題点の把握、及び改善策を検討する。
3. 検討の結果、翌日までは、苦情申立者に対し処置事項を報告する
4. 記録を台帳に保管し、再発を防ぐ



(2) 相談機関

事業所のサービスについてご不明な点や疑問、苦情がございましたら、下記窓口までお気軽にご相談下さい。

当施設相談窓口	担 当 者：管 理 者 大竹 なか子 施 設 長 三富 朝子 利用時間：時間・曜日に関係なく受け付けます 利用方法：電話 03-6454-5681・03-5923-6810
健康生きがい部 介護保険課 板橋区介護保険苦情相談室	板橋区板橋2丁目66番1号 (板橋区役所 北館2階) 受付時間：土・日曜日・祝日を除く、月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 電話 03-3579-2079
東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口専用	受付時間：土・日曜日・祝日を除く、月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 電話 03-6238-0177

2 2、その他運営についての重要事項

従業者等の質の向上を図るため、次のとおり研修の機会を設ける。

- ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内
- ② 経験に応じた研修 随時

2 3、提供するサービスの第三者評価の実施状況

- ①実施の有無 有
- ②実施した直近の年月日 令和4年9月14日
- ③実施した評価機関の名称 特定非営利法人 地域医療・福祉サービス振興会
- ④評価結果の開示状況 とうきょう福祉ナビゲーションにて開示

年 月 日

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

(事業者)

事業所名 グループホームゆりの花 坂下

住 所 板橋区坂下 2-27-11

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、同意し交付を受けました。

(利用者)

住 所

氏 名 印

(利用者代理人・家族)

住 所

氏 名 印