

地域密着型通所介護事業

ココフレ

重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

法人名 株式会社ココフレ

所在地 栃木県佐野市植野町 1953-1

電話番号 0283-55-5025

代表者氏名 代表取締役 森 裕紀夫

2. 事業所の概要

(1) 事業所の名称

ココフレ

(2) 事業所の種類等

地域密着型通所介護事業及び介護予防通所介護相当サービス事業

介護保険事業所番号 0990400483

開設年月日 令和7年9月1日

(3) 事業所の所在地・電話番号

住所 栃木県佐野市植野町1953-1

電話番号 0283-55-5025

(4) 管理者氏名

森 璃歩

(5) 事業所の目的

株式会社ココフレ(以下、「事業者」という。)が開設するココフレ(以下、「事業所」という。)が行う地域密着型通所介護事業(以下、「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び機能訓練指導員、看護職員、介護職員(以下「従業者」という。)が、当該事業所において排泄の介助、その他日常生活上の世話又は支援、機能訓練等の適切な地域密着型通所介護を提供することを目的とします。

(6) 運営の方針

① 指定地域密着型通所介護の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる

よう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指します。

② 事業の実施に当たっては、要介護者となることの予防又はその状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、他の居宅(介護予防)サービス事業者、その他の保健・医療・福祉サービスを提供する者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 事業実地地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

佐野市

(2) 営業日及び営業時間

営業日		月曜日から金曜日 お盆(8/13～8/16)、年末年始(12/31～1/3)を除く
営業時間		8時30分～17時30分
サービス提供時間	1単位目	9時00分～12時00分
	2単位目	13時45分～16時45分

4. 職員の配置状況 *職員配置については、指導基準を遵守しています。

職種	員数	職務内容
管理者	1名	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う
生活相談員	1名以上	指定地域密着型通所介護利用等に関する相談及び調整を行う 日常生活に関する相談及びアドバイスを行う
機能訓練指導員	1名以上	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、指導及び助言を行う
介護職員	1名以上	日常生活上の支援を行う

看護職員	定員 11 名以上の際 1 名以上	健康状態を常に把握し、保健衛生管理、健康観理に関する業務を行う
------	----------------------	---------------------------------

5. 利用定員

1単位目 10 名

2単位目 10 名

6. 提供するサービスの内容

当事業所が提供するサービスは、指定居宅介護支援事業者又はご利用者本人が作成した居宅サービス計画書に基づき、次にかかげるサービスを内容とする指定地域密着型通所介護計画を作成した上でご利用者及びご家族に説明した内容で提供いたします。

- ① 日常生活上の世話及び支援
- ② 機能訓練・日常生活動作訓練
- ③ 健康チェック
- ④ 送迎サービス
- ⑤ 生活、身体、介護に関する相談援助、助言、指導
- ⑥ 家族指導

7. 利用料その他の費用の額及び支払い方法

「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割、又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 基本利用料

要介護度	単位数(1回当たり)	1割の利用料金 (1回当たり)
要介護 1	416 単位	416 円
要介護 2	478 単位	478 円
要介護 3	540 単位	540 円

要介護 4	600 単位	600 円
要介護 5	663 単位	663 円

(2) 加算項目 事業所評価加算適合年度は料金に含む。

個別機能訓練加算 I イ	56 単位／回	56 円／回
個別機能訓練加算 II	20 単位／月	20 円／月
科学的介護推進体制加算	40 単位／月	40 円／月
口腔機能向上加算 II	160 単位 2 回／月	160 円 2 回／月
介護職員処遇改善加算 II	所定単位数×90/1000 (9.0%)	

利用料金に関しては 2・3 割の方は上記利用料の 2・3 倍となりますのでご了承ください。

(3) 請求書の発行と利用者負担金の支払い方法

毎月10日以降に前月分の請求書を発行いたします。原則として、口座振替にてお支払いください。毎月20日に銀行引き落としとなります。

※ 一部指定いただけない金融機関があります。

※ 引き落とし日が金融機関休日の場合は翌営業日となります。

(4) 領収書の発行

事業所は、利用者又はそのご家族より利用料金の支払いを受けた場合は、領収書を発行します。

8. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) 利用時間中の中止

次の事由に該当する場合、利用時間中でもサービスを中止し、帰宅していただく場合があります。

- ① 利用者が中途帰宅を希望した場合
- ② 利用時の健康チェックの結果、通常でなかった場合
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合

※サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治の医師、緊急連絡先、担当介護支援専門員等へ連絡し必要な措置を講じます。連絡後は、緊急の場合を除きご家族で対応していただきます。

(2)留意事項

- ① 利用者が機能訓練室を利用する際には、従業者の支援のもとで利用すること。
- ② 利用者及びその家族は、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を従業者に連絡し、心身の状況に応じた利用を心がけること。
- ③ 利用者及びその家族は他の利用者及び従業者に対して、宗教活動や営利を目的とした勧誘、暴力・暴言等を行ってはならない。
- ④ 故意に施設の設備・備品を破損しない。
- ⑤ 時間に遅れた場合は、送迎サービスを受けられない場合がある。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中にご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、ご家族・居宅介護支援事業所等へ連絡します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

万が一、ご利用者が利用中に事故が発生した場合は、市町村、当該利用者のご家族、当該利用者に関わる居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供にあたり賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその損害を賠償いたします。

11. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は、火気・消防等についての責任者を定め、消火、通報及び避難の訓練を年2回以上定期的に行います。又、感染症や災害が発生した場合であっても、その事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携及び協力を行う体制を構築するよう努めます。

12. サービス内容に関する相談・苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、お気軽にお申し出ください。迅速に対応いたします。

(1)苦情窓口 ココフレ

管理者 森 璃歩

電話番号 0283-55-5025

(2)その他苦情受付機関

① 佐野市介護保険課

電話番号 0283-20-3022

住所 栃木県佐野市高砂町1番地(1階)

② 栃木県国民健康保険団体連合会

電話番号 028-622-7242

住所 栃木県宇都宮市本町3番9号 栃木県本町合同ビル6階

13.衛生管理等

利用者の使用する施設、設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めます。又、事業所において感染症の発生、及び、まん延を防止するために必要な措置を実施します。

14.個人情報の保護

- ① 利用者又はその家族の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。
- ② 事業者が得た利用者又はその家族の個人情報については、事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の同意を得るものとします。
- ③ 契約時には個人情報について説明し、同意を文書にて得ることとします。

15.高齢者虐待防止の推進

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

- (1)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の定期的な開催及び結果の従業者への周知徹底
- (2)虐待防止のための指針整備
- (3)従業者への虐待防止のための定期的な研修の実施

(4)前3号の措置を適切に実施するための担当者の設置

- ① 研修 年1回
- ② 担当者 森 璃歩

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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。

16. 身体拘束適正化

事業所は、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、身体拘束その他利用者の行動を抑制する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、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。

同意書

通所介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき契約書及び重要事項の説明を行いました。

法人名 株式会社 ココフレ
代表者名 代表取締役 森 裕紀夫
事業所名 ココフレ
住所 佐野市植野町1953-1
説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び契約書の説明を受け、サービスの提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

令和 年 月 日

(利用者) 氏名 印 _____

住所 _____

(家族・代理人)

氏名 印 (続柄) _____

住所 _____

※代筆の場合、代筆者の氏名・住所を併記すること。