

重要事項説明書

(認知症対応型共同生活介護)
(介護予防認知症共同生活介護)

有限会社プランニングフォー
古都の家 学園前

貴殿に共同生活介護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	有限会社プランニングフォー			
所 在 地	奈良市北登美ヶ丘 3－4－17			
法人種別	有限会社			
取締役	若野達也			
連 絡 先	電 話	0742-47-4711	F A X	0742-47-4711
設立年月	平成15年11月19日			

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	<p>1. 自己決定権の尊重</p> <p>利用者の地域住民としての権利を守り、地域で共同生活を送っていただくため、利用者自身の考え、判断、行動を尊重し、皆様が自分の気持ちや考えを伝えていける環境を作り、それに基づいて職員は皆様を適切に援助します。</p> <p>2. 生活スタイルの確立</p> <p>利用者が、自分に無理のない範囲で目標を考え、それに添った日課や行動計画を立て、自分の生活スタイルを築いていけるよう援助します。未来も見つめ、今何が出来るかを考え、それを自然に家族や地域の人々と共に築き上げることが私たちの目標です。</p> <p>3. 自立支援</p> <p>「自分で出来る力（可能性）」を育て、伸ばし、活かしていけるよう工夫を重ねながら生活環境を整えていきます。出来た時の達成感や喜びを共に分かち合えるよう、また、出来なかったときは再度チャレンジできるよう援助します。</p>

3. 事業所

名 称	古都の家 学園前			
指定番号	2970102733			
所 在 地	奈良県奈良市二名東町 3 7 5 0 番地 2			
連 絡 先	電 話	0742-40-1315	F A X	0742-40-1317
敷 地	4 9 9 . 5 m ²			
建 物	ユニット数	2	総定員	1 8 名
	延床面積	3 2 9 . 6 7 m ²		
	職 員 数	9 名（常勤者）・1 5 名（非常勤者）		
責 任 者	氏名	若野 達也		
	保有資格	精神保健福祉士	兼務	（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ）
開設年月	平成16年9月1日			

4. ご利用住居

名 称	古都の家 学園前			
所 在 地	奈良県奈良市二名東町3750番地2			
管 理 者	氏 名	野網 富希子		
	保有資格	介護福祉士	兼務	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
連 絡 先	電 話	0742-40-1315	F A X	0742-40-1317
敷 地	499.5m ²			
建 物	構 造	木造2階建(1,2階部分)		
	延床面積	329.67m ²		
	居 室 数	18室		
	入居定員	18名		
利用居室	居室__ 号室 8.55m ² (定員1名)			
共用施設	1階,2階それぞれにリビングルーム,食堂,洗い場,トイレ,洗面コーナー,脱衣場,浴室有り。1階と2階との間にエレベーター有り。			

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		1名			1名	介護福祉士
介護従業者	5名	3名	14名	1名	12.2名	介護福祉士・ホームヘルパー・社会福祉士・介護支援専門員・精神保健福祉士
計画作成担当者		1名		1名	0.4名	介護支援専門員・介護福祉士

認知症支援に係わる資格および経験

職種	氏名	修了研修	実務経験
ホーム長	若野達也	認知症対応型サービス事業管理者研修	27年0か月
		認知症介護実践者研修(リーダー研修)	
管理者	野網富希子	認知症対応型サービス事業管理者研修	21年0か月
		認知症介護実践者研修(リーダー研修)	
計画作成担当者	松本 幸子 (介護福祉士)	認知症介護実践者研修(実践者研修)	22年0ヶ月
	片桐 藍 (介護支援専門員)	認知症介護実践者研修(実践者研修)	22年0か月
			—
介護職員	他3名(常勤)	認知症介護実務者研修(実践者研修)	

6. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	員 数	休 暇
早 出	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0	1 名	常 勤 年間108日 非常勤 週24時間勤務
日 勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0	3 名	
遅 出	1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0	1 名 1 名	
夜 勤	1 6 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0	1 名	
深 夜 勤	2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0 2 2 : 0 0 ~ 9 : 0 0	1 名	

7. 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	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事の調理，盛りつけ，配膳，下膳等は，できるだけ利用者と職員が共同で行います。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事時間 朝食 7:00 ～ 8:00 昼食 12:00 ～ 13:00 夕食 18:00 ～ 19:00 	<p>要介護度に応じて算出します。</p> <p>利用料（1日当たり） = 下記単位 × 金10,27円 × 1/10</p> <p>・法定代理受領の場合は，1割相当額となります。</p>
排 せ つ	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつの介助と，排せつの自立の援助を行います。 ・オムツを使用されている方については，適宜の交換を行うと共に必要な場合はこれを超えて交換し，適宜トイレ誘導を行います。 	<p>要支援2 749単位 要介護1 753単位 要介護2 788単位 要介護3 812単位 要介護4 828単位 要介護5 845単位</p>
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回以上の入浴又は清拭を行います。 	
日常生活	<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。 ・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します。 ・シーツ交換は必要に応じ適宜交換します。 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・往診日を設け，かかりつけ医師による健康管理に努めます。 ・緊急時必要な場合は，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。 	
相談・援助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及び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。 	

介護保険料 加算内容	初期加算（30単位／日）
	医療連携体制加算Ⅰハ（37単位／日）
	サービス提供体制強化加算Ⅰ（22単位／日）
	認知症専門ケア加算Ⅰ（3単位／日）
	口腔衛生管理加算（30単位／月）
	口腔栄養スクリーニング加算（20単位／回、6ヶ月に1回を限度）
	若年性認知症利用者受入加算（120単位／日）
	科学的介護推進加算（40単位／月）
	退去時相談援助加算（400単位／回）（1回を限度）
	看取り介護加算（死亡日以前31日から45日 72単位／日、死亡日以前4～30日 144単位／日、死亡日前日及び前々日 680単位／日、死亡日 1280単位／日）
	認知症行動・心理症緊急対応加算（200単位／日）（入所日から7日を上限）
	処遇改善加算Ⅰ（当該月の所定単位数×11.1%）
	介護職員等特定職員処遇改善加算Ⅰ（当該月の所定単位数×3.1%）
	ベースアップ加算（当該月の所定単位数×2.3%）

(2) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
食材料費等	<p>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。</p> <p>・食材料費 1, 400円／日額 （内訳：朝300円・昼400円・おやつ100円・夕600円）</p> <p>【特別食（ムース食・ゼリー食） 2, 000円／日 （内訳：朝400円・昼700円・おやつ200円・夕700円）</p>
居室の利用	<p>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。なお、入院時及び外泊時においても居室料は必要です。</p> <p>3, 500円／日額（30日計算 105, 000円）</p> <p>冷暖房費 3, 000円／月</p>
敷金	<p>100, 000円（家賃1か月分相当）</p> <p>・退去時には、原状回復に必要とした金額を差し引いて、領収書を添付して返金します。</p> <p>・原状回復の箇所および施工業者は、事前に見積もりを取り利用者または代理人の同意を得て実施します。</p> <p>・入居日から3ヶ月以内に退去となった場合には、原則全額を返金します。</p>
その他	<p>医療費、理美容代、おむつ代等は必要に応じて個別に徴収</p> <p>歯科往診費、寝具リース代（日額75円（外税））、自治会費（月額300円）は希望の有無を確認の上、個別に徴収</p>
料金の改定	<p>料金を改定する場合は、改定の1か月以上前に利用者に書面で連絡します。</p>
サービス 提供証明書	<p>利用者が法定代理受領サービスを利用できない場合、利用料は、いったん全額自己負担になります。この場合、事業者は、後日、利用者が償還払いを受けられるように、サービス提供証明書を発行します。</p>

(3) 利用料の支払について

振込先	りそな銀行近鉄西大寺支店 普通口座 1109657 有限会社プランニングフォー (毎月10日までにお振り込み下さい。なお、振込手数料は利用者様のご負担となります。)
-----	--

8. 入居に当たっての留意事項

面 会	・面会時間は9:00～20:00とします。面会前に1階 事務室で面会の旨及び人数を申告し、面会簿への記入をお願いします。 ・面会時には、他の利用者に迷惑がかからないようにお願いします。
ペット等の動物の持ち込み	・利用者並びに面会者のペット等の持ち込みは固くお断りします（感染症事故予防のため）。
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、賠償していただく事があります。 ・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。
利用者家族会等の有無	無し
利用者家族に対する広報	有り（月1回、月間報告書と広報誌による）

9. 協力医療機関

名 称	奥村医院
所 地	〒639-1103奈良県大和郡山市美濃庄町297-44
電話番号	0743-54-0058
診 察 科	内科・皮膚科・小児科
入院設備	無し
救急指定	無し
協力関係	・月2回の往診

名 称	西奈良中央病院
所 地	〒631-0022 奈良県奈良市鶴舞西町1-15
電話番号	0742-43-3333
診 察 科	内科・外科・整形外科・泌尿器科・循環器科・リハビリ科・健康管理科
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入

名 称	高の原中央病院
所 地	〒631-0805 奈良県奈良市右京1丁目3-3
電話番号	0742-71-1030
診 察 科	内科・神経内科・循環器科・外科・脳神経外科・整形外科・泌尿器科他
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入

10. 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 消防計画：平成20年3月30日奈良西消防署へ届出 防火管理者：恩塚浩史
緊急対応	火災，地震等天変地異に対しては，非常口及び消火器等の緊急用設備を使い安全な場所に速やかに避難させる。また，利用者の身体に異常が生じた場合には迅速な判断のうえ，救急車を要請するとともに応急処置を行う。
避難訓練	年2回以上実施（内1回は夜間を想定）
防災設備等	自動火災報知器・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・誘導灯・消火器

11. 苦情申立

当事業所 苦情・相談窓口	古都の家 学園前 相談受付担当者：川村 仁 連絡先電話番号：0742-40-1315 苦情及び心配事等，気兼ねなくご相談下さい。
外部苦情申立機関	機関名：奈良市介護福祉課 連絡先電話番号：0742-34-5422 機関名：奈良県国民健康保険団体連合会 介護保険課 連絡先電話番号：0744-29-8319

12. 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。

13. その他の事項

秘密の保持	介護保険法等の規定に基づき，正当な理由なく，知り得た秘密を漏らしません。
家族等への連絡	希望があった場合，利用者に連絡するのと同様の通知を利用者の家族等へも行います。
個人情報の使用	利用者の氏名、家族関係、健康状態、病歴、要介護情報など、適切な介護・医療サービスを確保できるよう必要最小限の情報を連携する医療機関、介護サービス事業所に開示します。
記録の保管	サービス提供の記録は，5年間保管します。 記録の閲覧及び写しの交付は，利用者本人及び家族に限り可能です。
損害保険への加入	当事業所は，賠償責任保険に加入しています。 保険契約の内容については，相談窓口で確認することができます。
第三者評価の有無	有（最終：令和5年12月31日確定）

1 4. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容を変更する場合は，利用者に書面を交付し，口頭でその内容を説明することによって通知し，その書面に利用者が署名捺印することにより，同意を確認します。

私は，書面に基づいて，事業所の職員から，上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

代理人 住 所

氏 名

身元引受人 住 所

氏 名

事業者 住 所 奈良市二名東町 3 7 5 0 番地 2

事業所名 古都の家 学園前

説明者名