

重 要 事 項 説 明 書

(指定訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業)

1.法人概要

作成日 令和 7年 月 日

法人名	株式会社学研ココファン
代表者名	代表取締役 森 猛
法人所在地	東京都品川区西五反田2-11-8
学研ココファングループ 企業理念	私たち学研ココファングループはすべての人が心ゆたかに生きることを願い、今日の感動・満足・安心と明日への夢・希望を提供します
学研ココファンスピリッツ	1. 私たちは、一人でも多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。 1. 私たちは、高齢者の尊厳を守り、一人ひとりの心と身体がよりよい状態に向かうことを考え行動します。 1. 私たちは、そこで暮らす人とのふれあいを通し、学ぶ心を持ち、人間的魅力を身につけて、それを発揮します。
介護保険関連の事業	訪問介護/訪問看護/通所介護/短期入所生活介護/特定施設入居者生活介護/小規模多機能型居宅介護/認知症対応型共同生活介護/居宅介護支援 等

2.事業所の概要

事業所名	学研ココファン浜松成子ヘルパーセンター
事業の目的	要介護または要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、訪問介護サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業による訪問型サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令およびこの契約の定めに基づき、関係する区市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
当事業所の管理者	堀内 由香里
サービスの種類	訪問介護/ 浜松市介護予防・日常生活支援総合事業
併設サービスの種類	サービス付き高齢者向け住宅・通所介護
指定年月日/指定番号	令和1年 9月 1日 / 2277205403
所在地	〒432-8035 静岡県浜松市中央区成子町12番
電話・FAX	電話 053-454-3930 FAX 053-454-3931
通常の事業の実施地域	浜松市

3. 営業日、営業時間・サービス提供日、提供時間帯

営業日	月曜日～金曜日				
営業時間	8:30～17:30				
休業日	土曜日、日曜日、年末年始（12月31日～1月2日）				
サービス提供日	毎日				
サービス提供時間帯	通常時間帯 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～ 22:00	深夜 22:00～6:00	備考
平日	○	○	○	○	
土日	○	○	○	○	
祝日	○	○	○	○	

4. 職員体制

管理者	1名	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う
サービス提供責任者	1名以上	事業所に対する指定訪問介護等の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画、第1号訪問事業に係るサービス計画の作成等を行う
訪問介護員	2.5名以上	訪問介護等の提供に当たる

5. 提供するサービスの内容

<p>(1) 身体介護</p> <p>① 排泄介助 ② 食事介助 ③ 特段の配慮をもった調理 ④ 清拭 ⑤ 部分浴 ⑥ 全身浴 ⑦ 洗面等 ⑧ 身体整容 ⑨ 起床介助 ⑩ 就寝介助</p> <p>※⑩は自立支援のために、ヘルパーが常時介助できる状態で安全を確保しつつ、見守りながらともに行う家事などです。</p>	<p>(2) 生活援助</p> <p>① 買物 ② 調理 ③ 掃除 ④ 洗濯 ⑤ 薬の受け取り ⑥ 配膳・下膳 ⑦ ベッドメイク ⑧ その他</p> <p>※同居のご家族等がいらっしゃる場合、原則として生活援助は適用できません</p>
--	---

上記サービスを行うにあたっての準備や、健康チェック、環境整備、サービス提供後の記録作業に要する時間についても、提供時間に含まれますのでご了承ください。

※ヘルパーの訪問、退室の管理のため、ご自宅内の持ち出しができないところに「ICタグ」を貼付します。

※サービス提供記録は、電子データとして記録し、当事業所で保管します。

ご希望の場合、事業所より印刷してお渡しします。

※サービス提供のために使用する居宅の水道、ガス、電気、電話の費用は利用者負担とさせていただきます。

6. 利用料金

介護保険利用料 及びその他の費用	別紙にて詳しく説明させていただきます。
別紙以外の費用	事業者が所有する物品をご利用者の責により紛失・破損等した場合はその物品の相当額を頂きます。
支払方法	<p>○上記、利用料金は1ヶ月分をまとめて請求させていただきます。</p> <p>○当月の利用料金を翌月の15日頃までに請求いたします。</p> <p>○ご利用月の翌月27日に銀行等より引き落としさせていただきます。</p> <p>○27日が金融機関の休業日の場合、翌営業日の扱いとなります。</p> <p>○引落とし手続きが完了していない場合、弊社指定の口座に振込みにてお支払いください。</p>
償還払い	<p>要介護認定を受けていない場合、居宅サービス（予防）計画（ケアプラン）が作成されていない場合等は一度、介護保険利用料金の全額をお支払い頂きます。</p> <p>償還払いとなる場合、ご利用者が保険者に保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。保険給付額は自己負担額を除いた金額となります。</p>

7. サービス利用の中止について

① 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。	
連絡先（事業所）	学研ココファン浜松成子ヘルパーセンター
電話	053-454-3930
②ご利用者の都合でサービスを中止する場合、キャンセル料をご負担いただく場合があります。但し、体調の急変など緊急やむを得ない場合をのぞきます。	
③人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに通知いたします。	

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1)	事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。
(2)	事業所では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご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。
(3)	職員は、業務上知り得た利用者及びその家族の個人情報等の秘密を、他の第三者へ漏えいしません。職員でなくなった後もその義務を負うものとします。

9. 事故発生時及び緊急時の対応

事故が起きた場合	サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前打ち合わせにより、主治医、救急隊、家族等へ連絡します。
	市町村、家族等、居宅介護支援事業者等への連絡を行うなど必要な措置を講じます。
	サービス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います。

事故の再発防止	事故原因を解明し、再発防止のために対策を講じ、職員間で共有します。 事故に至らなかったが介護事故が発生しそうな場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくとならば介護事故に結びつく可能性が高いものについて事前に情報を収集し、未然防止対策を講じます。
緊急時の対応	職員は、事業の実施中に利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときには、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告する。 天災その他の災害が発生した場合は、利用者の避難等の措置を講ずる他、管理者の指示に従う。 具体的な連絡は、別紙「緊急時連絡票」のとおり連絡対応する。
事業所の緊急時連絡先	学研ココファン浜松成子ヘルパーセンター 担当:管理者 堀内 由香里
	受付時間：8:30-17:30
	受付電話番号：070-1261-0151

10. 苦情相談窓口

当事業所の 相談・苦情窓口	担当者	学研ココファン浜松成子ヘルパーセンター 管理者 堀内 由香里
	電話	053-454-3930
	FAX	053-454-3931
	Eメール	co-soudan@cocofump.co.jp
	受付日	月曜日～金曜日
	受付時間	8:30～17:30
中央福祉事業所 長寿支援課 (中央区役所内)		053-457-2324
静岡県国民健康保険団体連合会 (9:00～17:00)月～金		054-253-5580 (介護苦情相談課) 054-253-5590 (苦情専用)
苦情対応の手順	<p>1. 提供した指定訪問介護等に係る利用者及びその代理人からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。</p> <p>2. 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための手順は以下のとおりとします。 ①苦情があった場合、速やかに事実関係の調査を実施し、改善の措置を行います。 その内容について、利用者及び家族に対する説明を行い、当該苦情の内容等を記録します。 ②事業者は、提供した指定訪問介護等に関し、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該 県若しくは市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとし、確認した内容の報告と検討を行います。 ③事業者は市町村、国保連から求めがあった場合は改善の内容を報告します。</p>	

1.1.当事業所の特徴

事 項	有無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	○	
従業員への研修の実施	○	月1回以上研修を実施しています
サービスマニュアル（手順書）の作成	○	訪問介護計画に沿ったマニュアルを作成しています

1.2 その他運営についての留意事項

事 項	備 考		
ハラスメント対策について	<p>学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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
衛生管理等	<p>(1) 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をおおむね6月に1回以上開催するとともに、結果について訪問介護員等に周知徹底します</p> <p>(2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します</p> <p>(3) 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</p> <p>(4) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います</p> <p>(5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます</p>		
虐待の防止及び身体拘束等について	<p>事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">虐待防止に関する担当者</td> <td>管理者：堀内 由香里</td> </tr> </table> <p>(2) 成年後見人制度の利用を支援します。</p> <p>(3) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について訪問介護員等に周知徹底を図ります</p> <p>(4) 虐待防止のための指針を整備します</p> <p>(5) 訪問介護員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します</p> <p>(6) 利用者及びその代理人からの苦情対応体制を整備します</p> <p>(7) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。</p> <p>(8) 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を行わないこととし、やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。</p>	虐待防止に関する担当者	管理者：堀内 由香里
虐待防止に関する担当者	管理者：堀内 由香里		
業務継続計画の策定等	<p>(1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します</p> <p>(2) 訪問介護員等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</p> <p>(3) 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</p>		
地域との連携等	<p>事業所の同一の建物に居住する利用者だけでなく、同一建物に居住する利用者以外の方に対しても指定訪問介護の提供を行うよう努めます</p>		
職員の研修	<p>職員の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備します。</p> <p>(1) 採用時研修 採用後3ヶ月以内</p> <p>(2) 継続研修 年1回以上</p>		
第三者評価について	<p>第三者評価は未実施</p>		

指定訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行い、同意を得て、交付を行いました。

令和 7 年 月 日

法人名 株式会社学研ココファン

事業所名 学研ココファン浜松成子ヘルパーセンター

説明者氏名 堀内由香里

私は本書面に基づき、事業者から指定訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業についての重要事項の説明を受け、同意し、本書面の交付を受けました。

令和 7 年 月 日

利用者

住所

氏名

代理人

住所

氏名

(続柄)