

居宅介護重要事項説明書（令和 8 年 2 月 1 日現在）

（ 2026年 2月 1日現在）

1 事業者の概要

名称	KPSZホッとライン
法人の種別	特定非営利活動法人
法人の所在地	東京都府中市武蔵台 3-24-1
法人の電話番号	042 - 323 - 0037
代表者氏名	増田綾子
法人の沿革・特色	しょうがい者がいかに地域でみんなと一緒に当たり前で暮らして行けるのかを、実践、模索し、当法人の運営により、人と人が出会い、語り合い、楽しく活動し、交流できる場が生まれ年齢の違いや性別を超えて、しょうがいがある無しを問わず、共に生きていける社会を目指す。
法人が所有する事業所の種類・数	訪問介護事業所（介護保険）1373101037

2 本事業所の概要

事業所の名称	KPSZホッとライン
事業所の所在地	東京都府中市武蔵台 3-24-1
事業所番号	居宅介護 1313700237 （平成 19 年 5 月 1 日指定）
事業所が行っている他障害福祉サービス	重度訪問介護 1313700237 （平成 19 年 5 月 1 日指定）
営業日、営業時間	月～金 午前 10 時～午後 5 時
サービス提供日、時間	365 日 24 時間対応
サービス提供地域	国立市 国分寺市 府中市
事業の目的及び運営方針	利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境等に応じて、入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切に行う。
自己評価の実施状況	あり
第三者評価の実施状況	なし
職員への研修の実施状況	採用後一ヶ月以内の研修と年 10 回の研修を行う

3 事業所の職員体制 (令和8年2月現在)

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者	1		1	
サービス提供責任者	1		1	介護福祉士
ヘルパー	2	5	11.6	介護福祉士
	0	1	0.5	2級課程修了者
	0	3	4.8	介護職員初任者研修修了者
	0	10	11.25	重度訪問介護従業者養成研修修了者
	0	2	2	実務者研修修了者
事務員		1		

4 主たる対象者

精神障がい者 身体障がい者 (18歳未満の者を除く)

5 提供する居宅介護サービス

(1) 居宅介護サービスの内容

①身体介護

食事介助	食事の介助を行います。
入浴介助・清拭	入浴の介助や清拭(体を拭く等)、洗髪などを行います。
更衣介助	衣服の着脱の介助を行います。
排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。

②家事援助

調理	利用者の食事の用意・片付けを行います。
洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。

③通院等介助

通院等介助 (身体介護を伴う)	通院等又は官公署並びに指定相談支援事業所への移動のための介助、通院先等での受診等の手続・移動等の介助(院内介助を要する場合)を行います。

(2) ヘルパーの禁止行為

- ①利用者に対する暴力等の虐待行為
- ②身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（緊急やむを得ない場合を除く。）
- ③利用者の同居家族に対するサービス
- ④利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（庭の手入れやペットの世話等）
- ⑤居宅介護（身体介護、家事援助）における外出や単なる見守りのサービス
- ⑥その他利用者もしくはその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

6 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

居宅介護サービスに係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額（居宅介護サービスに要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。また、居宅介護サービスに要した総費用額から利用者負担額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。

なお、「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」第31条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

また、同一世帯に障害福祉サービスの利用者が複数いる場合、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する利用者がある場合で、利用者負担の合計額が一定の額を超える場合には、高額障害福祉サービス等給付費等を支給され負担が軽減される場合もあります。

詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

居宅介護サービス提供に要した総費用額は、「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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号）」別表介護給付費等単位数表により算定する単位数（下記表）に「厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）」を乗じて得た額となります。

$$\boxed{\text{月合計給付単位数（①基本サービス単位数+②加算単位数）} \times \text{1単位の単価} = \text{サービスに要した総費用}}$$

※居宅介護サービスに要した費用と利用者負担額の目安は、下記表のとおりです。

① 基本サービス単位数表 日中時間帯（午前8時～午後6時までの間）

・下記表の利用料（居宅介護サービスに要した費用）は、本事業所の所在地（3級地）の1単位単価（10.90円）で算定しています。また、利用者負担額は利用料の1割相当額を記載しています（1円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定しています。）。

居宅介護 料金表

サービス内容	基本単位数	サービス利用料	利用者負担額(1割)
身体介護 30分未満	255 単位	2,780 円	278 円
身体介護 30分以上 1時間未満	402 単位	4,382 円	438 円
身体介護 1時間以 上1時間30分未満	584 単位	6,366 円	637 円
家事援助 30分未満	102 単位	1,112 円	111 円
家事援助 30分以上 45分未満	148 単位	1,613 円	161 円
家事援助 45分以上 1時間未満	194 単位	2,115 円	212 円

※ 上記料金は基本報酬のみを記載しています。

※ 早朝・夜間・深夜等の加算は別途算定されます。

※ 当事業所は介護職員等処遇改善加算Ⅱを算定しており、加算後の総額に対して利用者負担額を算定します。

※ 法令改正等により、単位数・料金が変更される場合があります。

- ・ 2人の従業者により居宅介護を行う場合は、2人の従業者について区市町村が認める場合（①身体的理由②暴力行為等③その他利用者の状況から①、②に準ずると認められる場合のいずれかに該当する場合）で、利用者から同意を得ている場合になります。

各ヘルパーの所定単位数で算定します。

上記以外で、利用者が希望する場合は、利用者から介護給付費相当の額をいただきます。

- ・ 3級ヘルパー等が居宅介護サービス提供にあたる際は、所定単位を減じて算定します。

身体介護 所定単位の30%減

家事援助 所定単位の10%減

② 加算単位数

下記に該当する場合は、①の基本単位数に加算を算定します。

- 夜間早朝加算 夜間（18時～22時）、早朝（6時～8時）の場合は、①の単位の25%増
- 深夜加算 22時～6時の場合は、①の単位の50%増
- 緊急時対応加算 1回につき100単位
居宅介護計画に位置づけられていない居宅介護を利用者の要請を受けて、24時間以内に行った場合に算定します。
- 初回加算 200単位/月

新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回又は初回の属する月にサービス提供責任者が居宅介護サービスを提供した場合、又は従業者のサービスに同行した場合に算定します。

○ ^{かくたん}喀痰吸引等支援体制加算 100単位/日

* 特定事業所加算（1）を算定していない事業所において、喀痰吸引等に関する認定特定行為業務従事者である介護職員等がたんの吸引等を実施した場合に算定します。

○ 利用者負担上限額管理加算 150単位/月

利用者の負担額合計額の管理を行った場合に算定します。

○ 福祉専門職員等連携加算 564単位/回

サービス提供責任者が、利用者に関わった障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設等又は医療機関等の社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、公認心理師、作業療法士、言語聴覚士、看護師、保健師等の国家資格を有する者に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を共同して実施した上で、居宅介護計画を作成し、作成された居宅介護計画に基づきサービスを提供した場合に算定します。

○ 介護職員処遇改善加算

福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）（基本単位＋加算単位）の1000分の402相当単位/月
当該事業所では、職員の処遇（賃金等）改善を図っています。

事業者は、区市町村から法定代理受領により、居宅介護に係る介護給付費の支給を受けた場合は、利用者に対し、利用者に係る介護給付費の額をお知らせいたします。

法定代理受領を行わない居宅介護に係る費用の支払を受けた場合は、サービス証明書を利用者に交付します。

(2) その他、居宅介護サービスに係る費用について

① 交通費

「サービス提供地域」として定める国立市、国分寺市、府中市における居宅介護サービス利用については、交通費が無料となります。

それ以外の地域への居宅介護サービス提供につきましては、当事業所の従業員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

②記録等複写サービス

利用者の実費負担となります。

③通院等介助等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費

利用者の実費負担となります。

(3) その他

利用者のお住まいで居宅介護サービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者にご負担いただきます。

(4) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月10日までに請求しますので、20日までに支払ってください。

支払いは、原則として現金でお願いします。

7 居宅介護サービスの利用方法

(1) 居宅介護サービスの利用開始

①居宅介護について介護給付費の支給決定を受けた方で、当事業者の居宅介護サービス利用を希望される方は電話等でご連絡ください。

当事業者の居宅介護サービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②居宅介護サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画を作成して、居宅介護計画の基づき居宅介護サービスの提供を開始します。

契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。

ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③居宅介護の提供に当たっては、適切な居宅介護サービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) 居宅介護サービスの終了

①利用者が当事業者に対し 30 日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。

ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なく居宅介護サービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者が居宅介護サービス利用料金の支払いを 3 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15 日以内にお支払いいただけない場合、又は利用者や利用者の家族等が事業者や従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより直ちに契約を解除し、居宅介護サービス提供を終了させていただくことがあります。

④当事業所を廃止又は縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、居宅介護サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の 30 日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

①利用者が施設に入所した場合

②居宅介護の介護給付費支給期間が満了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）

③利用者が死亡した場合

8 当事業者の居宅介護サービス利用に際し留意していただきたい事項

--	--

9 緊急時の対応方法

居宅介護サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要

な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じ下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

10 この契約に関する相談・苦情の窓口等

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	児玉左希子
電話番号	05052358956
受付時間	月～金

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	〇〇市 健康福祉部しょうがいしゃ支援課
電話番号	-
受付時間	月～金 8時30分～17時

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	03-5283-7020
受付時間	月～金曜日 10～17時

11 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

虐待防止責任者名	児玉 左希子
----------	--------

令和 年 月 日

居宅介護の利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地) 東京都府中市武蔵台 3-24-1

(事業者名) KPSZホットライン

印

(代表者) 理事長 増田綾子

(事業所名) KPSZホットライン

(説明者) サービス提供責任者 矢作沙織

印

私は本書面により、これから居宅介護サービスを受ける居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所)

(氏名)

印

代理人又は立会人等

(住所)

(氏名)

印

(続柄)