

重要事項説明書

- ① 法人・事業所の概要
- ② 介護サービス内容説明
- ③ 利用者負担に関する事項

その他の重要事項

- 1. サービス提供地域
- 2. 事業所営業日
- 3. 営業時間
- 4. 配置人員
- 5. キャンセル
- 6. 訪問介護以外のサービス
- 7. 個人情報同意書

①法人・事業所の概要

○法人概要○

法人名称：コスモトランスポート株式会社

法人番号：8021001023658

設立年月日：平成18年12月28日

代表者氏名：代表取締役 山中 聡

郵便番号：259-1322

住所：神奈川県秦野市渋沢793-15

電話番号：050-3533-2919

ファックス：050-3775-4130

フリーダイヤル：0120-294-546(ご相談・ご予約はこちら)

代表者：1名

受付事務員：1名

併設事業：福祉タクシー

運輸局許可：関自旅二第3609号

○事業所概要○

郵便番号：259-1314

事業所住所：神奈川県秦野市曲松2-3-20-201号

電話番号：0120-294-546

ファックス：050-3775-4130

全体管理者：山中 聡

サービス責任者：守屋 達郎

総合事務員：1名

支援従事者：7名

神奈川県知事指定介護保険事業所番号：1472801289

神奈川県知事指定障害福祉事業所番号：1412800607

地域生活支援事業 移動支援：1462800283

地域生活支援事業 日中一時：1462800366

② 訪問介護サービスの内容説明書

1. サービスの内容

- (1) 「訪問介護」は、利用者の居宅（自宅）において訪問介護員（ヘルパー）その他政令で定める者を派遣して、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常の生活上のお世話をを行うサービスです。
- (2) 事業者は、下記のサービス内容区分の中から、指定の時間帯に応じて、選択されたサービスを提供します。
- (3) サービス提供にあたっては、別添えの「訪問介護計画書」に沿って、計画的に提供します。
- (4) サービス内容の詳細については、別添えの「サービス内容詳細確認書」により利用者の希望を確認したうえで実施します。

●●●サービスの内容区分●●●●

《 身体介護 》		《 生活援助 》	
①起床介助	⑩体位交換	①調理	
②就寝介助	⑪服薬介助	②洗濯	
③排泄介助	⑫通院等外出介助	③居室の清掃・整理整頓	
④衣服更衣	⑬移動・移乗介助	④日用品・食料品等の買物	
⑤整容介助	⑭その他の介助	⑤薬の受取	
⑥身体清拭	()	⑥衣服の整理・被服の補修	
⑦頭髮洗髪	()	⑦ベッドメイキング	
⑧入浴介助	()	⑧その他 ()	
⑨食事介助	()	()	
《 複合型 》 「身体介護」と「生活援助」との両方の内容を行う場合			

2. 注意事項（介護保険法上のサービスとして提供出来ないもの）

- (1) 本人の援助に該当しないもの
- ※ 家族のための洗濯・調理・買い物・布団干し等。
 - ※ 利用者の居室以外の掃除・来客の応接・自家用車の洗車等
- (2) 日常生活の援助に該当しないもの
- ※ 庭の草むしり・花木の水やり・犬の散歩等。
 - ※ 家具の移動・大掃除・窓のガラス拭き・室内外の修理等。
 - ※ 正月料理等の特別な調理等。

COSMO-CARE では、ご高齢者みの世帯の方々に、支援救援サービスとして、介護保険適用外のサービスを提供致しております。

30分迄 ￥2,000 以降30分以上ごとに ￥2,000

お気軽にご相談下さい。

	<p>を行います。</p> <p>※介助の内容及び程度を確認</p>
<input type="checkbox"/> 就寝介助	<p>夜、就寝のための更衣及びおむつの薬用等の介助を行います。</p> <p>※介助の内容及び程度を確認</p>
<input type="checkbox"/> 排泄介助	<p>おむつ交換・失禁のお世話・採尿器や差込便器の介助。トイレやポータブルトイレへの移動・誘導・見守りの介助を行います。</p> <p><input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> トイレ見守り</p> <p><input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> トイレ見守り</p> <p><input type="checkbox"/> 採尿器具等の利用</p> <p><input type="checkbox"/> おむつ交換</p> <p>※ポータブルや採尿器等は使用後の後始末を含みます。</p>
<input type="checkbox"/> 衣服の更衣介助	<p>なるべく利用者が自分で行えるように配慮しながら、陽気に合わせた衣服に交換します。</p> <p>※好みを聞く等、コミュニケーションをとりながら行います。</p>
<input type="checkbox"/> 整容介助	<p>身繕いを整える介助をします。</p> <p>※整髪・美容・通常の爪切りが含まれます。</p>
<input type="checkbox"/> 清拭・洗髪介助	<p>身体の清潔を保つため、全身又は部分的に体を拭きます。洗髪・手や足を直接洗う事も含まれます。</p> <p>利用者の身体状況や住居の環境によって、お湯の温度や暖房等に配慮しながら行います。</p> <p>※具体的な内容・手順や場所を確認します。</p> <p>※褥瘡の早期発見にも努めます。</p>
<input type="checkbox"/> 入浴介助	<p>浴室への誘導や見守り、入浴中の洗浄等を行います。但し、本人が自立で移動出来ない場合には、他の入浴サービスが必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の入浴許可の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴介助の手順や場所の確認し、褥瘡の早期発見に努める。</p>
<input type="checkbox"/> 食事介助	<p>食事の全面介助・一部介助・見守り等を行います。配膳から後片付けまで含まれます。</p> <p><input type="checkbox"/> 全介助</p> <p><input type="checkbox"/> 一部介助（半介助）</p> <p><input type="checkbox"/> 見守り</p>
<input type="checkbox"/> 体位交換	<p>褥瘡の防止のため、身体状況に合わせて体位交換の介助を行います。</p>
<input type="checkbox"/> 服薬介助	<p>医師の指示に従い、服薬の介助を行います。</p> <p>※飲み残し、飲み忘れに注意します。</p>
<input type="checkbox"/> 通院等の外出介助	<p>病院への通院、買物等の外出に付き添います。利用者の身体状況によって、車いすでの移動や歩行の介助を行います。</p> <p>※利用者及びヘルパーの交通費は利用者の負担となります。</p> <p>※範囲・内容・手段・交通費の確認</p>
<input type="checkbox"/> 移動・移乗介助	<p>室内外の移動、ベッドから車いすなどへの移乗等、移動・移乗の介助を行います。</p> <p>※介助の内容や程度を確認</p>

【確認事項】

1. 介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成する居宅サービス計画書に基づき、その必要があるサービスかどうかを確認しながら必要項目のチェックをし、提供の内容や方法・頻度を確認しつつ、利用者の合意を得られるように説明します。
2. 表記してある項目についても、利用者の住環境および家族構成等の生活環境によっては、介護保険でのサービス提供ができない場合があることを念頭に置き、介護保険の不正利用にならない配慮をしながらチェックします。
3. 介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成する居宅サービス計画書及びサービス提供票の内容及び提供時間との齟齬がないように注意しながらチェックします。
4. サービス内容詳細確認表のチェックした項目およびサービス内容を、訪問介護計画書の【援助内容①～⑤】にサービス区分ごとに具体的な内容を書き記し、その具体的な内容を利用者に説明し同意を得て、訪問介護計画書に署名押印していただきます。

サービスに対する介護給付費および利用者負担額

1. 訪問介護

内容	時間	単位
身体介護中心の場合	所要時間 20分未満	166単位
	所要時間 30分未満の場合	250単位
	所要時間 30分以上1時間未満の場合	396単位
	所要時間 1時間以上1時間30分未満の場合	579 単位
	所要時間 1時間30分以上2時間未満の場合	663単位
	所要時間 2時間以上2時間30分未満の場合	747単位
	所要時間 2時間30分以上3時間以内の場合	831単位
	所要時間 3時間以上3時間30分未満の場合 所要時間 30分を増すごとに	915単位 84単位
生活援助中心の場合	所要時間 20分以上45分未満の場合	183単位
	所要時間 45分以上70分未満の場合	225単位
身体介護の後に生活援助を行った場合	所要時間 25分以上45分以内	+67単位
	所要時間 45分以上70分以内	+134単位
	所要時間 70分以上の場合	+201単位
通院等乗降介助	所要時間 運転時間を除き概ね20分以内	99単位

処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の合計単位数に右記割合を乗じて得た数が単位数	13.6%
地域単価	秦野市の地域単価	10.42円

1 料金の算出に当たっては、上記表の単位数が基準となりますが、平成29年4月に新設された介護職員処遇改善加算Ⅲ(その月の合計単位×13.7%)を加算して得た単位数に地域単価となる10,42円を乗じて得た金額が費用の総額となります。

2 自己負担の額は、費用総額から1割から3割を減じて得た額の小数点以下を切捨てた額を、費用総額から減算して得た額により算出されますが、月末締めでお支払いを頂くご利用者様の場合、都度お渡しする提供記録票の金額は、その時の単位数にて算出しているため、提供記録票の合計金額とご請求書の金額に差が生じる場合があります。

2 ストレッチャー・フルリクライニング車いす・アシストストレッチャー・スカラモービル等の備品の使用および移動の為の乗車運賃および料金等は、サービス費に含まれません。別途実費のご負担となりますのでご注意ください。

3 通常の訪問介護は1名でサービス提供が行われますが、1名でのサービス提供が著しく困難または危険な場合、訪問介護員2名対応でサービス提供が行われる場合があります。その場合の提供単位および介護給付費の総額は、1名で行った場合の2倍となります。

2. 介護予防訪問介護(1ヶ月の利用料金)

区分	必要頻度	単位数
介護予防訪問介護(Ⅰ)	週1回程度の利用が必要	1163
介護予防訪問介護(Ⅱ)	週2回程度の利用が必要	2335
介護予防訪問介護(Ⅲ)	(Ⅱ)を超える利用が必要	3704

※(Ⅰ)・(Ⅱ)は、要支援 1・2。(Ⅲ)は要支援 2。

3. 訪問介護サービス提供のための交通費

区域	距離	交通費
サービス提供地域内	事業所より概ね3km以内	(無料) ¥0
サービス提供地域外	事業所より3km以上8km以内	¥300
	事業所より8km以上13km以内	¥600
	事業所より13km以上18km以内	¥1000

※ サービス提供地域は、その他の重要事項1.でご確認下さい。

その他の重要事項

1. サービス提供地域

秦野市および秦野市と隣接する地域

※但し、福祉車両による通院等乗降介助においては下記の回送交通費を別途申し受けま
す。

1) 事業所から半径	3 k m以内の地域	無料
2) 事業所から半径	3 k m以上 8 k m以内の地域	¥ 3 0 0
3) 事業所から半径	8 k m以上 1 3 k m以内の地域	¥ 6 0 0
4) 事業所から半径	1 3 k m以上 1 8 k m以内の地域	¥ 1 0 0 0

2. 事業所営業日

- (1) 営業日 月曜日 から 土曜日 (祝日は営業する)
- (2) 休業日 夏期休暇 0 8月13日 から 0 8月16日
年末年始 0 1月01日 から 0 1月03日
- (3) サービス提供日 夏季及び年末年始休暇以外の毎日
- (4) 連絡・受付 電話により 2 4時間可能な体制とします。
- (5) フリーダイヤル受付時間 AM 9 : 0 0 ~ PM 6 : 0 0

3. サービス提供時間

平日：午前7時30分 から 午後6時30分 (祝日含む)

土曜：午前7時30分 から 午後6時30分

日曜：午前9時00分 から 午後6時00分

4. 配置人員

管理者	1名
サービス提供責任者	1名
サービス提供従事者	2.5名以上

5. 事故発生時の対応および苦情相談体制

(1) 事故発生時の対応

サービスの提供にあたっては、利用者の身体状況その他の必要な情報を基に、安全に最大限の配慮をさせていただきますが、万一事故が発生した場合、ご家族へご報告すると同時に担当の居宅介護支援事業所へ連絡をとり、市町村および関係医療機関等と連携を図り、迅速な対応を致します。

利用者の意識が無い場合や激しい痛みの訴え、大量の出血を伴う事故が発生した場合には、ご家族や担当居宅介護支援事業者との連絡が取れない場合においても、当事業所が必要と判断した場合、救急車の出動を要請する場合がありますので、予めご承知おきください。

万一事故が発生した場合には、発生の日時・場所・対処した内容等の記録を残し、必要

に応じて個人情報の取り扱いに関する定めに従い開示いたします。

(2) 苦情相談体制

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。

管理者は、訪問看護員に事実関係の確認を行う。

把握した状況をスタッフとともに検討を行い、その対応を決定する。

対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

(3) 苦情相談窓口

COSMO-CARE 0 1 2 0 - 2 9 4 - 5 4 6 月曜日～土曜日 AM9:00～PM6:00

日曜祝祭日および時間外は 0 7 0 - 5 5 6 6 - 1 6 3 9

苦情相談受付担当者 山 中 聡 (管理者)

COSMO-CARE では、ご利用者様およびご家族様の声は、サービス従事者のスキルアップと事業所全体のサービスの向上に資する重要な情報として誠心誠意対応させて頂きたいと考えております。

どのような事柄でもお気軽にご相談ください。

また上記相談窓口の他、下記での苦情の申し立てや相談もできます。

秦野市役所高齢介護課 0 4 6 3 - 8 2 - 9 6 1 6

神奈川県国民健康保険団体連合会 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7

神奈川県福祉子どもみらい局高齢福祉課 0 4 5 - 2 1 0 - 4 8 4 0

7. 訪問介護以外のサービス

(1) 介護タクシー

COSMO-CARE では、国土交通省の許認可を得て、介護タクシーの運行を行っています。

営業許可 関自旅二第3609号

運賃認可 関自旅二第 870号

1. 介護タクシーは、お1人で電車やバス等、一般の交通機関のご利用が困難な方でしたら、特別な契約等をしなくても、どなたでもご利用いただけます。
2. COSMO-CARE の介護タクシーの乗務員は、全乗務員が訪問介護員2級以上の有資格者です。乗車及び降車、目的地での移動の介助等、有資格者が全てお手伝い致します。
3. COSMOCARE では、階段の昇り降りなどの特別な介助や、リクライニング車いすや、寝たまま移動するストレッチャー等の備品のご利用が無ければ、タクシーのメーター料金以外に、別途料金を頂くことはありません。

4. 距離時間制 運賃及び料金

(1) 予約料金

- | | | |
|------------------|----|-------|
| ① 午前8時から午後6時迄の運行 | 1回 | ¥500 |
| ② 午後6時から翌朝8時迄の運行 | 1回 | ¥1500 |
| ③ 大型車予約料金 | 1回 | ¥1500 |

(2) 迎車料金

時間帯にかかわらず 1回 ¥500

(3) お客様の都合による車両の停車・待機及び時速10km以下での走行
1分45秒迄ごと (介助中も含む) ¥100

(4) 初乗運賃 1.2km迄 ¥500

(5) 距離増運賃 1.2km以上 272m迄ごと ¥100

(6) 割増運賃 深夜10時から翌朝5時迄 2割増

(7) 割引

- | | | |
|----------------------|-----|-----|
| ① 身体障害者手帳等の提示 | 運賃の | 1割引 |
| ② 療育手帳または精神保健福祉手帳の提示 | 運賃の | 1割引 |

5. 時間制貸切運賃

(1) 予約料金及び迎車料金は4.と同じ

(2) 初乗運賃 30分迄 ¥3150

(3) 時間超過運賃 30分以上 10分迄ごと ¥1050

※ 一般の車いすの貸出は無料です。車いす・リクライニング・ストレッチャーのご利用を望まれる方は、予約時にお申出下さい。

※ 長距離・長時間の貸切りはお気軽にご相談下さい。

(2) 制度外支援救援サービス

COSMO-CAREでは、ご高齢の方のみの世帯の方に、介護保険適用外のサービスとして、支援救援サービスをご提供いたします。特別料金でのサービス提供のため、同居されているご家族が出来るような内容は、お引受出来ませんので、予めご了承下さい。

身体介護を伴わない支援救援サービス

(1) サービス内容

- ① 自宅の掃除・洗濯・乾燥・収納・ゴミ出し・電球の交換……その他
- ② 庭の掃除・粗大ごみの搬出・犬の散歩・ペットのエサやり……その他
- ③ 散歩や買い物への同行及び見守り……その他
- ④ 通院時の診察券先出し・投薬の受取……その他
- ⑤ 日用品・食料品等、生活必需品の買物代行……その他
- ⑥ 話し相手及び各種相談……その他各種代行

(2) 料金

身体介護に類する基本料金	30分迄	¥2000
超過料金	15分迄毎	¥1000
家事援助に類する基本料金	45分迄	¥2000
超過料金	15分迄ごと	¥700

※ 専門的な知識及び技術を要するサービスはお引受できません。

※ 予めのご予約をお願い致します。急な依頼はお引受出来ない場合があります。

(3) 支援救援サービス及び自費身体介護の交通費

介護保険以外の各種サービスは、訪問介護サービス同様に、サービス提供地域以外の方のご依頼には別途交通費を申し受けます。

(1) 事業所より3km以内	(無料) ¥0
(2) 事業所より3km以上8km以内	¥300
(3) 事業所より8km以上13km以内	¥600
(4) 事業所より13km以上18km以内	¥1000

【注意事項】

※ 介護以外の専門的な知識及び技術を要するサービスはお引受できません。

※ 予めのご予約をお願い致します。急な依頼はお引受出来ない場合があります。

※ 階段介助においては、利用者の体形等により段数や階数にかかわらず複数名対応とさせて頂く場合があります。予めご相談下さい。

※ 料金は1名での料金です。複数名での対応は、人数分の乗算となります。

※ (1)の介護タクシー以外のサービスは、地域により別途交通費を申し受けます。

※ 訪問介護サービスと併用して訪問介護員による有償運送等の介護保険以外のサービスをご利用になるとき、訪問介護で交通費が発生する場合には、どちらかの高い方の交通費の金額とし、交通費を二重に加算することはありません。

(5) 利用の申し込み

本契約 訪問介護サービス	利用 する しない	お支払方法のご 選 択 <input type="checkbox"/> 都度精算 <small>ご利用の都度のお支払い</small> <input type="checkbox"/> 銀行振込 <small>手数料はご負担願います</small> <input type="checkbox"/> 現金持参 <small>事業所へ持参願います</small> <input type="checkbox"/> 集金 <small>手数料¥450 申受けます</small> <input type="checkbox"/> 銀行引落 <small>別途ご契約が必要です</small>
その他(1)福祉・介護タクシー	介護タクシーはあらかじめの予約でいつでも利用できます	
その他(2)訪問介護員有償運送	利用 する しない	
その他(3)支援救援サービス	利用 する しない	
その他(4)自費介護サービス	利用 する しない	

- ※ 介護保険以外のサービスにおいても、契約内容は訪問介護サービス契約と同じです。
- ※ この申し込みは、定期的なサービスの提供を強制するものではありません。ご利用したいとき、いつでもご利用できるようにするためのお申込みです。
- ※ 訪問介護サービス以外のサービスにつきましては、介護保険のご利用ではないことから、苦情相談に関しては、弊社にて誠心誠意対応させていただきます。

確認年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者氏名 _____ (印)

利用者住所 _____

家族氏名
(代理人) _____ (印)

家族住所
(代理人) _____

私は、COSMO-CARE の介護保険および介護保険以外のサービスについての説明を受け、その内容に同意した上で、私が必要とするサービスの希望「する」に○を記し、左記へ署名押印し、そのサービスの提供を申し込みます。

尚、同日本書の写しの交付を受けました。(印)

事業所名 **COSMO-CARE**
 コスモトランスポート株式会社
 〒259-1322 秦野市曲松 2-3-20
 スtringフィールド201号
 代表取締役(管理者) 山 中 聡
 TEL 050-3775-4131
 FAX 050-3775-4130

(6) 個人情報使用の取扱同意書

コスモトランスポート株式会社
COSMO-CARE 殿

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限度の範囲で使用することに同意いたします。

記

1 使用の目的

事業所が介護保険法に関する法令に従い、私の居宅介護計画に基づき訪問介護を円滑に実施するために行うサービス担当者会議などにおいて、その必要があるとき。

2 使用の条件

- ① 個人情報の提供は1に記載する目的の範囲内で必要最小限度に留め、情報提供の際には、関係者以外には決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ② 事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

3 個人情報の内容 (例示)

- ・氏名 住所 健康状態 病歴 家庭状況など、事業所が居宅介護支援サービスを行うために最小限必要なお利用者や家族の個人に関する情報。
- ・その他の情報

※ 個人情報とは、ご利用者個人および家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

4 使用期間

本日より要介護(要支援)認定の有効期間満了日まで。但し、認定満了時に更新され、更に事業所との契約が自動的に更新された場合には、その契約の終了時とします。

平成 年 月 日

ご利用者 氏名 _____ (印)

〒 _____

住所 _____

電話 _____

家族 (代理人) 氏名 _____ (印)

〒 _____

住所 _____

電話 _____