

訪問介護 重要事項説明書

1. 会社の概要

会社名	株式会社コスモスケアサービス		
代表者名	代表取締役 山田 憲一		
本社所在地	静岡県沼津市東間門144		
電話番号	055-952-0032	FAX番号	055-962-2707
設立	平成 7年11月 1日	資本金	1,000万円
※ 個人情報の取扱いについては ホームページ(http://cosmos-group.co.jp/care/)を参照			

2. 会社理念

当社は、人のケア、家族のケア、地域のケアを通し、お客様の生き甲斐を創造します。すべての人の生きている意味や価値を大切にし、人間を尊重します。

3. 事業の目的・方針

- a. 訪問介護サービスは、要介護状態となった場合においても、そのお客様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ことを目的とし、目標を設定して、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活全般にわたる援助・支援を計画的に行うこととします。
- b. 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 事業所の概要・連絡先

事業所名	コスモス沼津
所在地	静岡県沼津市東間門1-3-3
電話番号／FAX番号	TEL:055-952-2940／FAX:055-952-2946
管理者	志賀 強
指定年月日(更新)	平成 20年 4月 1日 (更新:令和 2年 4月 1日)
介護保険事業所番号	2271101582
第三者評価の実施状況	なし

5. サービス提供地域

サービス提供地域	沼津市・清水町
----------	---------

6. 営業日および営業時間、サービス提供時間

営業日	日曜日～土曜日
-----	---------

休業日	12/31～1/3 ※ サービスがない日や荒天時等は臨時休業と場合があります
営業時間	8:30～17:30

7. 事業所の職員体制等（令和 7 年 4 月 1 日 現在）

職種	資格	常勤	非常勤	兼務の職種等	職務内容
管理者	—	1 人	—	他サービス兼務	従業者および業務の管理を一元的に行います
サービス提供責任者	—	3 人	0 人	訪問介護員兼務	利用申込み、調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行います
訪問介護員	介護福祉士	6 人	11 人		訪問介護サービスを行います
	介護職員 実践者、基礎、初任者 研修修了者	1 人	8 人		
	その他	0 人	0 人		
その他	—	0 人	0 人		
研 修	サービスの質の向上を図るため、定期的に研修の機会を設けています。				

8. サービス内容

居宅サービス計画に基づき介護保険法が定める以下のサービスを提供します。

a. 身体介護サービスの範囲

	できること	できないこと
食事	● 食べることや飲むことの援助 ● つかえたり、こぼしたりした時のための見守りや後始末 ● <u>歯磨きやうがい、義歯の洗浄など口の中を清潔に保つための援助</u> ● 医師や管理栄養士が指導・作成した献立の調理	● チューブやカテーテルの挿入
排泄	● トイレへの移動や介助 ● ポータブルトイレ・差込便器・尿器による介助および器具の洗浄 ● オムツ交換（陰部清拭や洗浄を含む）と使用後のオムツの処理 ● <u>いわゆるイチジク浣腸の実施</u> ● <u>自己導尿の介助</u> ● <u>排尿カテーテル内の尿の破棄およびストマパウチ内の便の破棄</u>	● 摘便や一部の浣腸、導尿の実施 ● 膀胱洗浄 ● 人工肛門や排尿カテーテルの交換
清潔	● 清拭（部分・全身）、足浴・手浴 ● 入浴やシャワー浴の介助や見守り、洗髪 ● 着替え、整容、歯磨き、<u>爪切り</u> ● <u>軽微な傷の処置</u>	● 散髪 ● 巻爪など変形した爪の爪切り ● 褥瘡（床ずれ）の処置 ● 医療的判断が必要な傷の処置

移動	● 体位変換の介助 ● 身体を起こし車椅子等への移乗の介助 ● 室内移動の介助 ● タクシー・バス・電車・車椅子・徒歩等での目的がある外出の付き添い（通院介助・銀行・郵便局・役所・選挙の投票・生活必需品の買物等）	● 通院中の病院内での付き添い（保険者への確認により、介護保険対応となる場合もあります） ● <u>目的のはっきりしない外出</u>の付き添い（車椅子や徒歩での散歩等）
その他	● 一回分が取り分けてある<u>内服薬の介助*</u> ● <u>軟膏塗布*</u>、<u>湿布の貼付*</u>、<u>点眼薬の点眼*</u>、<u>座薬の挿入*</u> ● <u>ネブライザーなどでの鼻腔内への薬剤噴霧*</u> ● 褥瘡（床ずれ）予防のための体位変換 ● 機能維持のために掃除や調理などをヘルパーと一緒にいう自立援助 ● 厚労省の条件を満たす場合の<u>体温・血圧・動脈血酸素飽和度の測定</u>	● 一回分の薬の取り分けや処方された薬の仕分け ● 厚労省の条件を満たさない場合の左記の行為 ● 入院中の付き添い ● ご家族に代わっての入院や手術の同意 ● 酸素の流量管理や点滴の針を抜く等の医療行為 ● リハビリ、マッサージ

注1) 別に区市町村等によるサービス範囲の取り決めが有る場合には、それに従うものとします。

注2) 上記の行為を「医療除外行為」とし、【*】の行為を「医薬品を使用するサービス」とします。

注3) 上記の他に、2012年4月1日施行の「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正に基づく制度に則った喀痰吸引・経管栄養（以下「喀痰吸引等」という）を実施した場合は身体介護となります。ただし、当事業所及び訪問介護員等が実施条件を満たした時に限ります。

b. 生活援助サービスの範囲

i. 生活援助は、お客様が単身、家族が障害・疾病などのため、お客様や家族が家事を行うことが困難な場合に、お客様に対して行われます。

	できること	できないこと
調理	● 一般的な家庭料理の調理 ● 配膳や下膳 ● 調理後や食後の後片付け ● 食品の管理 ● おかゆやキザミ食の調理	● 契約時間で終わらないような時間のかかる調理 ● お客様以外の方のための調理
衣類の洗濯 補修	● 日常的な衣類の洗濯、乾燥、取り込み、整理 ● 小物のアイロンがけ ● 簡単な衣類の補修	● 家庭用の洗濯機で洗えない大きな物やドライクリーニングが必要な物の洗濯 ● お客様以外の方の衣類等の洗濯

掃除 整理整頓	● お客様が日常生活に使用している場所の掃除 ● 日常生活用品の整理整頓 ● 寝具・シーツ交換 ● 布団干し ● ゴミ捨て	● 共有スペースやご家族の部屋、普段使わない部屋の掃除 ● 大掃除(窓の掃除や換気扇の掃除を含む)や大きな家具の移動 ● 家の修理、大工仕事 ● 庭掃除、草むしり、植木の手入れ
買い物	● お客様の生活必需品の買い物の代行 ● 市販薬の買い物代行(商品名が正確に確認できる場合)	● お客様以外の方が使う物の購入 ● お歳暮等贈答品の買い物 ● 遠距離のお店やデパートへの買い物 ● 商品名がはっきりしない市販薬の買い物代行
その他	● 薬の受け取り	● ペットの世話 ● お客様が留守の状態でのサービス ● 金銭の管理 ● 預貯金の引き出しの代行

注1) 別に区市町村等によるサービス範囲の取り決めが有る場合には、それに従うものとします。

注2) 年金等の金銭の取扱いをすることは原則としてできません。(現金および預金通帳等はお客様または家族の方が管理して下さい。但し、生活援助として行う買物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です)

c. 医薬品を使用するサービスについて

i. 医薬品を使用するサービスをご依頼される場合は、お客様または家族が、以下の項目を医師、歯科医師または看護師(以下「医師等」という)にご確認いただき、サービス提供責任者までお知らせください。

1. 入院などで治療をする必要がない安定した状態であること。
2. 医師等による継続的な容態の経過観察が必要でないこと
3. 使用している薬剤について専門的な配慮が必要でないこと
4. 医師や看護師などの免許を有しないものが、医薬品の使用の介助をできることについて、医師等から伝えられていること

ii. 医薬品を使用するサービスは、医師の処方および薬剤師の服薬指導、看護職の保健指導に従い実施します。ただし、状態が不安定な場合など、お受けできない場合がありますのであらかじめご了承ください。

d. 介護保険法に基づくサービス内容を対象としているため、お客様がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約が必要となります。

9. 連携について

- a. サービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- b. お客様がサービス内容や提供方法等の変更を希望する場合、速やかに居宅介護支援事業者等への連絡調整や介護の実施方法および留意点の変更等の対応を行います。
- c. サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師および医療機関等への連絡体制の確保に努めるものとします。

10. 介護保険被保険者証、負担割合証の確認

- a. サービス開始時および更新等で内容が変更になったときは介護保険被保険者証の確認をさせていただきます。
- b. 保険者より発行された介護保険負担割合証は初回時もしくは新たに交付されたときに確認をさせていただきます。

11. 利用料金について

- a. サービス利用料金は、介護保険法令に定める介護報酬に準拠した金額及びその他にかかる費用となります。
- b. サービス利用料金の詳細については、後述「サービス利用料金の説明」のとおりとします。

12. キャンセル

- a. お客様がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。
- b. お客様の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日の営業時間(窓口対応時間)内までにご連絡ください。それ以降のキャンセルはキャンセル料を申し受けることになります。(ただし、お客様の容態の急変など緊急時の場合、またはやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)
- c. キャンセル料については、後述「サービス利用料金の説明」のとおりとします。
- d. キャンセル料は、当月分のお客様負担金の支払いにあわせてお支払いいただきます。

13. お支払い方法

- a. 1ヶ月ごとにお客様負担金およびその他の費用を請求し、お客様は原則として会社の指定する期日に口座引き落としの方法により支払うものとします。
- b. お客様が希望する場合は、郵便局への振込み・現金回収にてお支払いいただくことも可能です。

14. 訪問介護計画

- a. 日常生活の状況およびその意向を踏まえて、居宅介護支援事業所が作成するお客様の居宅サービス計画書に沿って、訪問介護計画書を作成し、作成後はお客様にその内容を説明し、同意を得た上で交付します。
- b. 訪問介護計画書等に沿って計画的にサービスを提供するものとします。
- c. 居宅サービス計画書の期間に基づきお客様の状況の評価等を行い、必要に応じてサービスの内容を見直します。
- d. お客様がサービス内容や提供方法等の変更を希望した場合、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整や訪問介護計画書等の変更等の対応を行います。
- e. dの申し出に対し稼動状況等により、お客様の希望する内容にてサービスの提供ができない場合、居宅介護支援事業所と連絡調整のもとで、他の提供可能な内容をお客様に提示して協議するものとします。

15. サービス提供の記録

- a. サービスを提供した際には、あらかじめ定めたサービス提供記録書の書面に、提供したサービスの内容等必要事項を記入し、お客様の確認を受けることとします。

- b. サービス提供記録書等の記録については、サービス完結の日から5年間はこれを適切に保存し、お客様の求めにより開示し、実費相当の負担によりその写しを交付します。

16. お客様からの解約

- a. 事業所に対して1ヶ月前までに書面で通知することによりいつでも解約することができます。ただし、利用開始日の前日までに書面で解約の申し入れを行った場合には、いつでも契約を解約することができます。

17. 事業所からの解約

- a. 次の事由に該当する場合には、原則1ヶ月前にお客様および保証人に対して理由を示した書面で解約を申し入れることにより、契約を解約します。この場合、お客様および保証人に対して説明および協議の場を設けるものとします。ただし、契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、1ヶ月前に理由を示した書面による申し入れをせず、また、説明および協議の場を設けずに、解約します。
 - i. お客様又はご家族との協力関係を保つことができなくなった場合等で、サービスの継続が困難であると合理的に判断した場合。
 - ii. お客様が正当な理由なく会社に支払うべきサービス利用料金を1ヶ月以上滞納し、会社が1ヶ月以上の期間を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わないとき。
 - iii. お客様が会社又はその社員に対してハラスメント等により、生命、身体、精神、財産若しくは信用を傷つけ又はその可能性があるなど当該サービスを継続し難い事情が認められるとき。
 - iv. お客様が重篤な感染症にかかる又は保持し、通常の介護方法では感染を防止することができないときやお客様に対する適切なサービスの提供が困難であると合理的に判断したとき。
 - v. お客様が当事業所のサービスを利用しない期間が連続して3ヶ月を超え、当事業所への復帰が困難、あるいはお客様に復帰の意思がないと合理的に判断されるとき。
 - vi. 天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により事業所を閉鎖または縮小するとき。
 - vii. 他のお客様へのサービス提供に著しく悪影響を及ぼすとき。
 - viii. 事業運営に重大な支障を及ぼしたとき。

18. 天災等の不可抗力による取扱い

- a. 地震、噴火その他天災等でサービスを提供することができなくなった場合、会社はお客様に対してのサービス提供をする義務を負わないものとします。
- b. 前項の場合においても、既に利用されたサービスについては、所定のサービス利用料金をご請求させていただきます。

19. 業務継続計画の策定等

感染症や非常災害の発生時において、お客様へのサービス提供を継続的に行うため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定します。

また、職員に対して業務継続計画を周知するとともに、定期的に研修・訓練を実施し、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

20. 衛生管理等

- a. 職員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。
- b. 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備するとともに、定期的に感染症の予防及びまん延防止検討委員会の開催、職員に対する研修・訓練を実施します。

21. 虐待防止、身体拘束防止のための措置

虐待防止担当者	志賀 強
---------	------

- a. お客様の人格を尊重する視点に立ってサービスに努め、虐待防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は、ただちに防止策を講じ市へ報告します。
- b. 虐待防止のための指針を整備するとともに、権利擁護、サービスの適正化に向けた定期的な職員研修等を実施します。
- c. 虐待防止を適切に実施するため、虐待防止担当者を配置します。
- d. 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、次の3つの要件をすべて満たした時に限定し、速やかに解除できるよう努めるとともに適切に記録をします。
 - i. お客様本人や他のお客様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。(切迫性)
 - ii. 身体拘束以外の行動制限に他に代わる対応方法がない場合。(非代替性)
 - iii. 身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合。(一時性)

22. 緊急時・事故発生時の対応

- a. 緊急時および事故発生時には、人命救助を最優先とし、速やかな現場対応と連携・連絡を行います。その場合、お客様の状態に応じ、救急救命対応や主治医への連絡等必要な措置を講じます。
- b. サービス提供により事故が発生した場合は、当該お客様の家族や市区町村、当該お客様に係わる主治医および居宅介護支援事業者等の医療・福祉・介護・行政機関に必要な応じた報告と連絡を行うとともに、事故の状況および事故に際してとった処置を記録し、その原因を解明し再発防止策を講じます。また、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。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

23. 秘密保持

- a. 当事業所及びすべての従業員は、サービスを提供する上で知り得たお客様及びご家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は雇用契約終了後も同様といたします。
- b. 当事業所及びすべての従業員は、必要な範囲においてお客様及びご家族等の個人情報情報を適切に取扱います。なお、お客様及びご家族等の個人情報の取り扱いに関して、別途同意を得るものとします。

24. 相談窓口および苦情対応窓口

- a. サービスに関する相談、苦情および要望等(以下、「苦情等」とします。)については、以下の窓口にて対応します。
- b. 苦情等については、真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に臨み、対応内容は、これを記録及び保存し、サービス事業者としてサービスの質の向上に努めるものとします。

● 事業所お客様相談窓口

事業所名	コスモス沼津
電話番号	055-952-2940
FAX番号	055-952-2946
相談責任者	志賀 強
受付時間	8時30分より17時30分まで

● 公的機関による苦情相談窓口

【静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課】 静岡県静岡市春日2-4-34 TEL:054-253-5590 FAX:054-251-3445 受付時間:午前9時00分より午後5時00分まで(平日)
【沼津市役所 長寿福祉課】 静岡県沼津市御幸町16-1 TEL:055-934-4873 FAX:055-934-2594 受付時間:午前8時30分より午後5時00分まで(平日)
【清水町役場 長寿介護課】 静岡県駿東郡清水町堂庭210-1 TEL:055-981-8213 FAX:055-973-1959 受付時間:午前8時30分より午後5時15分まで(平日)

重要事項の説明日 年 月 日

契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を行い、交付しました。

(事業所)

所在地 静岡県沼津市東間門1-3-3

事業所 コスモス沼津

所長 志賀 強 印

説明者 _____

契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受け、サービス提供の開始に同意した上で、重要事項説明書の交付を受けました。

(お客様)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人) ※該当するものに○をしてください。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(ご家族代表等)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(続柄 _____)