

「居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・移動支援サービス」

## 重要事項説明書

本書は、あなたへの居宅介護等サービスの提供開始にあたり、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」及び「松本市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営の基準等を定める条例」に基づき、事業者があなたに説明すべき重要事項を記載しています。

株式会社C o c c o l e  
訪問介護まごのて松本  
松本市井川城 3 丁目 10 番 58 号  
エスポワールカサイⅡ 1-D号室  
TEL 0263-87-8618  
FAX 0263-87-8619

居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・移動支援サービス

重要事項説明書

<令和7年11月1日現在>

1. 事業者の概要についてご説明します。

事業者名称	株式会社Coccole		
本社所在地	長野県塩尻市大字宗賀 71 番地 747		
電話番号	0263-87-8618	FAX 番号	0263-87-8619
ウェブサイト	<a href="https://coccole.care/">https://coccole.care/</a>		
代表者	小澤 大樹		
事業内容	指定居宅介護・指定重度訪問介護・指定同行援護・指定行動援護 移動支援事業		
事業所名	訪問介護まごのて松本	指定番号	松本市指定 2010201578 号 松本市指定 2000000060 号
所在地	松本市井川城 3 丁目 10 番 58 号 エスポワールカサイⅡ 1-D号室		
電話番号	0263-87-8618	FAX 番号	0263-87-8619
管理者	小澤 大樹		
開所年月日	令和3年11月1日		
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護事業 介護予防訪問介護相当サービス		

2. 当事業所が掲げる事業目的及び運営方針・理念は以下のとおりです。

事業の目的	当事業所が行う居宅介護等の事業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業を定め、事業所の介護福祉士または介護職員研修の修了者等（以下「居宅介護等従業者」という）が、支援を必要とする障害者に対し、適正な居宅介護等の事業を提供することです。
運営方針・理念	<p>事業所の居宅介護等従業者（以下「ヘルパー」という）は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、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、生活全般にわたる援助を行います。</p> <p>居宅介護等の事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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。</p> <p>また、企業理念として、職員がプロ意識と誇りを持ち、笑顔を絶やさず安心して働ける環境を作る事により、介護の質が向上し、ご利用者及び関係機関からの評価が向上します。</p> <p>仕事の依頼が増え、会社が潤い職員と社会に還元できます。</p> <p>この福祉の輪を日本及び全ての地域社会に広げていく事が当社の役目であり、営利法人であるも、「人間に貢献できる企業」という自覚を持ちます。</p> <p>これが当社の企業経営理念です。</p>

### 3. 事業所の人員体制は以下のとおりです。

(当事業所は厚生労働省が定める人員基準を遵守しています。)

職員の職種		人数	区分		常勤換算後の人数	職務の内容
			常勤	非常勤		
管理者		1名	1名	名	0.7	事業所の運営管理（訪問介護員と兼務）
サービス提供者 （ヘルパー）	介護福祉士	1名	1名	名	2.0	ヘルパーの指導、居宅介護等計画の作成等
	介護職員実務者研修修了者等	1名	1名	名		
居宅介護等従業者 （ヘルパー）	介護福祉士	名	名	名	7.0	居宅介護等サービスの提供
	介護職員実務者研修修了者	3名	2名	1名		
	介護職員初任者研修修了者等	5名	4名	1名		
	重度訪問介護従事者研修	名	名	名		
総数		11名	9名	2名	9.7	

当事業所では、ご利用者に対して指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定同行援護、指定行動援護、移動支援を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

### 4. 事業所の営業日・受付時間・サービス提供日・サービス提供時間は次のとおりです。

営業日	年中無休
受付時間	午前9時～午後6時
サービス提供日	毎日
サービス提供時間	24時間

### 5. 通常の事業実施地域

松本市・塩尻市・安曇野市（安曇野市は移動支援事業のみ）

### 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

#### <「居宅介護等計画」とサービス内容>

当事業所では、下記のサービス内容から居宅介護等計画を定めて、サービスを提供します。

「居宅介護等計画」は、市町村が決定した「支給量」とご利用者様の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容やご利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「居宅介護等計画」は、ご利用者やご家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しをご利用者に交付します。また、ご利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

## ＜サービス区分及びサービス内容＞

居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護・移動支援

### ①居宅介護

ア) 身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。）

○入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭（体を拭く）や洗髪などを行います。

○排泄介助…排泄の介助、おむつ交換を行います。

○食事介助…食事の介助を行います。

○衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。

イ) 通院介助…通院の介助を行います。

ウ) その他必要な身体介護を行いません。

※医療行為はいたしません。

エ) 家事援助（ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。）

○調理…ご利用者の食事の用意を行います。

○洗濯…ご利用者の衣類等の洗濯を行います。

○掃除…ご利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。

○買い物…ご利用者の日常生活に必要となる物品の買い物をします。

○その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。（預貯金通帳・カードはお預かりできません。）

※ご利用者以外の方の調理や洗濯、ご利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。

### ②重度訪問介護

○入浴、排せつ、及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護、生活等に関する相談及び助言をし、その他の生活全般にわたる援助を行います。

### ③同行援護

○視覚に障害のある人の移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読を含む）外出支援を行います。

### ④行動援護

○自己判断が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。

### ⑤移動支援（身体介護を伴うもの及び伴わないもの）

○社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動の社会参加のための外出（通勤、営業活動等の活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る）の支援及びこれに伴う食事、排泄等の介助。

⑥その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をおうかがいし、生活上のご相談や助言を行います。

## ＜サービス利用料金＞

サービス利用に係る利用料金は以下の通りです。サービスの利用に対しては、通常9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、ご利用者は、ご

利用者負担分としてサービス料金の1割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。

# ○居宅介護（サービス1回あたりのご利用者負担額）

利用時間	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上1.5時間未満	1.5時間以上2時間未満	2時間以上2.5時間未満	2.5時間以上3時間未満	以降30分ごと
身体介護	260円	411円	597円	681円	767円	852円	+84円
通院等介助（身体介護伴う）	260円	411円	597円	681円	767円	852円	+84円
利用時間	30分未満	30分以上45分未満	45分以上1時間未満	1時間以上1時間15分未満	1時間15分以上1時間30分未満	以降15分ごと	
家事援助	107円	155円	200円	243円	279円	+35円	
利用時間	30分未満	30分以上1時間未満		1時間以上1時間30分未満		以降30分ごと	
通院等介助（身体介護伴わない）	107円	200円		279円		+70円	

初回加算 203円（サービス初回にサービス提供責任者が訪問した際）

緊急時対応加算 1回につき101円（月2回まで）（ご利用者またはご家族の要請を受け、サ

ービス提供責任者が必要性を判断し、居宅介護等計画にないサービス提供の要請を受けてから24時間以内に行った際）

利用者負担上限額管理加算（月1回を限度） 152円

# ○重度訪問介護（サービス1回あたりのご利用者負担額）

利用時間	1時間未満	1時間以上1.5時間未満	1.5時間以上2時間未満	2時間以上2.5時間未満	2.5時間以上3時間未満	3時間以上3.5時間未満
著しく重度な方	217円	324円	431円	539円	647円	754円
上記以外の区分6の方	205円	306円	407円	509円	610円	711円
その他	189円	281円	375円	469円	562円	655円
利用時間	1時間未満	1時間以上1.5時間未満	1.5時間以上2時間未満	2時間以上2.5時間未満	2.5時間以上3時間未満	3時間以上
移動支援加算	101円	127円	152円	178円	203円	254円

※ご利用者負担額は一定の条件のもとで算出したものです。

初回加算 203円（サービス初回にサービス提供責任者が訪問した際）

緊急時対応加算 1回につき101円（月2回まで）（ご利用者またはご家族の要請を受け、サ

ービス提供責任者が必要性を判断し、居宅介護等計画にないサービス提供の要請を受けてから24時間以内に行った際）

障害支援区分6のご利用者に対する入院中の支援を行った場合、上記の表と同額の負担額とな

ります。

利用者負担上限額管理加算（月1回を限度） 152円

○同行援護（サービス1回あたりのご利用者負担額）

利用時間	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	1.5時間以上 2時間未満	2時間以上 2.5時間未満	2.5時間以上 3時間未満	以降30分ごと
同行援護	194円	307円	443円	510円	576円	643円	+67円

初回加算 203円（サービス初回にサービス提供責任者が訪問した際）

緊急時対応加算 1回につき101円（月2回まで）（ご利用者またはご家族の要請を受け、サービス提供責任者が必要性を判断し、居宅介護等計画にないサービス提供の要請を受けてから24時間以内に行った際）

○行動援護（サービス1回あたりのご利用者負担額）

利用時間	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	1.5時間以上 2時間未満	2時間以上 2.5時間未満	2.5時間以上 3時間未満	3時間以上 3.5時間未満
行動援護	293円	444円	630円	775円	921円	1,065円	1,212円

初回加算 203円（サービス初回にサービス提供責任者が訪問した際）

緊急時対応加算 1回につき101円（月2回まで）（ご利用者またはご家族の要請を受け、サービス提供責任者が必要性を判断し、介護計画にないサービス提供の要請を受けてから24時間以内に行った際）

○移動支援サービスの詳細につきましては、各市町村の規定に準じます。

＜喀痰吸引等支援体制加算＞ 1日あたり101円

喀痰吸引が必要なご利用者に対し、認定特定行為業務従事者が喀痰吸引を行った場合

＜特定事業所加算＞

当事業所では、ご利用者の皆様によりよいサービスを提供できるよう、優秀なスタッフの養成や、サービス提供体制の整備・充実に向け日々努めているところでありますが、これについて行政から（Ⅰ）から（Ⅳ）の評価を受けた場合、それぞれについて介護給付費が増額となり、ご利用者様負担額も下記の割合で増額となります。なにとぞご理解のほど、お願い申し上げます。

特定事業所加算（Ⅰ）20%加算	特定事業所加算（Ⅱ）10%加算
特定事業所加算（Ⅲ）10%加算	特定事業所加算（Ⅳ）5%加算

＜福祉・介護職員等処遇改善加算＞

当事業所では、行政の指導に従い、優秀なスタッフの獲得および養成に資するため、職員の処遇改善に日々努めているところでありますが、これについて行政からの承認を受けた場合、各サービスにつき、下記の割合で介護給付費が増額となり、ご利用者負担額も同割合で増額となります。なにとぞご理解のほど、お願い申し上げます。

居宅介護	福祉・介護職員等処遇改善加算41.7%（加算Ⅰ）
重度訪問介護	福祉・介護職員等処遇改善加算34.3%（加算Ⅰ）

行動援護	福祉・介護職員等処遇改善加算 36. 7%（加算Ⅱ）
同行援護	福祉・介護職員等処遇改善加算 40. 2%（加算Ⅱ）

#### <割増料率・割引料率>

以下の場合には、利用料金が割増となります。

通常時間外のサービス提供	夜間（午後 6 時～午後 10 時）	125/100
	早朝（午前 6 時～午前 8 時）	125/100
	深夜（午後 10 時～午前 6 時）	150/100
2 名の訪問介護員によるサービス提供		2 倍の料金

#### <中山間地域等に居住している利用者に対してサービスを行った場合>

中山間地域にお住まいの方にサービスを提供した場合は、利用料金の 1 5 % が加算されます。

#### <サービス利用にかかる実費負担額>

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

- ①通常の事業の実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をご負担いただきます。  
また、ヘルパーが自動車または自動二輪車・原動機付自転車を利用した場合には、通常の事業の実施地域から 5 キロメートル以上離れた場所でサービスの提供を受けた場合は 1 回につき 250 円を、10 キロメートル以上離れた場所でサービスの提供を受けた場合は 1 回につき 500 円を、ご負担いただきます。
- ②外出時の移動中の介護において、そのすべてに係る経費（交通費・入場料・飲食代等）についてはご利用者負担とさせていただきます。ただし飲食に関しては 1 回につき 1,000 円以内はヘルパーの負担とさせていただきます。

### 7. 介護給付の対象とならないサービスの利用について

介護給付の支給限度額を超える居宅介護等サービスの利用については、利用料金の全額がご利用者のご負担となります。サービス利用料金は、介護給付費に準じます。

### 8. 利用のキャンセル・変更・追加

#### <キャンセル・変更・追加期限>

利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護等サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、利用予定の 2 4 時間前までに事業所に申し出てください。

#### <キャンセル料>

キャンセル期限までに申し出がなく、キャンセル期限以降に利用の中止を申し出された場合には、以下の表に基づくキャンセル料をいただきます。

（ただし、体調不良等やむを得ない理由がある場合にはキャンセル料は発生しません。）

利用予定時間の 2 4 時間前までのキャンセル	無 料
利用予定時間の 1 2 時間前までのキャンセル	5 0 0 円

利用予定時間の12時間前以後のキャンセル	1000円
----------------------	-------

#### <サービス利用の変更・追加>

- ①市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ②サービス利用の変更・追加は、ヘルパーの稼働状況によりご利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

### 9. 利用料金の支払方法について

サービス利用にかかる料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法にてお支払いください。

#### ア. 下記指定口座への振込み

八十二長野銀行 塩尻支店 普通預金 口座番号 0922787

株式会社Coccolle 代表取締役 小澤 大樹

#### イ. 金融機関口座からの自動引落とし

#### ウ. 直接のお支払い

### 10. サービスの利用に関する留意事項

#### <ヘルパー（居宅介護等従業者）について>

- ①サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交替する場合は、あらかじめご利用者に説明するとともに、ご利用者及びそのご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。
- ②ご利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、ご遠慮なくご相談ください。

#### <サービス提供について>

サービスは、「居宅介護等計画」及び「移動支援計画」にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、実際の提供にあたっては、ご利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。

#### <サービス内容の変更>

訪問時に、ご利用者の体調等の理由により居宅介護等計画で予定されていたサービスの実施ができない場合には、ご利用者の同意を得て、サービス内容を変更します。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

#### <受給者証の確認>

「住所」及び「ご利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかにヘルパーにお知らせください。また、担当ヘルパーやサービス提供責任者が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。



## <サービス実施時の留意事項>

### ①ヘルパーの禁止行為

ヘルパーは、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ア. 医療行為
- イ. ご利用者もしくはご家族等の高額な金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ウ. ご利用者もしくはそのご家族等からの金銭または物品、飲食の授受（移動支援は除く）
- エ. ご利用者のご家族等に対するサービスの提供
- オ. 飲酒・喫煙及び飲食（移動介護等においてご利用者の同意を得てご利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）
- カ. 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご利用者または第三者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- キ. その他ご利用者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

### ②備品の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。（ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただきます。）

## <個人情報の取り扱いについて>

- ①当事業所では、適正な居宅介護等の提供を図るため、ご利用者やご家族の個人情報をお聞きます。
- ②当事業所は、ご利用者及びご家族の個人情報の流出、紛失、誤用を防止するため、個人情報を厳重に管理するほか、職員及び退職者、ならびに関係者に対し、個人情報保護について教育・啓発・周知を徹底します。
- ③当事業所は、ご利用者の緊急時において医療機関等の求めに応じ、ご利用者の生活に関する情報、傷病に関する情報、ならびにご家族様の連絡先等の情報を提供できるものとします。
- ④当事業所は、ご利用者に係る他のサービス事業者等との連携を図るため、ご利用者及びご家族の事前の同意を得た上で、ご利用者またはご家族等の個人情報をサービス担当者会議に提出または照会できるものとします。

## 11. 苦情・相談の受付について

### <苦情の受付>

- ①当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（責任者） 小澤 大樹

○電話番号 0263-87-8618

○受付時間 月曜から金曜 9:00～18:00

- ②行政機関その他苦情受付機関

松本市役所 健康福祉部障がい福祉課 松本市丸の内3番7号

TEL 0263-34-3212	
塩尻市役所 健康福祉事業部福祉課	塩尻市大門七番町 3 番 3 号
TEL 0263-52-0280	
安曇野市役所 福祉部障がい者支援課	安曇野市豊科 6000 番地
TEL 0263-71-2083	
長野県国民健康保険団体連合会	長野市大字西長野字加茂北 143 番地 8
TEL 026-238-1556	
長野県社会福祉協議会	長野市中御所岡田 98-1
運営適正化委員会	
TEL 026-226-2210	

## 12. サービス実施の記録について

### ①サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、ご利用者様にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、居宅介護等計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

### ②ご利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、ご利用者様の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、ご利用者の負担となります。）

## 13. 損害賠償保険への加入

当事業者は、あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入しています。

## 14. 緊急時及び事故発生時における対応方法

### ①緊急時等の対応方針

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故等が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、松本市等及び関係市町村等に連絡を行います。

主治医	病院名及び所在地	
	氏 名	
	電話番号	
緊急時連絡先 （家族等）	氏名（続柄）	
	住 所	
	電話番号	

※サービス提供時間外の緊急時等については、ご利用者やご家族等からのご連絡を受けたなら、関係各機関との連絡・連携をはかりつつ、可能な限りすみやかな対応に努めます。

### ②緊急時等の連絡先及び対応時間

☆平常の時間帯（午前9時から午後6時）：事業所電話番号 0263-87-8618

☆平常の時間帯以外：事業所携帯電話番号 090-1183-9887

15. 第三者による評価の実施状況（有・無）

①実施した年月日                      年                      月                      日

②実施した評価機関の名称

③当該結果の開示状況（有 無）

令和      年      月      日

居宅介護等サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

管理者名 小澤 大樹

説明者職名

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

ご利用申込者氏名

上記の者は署名・捺印が困難なため、私が代って署名・捺印を行います。

代理人氏名 ( 続柄 )