

重要事項説明書〔モデル〕

(指定認知症対応型共同生活介護事業)
(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

平成21年度の介護報酬改定に伴い介護保険給付サービスの説明事項に加算項目をの追記が必要となります。

当協議会で〔モデル重要事項説明書〕を作成しましたので、参考にして下さい。

文中の赤文字部分を、適宜に変更して下さい。

作成；特定非営利活動法人
岐阜県グループホーム協議会
事務局長「小野木健夫」

尚、基データ（一太郎）をご希望される方は、トップページの「お問い合わせ」よりご連絡下さい。

後日、メールにて配信させていただきます。

社会福祉法人〇〇〇〇会
グループホーム「〇〇〇〇〇〇〇〇」

重要事項説明書〔モデル〕

(指定認知症対応型共同生活介護事業)

(指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業)

貴殿に共同生活介護サービス又は介護予防サービスを提供するに先立ち、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 実施主体

名 称	社会福祉法人〇〇〇〇会			
所 在 地	岐阜県岐阜市〇〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号			
法人種別	社会福祉法人			
代表者名	理事長 〇〇 〇〇			
連 絡 先	電 話	000-000-0000	F A X	000-000-0000

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	指定認知症対応型共同生活介護事業 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業
運営方針	1, 事業所において提供する指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに介護保険法に關係する厚生労働省令告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。 2, 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切な援助・支援を行うこととする。 3, 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることが出来るよう配慮し、援助・支援を行うこととする。 4, 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し、援助・支援を行うこととする。 5, 介護従事者は、指定認知症対応型共同生活介護及び指定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、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族等に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明を行うこととする。 6, 介護従事者は、自らその提供す指定る認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力することとする。 7, 事業所においては、夜間ケア計画を作成すると共に、その作成された計画に基づき利用者に対し夜間ケアを行うものとする。

3. 事業所

名 称	グループホーム「〇〇〇〇〇〇〇」				
指定番号	2 1 0 0 0 0 0 0 0 0				
所 在 地	岐阜県岐阜市〇〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号				
連 絡 先	電 話	000-000-0000	F A X	000-000-0000	
敷 地	0 0 0 . 0 0 m ²				
建 物	住 居 数	0 0	総戸数	0 0	総定員 0 0 名
	延床面積	0 0 0 . 0 0 m ²			
	職 員 数	0 名（常勤者）・0 名（非常勤者）			

4. ご利用住居

名 称	グループホーム「〇〇〇〇〇〇〇〇」			
所 在 地	岐阜県岐阜市〇〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号			
(介護主任)	氏 名	〇〇〇 〇〇〇		
	保有資格		兼 務	(☐ 有 ・ ☐ 無)
連 絡 先	電 話	000-000-0000	F A X	000-000-0000
敷 地	0 0 0 . 0 0 m ²			
建 物	構 造	〇〇造 〇階建 (〇階部分)		
	延床面積	0 0 0 . 0 0 m ²		
	居 室 数	〇〇室		
	入居定員	〇〇名		
利用居室	居室 (a) 〇〇 . 〇〇m ² (定員1名) 居室 (b) 〇〇 . 〇〇m ² (定員1名) 居室 (c) 〇〇 . 〇〇m ² (定員1名) 居室 (d) 〇〇 . 〇〇m ² (定員1名) 居室 (e) 〇〇 . 〇〇m ² (定員1名)			
共用施設	台所・食堂・居間・洗面所・便所・一般浴室			

5. 職員体制

	常 勤		非 常 勤		常勤換算	保有資格
	専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	〇名	〇名	〇名	〇名	0.0名	
介護従業者	〇名	〇名	〇名	〇名	0.0名	
計画作成担当者	〇名	〇名	〇名	〇名	0.0名	

※常勤換算＝当該事業所では、1日8時間・週40時間を常勤換算で1としています。

6. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇	員 数	
	常 勤	4 週 8 休 制	総数	0 名
早 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
日 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
遅 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
遅 遅 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
夜 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
	非 常 勤	週 3 0 時 間 労 働	総数	0 名
早 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
日 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
遅 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
遅 遅 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名
夜 勤	0 0 : 0 0 ~ 0 0 : 0 0			0 名

7. 休業日

休 業 日	なし
-------	----

8. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利 用 料
食 事	・利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事は離床して食堂で摂取して頂く様に配慮します。 ・食事時間 朝食 00:00～00:00 昼食 00:00～00:00 夕食 00:00～00:00	要介護度に応じて算出します。 利用料（1日当たり） ＝下記単位×金10円 ×1／10 ・法定代理受領サービスの場合は、1割相当額となります。
排 せ つ	・利用者の状況に応じ適切な排せつの介助と、排せつの自立の援助を行います。 ・おむつの交換は1日6回を原則としますが、必要があれば回数を増やします。	要支援2 831単位 要介護1 831単位 要介護2 848単位 要介護3 865単位 要介護4 882単位 要介護5 900単位
入 浴	・利用者の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。 ・週3回の入浴又は清拭を行います。	・入居日から30日以内の期間は、1日（30単位）の初期加算金が必要です。
日常生活	・離床 寝たきり防止のため離床に配慮します。 ・着替え 着替えのお手伝いをします。 ・整容 身の回りのお手伝いをします。 ・寝具消毒 ・シーツ交換 ・健康管理 ・洗濯 ・居室内清掃 ・役所手続の代行	
機能訓練	・離床援助 ・屋外散歩同行 ・家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。	
健康管理 医師手配	・利用者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関への受診を実施します。 ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。	
相談・援助	利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。	

下記の加算については、当該事業所が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成ります。

・医療連携体制加算
〔加算要件〕

39単位／日

当該事業所に於いて「看取りに関する指針（重度化した場合における対応に係る指針）」を整備し、看護師を配置した場合、若しくは、契約により訪問看護ステーション等（医療機関）の看護師により利用者の日常的な健康管理や医療機関（主治医）との連絡調整を行える体制が整った場合に必要と成ります。

- ・退去時相談援助加算 400単位／回（退去時）
〔加算要件〕

利用期間が一月を超える利用者の退去時に、福祉サービスについての相談援助を行い、且つ、退居の日から2週間以内に当該利用者の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に必要と成ります。

但し、在宅復帰であり家族等の同意を得た場合です。

- ・看取り介護加算 80単位／日（死亡日以前30日）
〔加算要件〕

医師（主治医）が、医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、利用者又はその家族等の同意を得て、当該事業所が整備する「看取りに関する指針」に定める介護計画に基づき介護を行うことの同意を得た場合に必要と成ります。

- ・認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日
〔加算要件〕

認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者割合が50%以上と成り、認知症介護に係わる専門的研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了した者を厚生労働省の定める基準で配置し、技術的指導に係わる会議を定期的を開催する体制が整った場合に必要と成ります。

- ・認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日
〔加算要件〕

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、認知症介護の指導に係わる専門的研修（認知症介護指導者研修）を修了した者を（Ⅰ）の基準に加え1名以上配置し、認知症ケアの指導を実施すると共に、当該事業所における研修計画を作成し、研修を実施する体制が整った場合に必要と成ります。

- ・サービス提供体制加算（Ⅰ） 12単位／日
〔加算要件〕

当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が50%以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要と成ります。

- ・サービス提供体制加算（Ⅱ） 6単位／日
〔加算要件〕

当該事業所の看護、介護従事者の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要と成ります。

- ・サービス提供体制加算（Ⅲ） 6単位／日
〔加算要件〕

当該事業所の介護従事者の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要と成ります。

- ・夜間ケア加算 25単位／日

〔加算要件〕

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第90条第1項に規定する夜間及び深夜勤務に必要な数に1を加えた数以上の介護従事者を配置した場合に必要と成ります。

- ・認知症行動緊急対応加算 200単位／日（入居日から7日間）

〔加算要件〕

医師が、認知症の行動・心理状態が認められるために在宅での生活が困難であり、緊急に指定認知症共同生活介護を利用することが適当であると判断し、入居した場合に必要と成ります。

- ・若年性認知症受入加算 120単位／日

〔加算要件〕

若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合に必要と成ります。

（２）介護保険給付外費用

種 類	内 容
食材料費	これらは介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い下さい。 ・食材料費 0,000円／日額 ・おやつ代金 000円／月額（希望者のみ実費負担）
理美容費	・理美容室のご利用が出来ます。 1回 0,000円／1回（希望者のみ実費負担）
教養娯楽費	・日常生活上の、介護保険給付対象外に於ける教養及び娯楽等に関わる費用として、お預かりしている小口資金より実費充当させて頂きます。 ご利用明細と共にお預かり残高を毎月ご報告致します。
光熱水費	・光熱水費をお支払い下さい。 0,000円／月額
夏期加算料 冬期加算料	夏期加算料 7月～9月の間 0,000円／月額 冬期加算料 12月～2月の間 0,000円／月額 ・定期健康診断（年1回）を実施しますが、それに係る費用は実費お支払い下さい。
居室の利用	居室の利用も保険給付の対象外ですので実費ご利用料金をお支払い下さい。 00,000円／月額

9. 入居に当たっての留意事項

面 会	・ 来訪者は面会の都度、職員に届け出て面会簿の記載をして下さい。 ・ 宿泊されるときは必ず、管理者の許可を得て下さい。 (原則として、ご家族等の宿泊は禁止しております。)
外 出	・ 外出・外泊をされる場合は、所定の様式（外出・外泊届）を提出して下さい。
居室の利用 迷惑行為等	・ 設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。 ・ 騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・ 承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持金等	・ 原則として、現金等の所持はお控え下さい。 ・ 日常生活上、必要となる物品等に関しましてはお預かりしている小口資金から実費充当させていただきます。

10. 協力医療機関

名 称	医療法人社団〇〇会 〇〇〇〇病院
所 地	岐阜県岐阜市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
電話番号	000-000-0000
診 察 科	内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・外科・脳神経外科 リハビリテーション科・放射線科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科
入院設備	有り
救急指定	有り
協力関係	・ 緊急及び救急時の受け入れ ・ 定期健康診断及び不定期の健康診断・受診等

名 称	〇〇歯科医院
所 地	岐阜県岐阜市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
電話番号	000-000-0000
診 察 科	歯科
入院設備	無し
救急指定	有り
協力関係	・ 緊急及び救急時の受け入れ ・ 定期健康診断及び不定期の健康診断・受診等

名 称	〇〇〇〇クリニック
所 地	岐阜県岐阜市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
電話番号	000-000-0000
診 察 科	内科・小児科・神経科・皮膚科
入院設備	無し
救急指定	有り
協力関係	・ 緊急及び救急時の受け入れ ・ 定期健康診断及び不定期の健康診断・受診等

1 1. 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 消防計画 ；平成〇〇年〇〇月〇〇日岐阜〇〇消防署へ届出 防火管理者；〇〇〇 〇〇〇
避難訓練	年2回火災及び地震等を想定した訓練を行います。
防災設備	自動火災報知設備・煙感知器・スプリンクラー設備・非常通報設備 ガス漏れ火災警報設備・非常灯設備・非常用発電機・誘導灯・消火器

1 2. 苦情申立

当事業所 (事務所)	相談受付担当者：事業所管理者 〇〇 〇〇 (ふりがな) 計画作成担当者 〇〇 〇〇 (ふりがな) ご利用時間 毎日 10:00～17:00 ご利用方法 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談下さい。
---------------	---

上記の他、福祉サービスに関する「苦情解決」事業実施要領のとおり苦情等を申し立てる事が出来ます。

1 3. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとし、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

1 4. 運営推進会議

利用者及び市町村職員並び地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し2ヶ月に1回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

私は、書面に基づいて事業所の職員(職名；管理者 氏名；〇〇 〇〇)から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

平成 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

利用者の家族等 住 所
氏 名 印
続 柄