

# 居宅介護重要事項説明書

令和6年4月1日現在

## 1. 事業所の名称等

事業所名	ヘルパーステーションこだま
所在地	東京都小平市美園町1丁目2番16号
サテライト事業所名	ヘルパーステーションこだま 虹・東村山出張所
所在地	東京都東村山市本町4丁目2番地32号
事業所番号	居宅介護 (令和5年12月1日指定)
事業所が行っている他障がい福祉サービス	
サービス提供地域	小平市・東久留米市・東村山市
運営方針	障害者総合支援法の基本理念をもとに身体的、精神的、知的障がいならびに難病により障がいがある方々誰もが自分らしい生き方を追求できる地域社会をめざし、利用者市民の方々と力を合わせて住み慣れた地域で暮らせるよう支援していきます。具体的な支援は、ご自宅で入浴、排せつ、食事等の介助とその生活全般にわたる援助を行っていきます。
自己評価の実施状況	
職員への研修の実施状況	毎月ヘルパー研修・会議を開催し、必要に応じて課題別の研修をおこなっています。

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

## 2. 概要

### (1) 事業所の営業日等

営業日	月曜日～金曜日	土曜日
営業時間	午前9時～午後5時	午前9時～午後12時40分

※ 休業日：日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）

### (2) サービスの提供時間帯

時間帯	早朝	通常時間帯	夜間
	6:00～8:00	8:00～18:00	18:00～22:00
平日・土曜	○	○	○
日・祝日			

※ 時間帯により料金が異なります。日・祝日については、ご相談ください。

### (3) 職員の体制

職種	常勤		非常勤		職務の内容
	専任	兼任	専任	兼任	
1. 管理者		1名			従業者・業務の管理
2. サービス提供責任者	2名以上	1名以上	2名以上		サービス提供の管理
3. 訪問介護員					訪問介護の提供
(1) 介護福祉士			5名以上		
(2) 訪問介護養成研修1級 (ヘルパー1級) 課程修了者			1名以上		
(3) 訪問介護養成研修2級 (ヘルパー2級) 課程修了者			15名以上	1名以上	
4. 事務職員				1名以上	事務全般

### 3. 主たる対象者

身体障がい者、知的障がい者、障がい児、精神障がい者、難病等対象者

### 4. 提供するサービス内容

#### (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 生活援助

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	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

### 5. 利用料金等

#### (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（契約書別紙）の1割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。

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。

#### (2) 交通費

訪問介護員が実施地域の利用者宅に訪問する場合、交通費はかかりません。ただし利用者宅よりサービス提供のためにかかる交通費は実費となります。

#### (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。

#### (4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を請求することがありますので、キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

利用日前日の営業時間内に連絡をいただいた場合	無 料
利用日前日の営業時間内に連絡をいただかなかつた場合	一回につき当該プラン料金の50% (料金表参照)

#### (5) その他

利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話などの費用は、利用者のご負担となります。

(6) 料金のお支払い方法

お支払方法は、当月のサービス利用料金の合計請求額を翌月15日前後に請求いたしますので、下記の方法にてご入金ください。

- ① 金融機関の自動引き落としで翌月末日までにお支払いいただきます。引き落とし確認後、領収書を発行させていただきます。  
＜引き落とし日＞  
郵便局⇒毎月20日 銀行⇒毎月27日（土・日・祝日は翌営業日）
- ② 当事業所職員が利用者宅へ集金に伺わせていただき、集金時に領収書を発行します。なお、集金にうかがった際には集金者が当事業所職員である事を身分証などによってご確認ください。

6. サービス実施記録の交付

サービス実施記録は複写物の交付を受けることができます。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

① 利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は利用者及びその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に十分に配慮するものとします。

8. サービスの利用方法

(1) 居宅介護サービスの利用の開始

- 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、居宅介護計画に基づき居宅介護サービスの提供を開始します。
- ③ 居宅介護の提供にあたっては、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 利用者の都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望する1週間前までに文書でお申し出ください。
- ② 事業者の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③ 自動終了  
以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスが終了いたします。
  - ・利用者が介護保険施設に入所した場合
  - ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要支援又は非該当（自立）と認定された場合
  - ・利用者が死亡した場合
  - ・3ヶ月以上利用が無く、今後も利用が無いと事業所が判断した場合
- ④ 契約解除
  - ・事業者が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は事

業者が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了することができます。

- ・利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず指定した日までに支払わない場合、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。
- ・利用者や家族などが当法人や当事業所のサービス従事者に対して暴言・暴力・誹謗中傷及びセクシャルハラスメントを含む信頼関係を破棄する行為を行った場合は文書で通知し、直ちに契約解除することができます。

⑤ その他

- ・サービス支援中のヘルパーを含む本人・家族以外の写真や動画の撮影または録音など許可なく行うことはお止めください。(インターネット上への掲載を含む)

## 9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

### 10. 高齢者虐待防止の対応

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 定期的に研修等を実施し、従業者の人権意識の向上・知識や技術の向上に努めます。
- ② 虐待防止委員会を定期的に開催し、会議内容について職員へ周知します。  
(委員会については、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。)
- ③ 虐待防止の為の指針を整備します。

### 11. 身体拘束等の適正化の推進

訪問介護員等は、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制限する行為を行わないものとし、やむを得ず行う場合にはその態様及び時間、利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。

### 12. ハラスメントについて

職場、介護現場においてハラスメントによって就業環境が害されることを防止し、適切なサービスを提供できる体制が確保出来るよう努めます。

### 13. 事業所における業務継続計画について

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築し、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練を実施していきます。

### 14. 事業所における感染対策について

- ① 感染症予防・拡大防止のための委員会を設置、定期的に会議を開催し、その内容について職員へ周知徹底を図ります。
- ② 感染症予防・拡大防止のための指針を整備します。
- ④ 職員に対し、感染症予防・拡大防止のための研修等を定期的実施します。

### 15. 事故発生時の対応

利用者に対して行なう訪問介護の提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合には、介護事業所責任保険(三井住友海上火災保険株式会社)を使って損害賠償を速やかに行ないます。

16. 相談・要望・苦情の受付について

- ① 訪問介護に関する相談、要望、苦情等は、サービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口

電話番号	主事業所 042-346-1400 (FAX 042-346-1405)	
	虹・東村山出張所 042-399-0720 (FAX 042-399-0721)	
主事業所	矢ノ澤 誠	管理者・サービス提供責任者
	名久井 佳映	サービス提供責任者
	川上 美智子	同上
	三上 由美子	同上
虹・東村山出張所	日戸 菜津江	サービス提供責任者
受付時間	月曜から金曜	午前9時～午後5時
	土曜	午前9時～午後12時40分

又は

電話番号	042-493-3502 (FAX 042-493-6155)	
担当	西都保健生活協同組合介護事業統括責任者	
受付時間	月曜から金曜	午前9時～午後5時
	土曜	午前9時～午後12時40分

- ② 行政機関その他の苦情相談受付機関

小平市健康福祉部 障がい者支援課	042-346-9542 (FAX 042-346-9541)
東久留米市健康保健部 障害福祉課 福祉支援係	042-470-7747 (FAX 042-475-8181)
東村山市保健福祉部 障害支援課	042-393-5111 (FAX 042-395-2131)
東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	03-5283-7020 (FAX 03-5283-6997)

## 17. 事業所の概要

名称・法人種別	西都保健生活協同組合	生協法人
代表者役職・氏名	理事長	村田 靖
所在地・電話番号	東京都清瀬市上清戸2-1-41	TEL 042-493-6129 FAX 042-493-6155
法人事業所		
診療所	生協診療所 清瀬診療所 北多摩クリニック みその診療所 富士見通り診療所 みその歯科 西東京生協歯科	
訪問看護	さいと訪問看護ステーション	清瀬事業所 さいと訪問看護ステーション 東村山事業所 さいと訪問看護ステーション
居宅介護支援	北多摩クリニックケアプランセンターきずな かるがも居宅介護支援事業所 泉 居宅介護支援事業所	
訪問介護	ヘルパーステーションこだま ヘルパーステーションこだま 虹・東村山出張所	
認知症対応型共同生活介護	グループホーム虹の家	

※いずれの事業も組合員利用が原則ですが、組合員以外の者の利用の許可を得ています。  
生協の加入・催し物のご案内をさせていただくことがあります。

訪問介護のサービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

【事業者】

名 称           ヘルパーステーションこだま  
所在地           東京都小平市美園町1丁目2番16号  
代表者           理事長           村田 靖  
  
説明者           ヘルパーステーションこだま

---

【サテライト事業所】

住 所           東京都東村山市本町4丁目2番32号  
説明者           ヘルパーステーションこだま 虹・東村山出張所

---

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護についての重要事項の説明を受けました。

令和           年           月           日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_