

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書

医療法人 百賀 時の会
グループホームくすのき苑

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

重要事項説明書

当事業所（以下「ホーム」という。）はご契約者に対して指定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」という。）を提供します。ホームの概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意していただきたいことを次の通り説明します。

1 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人 百賀 時の会
設 立 年 月 日	平成 5 年 6 月 15 日
代 表 者 名	理事長 吉川元祥
所 在 地 ・ 連 絡 先	(住所) 大阪府富田林市喜志町 3 丁目 13-10 (電話) 0721-24-0024 (FAX) 0721-25-0217
事 業 内 容	富田林ときのクリニック 羽曳野ときのクリニック グループホームくすのき苑 ショートステイ弥生 デイサービス弥生 ケアプランセンターくすのき

2 事業所の概要

事業所の名称	医療法人 百賀 時の会 グループホームくすのき苑
所在地・連絡先	(住所) 大阪府羽曳野市古市 5 丁目 5 番 1 3 号 (電話) 0 7 2 - 9 5 7 - 6 5 0 1 (FAX) 0 7 2 - 9 5 7 - 5 0 5 1
事業所番号	2 7 7 3 8 0 1 3 4 1
管理者の氏名	林出 諭
開設年月日	平成 1 8 年 2 月 1 日
交通の便	近鉄南大阪線古市駅より徒歩 8 分

3 目的及び当ホームの運営方針

(1) 目的

要支援2以上の状態で認知症のある被保険者（以下「利用者」という。）介護サービスに基づき、家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の提供その他日常生活の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行なうことにより、ご利用者のその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように援助することを目的とします。

(2) 運営方針

- 一 ご利用者の人格を尊重して、明るく家庭的な雰囲気の中で、その人らしい生活ができるように利用者の立場に立ってサービスを提供します。
- 二 保健、福祉、医療の連携、家族、及び地域との連携に努め、ご利用者が地域社会で安心して生活を送ることができるように支援します。
- 三 常に誠意を持って質の高いサービスが提供できるように、職員の研修・研究により専門性の向上に努めます。
- 四 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令37号)及び指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準の一部改正する省令（平成11年厚生省令第96号）に定める内容を厳守し、事業を実施します。

4 設備の概要

(1) 構造等

敷 地		1,013.62 m ²
建 物	構 造	RC 造
	延べ床面積	972.45 m ²
	利用定員	18名

(2) 居室

居室の種類	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
一人部屋	18	184.2 m ² （ 10.78～11.90 m ² ）	

(3) 主な設備

設 備	室 数	面積（一人あたりの面積）	備 考
居 間	2	253.44 m ² （14.08 m ² ）	
食 堂	2		
台 所	2		
浴 室	2	4.78 m ²	

5 職員の体制（変動あり）

【1階 杉】

従業者の職種	人数	区 分				保有資格	研修会受講等 内容
		常勤 (人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			介護支援専門員 介護福祉士	認知症介護 実務者研修 リーダー研修 管理者研修
計画作成 担当者	1		1			介護支援専門員 社会福祉士 介護福祉士	認知症介護 実務者研修 リーダー研修
介護職員	9	2	2	3	2	介護支援専門員	

【2階 檜】

従業者の職種	人数	区 分				保有資格	研修会受講等 内容
		常勤 (人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			介護支援専門員 介護福祉士	認知症介護 実務者研修 リーダー研修 管理者研修
計画作成 担当者	1		1			介護支援専門員 介護福祉士	認知症介護 実務者研修 リーダー研修
介護職員	10	2	3	4	1	介護支援専門員 介護福祉士 社会福祉士 ヘルパー2 級、初任者研修 無資格	1 名 5 名 0 名 4 名 0 名

6 職員の勤務体制

《主な職員の勤務体制》

職 種	勤務体制	休 暇
管理者	9 : 0 0 ～ 1 7 : 4 5	4 週 8 休
計画作成担当者	9 : 0 0 ～ 1 7 : 4 5 2 名	4 週 8 休
介護職員 (2ユニット)	早出 7 : 3 0 ～ 1 6 : 1 5 2 名	4 週 8 休
	日勤 9 : 0 0 ～ 1 7 : 4 5 2 名	
	遅出 1 1 : 0 0 ～ 1 9 : 4 5 2 名	
	夜勤 1 6 : 3 0 ～ 9 : 1 5 2 名	

7 サービスの内容と費用

< 1、保険給付サービス >

① 食事

食事はご利用者の状態に合わせた食事形態をとり、栄養のバランスがとれた食事を提供するとともに、自らの力で食事を楽しめ、またご自分のペースで食事をしていただけるように配慮します。

② 入浴

入浴又は清拭を週 2 回以上行い、ご利用者の健康状態に応じて、一人ずつ入浴していただき、洗身、洗髪の援助及び見守りをさせていただきます。

③ 排泄

ご利用者の状態等に応じて、プライバシーに十分配慮を行い支援させていただきます。

④ 生活サービス

ご利用者の能力に応じて、日常生活のお世話（離床、着替え、整容、掃除、洗濯等）の支援をさせていただきます。

⑤ 機能回復訓練

スタッフが日常生活の中でレクリエーションとリハビリテーションを兼ねた機能回復訓練を一緒に行います

< 2、サービス利用料金 >

介護保険、保険料の 1 日あたりの自己負担 令和 7 年度現在（地域加算 10.27 円/単位）

介護区分	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護保険	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位

その他加算(1日あたり)

サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	① 介護福祉士 50%以上 ② 常勤職員 75%以上 ③ 勤続 7 年以上 30%以上 上記のいずれかに該当すること。	6 単位
認知症専門ケア加算(Ⅰ) (該当者のみ加算)	専門的な研修により強化 (Ⅰ) ・事業所における利用者の総数のうち、「日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症のもの (以下『対象者』という。)」の占める割合が 2 分の 1 以上であること。 ・「認知症介護に係る専門的な研修」を終了している者を、以下のとおり配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ①対象者の数が 20 人未満 1 以上 ②対象者の数が 20 人以上 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又はその端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上。 ・当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行っていること。	3 単位
医療連携体制加算(Ⅰ)ハ (原則として全員対象)	・事業所の職員として、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を 1 名以上確保していること。 ・事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 ・重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者またはそ	37 単位

	の家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。	
看取り介護加算 (該当者のみ)	(施設基準) ・看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている事。 ・医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定施設における看取りの実績を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。 (利用者基準) ・医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者(以下この号において「医師等」という。)が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意をしている者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ・看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われている介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。	① 死亡日以前 31日～4日以下 (72単位) ② 死亡日以前 4日～30日以下 (144単位) ③ 死亡日以前 2日または3日 (680単位) ④ 死亡日 (1280単位)
入院時費用 1月に6日を限度として所定単位数に代えて算定	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入体制を整えていること	246 単位
初期加算	・入居日から 30 日以内の期間。 ・医療機関に 1 ヶ月以上入院した後、退院して再入居した場合も同様とする。	30 単位
口腔衛生管理体制加算	歯科医師、又は歯科医師の指示を受け	30 単位/月

	た歯科衛生士が、介護職員に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。	
口腔・栄養スクリーニング加算（１）	介護サービス事業所の従業者が、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ついて確認を行い、当該情報を担当する介護支援専門員に提供していること。	20 単位/回
新興感染症等施設療養費	入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症(*)に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行ったうえで、該当する介護サービスを行った場合に、1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する。 (*)現時点において指定されている感染症は無い。	240 単位/日
退居時情報提供加算	医療関係へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者などを紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等一人につき 1 回に限り算定する。	250 単位/回
退居時相談援助加算	利用期間が 1 ヶ月を超える入居者が退居するにあたり、退居後の相談援助と、退居後のサービス提供者への情報提供を受けた場合に算定する。 (1 人につき一回)	400 単位/回
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の 17.8%	

- ※ サービスの利用料金は、入居者の要介護度及び負担割合に応じて異なります。
- ※ 月額設定されている居室利用料金につきましては、入所・退所・入院等の状況により日割り計算で頂く場合もあります。
- ※ その他、実費利用料金につきましても、月締めでのご請求とさせていただきます。
- ※ 介護保険適用の場合でも、介護保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行なわれない場合があります。その場合は、保険給付額 10 割の利用料金をお支払い下さい。利用料の支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書

を発行します。

- ※ サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。大切に保管願います。
- ※ 上記の利用料金には、協力医療機関等から提供される医療及び、指定居宅療養管理指導は含まれておりません。

介護保険給付対象外サービス

A タイプ部屋

	日 額	月 額
家 賃		①48,000 円
食材費	②1,600 円 (朝食：300 円 昼食：550 円 夕食：600 円 おやつ:150 円)	②48,000 円
共益費		③29,000 円
合計金額(①+②+③)	4,166 円	125,000 円

B タイプ部屋

	日 額	月 額
家 賃		①42,000 円
食材費	②1,600 円 (朝食：300 円 昼食：550 円 夕食：600 円 おやつ:150 円)	②48,000 円
共益費		③29,000 円
合計金額(①+②+③)	3,966 円	119,000 円

- ※ 事務費として、1 ヶ月 1500 円を徴収させていただきます。
- ※ その他の費用として、理美容代、おむつ代、医療費、薬剤費、クリーニング代、個人の趣味嗜好品代、居室内の日用品費、介護備品、特別行事食事代など、日常生活において必要な費用は自己負担となります。
- ※ 上記の介護保険給付対象外サービスの利用料金につきましては、経済上の著しい変化、その他やむを得ない理由がある場合は相当な額に変更することがあります。

利用料の支払い方法

月ごとに発行する請求書に基づき、現金又はゆうちょ銀行自動引去り・銀行引去り・振込によって指定の期日までにお支払い下さい

利用料の支払いを受けたときは、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区別）について記載した領収書を発行いたします。

月の途中における入居または、退居については日割りの計算をさせていただきます。

8 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、下記の協力医療機関において治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療等を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療等を義務付けるものではありません）

協力医療機関等

医療機関	病院名 及び 所在地	医療法人百賀時の会 富田林ときのクリニック 院長 岡本 昌典 大阪府富田林市喜志町3丁目13番10号
	診療科	内科・泌尿器科・皮膚科・人工透析
	病院名 及び 所在地	医療法人喜多クリニック 喜多クリニック 院長 喜 多 紀 人 大阪府堺市堺区向陵西町4丁目10番8号
	診療科	在宅医療・内科・皮膚科・形成外科
	病院名 及び 所在地	医療法人岸川歯科 岸川歯科 院長 岸 川 裕 大阪府堺市堺区一条通17番18号
	診療科	在宅訪問歯科
協力医療機関 病 院	病院名 及び 所在地	医療法人医仁会 藤本病院 理事長 石 田 文之祐 大阪府羽曳野市誉田3丁目15番27号

9 ホームを退居していただく場合（契約の終了について）

当ホームとの契約では、契約が終了する期間は特に定めていません。したがって以下のような理由がない限り、継続してサービスを利用することとなりますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当ホームとの契約は終了し、利用者に退居していただくことになります。

- ① 利用者が死亡した場合。
- ② 介護認定により利用者の心身の状態が自立又は要支援1と判定された場合。
- ③ 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない理由によりホームを閉鎖した場合。
- ④ ホームの滅失や重大な毀損により、利用者の対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ⑤ 当ホームが介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ⑥ 利用者からの退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照して下さい。）

⑦ 事業所からの退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照して下さい。）

（１）利用者からの退居の申し出を行なった場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期限であっても、利用者から当ホームの退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する１４日前までに解除届出書をご提出下さい。

（２）事業所からの退居の申し出を行なった場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当ホームから退居していただくことがあります。

- ① 利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。
- ② 利用者の認知症状に伴う著しい精神状態、行動異常が認められる場合。
- ③ 利用者が故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者の生命・身体・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行なうことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ 利用者が自傷行為を繰り返すなど自殺の恐れが極めて高く、事業者においてこれを防止できない場合、及び利用者が法令違反その他秩序破壊行為を行い改善の見込みがない場合。
- ⑤ 利用者が病気の治療等その他のため１ヶ月以上に当ホームを離れることが決まり、かつその移転先の受け入れが可能になった場合。
ただし利用契約書第１７条５号但し書きによる場合は協議の上決定となる。
- ⑥ 利用者が介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に入所した場合、若しくは介護療養型医療施設に入院した場合。
- ⑦ 伝染性疾患により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつその必要があるとき。
- ⑧ 利用者による、サービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期限を定めた勧告にもかかわらず、これが支払われない場合。

（３）円滑な退居のための援助

利用者が当ホームを退居する場合には、利用者の希望により、事業所は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助を利用者に対して速やかに行います。

- ① 適切な病院もしくは診療所、又は介護老人保健施設等の紹介
- ② 居宅支援事業所の紹介
- ③ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供の紹介

連携施設

協力福祉施設 施設	介護老人福祉施設	社会福祉法人天寿会 平尾荘	大阪府堺市美原区平尾 1938 番地 1
協力福祉施設 施設	介護老人保健施設	社会福祉法人天寿会 ホットスプリングス美原	大阪府堺市美原区平尾 1938 番地 1

10 身元引受人

- (1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることがあります。しかしながら利用者において、社会通念上、身元引受人を立てることが出来ないと考えられる事情がある場合は身元引受人の必要はありません。
- (2) 身元引受人にはこれまでもっとも身近において利用者のお世話をされてきた家族や親族をお願いするのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。
- (3) 身元引受人は利用者の利用料等の経済的な債務については、利用者と連携してその債務の履行義務を負うことになります。又、利用者が医療機関に入院する場合や当施設から退居する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などの手続き行い、更には当ホームとの協力、連携して退居後の利用者の受け入れ先を確保するなどの責任を負うことになります。
- (4) 利用者が利用中に死亡した場合において、そのご遺体や遺留品の引き取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行なう必要があります。又利用者が死亡されていない場合でも、利用契約が終了した後、当ホームに残された残置品を利用者自身が引き取れない場合には身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、利用者又は、身元引受人にご負担していただくことになります。
- (5) 身元引受人が死亡の場合や破産宣告を受けた場合には、事業所は新たな身元引受人を立てていただくために、利用者にご協力をお願いする場合があります。

1 1 苦情の受付について

ホーム苦情相談窓口	担当者氏名：林出 諭 ご利用時間：9：00～17：45 電話番号：072 (957) 6501 FAX 番号：072(957)5051
その他の連絡先	羽曳野市 保健福祉部 福祉指導監査課 羽曳野市 保険福祉部 高齢介護課 ご利用時間：9：00～17：00 電話番号：072 (958) 1111 大阪府国民健康保険連合会 ご利用時間：9：00～17：00 電話番号：06 (6949) 5446

1 2 ハラスメントについて

利用者に対してより良い介護サービスを提供できる環境を確保するとともに、介護現場で働く職員の安全を確保し、安心して働き続けられる労働環境を築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える行為を許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動や好意的態度の要求、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者、利用者及びその家族等が対象となります。
- ② 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方についての研修を実施します。また、ハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ③ ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

1 3 外部評価

厚生労働省令の定めにより、下記の通りサービス評価を実施しております。
アンケート及びケース記録の開示等にご協力をお願いいたします。

外部評価実施の有無	有
目 的	第三者による外部評価の結果と自己評価の結果を対比することで、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善や向上を図る。
実 施 機 関	介護保険市民オンブズマン機構大阪
直近の実施年月日	令和7年2月12日
評価結果開示方法	・事業所内ファイルにて閲覧可 ・ワムネットにて公表(https://www.wam.go.jp/)

1 4 衛生管理等

利用者の使用する施設、食器その他設備又は飲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。また、共同生活住居において感染症が発生、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6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。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止ための指針を整備します。
- ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 5 業務継続計画の策定について

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- ① 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 6 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護、虐待等の発生防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとする。）を定期的を開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
 - ② 虐待防止のための指針を整備します。
 - ③ 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
 - ④ 前③号に掲げる措置を適切に実施する為の担当者を設置します。
- (2) 当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

1 7 身体拘束について

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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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を記録します。

(2) 事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を 3 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図るものとします。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ③ 介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的の実施します。

1 8 サービス提供における事業所の義務

当事業所は、利用者に対してサービスを提供するに当たって次の事を守ります。

- ① 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② 利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医療との連携の上、利用者から、聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、利用者に対して、定期的に避難救出その他必要な訓練を行います。
- ④ 利用者提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、記録の閲覧は可能です。又写しの交付については、実費負担により本人及び家族に限り可能です。

- ⑤ 利用者へのサービス提供時において、利用者に病状に急変が生じた場合その他必要に応じ、速やかに主治医、家族又は予め定めた協力医療機関への連絡等を行ない必要な措置を講じます。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するに当たって知り得た利用者又は家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）但し、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関に利用者の情報を提供する場合があります。あらかじめ文書において利用者、家族に同意を得た上で利用者の心身の情報を提供します。
- ⑦ 事業所は、全ての介護従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者、その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

19 ホーム利用の留意事項

（1）外出・外泊について

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

（2）食事について

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。尚、当日のキャンセルにつきましては、食事料金をいただきます。

（3）ホーム・設備の使用等の注意について

居室及び共同施設、敷地をその本来の用途にしたがって利用して下さい。故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備、備品を壊したり、汚したりした場合は、ご利用者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮下さい。

（4）その他

喫煙につきましては、火気の管理を行うため、ホーム内は終日禁煙ですが、ご利用者に限り職員の管理のもと、決められた喫煙場所で喫煙していただけます。尚、煙草、マッチ、ライターにつきましてはすべて預らせて頂きます。

馴染みの家具等のお持込は可能です。（仏壇・タンス等）但し、仏壇のローソク等電気のものに限ります。

ご自宅で使い慣れている家具、寝具等をお持込いただきますが、ご利用者の生活での安全や職員の介助に支障がある場合はご相談をさせていただきます。

カミソリ・ナイフなどの刃物については持参されませんようお願いいたします。飲酒のご希望につきましては随時職員にご相談下さい。

市販薬の持込については、原則禁止させて頂いております。必要と判断した場合は施設にてお預かりさせていただきます。

20 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合、又は利用者の置かれた心身の状態を斟酌して相当と認める場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、指定(介護予防)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行いました。

説明者：氏 名 _____ 印 _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

事業者 住所 大阪府羽曳野市古市5丁目5番13号
事業者（法人）名 医療法人 百賀 時の会
施 設 名 グループホームくすのき苑
（事業所番号） 2 7 7 3 8 0 1 3 4 1

理事長 氏 名 吉川 元祥 印

管理者 氏 名 林出 諭 印

私は、重要事項説明書に基づいて、指定(介護予防)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受けました。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

代理人 住所

氏名 _____ 印 _____