

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 フレンド天王寺
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2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 フレンド天王寺（以下「事業所」といいます。）		
所在地	〒543-0023 大阪市天王寺区味原町15番11号		
管理者氏名	中山 猛		
連絡先	電話	06-6774-9010	FAX 06-7668-3300
開設年月日	2024年10月1日	指定番号	2791700020
の提供されるサービスの種類及び目的等	(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） 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の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。		
	(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） 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の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	3ユニット	利用定員	27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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 447.74 m ² (借地)	
	建 物	鉄骨造 3 階建 延床面積 779.75 m ²	
交 通 の 便	大阪メトロ千日前線「鶴橋」駅から徒歩5分 梅田より車で15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	中山 猛		
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	ユニット3
管理者氏名	中山 猛	中山 猛	中山 猛
居 室 数	9 室	9 室	9 室
居室面積	居室面積 7.53~12.53 m ² 室数計 27 室		

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

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	早出	遅出	夜勤
	時間帯	9:00～18:00	7:00～16:00	

6. 従業者の体制 (2024年10月1日現在)

職種		専従		兼務	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
ユニット1	管理者	0名	—	1名	—
	計画作成担当者 (うち介護支援専門員)	0名 (0名)	0名 (0名)	1名 (1名)	0名 (0名)
	介護従業者	6名	0名	0名	0名
ユニット2	管理者	0名	—	1名	—
	計画作成担当者 (うち介護支援専門員)	0名 (0名)	0名 (0名)	1名 (1名)	0名 (0名)
	介護従業者	7名	0名	0名	0名
ユニット3	管理者	0名	—	1名	—
	計画作成担当者 (うち介護支援専門員)	0名 (0名)	0名 (0名)	1名 (1名)	0名 (0名)
	介護従業者	5名	2名	1名	0名

*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。

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

＜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	6名	0名	6名	0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	2名	0名	2名	0名
	初任者研修修了者	10名	2名	12名	1名
	基礎研修修了者	6名	0名	6名	0名
	実務者研修修了者	6名	0名	6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	0名	0名	0名	0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. 急変・救急時の対応

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、必要に応じて介護保険課に連絡のうえ、適宜適切に対応していきます。

※ 当事業所では、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。

8. 協力医療機関

＜医科＞

1	名 称	医療法人 光誠会 天王寺記念クリニック			
	所 在 地	〒543-0053 大阪市天王寺区北河堀町7番21号			
	連 絡 先	電 話	06-6775-0007	FAX	06-6775-0888
	診 療 科 目	内科・外科・精神科・皮膚科・リハビリテーション科・整形外科			
2	名 称	社会福祉法人 四天王寺福祉事業団 四天王寺病院			
	所 在 地	〒543-0052 大阪市天王寺区大道1丁目4番41号			
	連 絡 先	電 話	06-6779-1401	FAX	06-6779-1547
	診 療 科 目	内科・外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・放射線科			

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

3	名称	社会福祉法人 石井記念愛染園付属 愛染橋病院			
	所在地	〒556-0005 大阪市浪速区日本橋5丁目16番15号			
	連絡先	電話	06-6633-2801	FAX	
	診療科目	内科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・眼科他			
4	名称	医療法人 相愛会 相原第二病院			
	所在地	〒545-0052 大阪市阿倍野区阿倍野筋3丁目12番10号			
	連絡先	電話	06-6633-3661	FAX	
	診療科目	内科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科・皮膚科・			

<歯科>

1	名称	医療法人 優社会 大阪デンタルクリニック			
	所在地	〒530-0001 大阪市北区梅田1丁目11番4-100 大阪駅前第4ビル1階			
	連絡先	電話	06-6457-1188	FAX	06-6341-6480
	診療科目	歯科			

9. 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。

<p>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。</p> <p>【1日あたりの介護報酬計算表】</p>					
地域区分		2級地			
地域区分ごとの割合		10.72%			
状態区分 (1単位単価=10円)	単位	単価:円	1割自己 負担額:円	2割自己 負担額:円	3割自己 負担額:円
要支援 2	749/日	8,029円	803円	1,606円	2,409円
要介護 1	753/日	8,072円	808円	1,615円	2,422円
要介護 2	788/日	8,447円	845円	1,690円	2,535円
要介護 3	812/日	8,704円	871円	1,741円	2,612円

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

要介護 4	828/日	8,876円	888円	1,776円	2,663円
要介護 5	845/日	9,058円	906円	1,812円	2,718円
初期加算	30/日	321円	33円	65円	97円
医療連携体制加算ⅠⅠ	57/日	611円	62円	123円	184円
医療連携体制加算ⅠⅡ	47/日	503円	51円	101円	151円
医療連携体制加算ⅠⅢ	37/日	396円	40円	80円	119円
医療連携体制加算Ⅱ	5/日	53円	6円	11円	16円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22/日	235円	24円	47円	71円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18/日	192円	20円	39円	58円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6/日	64円	7円	13円	20円
夜間支援体制加算Ⅱ	25/日	268円	27円	54円	81円
認知症専門ケア加算Ⅰ	3/日	32円	4円	7円	10円
認知症専門ケア加算Ⅱ	4/日	42円	5円	9円	13円
若年性認知症利用者受入加算	120/日	1,286円	129円	258円	386円
入院時費用	246/日	2,637円	264円	528円	792円
看取り介護加算1 (死亡日以前31日以上45日以下)	72/日	771円	78円	155円	232円
看取り介護加算2 (死亡日以前4～30日間)	144/日	1,543円	155円	309円	463円
看取り介護加算3 (死亡日以前2日又は3日)	680/日	7,289円	729円	1,458円	2,187円
看取り介護加算4 (死亡日)	1,280/日	13,721円	1,373円	2,745円	4,117円
退去時相談援助加算	400/回	4,288円	429円	858円	1,287円
栄養管理体制加算	30/月	321円	33円	65円	97円
口腔栄養スクリーニング加算	20/回	214円	22円	43円	65円
生活機能向上連携加算Ⅰ	100/月	1,072円	108円	215円	322円
生活機能向上連携加算Ⅱ	200/月	2,144円	215円	429円	644円
科学的介護推進体制加算	40/月	428円	43円	86円	129円
口腔衛生管理体制加算	30/月	321円	33円	65円	97円
協力医療機関連携加算Ⅰ	100/月	1,072円	108円	215円	322円
協力医療機関連携加算Ⅱ	40/月	428円	43円	86円	129円
チームケア推進加算Ⅰ	150/月	1,608円	161円	322円	483円
チームケア推進加算Ⅱ	120/月	1,286円	129円	258円	386円
感染対策向上加算Ⅰ	10/月	107円	11円	22円	33円
感染対策向上加算Ⅱ	5/月	53円	6円	11円	16円

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

新興感染症等施設療養費	240/日	2,572円	258円	515円	772円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100/月	1,072円	108円	215円	322円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10/月	107円	11円	22円	33円
処遇改善加算Ⅰイ	介護報酬総額の21.0%（1ヶ月につき）				
処遇改善加算Ⅰロ	介護報酬総額の22.8%（1ヶ月につき）				
処遇改善加算Ⅱイ	介護報酬総額の20.2%（1ヶ月につき）				
処遇改善加算Ⅱロ	介護報酬総額の22.0%（1ヶ月につき）				
処遇改善加算Ⅲ	介護報酬総額の17.9%（1ヶ月につき）				
処遇改善加算Ⅳ	介護報酬総額の14.9%（1ヶ月につき）				
<p>①お客様自己負担分(法定利用者分)</p> <p>当月介護報酬額－当月介護報酬額×給付率</p> <p>②当月介護報酬額</p> <p>1日の介護給付費単位×利用実日数×単位単価×地域区分割合</p> <p>③初期加算</p> <p>入居日から30日以内の期間(1日あたり)は初期加算分が算定され割増になります。</p> <p>また、医療機関に1ヶ月以上入院した後、退院して再入居する場合も同様となります。</p> <p>④医療連携体制加算(Ⅰ)</p> <p>利用者の重度化に対応した健康管理等を強化している場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑤医療連携体制加算(Ⅱ)</p> <p>事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置している場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑥医療連携体制加算(Ⅲ)</p> <p>事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置している場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑦サービス提供体制強化加算(Ⅰ)</p> <p>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上である場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑧サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</p> <p>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上である場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑨サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上、または看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上、または指定認知症対応型共同生活介護を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30%以上である場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑩夜間支援体制加算</p>					

<p>夜間及び深夜の時間帯を通じて1の介護従業員に加えて常勤換算で1以上の介護従業者又は1以上の宿直勤務に当たる者を配置した場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑪認知症専門ケア加算(Ⅰ)</p> <p>認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1名以上、20人以上の場合は10又はその端数を増すごとに1名以上を配置した場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑫認知症専門ケア加算(Ⅱ)</p> <p>Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置した場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑬若年性認知症利用者 受入加算</p> <p>若年性認知症の利用者に対し本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑭入院時費用</p> <p>入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑮看取り介護加算</p> <p>死亡日以前31日以上45日以下については1日につき72単位を、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、死亡日については1日につき1,280単位を加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑯退去時相談援助加算</p> <p>グループホームを退去する利用者が自宅や地域での生活を継続できるように相談援助する場合に1人に1回を限度として加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑰栄養管理体制加算</p> <p>管理栄養士が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に加算します。</p> <p>⑱口腔・栄養スクリーニング加算</p> <p>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のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑲生活機能向上連携加算(Ⅰ)</p> <p>リハビリテーションを実施している事業所又は医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師の助言に基づき、計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画を作成し、これに基づき介護サービスを提供した場合に加算します。</p>

	<p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑩生活機能向上連携加算(Ⅱ)</p> <p>リハビリテーションを実施している事業所又は医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価を共同して行う場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には適応いたしません)</p> <p>⑪科学的介護推進体制加算</p> <p>利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。また、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画を見直すなど、介護サービスの提供にあたって先の情報その他介護サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に加算します。</p> <p>⑫口腔衛生管理体制加算</p> <p>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に加算します。</p> <p>(事業所が基準を満たしていない場合には加算を算定いたしません)</p>
--	---

10. 利用料等

ご退去時の精算	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	58,000円	—
	管 理 費	13,000円	—
	水 道 光 熱 費	13,000円	—
	食 材 料 費	(30日換算) 46,500円	1,550円
	合 計	130,500円	—
	そ の 他 の 費 用	おやつ代 3,300円 (1日 110円)	

《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、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。

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

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

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、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食単位で頂きます。おやつ代は1日単位で頂きます。
- ※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。
- ※11 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。
- ※12 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、説明の上、利用者の同意を得ます。

11. 利用にあたっての留意事項

外泊	1. 原則自由です。
	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。
面会	1. 面会時間は、9:00～20:00までとなっています。
	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。
おこづかいの管理	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。
	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。
	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。
	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。
貴重品	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。

散歩 買い物	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。
喫煙	1. 施設外所定の場所にて可能です。
飲酒	1. 食堂、居間にて適量であれば可能です。 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。
その他	<p>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。</p> <p>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</p> <p>② 要介護認定及び要支援認定が取り消された場合</p> <p>③ お亡くなりになった場合</p> <p>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</p> <p>⑤ 当社が入居契約を解約する旨を通告した場合</p> <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</p>

	<p>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 2. 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勤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、事業所内で火災が発生することのないよう日常的に留意します。

1 3. 事故発生時等の対応方法

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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
|--|

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・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には、利用者の家族及び施設所在役所に連絡のうえ、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、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。
- ※3 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 4. 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まん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「感染予防対策委員会」を設け、六月に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。

1 5. 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。

1 6. 虐待防止

事業所は、入居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 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - ② 虐待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」）を定期的で開催
 - ③ 管理者を担当者とする利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - ④ その他虐待防止のために必要な措置
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。

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

17. 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。

※ 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。

18. 個人情報等の取扱い

当事業所の介護従業者（退職した介護従業者を含みます。）は、業務上知り得た入居者及び家族等に関する秘密等（秘匿されないことにより、入居者及び家族等が直接的又は間接的に不利益を被ることが想定されるような非開示又は未公表の情報、及び法令又は社会通念上保護すべきことが求められる個人情報又はプライバシー等をいいます。）を正当な理由がなく第三者に提供、又は漏らさないようにします。なお、個人情報の使用については、「個人情報使用同意書」により、入居者及び家族から同意を得るものとします。

また、従業者であった者が業務上知り得た入居者等の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

19. 苦情相談窓口

苦情等については、事業所の相談窓口（以下の「事業所苦情相談窓口」）に直接お申し出いただくことができるほか、これらの方法によることが躊躇される場合、あるいは、直接当社に苦情等を申し出ることを希望される場合には、当社の相談窓口（以下の「事業者苦情相談窓口」）へお申し出いただくこともできます。（匿名も可能です）

事業所の相談窓口にお申し出いただいた場合、まずは事業所内で検討し、早期解決・改善を図るよう努めます。又、当社の相談窓口にお申し出いただいた場合、運営統括部及び事業所の責任者と対応を協議し、早期解決・改善を図るよう努めます。

いずれの場合も、苦情等の内容を検討、あるいは対応を協議するに際し、お申し出いただいた方のご要望等に配慮し、慎重にお取り扱いいたしますので、ご安心ください。

事業所苦情相談窓口	担当者氏名	中山 猛		
	電 話	06-6774-9010	FAX	06-7668-3300
受付日時	月～金曜日 午前9時～午後6時 (祝祭日、年末年始12月29日～1月3日除く)			
事業所苦情解決責任者	責任者氏名	中山 猛		
	電 話	06-6774-9010	FAX	06-7668-3300

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

事業者苦情相談窓口	担 当	株式会社シノケンウェルネス(本社)		
	電 話	03-5777-0175	FAX	03-5777-0128
受付日時	月～金曜日 午前9時～午後6時 (祝祭日、年末年始12月29日～1月3日除く)			

- ※1 事業所単独で解決することが難しいものについては、当社の運営統括部と対応を協議するほか、運営推進会議等を活用することにより、解決・改善を図ります。
- ※2 検討結果等については、お申し出いただいた方のご要望、又は必要性に応じて適宜その内容をお伝えいたします。(ただし、匿名の場合は除きます)
- ※3 お申し出いただいた苦情等については、所定の書式により記録し、保管するとともに、その内容によっては、法令の定めるところにより、行政等に報告する場合があります

<その他の苦情相談窓口>

大阪市相談窓口	担 当	大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課(指定・指導グループ)		
	電 話	TEL 06-6241-6310 FAX 06-6241-6608		
市区町村相談窓口 (入居者住民票所在区)				
市区町村相談窓口 (施設所在区)	担 当	天王寺区 保健福祉課 介護保険グループ		
	電 話	TEL 06-6774-9859 FAX 06-6772-4906		
国保連相談窓口	担 当	大阪府国民健康保険団体連合会介護保険室介護保険課		
	電 話	TEL 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417		

20. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施状況の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日	2025年 9月 9日
実施した評価機関の名称	NPO 法人 NALC ナルク福祉調査センター
評価結果の開示状況	独立行政法人 福祉医療機構にて掲載

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、運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について議事録を作成します。

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

2.2. 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2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) 大阪市天王寺区味原町 15 番 11 号

(名称) グループホーム フレンド天王寺

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及び交付を受け、サービスの提供を受けることに同意いたします。

| 年 | 月 | 日

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) _____