

様

介護予防認知症対応型共同生活介護
・認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

株式会社ウィズグループ
グループホーム
ウィズライフ別府

—目次—

- 1 事業の目的と運営方針
- 2 事業者の概要
- 3 ご利用施設
- 4 ご利用施設で実施する事業
- 5 施設の概要
- 6 職員体制
- 7 職員の勤務介護体制
- 8 サービスの内容
 - (1) 法定給付サービス
 - (2) 法定給付外サービス
 - (3) 敷金
 - (4) 利用者負担金のお支払方法
 - (5) 領収書の発行
- 9 協力医療機関
- 10 非常災害時の対策
- 11 相談窓口・苦情対応
- 12 福祉サービス第三者評価について
- 13 損害賠償責任保険
- 14 当施設ご利用の際に留意していただく事項

認知症対応型対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

①事業の目的

当事業所は、在宅生活を基本とし、在宅の要介護者等の依頼を受け、当該認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護サービス計画に基づくサービスが確保されるよう、連絡調整、その他の便宜の供与を行うとともに、お客様である利用者の自己実現に向けて、最大限の支援活動を行います。

②運営方針

地域の中にある認知症高齢者グループホーム（共同生活を営む認知症の高齢者に対し、家庭的な環境の中で、介護スタッフによる生活の援助・介護を行う形態）で、生活する認知症の高齢者に対し、日常生活における援助等を行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、精神的な安定と、健康で明るい生活を送れるように支援します。

また、認知症高齢者の福祉増進を図るとともに、認知症高齢者の生活の質の向上を図ることを目指します。

2 事業者の概要

事業者の名称	株式会社ウィズグループ
法人所在地	福岡市中央区大名二丁目4番30号
法人種別	株式会社
代表者名	前川 裕貴
電話番号	092-712-0306

3 ご利用施設

施設の名称	グループホーム ウィズライフ別府
施設の所在地	福岡市城南区別府三丁目7番18号
管理者名	渡邊 岳
電話番号	092-833-4150
FAX番号	092-833-4154

4 ご利用施設で実施する事業

事業所の種類	事業者指定		定員
	指定年月日	指定番号	
認知症対応型共同生活介護	平成 16 年 11 月 1 日	4071300729	18 人
介護予防認知症対応型共同生活介護	平成 18 年 4 月 1 日		
短期利用認知症対応型共同生活介護	平成 20 年 1 月 1 日		2 人
介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護			

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地		504.71㎡
建物	構造	鉄骨造 地上2階建 (準耐火建築)
	延べ床面積	504.64㎡
	利用定員	18名

(2) 居室

居室の種類	居室	面積	一人あたりの面積
個室	18室	178.74㎡	9.93㎡

(3) 主な設備

設備の種類	室数等	面積	一人あたりの面積
居室	18室	178.74㎡	9.93㎡
食堂兼居間	2室	120.98㎡	6.72㎡
一般浴槽	2室	8.77㎡	0.49㎡
洗面所	洗面所・便所など	34.91㎡	1.94㎡
その他	利用状況および保安確認の補助のため、共用部分および居室にカメラを設置することがあります。		

(注) 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットをご参照ください。

6 職員体制（主たる介護者）

従業者の職種	員数	区分				事業者の 指定基準
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			1以上
計画作成担当者	1				1	1以上
介護職員	14	9		4	1	6以上

7 職員の勤務介護体制

職種	勤務体制	休暇
管理者	常勤で勤務します。	暦日数により法定 休日含め月8日、 又は9日 (年間103日)
計画作成担当者	各ユニットに1名配属します。	
介護職員	早出 8:00 ~ 16:40 日勤 9:00 ~ 17:40 遅出 11:20 ~ 20:00 夜勤 17:00 ~ 翌9:20	

8 サービスの内容

(1) 法定給付サービス

(ア) 利用者負担額

要介護区分	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位/日	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位
参考：1割負担額/日	約 783 円	約 787 円	約 824 円	約 849 円	約 866 円	約 883 円

※下記の加算については、厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り必要となります。

(イ) 初期加算：30 単位（参考：1割負担額約 32 円/日）

入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき30単位を加算します。30日を超える病院又は診療所への入院の後に当該事業所に再び入居した場合も同様とします。

(ウ) 入院時費用：246 単位（参考：1割負担額 約 257 円/日）

入院した場合、1月に6日を限度として算定します。

(エ) 医療連携体制加算

医療機関との連携により、日常の健康管理及び24時間の連絡体制等を整えている場合に加算されます。(要支援2の方は加算の対象外)

- ① 医療連携体制加算 (I) イ : 57 単位 (参考 : 1 割負担額 約 60 円/日)
- ② 医療連携体制加算 (I) ロ : 47 単位 (参考 : 1 割負担額 約 50 円/日)
- ③ 医療連携体制加算 (I) ハ : 37 単位 (参考 : 1 割負担額 約 39 円/日)
- ④ 医療連携体制加算 (II) : 5 単位 (参考 : 1 割負担額 約 6 円/日)

(オ) 協力医療機関連携加算

協力医療機関連携加算 (1) : 100 単位 (参考 : 1 割負担額 約 105 円/月)

協力医療機関連携加算 (2) : 40 単位 (参考 : 1 割負担額 約 42 円/月)

協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、利用者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する加算です。

(カ) 退居時相談援助加算 : 400 単位 (参考 : 1 割負担額 1 回約 418 円/回)

グループホームを退居する利用者が、自宅や地域での生活が継続できるように相談援助した場合に加算されます。(退居時 1 回)

(キ) 退居時情報提供加算 : 250 単位 (参考 : 1 割負担額 1 回約 262 円/回)

入居者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する加算です。

(ク) 看取り介護加算

- ・ 死亡日以前 31~45 日 : 72 単位 (参考 : 1 割負担額約 76 円/日)
- ・ 死亡日以前 4~30 日 : 144 単位 (参考 : 1 割負担額約 151 円/日)
- ・ 死亡日前日および前々日 : 680 単位 (参考 : 1 割負担額約 711 円/日)
- ・ 死亡日 : 1,280 単位 (参考 : 1 割負担額約 1,338 円/日)

医療連携体制に基づき、医師が回復の見込みがないと診断した利用者に対し、その人らしさを尊重した看取りの支援を行った場合に加算されます。

(死亡日以前 45 日 要支援2の方は加算の対象外)

(ケ) 夜間支援体制加算 (II) : 25 単位 (参考 : 1 割負担額約 27 円/日)

夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置することに加えて宿直勤務を行う者を1名以上配置すること。

- (コ) 若年性認知症利用者受入加算：120 単位（参考：1 割負担額約 126 円/日）
若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合に加算されます。
- (サ) 認知症専門ケア加算（Ⅰ）：3 単位（参考：1 割負担額約 4 円/日）
認知症介護についての一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することで加算されます。
認知症専門ケア加算（Ⅱ）：4 単位（参考：1 割負担額約 5 円/日）
- (シ) 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）：150 単位（参考：1 割負担額 約 157 円/月）
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）：120 単位（参考：1 割負担額 約 126 円/月）
認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新設される加算です。
- (ス) 生活機能向上連携加算（①か②のいずれか）
①生活機能向上連携加算（Ⅰ）：100 単位（参考：1 割負担額 約 105 円/月）
外部のリハビリテーション専門職等が ICT の活用等により事業所を訪問せずに利用者の状態を把握し、助言を受けた上で計画等を作成した場合に加算します。
②生活機能向上連携加算（Ⅱ）：200 単位（参考：1 割負担額 約 209 円/月）
外部のリハビリテーション専門職等が事業所を訪問し、共同でアセスメントを行い、計画等を作成した場合に加算します。
- (セ) 生産性向上推進体制加算（①か②のいずれか）
①生産性向上推進体制加算（Ⅰ）：100 単位（参考：1 割負担額 約 105 円/月）
②生産性向上推進体制加算（Ⅱ）：10 単位（参考：1 割負担額 約 11 円/月）
介護現場の生産性向上へ向けた委員会を設置し、ICT 等を活用して業務効率の改善を図ることで算定できる加算です。
- (ソ) 口腔・栄養スクリーニング加算：20 単位（参考：1 割負担額 約 21 円/回）
口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供した場合に加算されます。 ※6 月に 1 回を限度とします。
- (タ) 口腔衛生管理体制加算：30 単位（参考：1 割負担額 約 32 円/月）

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されます。

(チ) 高齢者施設等感染対策向上加算 (①か②のいずれか)

①高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) : 10 単位 (参考 : 1 割負担額 約 11 円/月)

②高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) : 5 単位 (参考 : 1 割負担額 約 6 円/月)

施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることが実施できた場合に加算されます。

(ツ) 新興感染症等施設療養費 : 240 単位 (参考 : 1 割負担額 約 251 円/日)

新興感染症のパンデミック発生時等において、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した利用者を施設内で療養を行うことを評価する加算です。

(テ) 身体拘束廃止未実施減算 : 10%/日減算

身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催等が未実施の場合に減算します。

(ト) 業務継続計画未実施減算 : 所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を減算

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となります。

(ナ) 高齢者虐待防止措置未実施減算 : 所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算

高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置 (委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと) がなされていなければ減算の適用となります。

(ニ) 科学的介護推進体制加算 : 40 単位 (参考 : 1 割負担額 約 42 円/月)

心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。

(ヌ) 栄養管理体制加算 : 30 単位/月 (参考 : 1 割負担額 約 32 円/月)

管理栄養士 (外部との連携含む) が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行った場合に加算されます。

(ネ) サービス提供体制強化加算 (①から③のいずれか)

①サービス提供体制強化加算Ⅰ：22単位 (参考：1割負担額約23円/日)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者が70%以上、または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合に加算されます。

②サービス提供体制強化加算Ⅱ：18単位 (参考：1割負担額約19円/日)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者が60%以上配置されている場合に加算されます。

③サービス提供体制強化加算Ⅲ：6単位 (参考：1割負担額約7円/日)

介護職員の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者が50%以上、常勤職員の占める割合が75%以上、勤続7年以上の者が30%以上のいずれかに該当する場合に加算されます。

(ノ) 介護職員等处遇改善加算：月間の所定単位数×17.8%

※利用料については、介護報酬単位をもとに各利用者の負担割合に応じた額となります。

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none">・栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。但し、食材料費は給付対象外です。・食事は利用者と職員共同で作業します。 <p>〈食事時間〉</p> <p>朝食 8:00 ~ 9:00</p> <p>昼食 12:00 ~ 13:00</p> <p>夕食 18:00 ~ 19:00</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none">・利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても、適切な援助を行います。・オムツを使用する方に対しては、必要に応じて交換を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none">・週3回以上の入浴、または清拭を行います。・毎日の入浴も可能です。
離床・着替え・整容など	<ul style="list-style-type: none">・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。・生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。・シーツの交換は週1回、寝具の消毒は必要に応じて実施します。但し、クリーニング費、消毒費は給付対象外です。

機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活を通して、利用者に適した生活リハビリ訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師の協力を得て、健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 <p>〈当施設の提携病院〉</p> <p>名 称：医療法人 HCU たけとみクリニック 院 長：武富 賢治 診療科：訪問診療 内科</p> <p>名 称：医療法人あさかぜ 薬院内科循環器クリニック 理事長：村岡 聡一 診療科：在宅診療 内科</p> <p>名 称：前田歯科クリニック 院 長：前田 洋 診療科：歯科</p>

緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時に必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 原則として常時通院を要する場合、その通院はご家族の介添えをお願い致します。緊急時や往診は職員が対応いたしますが、夜間の救急搬送時は職員の同乗は原則できかねます。 <p>医療機関名：医療法人 HCU たけとみクリニック 医療法人あさかぜ 薬院内科循環器クリニック 医療法人 三恵外科医院</p> <p>介護老人福祉施設名：社会福祉法人 新 特別養護老人ホームあおぞら</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、利用者およびその家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り援助を行なうよう努めます。 <p>(相談窓口) 施設長 渡邊 岳</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）計画が作成されるまでの間についても、当然利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。

<p>身体拘束等の禁止及び手続き</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」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。 ・身体的拘束等を行う場合には、あらかじめ利用者の家族に、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体的拘束等の態様及び目的、身体的拘束等を行う時間、期間等の説明を行い、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うこととします。 ・身体的拘束等を行う場合には、管理者、計画作成担当者、介護職員等により検討会議等を行う。また、経過観察記録を整備する。
----------------------	--

(2) 法定給付外サービス

種類	利用者負担金
家賃	72,000円/月
食材料費	49,500円/月 (欠食された場合は、下記の金額を返金いたします) 朝食450円 昼食600円 夕食600円
管理費	40,000円/月 共用部分・外回りの水光熱費、設備のメンテナンス費、損害保険料等
理容・美容サービス	〈理容〉 要した費用の実費 〈美容〉 要した費用の実費
オムツ代	要した費用の実費
日常生活に要する費用で本人負担となるもの	要した費用の実費(税別) (居室電気代は各居室のメーターにて計算)
医療費	各医療機関の費用は実費
交通費	買物・外出等の交通費は実費 (事故防止の為、公共交通機関・タクシーなどを利用します)

その他、介護保険サービスの適用外のものについては別途、ご負担を頂きます。

(3) 敷金

敷金は、204,000円（非課税）です。

※退居時、原状回復費・利用料・立替え金等の未払い分を精算し、残金を返金致します。

(4) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は利用者に対し、当月分の利用料の請求書を、翌月15日までに発行します。

①口座自動引落とし:翌月の26日(土日祝の場合は翌営業日)に、ご指定の口座から引落としさせていただきます(手数料は事業者負担)。口座残高の不足等により、自動引落としが行えなかった場合には、指定口座にお支払い頂きます(その場合の手数料については利用者負担)。

②金融機関振込み:翌月の25日までに指定口座にお支払い頂きます(手数料は利用者負担)。

(5) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときには、領収証を発行します。

9 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 HCU たけとみクリニック
院長名	武富 賢治
所在地	福岡市中央区輝国 2-1 1-1 3-1 0 1
電話番号	0 9 2-7 3 6-5 1 8 3
診療科	内科 在宅医療
入院設備の有無	無
救急指定の有無	無
契約の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設とたけとみクリニックとは、入居者に病状の急変があった場合は、適切な処置・助言を行う。 ・利用者の健康管理についての協力をする。 ・主治医が不在の場合の代替担当医及びその紹介を行う。

医療機関の名称	医療法人あさかぜ 薬院内科循環器クリニック
院長名	村岡 聡一
所在地	福岡市中央区渡辺 2 丁目 6-12 八千代ビル YA55 2 階
電話番号	0 9 2-7 3 8-0 1 2 3
診療科	在宅診療
入院設備の有無	無
救急指定の有無	無
契約の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が診療を必要とした場合は、緊密な連絡・協力のもと診療を行う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が入院治療を必要とする場合は、可能かぎり協力をし、入院先を紹介する。
--	--

医療機関の名称	三恵外科医院
院長名	加藤 真理
所在地	福岡市早良区城西2丁目6番21号
電話番号	092-841-0114
診療科	内科 外科 胃腸科
入院設備の有無	有
救急指定の有無	無
契約の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設と三恵外科医院とは、入居者に病状の急変があった場合は、適切な処置を行う。 ・利用者の健康管理についての協力をする。

医療機関の名称	医療法人 五洋会 前田歯科クリニック
理事長名	前田 洋
所在地	福岡市中央区六本松4丁目9-12
電話番号	092-771-3774
診療科	歯科
契約の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設と医療法人五洋会 前田歯科クリニックとは、利用者が治療を必要とした場合は、緊密な連絡、協力のもとに診療を行う。 ・利用者が診療を求めた際には可能な限り往診で診療を行う。

施設機関の名称	社会福祉法人 新 特別養護老人ホーム あおぞら
施設長名	加藤 真理
所在地	福岡市早良区城西2丁目6番21号
電話番号	092-841-0114
種別	介護老人福祉施設
入所設備の有無	有
短期入所の有無	有
契約の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供体制の確保、入所等における対応に協力する。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「認知症対応型共同生活介護事業所消防計画」に則り対応を行います。			
近隣との協力関係	町内会と近隣防災について話す機会を随時持ち、非常時の相互の応援を約束しています。			
	別途定める「認知症対応型共同生活介護事業所消防計画」に則り対応を行います。			
防火設備	設備の名称	個数等	設備の名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	非常口	2箇所	屋内消火器	あり
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導等	あり	漏電遮断報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	なし
消防計画	消防署への届出日：令和4年6月1日 防火管理者：渡邊 岳			

11 相談窓口・苦情対応

■サービスなどに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設ご利用者相談室	窓口担当者 株式会社ウィズグループ グループホーム ウィズライフ別府 施設長 渡邊 岳 ご利用時間 毎日午前9時から午後5時まで ご利用方法 電話 092-833-4150
------------	--

■公的機関においても、次の機関において苦情の申し出ができます。

福岡市早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課	福岡市早良区百道2-1-1 電話 833-4355
福岡市中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	福岡市中央区大名2-5-31 電話 718-1102
福岡市城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	福岡市城南区鳥飼6-1-1 電話 833-4105
福岡市西区保健福祉センター 福祉・介護保険課	福岡市西区内浜1-4-1 電話 895-7066

福岡市南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	福岡市南区塩原 3-25-3 電話 559-5125
福岡市博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	福岡市博多区博多駅前 2-19-24 大博センタービル 電話 419-1081
福岡市東区保健福祉センター 福祉・介護保険課	福岡市東区箱崎 2-54-27 電話 645-1069
那珂川町役場健康福祉部 高齢者支援課介護保険担当	筑紫郡那珂川町西隈 1 丁目 1 番 1 号 電話 953-2211
福岡県国民健康保険団体連合	福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話 642-7800

■次の機関にて高齢者虐待の相談等ができます。

福岡市福祉局高齢社会部 事業者指導課	福岡市中央区天神 1-8-1 電話 711-4319
-----------------------	-------------------------------

12 福祉サービス第三者評価について

介護サービスの情報公表	あり
実施した直近の年月日	2022年10月20日

第三者評価の実施	あり
実施した直近の年月日	2022年11月29日
第三者評価機関名称	株式会社アール・ツーエス
第三者評価開示の状況	WAMNET

13 損害賠償責任保険

保険会社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社		
保険内容	介護保険施設賠償責任保険		
補償内容		補償限度額（免責金額なし）	Bタイプ
賠償責任	対人・対物共通	1請求・保険期間中	1億円
	人格権侵害	1名・1請求・保険期間中	1,000万円
	管理財物	1事故	200万円
	うち管理現金窃盗	1事故	20万円

	居宅介護事業者に係る 介護利用者の経済損失	1 事故・保険期間中	300 万円
初期対応費用	初期対応費用	1 事故	500 万円
	うち見舞金・見舞品	1 事故	10 万円

14 当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> ・来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。面会時間は原則 9 時～17 時です。 ・来訪者が宿泊される場合には、必ず施設管理者の許可を得てください。
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none"> ・外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
居室・設備の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損などが生じた場合は、賠償していただくことがあります。
居室の明渡し	<ul style="list-style-type: none"> ・本契約が終了する場合において、利用者は、すでに実施されたサービスに対する利用料金支払い義務、及び上記に基づく義務を履行したうえで、居室を明け渡していただきます。 ・もし、契約終了日までに居室を明渡さない場合、又は上記の義務を履行しない場合には、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明渡された日までの期間に係る料金を当施設に支払っていただきます。
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 ・飲酒は職員の管理のもとでお願いします。
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none"> ・騒音等、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにして下さい。

所持品の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・所持品は個人管理となりますので、貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。(紛失等の責任は一切負えません)
現金などの管理	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の嗜好品および雑貨購入、もしくは診療費、処方薬の支払いの際、全てに関して施設より立替を行ないます。立替金は月末に精算し、領収証をお渡しします。月額利用料等の滞納がある場合は、この限りではない。
動物飼育	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内へのペットの持ち込みおよび飼育は、施設管理者の許可を得て

	ください。
宗教活動 政治活動	・施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はお断りいたします。
施設間移動	・今後、症状等の変化や環境等の問題が発生した場合は、市内の施設間移動を行うことがあります。・飲酒は職員の管理のもとでお願いします。
嘱託医師以外の医療機関への受診	・主治医による受診を希望する場合は、入居前に必ず申し出てください。

(注) 金品等の貴重品の持ち込みはご遠慮いただいておりますが、諸事情により困難な場合は、具体的な管理方法等をご本人及び身元引受人の方と施設が協議のうえ、決めさせていただきます。

重要事項の説明年月日

説明年月日	年 月 日
-------	-------

ご利用者(甲)	私は、以上の重要事項説明書の内容につき説明を受け、内容を確認致しました。			
	氏名		印	
	代筆の場合	代筆者 氏名	(続柄)	印
		理由		

身元引受人	私は、身元引受人として、以上の重要事項説明書の内容につき説明を受け、内容を確認致しました。		
	氏名	(続柄)	印

説明者	当事業者は、指定認知症対応型共同生活介護・指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者として、甲の申し込みを受諾し、この重要事項説明書に定める各種サービスを誠実にご利用施設にて責任を持って行います。		
	事業者所在地	福岡市中央区大名二丁目4番30号	
	事業者名称	株式会社ウィズグループ	
	事業所名称	グループホーム ウィズライフ別府	
	職種	施設長	氏名