

**ココファンホーム湘南台 重要事項説明書**

**1、事業主体概要**

作成日

令和6/ 2/5

事業主体名称	株式会社学研ココファン
代表者	代表取締役 森 猛
所在地	東京都品川区西五反田2-11-8
連絡先	03-6431-1860

**2、ホーム概要**

ホーム名称	ココファンホーム湘南台		
ホーム種別	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		
指定番号	1492200595		
開設年月日	2015年10月1日		
管理者	岩波 寛幸		
所在地	神奈川県藤沢市石川6丁目25-3		
連絡先	TEL	0466-89-6101	FAX 0466-89-6102
交通の便	小田急線・相鉄線「湘南台」駅下車 西口よりバス「公園北」下車 徒歩2分		
建物概要	延べ床面積 1,549.86㎡ 鉄筋コンクリート4階建		
居室形態	全室個室 定員9名 18㎡～36㎡		
共用部分概要	リビングダイニング・キッチン・浴室・脱衣所・トイレ・洗面		
緊急連絡・安否確認	全室(トイレ・浴室)緊急呼び出しボタン・自動警報装置・消火器・スプリンクラー・セキュリティシステム		
事業の目的・運営の方針	<p>事業所の介護従業者及び計画作成担当者が、要支援及び要介護状態であって認知症の状態にある者に対し、適切な指定認知症共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする。事業所の介護従業者及び計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者が共同生活住居において入浴・排泄・食事等の介護及び尊厳のある自立した日常生活を営むことが出来る様な日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行います。</p> <p>事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p>		

### 3、職員体制

職種	常勤		非常勤		兼務状況
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1				
計画作成担当者	1				
介護従業員	2		5		
従業者の職務内容	・管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。				
	・計画作成担当者は、適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、連携する介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携及び調整を行います。				
	・介護従業者は、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供を行います。				

### 4、サービスの内容

提供する介護サービスの内容	認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づく、入居者の生活歴及び心身の状態に応じた認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護の提供をします。	
	食事	食材費は介護保険給付対象外です。食事は離床して食堂でとって頂くように配慮します。
	入浴	利用者の状況に応じ適切な入浴の介助を行います。
	排泄	利用者の状況に応じ適切な排泄の介助と、排泄の自立に向けた援助を行います。
	日常生活	寝たきり防止のため、離床に配慮します。その他、着替え、整容、シーツ交換、洗濯、居室内清掃を行います。
	機能訓練	離床援助、屋外散歩同行、家事共同等により生活機能の維持・改善に努めます。
	医師手配	利用者の状況に応じ、医師の往診の手配又は医療機関への受診を実施します。
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。	
上記以外の別途費用負担の必要なサービスと利用料	外部サービスを希望される場合は利用者全額自己負担となります。(外部委託による理美容サービス、おむつ、医療に係る医療保険の一部負担金、利用者の都合による買い物、タクシーなど)	

## 5、協力医療機関の概要

協力医療機関	名称	湘南台スマイルクリニック
	診療科目	内科、老年精神科
	所在地	藤沢市湘南台1-26-7
	協力内容	訪問診療及び往診、健康相談など
協力医療機関	名称	アクアデンタルクリニック
	診療科目	歯科
	所在地	平塚市四之宮1-3-57
	協力内容	往診による歯科診療、歯科相談など

## 6、利用料

費用の支払方法	入居時請求:請求書を発行します。敷金及び月額利用料金の当月分と翌月分を入居時までにご入金ください。		
	月額利用料金:翌月前払い。(毎月27日口座振替)		
	介護保険料の自己負担金及びその他の費用: 毎月末日締め利用月の翌月実績払い。(毎月27日口座振替)		
敷金	家賃の2か月分(160,000~172,000円)		
敷金の使途	利用者の故意・過失・善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による消耗・毀損があった場合には、復旧する際の原状回復費用を差し引いて、退去時に残額を返還します。また、未払い家賃がある場合は、敷金から差し引いて、退去時に残額を返還します。		
入退去時の精算方法	月額利用料金は一ヶ月を30日とする日割り計算とします。 食材費については1日1,500円で計算します。		
月額利用料金	家賃	80,000円(除く111号室)	86,000円(111号室)
	食材費	朝食300円	昼食600円 夕食600円
	管理費	61,500円(全室一律)	
	光熱水費	10,000円(全室一律)	
介護保険料の自己負担金	介護度に応じ支払われる保険料の1割~3割負担(個人の負担割合に準ずる)		
その他の費用	個人的な生活用品・診療代・おむつ代・理美容代 外部サービス利用料の費用は全額自己負担		
費用・利用料の改定規定	経済情勢の変動・公租公課の増額、近隣の施設の利用料との比較により著しく不相応となった場合は、3ヶ月前に利用者及び利用者代理人に説明し、同意を得ます。		

※家賃・管理費・光熱水費は入院時等の不在時もお支払い頂きますのでご了承ください。

● 当ホームにおける介護報酬について（利用者負担分）

要介護認定等の結果	介護報酬の単位	介護報酬の額の目安(日)			介護報酬の額の目安(30日分、加算含まず)		
		1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	760単位	801円	1602円	2403円	24,032円	48,063円	72,094円
要介護1	764単位	806円	1611円	2416円	24,158円	48,316円	72,473円
要介護2	800単位	844円	1687円	2530円	25,296円	50,592円	75,888円
要介護3	823単位	868円	1735円	2603円	26,024円	52,047円	78,070円
要介護4	840単位	886円	1771円	2656円	26,561円	53,122円	79,683円
要介護5	858単位	905円	1809円	2713円	27,130円	54,260円	81,390円
初期加算	30単位	32円	64円	95円	949円	1,898円	2,846円
医療連携加算	39単位	42円	83円	124円	1,234円	2,467円	3,700円
若年性認知症利用者受入加算	120単位	127円	253円	380円	3,795円	7,589円	11,384円
看取り介護加算	死亡日以前31日以上～45日以下	72単位	76円	152円	228円	1日当たりの料金	
	死亡日以前4～30日	144単位	152円	304円	456円	1日当たりの料金	
	死亡日以前2～3日	680単位	717円	1434円	2151円	1日当たりの料金	
	死亡日当日	1280単位	1350円	2699円	4048円	1日当たりの料金	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	(所定単位数に111/1000を乗じた単位数を算定) 介護職員の処遇改善の取り組みとして、介護職員の資質向上の取り組み、一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを実施要件とし算定						
介護職員特定処遇改善加算Ⅱ	(所定単位数に23/1000を乗じた単位数を算定) 処遇改善加算のⅠ～Ⅲにいずれかを取得していて、同加算における「職場環境等要件」で複数の取り組みを行っている、ホームページへの掲載など処遇改善の取り組みを見える化している等を実施要件として算定						
介護職員等ベースアップ等支援加算	(所定単位数に23/1000を乗じた単位数を算定) 処遇改善加算Ⅰ～Ⅲいずれかを取得していて同加算におけるベースアップ要件及び処遇改善を実施要件として算定						

- ・ 当ホームの介護報酬額は、1単位＝10.54円(4級地)です。
- ・ 報酬額は、(報酬の単位) × (利用日数) × (単位の単価) × (1割～3割)で求めます。
- ・ 上記の介護報酬は、実際の利用日数に応じて決定します。
- ・ 消費税は非課税です。

※初期加算適用の場合(入居日から30日間)及び医療連携体制加算の適用の場合

【初期加算…30単位】【医療連携加算…39単位】【若年性認知症利用者受入加算…120単位】

{(介護報酬の単位)+(加算単位)} × (利用日数) × (単位の単価) × (1割～3割)

## 7、入居・退去等

入居者の条件	藤沢市民且つ介護認定の要支援2・要介護1～5の認定者及び診断書に基づく認知症認定者
身元引受人の条件	身元引受人 1名(必要に応じ2名) ※ただし、社会通念上、身元引受人を定めることができない相当の理由がある場合はその限りではありません。
契約の解除	1ヶ月前に書面にて連絡
入居後に居室又は施設を移る場合	医療的な治療が必要な場合は病院へ入院となります。入居者が入院された場合(14日以内に退院した場合、退院後も入居できます)14日を超える入院の場合は文書で通知の上、契約を終了させていただく場合もあります。なお、この場合、退院後に再度入居を希望される場合はお申し出下さい。

## 8、ホーム利用に当たっての留意事項

来訪・面会	来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。
所持品の管理	入居時・退去時また、その都度必要に応じ、所持品を確認し管理します。
金銭等の管理	利用者の現金及び預貯金については原則として管理しません。また、財産の管理運用についても行いません。 ただし、日常生活に必要な場合はホームによる立替払いを行います。その際、使用明細については毎月領収書を添えて請求します。
食事のキャンセル	食事のキャンセルについては1日前の17:00までにお申し出ください。それ以降のお申し出につきましては材料費として食事代を頂きます。

## 9、その他

身体拘束	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に緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。 身体的拘束等を行う場合、緊急やむを得ない場合に該当するかを検討します。 緊急やむを得ない場合には、ご家族へ説明・報告し、結果を記録します。 身体拘束等を行った場合、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を記録します。また、後日検討会議を開き、行った身体拘束に関して再検討を行います。
ハラスメントの対策	字研ココファンはお客さまとの信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供して参ります。 サービスご利用時における、お客さまからの殴る、蹴るなどの身体的攻撃、暴言、威嚇などの精神的な攻撃、職員の身体を触る、卑猥な冗談、しつこく男女関係を迫るなどの性的行為、過大な要求、その他ハラスメント等の著しい迷惑行為が発生した場合は居宅介護支援事業所の介護支援専門員等関係機関に状況を共有し解決を図ります。 状況が改善しない場合はサービスの提供を致しかねることもありますことをご了承ください。 事業所と致しましても、ハラスメントに関する研修の実施や状況の把握、未然防止への点検等の取り組み、相談報告の体制を整えて参ります。 迷惑行為が発生した場合は行政や地域包括支援センター等関係機関に状況を共有し解決を図ります。
事故発生時の対応	事故発生時の対応のため緊急連絡網を作成し施設長を中心に連絡体制の確保をし、協力医療機関の指示を仰ぎ対応します。 また、速やかに利用者の身元引受人等及び藤沢市介護保険課等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。 事故については事故の状況・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。

非常災害時の対策	非常災害が発生した場合は当ホームの災害計画に従い、迅速かつ安全な避難誘導を行います。 非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を消防計画に則り行います。
秘密の保持	(1) 当ホームの従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその後見人又はご家族の秘密を漏らしません。 (2) 当ホームの従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びその後見人又はご家族の秘密を漏らしません。 (3) ホームでは、利用者の医療上緊急の必要がある場合等に限って、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者及びその後見人又はご家族の個人情報を用います。
苦情対応	ホーム内 ココファンホーム湘南台(0466-89-6101)に於いて随時対応、また受付窓口にて苦情箱を設置し、管理者が苦情対応にあたります。
	学研ココファン本部 月～金 8:30～17:30 03-6431-1863    メールアドレス: co-soudan@cocofump.co.jp
	藤沢市介護保険課 月～金 8:30～17:00 0466-50-8270
	神奈川県国民健康保険団体連合会 月～金 8:30～17:15 045-329-3447(介護苦情相談課)
運営推進会議	利用者及び利用者家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、藤沢市介護保険課職員、民生委員で構成し概ね2か月に1回開催します。ホームの活動状況を報告し、推進委員から評価・要望・助言等を受け、サービスの質の向上及び適切な運営が出来るようにします。
損害賠償	失火責任法の適用がある場合を除き、ホーム側の故意又は過失による損害についてはホーム賠償責任を負います。
入居者保険の有無	入居時、傷害保険の任意加入を求めます。保険料は利用者自己負担となります。(年額15,000円程度)
損害賠償の有無	入居者の責めに基づき、汚損・破損もしくは滅失した場合は、その代価を支払います。

私は(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行い、同意の上、交付しました。

年 月 日

説明者

職名:

氏名:

私は(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明に同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者

住所:

氏名:

署名代行者

住所:

氏名:

