

# 重要事項説明書

事業者名	株式会社シノケンウェルネス
事業所名	グループホームフレンド高島平
事業種類	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護



# 重要事項説明書

## 1. 事業者概要

事業者名	株式会社シノケンウェルネス（以下「当社」といいます。）
代表者	三浦 義明
所在地	〒105-0013 東京都港区浜松町二丁目3番1号
資本金	1,000 万円
事業所数	7カ所（2024年10月現在におけるグループホーム数）
法人の理念	認知症であっても、一人ひとりが地域の中で人間の尊厳を大切に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. 事業所概要

事業所名	グループホーム フレンド高島平（以下「事業所」といいます。）			
所在地	〒175-0081 東京都板橋区新河岸 3-11-4			
管理者氏名	瀬尾 達也			
連絡先	電話	03-3976-1360	FAX	03-3976-1361
開設年月日	2024年10月1日	指定番号	1391900451	
提供されるサービスの種類及び目的等	<b>(1) 指定認知症対応型共同生活介護（要介護1から5までに認定）</b> 認知症によって自立した生活が困難になった入居者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の支援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入居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します。			
	<b>(2) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護（要支援2に認定）</b> 認知症によって自立した生活が困難になった入居者に対して、家庭的な環境のもとで、生活機能の維持向上を目的とした、食事、入浴、排泄等の日常生活の支援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入居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します。			
	当事業所においては、上記のサービスが一体的に提供されます。又、サービス提供にあたっては、事前にアセスメントを行い、把握されたニーズを踏まえて（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画（以下「介護計画」といいます。）を作成し、その作成された介護計画に基づき、サービスが提供されます。			
共同生活住居の数	2 ユニット	利用定員	18 名（各ユニット：9名）	
日中のサービス提供時間	6:00～21:00（21:00以降、翌日6:00までの時間帯は夜間及び深夜の時間帯）			
その他のサービス	（介護予防）認知症対応型共同生活介護（短期利用型）		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	（介護予防）認知症対応型通所介護（グループ事業所活用型）		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	

運 営 方 針	<p>1 認知症の高齢者が地域社会との繋がりのなかで、安全に共同生活を行うことを基本に(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス(以下「介護サービス」といいます。)の提供を行います。</p> <p>2 入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立った介護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、入居者が必要とする介護サービスを適切な介護技術をもって提供します。</p> <p>3 入居者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めることとし、入居者が有する能力を阻害する等の不適切なサービスの提供を行わないよう配慮します。</p> <p>4 入居者及びその家族に対し、介護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します。</p> <p>5 入居者の身体的、精神的状況の把握に努めるとともに、症状等に応じて医療機関への受診を図る等、適切な対応を行います。</p> <p>6 常に、提供した介護サービスの質の管理、評価を行います。</p> <p>7 感染予防及びその蔓延予防に努め、入居者の健康と生命を護ります。</p> <p>8 利用者の安全と人権保護の観点から、適正な支援を実施し、利用者の自立と社会参加のための支援を妨げることのないようにし、虐待の防止を図ります。</p>		
敷地・建物の概要	敷地	敷地面積 632.68 m <sup>2</sup> (借地)	
	建物	鉄骨造 2 階建 延床面積 555.81 m <sup>2</sup>	
交 通 の 便	都営三田線「新高島平」駅から徒歩 10 分 首都高「高島平」インターチェンジより車で 5 分(駐車場: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )		
防 犯 防 災 設 備 避難設備等の概要	非常通報装置一式 (火災報知器・火災通報専用電 話機・火災受信機等)	スプリンクラー の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
防火管理者氏名	瀬尾 達也		
損害賠償責任保険加入先保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

### 3. ユニット概要

	ユニット1	ユニット2
管理者氏名	瀬尾 達也	瀬尾 達也
居室数	9 室	9 室
居室面積	居室面積 10.44 m <sup>2</sup> ～10.66 m <sup>2</sup> 室数計 18 室	

### 4. 勤務体制

日中のサービス提供時間の体制	入居者3名に対して1名の介護スタッフが従事いたします。(3:1介護)
夜間及び深夜の体制	1ユニットごとに介護スタッフ1名を夜勤者として配置します。

※ 「3:1介護」とは、1ユニット(入居者9名)につき、常時3名の介護スタッフがいる状態をいうのではなく、8時間勤務する介護スタッフ(常勤の介護スタッフ)を基準にしたとき、日中の時間帯(6:00から21:00まで)に勤務するスタッフの延べ勤務時間数が、常勤の介護スタッフ(1週あたりの勤務時間が34時間に達する者)3名分の勤務時間数(8時間×3名分=24時間)以上となっている状態をいいます。

## 5. 勤務時間

	日 勤	夜 勤		
		早 出	遅 出	
時 間 帯	9:00～18:00	7:15～16:15	9:30～18:30	16:30～翌日9:30

## 6. 従業者の体制（2024年10月1日現在）

職 種		員 数
ユニット1	管 理 者	1名
	計画作成担当者 (うち介護支援専門員)	1名以上 (1名以上)
	介 護 従 業 者	4名以上
ユニット2	管 理 者	0名
	計画作成担当者 (うち介護支援専門員)	0名 (0名)
	介 護 従 業 者	4名以上

\*1 管理者は、介護従業者の管理及び入居申込者の入居申込みにかかる調整、業務の実施状況の把握、職員等の管理及びその他の管理を一元的に行います。

\*2 計画作成担当者は、入居者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等入居者の日常生活全般の状況を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、介護の目標や、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した介護計画の作成及び変更を担当します。

\*3 介護従業者は、介護サービスの提供にあたります。

## <資格保有者及び研修修了者数>

資 格 及 び 研 修		常 勤	非 常 勤	計	うち管理者
主 な 資 格	介護福祉士	4名	0名	4名	1名
	訪問介護員(事業所ヘルパー)養成1級課程	0名	0名	0名	0名
	訪問介護員(事業所ヘルパー)養成2級課程	1名	0名	1名	0名
	初任者研修修了者	5名	1名	6名	0名
	基礎研修修了者	0名	0名	0名	0名
	実務者研修修了者	2名	0名	2名	0名
	看護師	0名	0名	0名	0名
	准看護師	0名	0名	0名	0名
	介護支援専門員	1名	0名	1名	0名
その他	0名	0名	0名	0名	
主 な 研 修	認知症介護実践者研修修了者	2名	0名	2名	1名
	認知症対応型サービス事業管理者研修修了者	1名	0名	1名	1名
	認知症介護実践リーダー研修修了者	0名	0名	0名	0名
	認知症介護指導者研修修了者	0名	0名	0名	0名

## 7. 協力医療機関

### <医科>

1	名称	わこう在宅診療所			
	所在地	〒351-0112 埼玉県和光市丸山台 1-4-3 ヴェルデ和光 602			
	連絡先	電話	048-451-5589	FAX	048-451-5590
	診療科目	内科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科・免疫細胞療法(自費)			
2	名称				
	所在地	〒			
	連絡先	電話		FAX	
	診療科目				

### <歯科>

1	名称	はしだ歯科			
	所在地	〒332-0001 埼玉県川口市朝日 2-6-12 エクレール朝日町			
	連絡先	電話	048-226-4343	FAX	
	診療科目				

## 8. 介護サービス料金

当事業所において提供される指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護にかかる料金は、地域密着型(介護予防)サービスに要する費用の額に関する基準(厚生労働省告示)に基づき算出された金額とします。

このうち、介護保険の給付で賄われない部分を入居者自己負担分として受領し、その他の部分については、法定代理受領により支払いを受けます。

なお、介護サービス料金については、報酬改定都度変更になるため、その詳細をご説明させていただきます。

### (1) 認知症対応型共同生活介護費

(1級地【料金表】2024年6月1日改定) 一単位の単価：10.9円

食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の支援、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1割または2割若しくは3割が自己負担となります。					
要介護度	単位数	料金の額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要支援2	749単位	8,164円	817円	1,633円	2,450円
要介護1	753単位	8,207円	821円	1,642円	2,463円
要介護2	788単位	8,589円	859円	1,718円	2,577円
要介護3	812単位	8,850円	885円	1,770円	2,655円
要介護4	828単位	9,025円	903円	1,805円	2,708円
要介護5	845単位	9,210円	921円	1,842円	2,763円

加算項目	単位数	加算額	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
夜間支援体制加算Ⅰ	50単位	545円	55円	109円	164円
夜間支援体制加算Ⅱ	25単位	272円	28円	55円	82円
若年性認知症利用者受入加算	120単位	1,308円	131円	262円	393円
入院時費用	246単位	2,681円	269円	537円	805円
看取り介護加算1(死亡日以前31日以上45日以下)	72単位	784円	79円	157円	236円
看取り介護加算2(死亡日以前4日以上30日以下)	144単位	1,569円	157円	314円	471円
看取り介護加算3(死亡日以前2日又は3日)	680単位	7,412円	742円	1,483円	2,224円
看取り介護加算4(死亡日)	1,280単位	13,952円	1,396円	2,791円	4,186円
初期加算(入居日から30日以内の期間)	30単位	327円	33円	66円	99円
協力医療機関連携加算Ⅰ	100単位	1,090円	109円	218円	327円
協力医療機関連携加算Ⅱ	40単位	436円	44円	88円	131円
医療連携体制加算Ⅰイ	57単位	621円	63円	125円	187円
医療連携体制加算Ⅰロ	47単位	512円	52円	103円	154円
医療連携体制加算Ⅰハ	37単位	403円	41円	81円	121円
医療連携体制加算Ⅱ	5単位	54円	6円	11円	17円
退居時情報提供加算	250単位	2,725円	273円	545円	818円
退居時相談援助加算	400単位	4,360円	436円	872円	1,308円
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位	32円	4円	7円	10円
認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位	43円	5円	9円	13円
認知症チームケア推進加算Ⅰ	150単位	1,635円	164円	327円	491円
認知症チームケア推進加算Ⅱ	120単位	1,308円	131円	262円	393円
生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位	1,090円	109円	218円	327円
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位	2,180円	218円	436円	654円
栄養管理体制加算	30単位	327円	33円	66円	99円
口腔衛生管理体制加算	30単位	327円	33円	66円	99円
口腔・栄養スクリーニング加算	20単位	218円	22円	44円	66円
科学的介護推進体制加算	40単位	436円	44円	88円	131円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10単位	109円	11円	22円	33円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5単位	54円	6円	11円	17円
新興感染症等施設療養費	240単位	2,616円	262円	524円	785円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100単位	1,090円	109円	218円	327円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10単位	109円	11円	22円	33円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22単位	239円	24円	48円	72円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	196円	20円	40円	59円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6単位	65円	7円	13円	20円
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ		介護報酬総額の20.2% (1ヶ月につき)			

## 9. 利用料等

ご退去時の 精算	退去時に、衛生管理のため居室クリーニング費として一律20,000円を頂きます。 又、著しい汚損・破損が認められた場合は、別途請求させていただきます。		
利用料金		月 額	日 額
	家 賃	78,000 円	—
	管 理 費	12,000 円	—
	水 道 光 熱 費	26,000 円	—
	食 材 料 費	(30日換算) 45,000 円	1,500 円
	合 計	161,000 円	—
	そ の 他 の 費 用	—	

### 《ご退去時について》

入居者が当事業所を退居した際に費用が発生している場合、その他入居者に債務がある場合は、退去時に支払いを受けます。

ア 入居者の居室について、入居者の故意若しくは過失により、又は、入居者が要介護状態若しくは要支援状態にあることから、通常の使用とは異なる使用により生じたものと合理的に推認される損耗等の復旧にかかる費用。(経年変化及び通常の使用による損耗等の復旧にかかる費用については、入居者の負担としないこととします)

ただし、衛生管理のためクリーニング費として、一律20,000円(消費税別)を頂きます。

イ 入居者の財産(残置財産)を処分することが必要になった場合、その処分にかかる費用。

### 《利用料金について》

※1 上表中、入居者から支払いを受ける金額が日額で定められている費目(食材料費)については、月の日数を30日として、当該日額に30を乗じた金額を月額(目安)として表示しています。

[注] したがって、月の日数が30日以外の場合、月額の合計金額は上記表示金額とは異なります。

※2 管理費の内訳には、建物設備等の維持管理費、環境衛生費等が含まれます。

※3 水道光熱費には、電気・ガス・水道料が含まれます。

※4 食材料費には、食材代、調味料代、おやつ代、コーヒー代、お茶代、外食費等が含まれます。

※5 食材料費は1日に1食も召し上がらない場合に限り頂きません。

※6 標記利用料金以外にも、入居者の日常生活に最低限必要と考えられる物品(例えば、オムツ等の個人使用の衛生用品や、歯ブラシ・衣類・化粧品等の日用品)であって、入居者の希望に基づき当事業所が提供するものにかかる費用、理美容代、その他入居者の嗜好品の購入等にかかる費用については、入居者の自己負担となります。

※7 入居者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、謄写物を必要とする場合には謄写代として1枚につき10円をご負担いただきます。

※8 要介護認定にかかる更新申請の支援に対して費用が発生した場合は、交通費等の実費をお支払いいただくことがあります。

※9 月途中に入居又は退居された場合の家賃・水道光熱費・管理費については、日割りで計算します。

※10 入院等で外泊をされた場合には、家賃・水道光熱費・管理費のみお支払いいただきます。

※1.1 家賃・水道光熱費・管理費は前払い（翌月分を前月払い）、食材料費その他の実費精算の料金は後払い（当月分を翌月払い）となり、月の利用料金は、原則銀行口座からの引き落としにてお支払いいただきます。

※1.2 利用料金等の改定については、理由を付して事前に連絡します。

## 10. 利用にあたっての留意事項

外泊	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 原則自由です。</li> <li>2. ただし、外泊予定日の3日前に、事業所宛に外泊届を提出していただきます。</li> </ol>
面会	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 面会時間は、9:00～20:00までとなっています。</li> <li>2. 来訪された際は、事業所職員にお声掛けいただくとともに、来訪者票に必要事項をご記入いただきますようお願いいたします。</li> </ol>
おこづかいの管理	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入居者が個人的に購入する物品又はサービス等の代金支払いは実費負担となりますが、原則、実費負担の支払いのためのおこづかいの預かりはいたしません。ただし、やむ負えない事情により当社が認めた場合、おこづかいをお預かりする場合があります。</li> <li>2. なお、お預かりした金銭については、お預かりの際に預り証を発行するとともに、その後の出納状況ならびに残高を記録し、毎月1回お知らせします。</li> <li>3. 身元引受人及び家族等が、所定の手続きを経ず、入居者に対して直接又は間接的に金品等を渡された場合には、当社は一切の責任を負わないものとします。</li> <li>4. その他、おこづかいの取扱いに関する詳細については、『預り金出納管理規約』をご覧ください。</li> </ol>
貴重品	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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。</li> </ol>
散歩 買い物	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症の介護の一環として、職員同伴の上、散歩、買い物、食事に行く場合があります。</li> </ol>
喫煙	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 施設外所定の場所にて可能です。</li> </ol>
飲酒	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 食堂、居間にて適量であれば可能です。</li> <li>2. 飲酒の量につきましては、身元引受人及び家族等と相談の上、「適量」を決めさせていただきます。</li> </ol>
その他	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入居者が、次の各号のいずれかに該当することとなった場合、退居していただくこととします。 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 要介護認定又は要支援認定の更新において、自立又は要支援1と認定され、当該認定が確定した場合</li> <li>② 要介護認定及び要支援認定が取り消された場合</li> <li>③ お亡くなりになった場合</li> <li>④ 入居者が、入居時に当社と交わした「(介護予防)認知症対応型共同生活介護利用契約」(以下この条において「入居契約」といいます。)を解約する旨を届け出た場合</li> <li>⑤ 当社が入居契約を解約する旨を通告した場合</li> </ol> <p>なお、当社が入居契約を解約することができるのは、次の各号の一つに該当することとなった場合とします。ただし、ア及びイ以外に該当することとなった場合、当社は、入居契約を解約するにあたり、適切な予告期間をおくものとします。</p> <p>ア 入居者が、当事業所において少人数による共同生活を営むにおいて、伝染性疾患等</p> </li> </ol>

	<p>により他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがある等、著しい支障が認められる状況となったことにより、当事業所での生活を継続することができなくなったとき。</p> <p>イ 入居者が医療機関に連続して2ヶ月以上入院する等により、当事業所において生活することができておらず、かつ当事業所における生活を再開できる見込みが立たないとき。</p> <p>ウ 入居契約に基づく金銭債務の中に、履行期限を2ヶ月以上経過しても履行されないものがあることから、入居者(連帯保証人が定められている場合には当該連帯保証人)に対し、相当期間を定めて当該金銭債務の履行を催告したにもかかわらず、当該相当期間内に当該金銭債務が履行されず、その後も履行される見込みが立たないとき。</p> <p>エ 入居契約に基づく金銭債務の中に、履行期限を2ヶ月以上経過しても履行されないものがあり、当社との間で、当該履行されない金銭債務について、これを分割して履行する旨の契約が締結されたにもかかわらず、当該契約に定められた期限の利益喪失事由に該当する事由が生じたとき。</p> <p>オ 入居者の療養看護及び財産管理について、家族間で意見の対立があったことから、家族に協議を求めたにもかかわらず、相当期間経過後も家族間で協議が整わなかったとき。</p> <p>カ 家族間に争いがあり、当事業所における入居者の生活や当事業所の運営に著しい支障がもたらされたことから、家族に善処を求めたにもかかわらず、相当期間経過後も善処されなかったとき。</p> <p>キ その他、入居者の医療行為の依存度が著しく高まったことから、当事業所においては生活が困難、又は天災、災害、施設・設備の故障により当事業所の利用が困難となる等、当事業所において介護サービスの提供を受けることができない特別な事情又は合理的な理由が存することとなったとき。</p> <p>2. 入居者が、次の各号のいずれかに該当することとなった場合、何らの催告なく、入居契約を解除することができることとします。</p> <p>① 入居者が入居する前に、当社が、破産手続開始、会社整理開始、民事再生手続開始、会社更生手続開始、特別清算開始、特別調停その他法的倒産処理手続開始の申し立てを行ったとき。</p> <p>② 入居者が入居する前に、当社が、第三者から、差押、仮差押、仮処分を受け、又は競売の申し立て、租税滞納処分、その他公権力の処分を受けたとき。</p> <p>③ 入居者が入居する前に、当社が、指定権限者より、介護保険法に規定される指定を取り消す旨の処分、又は指定を更新しない旨の処分を受けたとき。</p> <p>④ 入居者が入居する前に、当社の社会的信用が著しく悪化したこと、又はその虞ありと認められる相当の理由が存することとなったとき。</p> <p>入居者は、その入居後において、当社が入居者に介護サービスを提供しない場合、いつでも入居契約を解除することができることとします。入居者が、2 項により入居契約を解除した場合、入居者は当社に対し、自身が被った被害について、別途賠償金を求めることができることとします。</p> <p>※ 当社は、入居者が退去される際は、その入居者、家族(ただし、身元引受人がいる場合には当該身元引受人。)の希望を踏まえ、入居者が退去後に置かれることになる環境を勘案し、円滑な退去のために援助いたします。</p> <p>※ 当社は、入居者が退去するにあたり、その入居者又は家族等に対し、適切な指導を行わせていただくとともに、居宅介護支援事業者等又は介護予防支援事業者等への情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。</p>
--	---

## 1 1. 災害発生時の対応

当事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、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するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うほか、スプリンクラーその他消火設備を設置します。

また、当社は前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携を図ります。

※ 当事業所では、火災が発生した場合、初期消火に努めるとともに、近隣住民の協力や消防隊の出動を要請することにより、入居者の避難・誘導、早期鎮火・延焼防止に努めます。

又、火災や地震等により入居者が被災・負傷した場合には、近隣住民や救助隊の協力を得て、被災・負傷した入居者の救出・救助に努めます。

※ 当事業所では、防火管理者を置くとともに、自衛消防団組織を編成し、年2回、消防計画に基づく消防訓練（消火、通報、避難・誘導訓練等）を実施しています。又、「防災用自主点検表」に基づく点検を日々実施し、事業所内で火事が発生することのないよう日常的に留意します。

## 1 2. 事故発生時の対応方法

当事業所において介護サービスを提供する介護スタッフの人数は、各ユニットで生活されている入居者（定員9名）に対し、日中は2～3名、夜間及び深夜については1名の配置となっています。

そのため、介護スタッフは、日々細心の注意を払って見守り等を行っていますが、入居者お一人おひとりについてマン・ツー・マンで見守り等を行うことが困難なことから、以下のような事故を未然に防ぐことができない場合（リスク）もあります。

- ・ベッドやイスからの転倒・転落によるケガや骨折
- ・飲食物の誤飲・誤嚥、あるいは窒息
- ・お一人での外出による行方不明
- ・この他、上記に準ずる状態

又、グループ事業所では、少人数とはいえ、共同生活の場であることから、一般的な風邪のみならず、インフルエンザやノロウイルス、疥癬等といった感染症が広がる可能性があるほか、入居者同士の言い争いがケンカに発展し、そうしたケンカが原因で、入居者がケガをする場合があります。

事業所内で事故及び感染症等が発生し、入居者の身に危害が及んだ場合、入居者の容態に急変、又は状態に著しい悪化がみられ、医師の医学的判断若しくは技術、又は医療従事者の関与が必要と判断される場合には、救急隊の出動を要請するほか、協力医療機関等と連絡を取ることにより、入居者に必要な処置を受けることができるように対応するとともに、家族等に速やかに連絡します。又、施設所在役所の定める要領に基づき、必要に応じて区市町村に連絡のうえ、適宜適切に対応していきます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

※1 当社では、『感染症対策マニュアル』ほか、事故防止・抑止を目的とした『介護事故防止及び発生時対応マニュアル』を整備し、事故の未然防止・抑止に努めています。

※2 当社では、緊急連絡体制を整えるとともに、『介護事故防止及び発生時対応マニュアル』を備えています。

※3 当社では、損害賠償責任保険に加入しています。しかしながら、この保険は、当社側に過失が認められる場合に限り保険金が支払われるものであるため、事業所内で発生した事故に起因するすべての損害に対して保険金が支払われるというわけではありません。又、入居者に故意又は過失がある場合、損害賠償責任額が減額あるいは免責されることもあります。

※4 入居者が病院等医療機関へ入院された場合、入院費用は入居者の自己負担となるのみならず、入院期間中、入居者の居室を確保する関係上、別途家賃等も発生します。

## 1 3. 感染症の発生及び蔓延予防対策

事業所は、事業所において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。

- ① 必要に応じ保健所の助言、指導を求め、助言等に応じた対応を行います。
- ② 事業所は、感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底します。また、従業者への衛生管理に関する研修及び訓練を適宜行います。
- ③ 事業所は、感染症の予防及び蔓延防止のために対策を検討する「感染症予防対策委員会」を設け、6月に1回以上これを開催し、その結果をすべての従業者に周知徹底させます。

#### 14. 緊急時における対応策

介護サービスの提供中に、入居者の容態に急変が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、入居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。

#### 15. 虐待防止

事業所は、利用者の虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（「高齢者虐待防止対策委員会」）を定期的に開催し、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
  - ② 虐待の防止のための指針を整備します。
  - ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
  - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
  - ⑤ その他虐待防止のために必要な措置を行います。
2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（入居者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを関係行政機関に通報するものとします。

#### 16. 身体拘束防止

事業所は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下、「身体拘束等」という。）を行いません。ただし、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除きます。また、その場合も、以下に定めるようにして行います。

- ① 身体的拘束等は、あらかじめ本人及び利用者の家族に利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体拘束等の態様及び目的、身体拘束等を行う時間、期間等の説明を行い、同意を書面で得るように努めます。
- ② 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等を記録し、保存するものとします。
- ③ 前各項の規定による身体拘束等を行う場合には、認知症対応型共同生活介護従業者により検討会議を3月に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。

※ 当社では、『身体拘束廃止マニュアル』を定めているほか、『身体拘束適正対策委員会』を設置しています。

#### 17. 秘密の保持と個人情報の保護について

入居者及びその家族に関する秘密の保持について	<ol style="list-style-type: none"><li>① 事業者は、入居者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</li><li>② 事業者及び事業者の使用する従業者は、サービス提供をする上で知り得た入</li></ol>
------------------------	--

	<p>居者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>個人情報の保護 について</p>	<p>① 事業者は、入居者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入居者の個人情報を用いません。また、入居者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入居者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、入居者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む。)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。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、入居者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して謄写代が必要な場合は入居者の負担となります。)</p>

## 18. 個人情報の利用目的について

当社は、入居者または家族からいただいた個人情報を以下の目的で利用いたします。

### (1) 入居者への認知症対応型共同生活介護サービスの提供のため

- ① 入居者に認知症対応型共同生活介護サービスを提供するための連絡調整等
- ② 認知症対応型共同生活介護サービス計画等の作成
- ③ 介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議のため
- ④ サービス事業者間の連絡調整等
- ⑤ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等のため
- ⑥ 入居者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡のため
- ⑦ 家族等への入居者の心身の状況およびサービスの利用状況等の説明
- ⑧ 請求事務
- ⑨ 会計、経理、事故の報告等の管理業務
- ⑩ その他、入居者が利用するサービスの提供に必要な事項

### (2) 他事業者等との連絡等のため

入居者に係る他の(介護予防)居宅サービス事業者、(介護予防)地域密着型サービス事業者、(介護予防)居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、介護保険施設、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム並びに保健医療及び福祉サービスとの連携、照会等

### (3) 介護報酬の請求のため

- ① 審査支払機関等へのレセプト等の提出
- ② 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ③ その他、介護報酬の請求のために必要な事項

### (4) 行政機関への対応のため

- ① 区市町村から要求された帳簿書類等の提示や提出命令等への対応
- ② 厚生労働大臣または都道府県知事による報告命令、帳簿書類等の提示や提出命令等への対応
- ③ 都道府県知事による立入り検査等への対応
- ④ 区市町村長による立入り検査等への対応
- ⑤ 行政機関が行う、入居者からの苦情に関する調査への協力等
- ⑥ 介護サービスの提供が原因とされる事故発生時の区市町村への報告等
- ⑦ その他、行政機関への対応のために必要な事項

(5)その他

- ① 法令上の義務に基づく場合
- ② 損害賠償保険に係る保険会社等への相談または届出等

19. 苦情相談窓口

事業所相談窓口	窓口責任者 瀬尾 達也 時 間 午前9時～午後6時 方 法 電話(事業所又は本社) 面接(当事業所相談室) 苦情箱(事務室に設置) 手 順 標準的な手順例 ①受付者は、訴え者の訴えを傾聴し対応します。 ②受付者は、管理者に受付内容を報告します。 ③管理者は、解決に向け面談等の必要な対応を行います。 ④管理者は、訴え者に対して懇切丁寧に対応します。 ⑤管理者は、本社に受付内容を報告します。 ⑥管理者は、訴え者(入居者)が加入している介護保険の保険者である区市町村に必要な応じて受付内容及び経過を報告します。 ⑦管理者は、受付内容及び経緯経過を記録し保管します。
フレンド高島平	電 話 03-3976-1360 FAX 03-3976-1361
株式会社シノケン ウェルネス(本社)	電 話 03-5777-0175 FAX 03-5777-0128
板橋区介護保険課 介護事業者係 (相談担当)	電 話 03-3579-2079 FAX 03-3579-3402 時 間 午前9時から午後5時(土・日・祝日を除く)
東京都国民健康保険 団体連合会	電 話 03-6238-0177 FAX 03-6238-0022 時 間 午前9時から午後5時まで(土・日・祝日・年末年始を除く)

20. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実 施 の 有 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日	2024年1月26日
実施した評価機関の名称	株式会社ウェルビー
評価結果の開示状況	東京福祉ナビゲーション

21. 運営推進会議の設置

当事業所では、介護サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、運営推進会議を設置しています。

また、運営推進会議は2月に1回行い、その内容、評価、要望、助言等について議事録を作成します。

## 22. その他

事項	内容
従業者研修	・採用時研修 : 採用後1か月以内 ・継続研修 : 随時

## 重要事項の説明に関する確認書兼サービス提供開始に関する同意書

当社は、本重要事項説明書に基づき、当事業所で提供されるサービスの内容及び費用、その他、入居者がサービスを選択するうえで資すると認められる重要事項に関する説明を行うとともに、本重要事項説明書を交付いたしました。

年 月 日

事業者 (所在地) 東京都港区浜松町二丁目3番1号  
(名称) 株式会社シノケンウェルネス  
代表取締役 三浦義明

事業所 (所在地) 東京都板橋区新河岸3-11-4  
(名称) グループホーム フレンド高島平

管理者名 \_\_\_\_\_

説明者名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本重要事項説明書の交付を受け、又、これに基づき、上記説明者より、当事業所で提供されるサービスの内容及び費用、その他、私がサービスを選択するうえで資すると認められる重要事項に関する説明を受け、サービスの提供を受けることに同意いたします。

年 月 日

私（入居者）についての個人情報を取扱うことに同意いたします。

入居者 (住所)  
(氏名) \_\_\_\_\_ 印

なお、住所・氏名欄の記載及び押印について、以下の者が、

入居者の意思を確認のうえ、代行しました。

立ち会いました。

代理人 (住所)  
(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(入居者との続柄・関係) \_\_\_\_\_

私（家族）についての個人情報を取扱うことに同意いたします。

家族の代表 (住所)  
(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(入居者との続柄・関係) \_\_\_\_\_