介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス重要事項説明書

社会福祉法人小田原市社会福祉協議会（事業者）は、介護保険法に基づく**事業所**として**小田原市社会福祉協議会介護サービスセンター**を開設・設置しています。

重要事項説明書は、**事業所**の概要や提供するサービス内容の詳細などについて、**契約書**を補足しつつ必ず通知すべき事項を利用者に説明する書類です。

これは、社会福祉法（昭和２６年法律第４５号）第７６条及び指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年3月３１日厚生省令第３７号）第２章第４節第８条の規定に基づいています。

－目次－

１　事業者（事業所を運営する法人）　…… P2

２　事業所の概要　…… P2

３　通常の事業実施地域　…… P2

４　営業日、営業時間及びサービス提供日等　…… P3

５　職員等体制　…… P3

６　サービス、利用料金、中止・変更・追加　…… P3

７　サービス利用に関する留意事項　…… P4

８　サービス実施記録の保存等　…… P5

９　ハラスメント防止　…… P6

１０　虐待防止対策及び身体拘束禁止　…… P6

１１　感染症発生防止及びまん延防止　…… P6

１２　業務継続計画の策定　…… P6

１３　事故発生時の対応　…… P7

１４　損害賠償保険の加入　…… P7

１５　苦情等受付窓口　…… P8

別表１（利用料金表：基本額、加算項目、利用者の負担額等）　…… P9

重要事項説明確認書　…… P11

１　事業者（事業所を運営する法人）

名称	社会福祉法人小田原市社会福祉協議会
所在地	小田原市久野１１５番地の２
電話番号	０４６５－３５－４０００
代表者	会長　木村秀昭
法人設立年月日	昭和５１年　７月　１日

２　事業所の概要

種類及び番号	介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス 第１４７２３０００７６号（平成２８年　１月　１日指定）
名称	小田原市社会福祉協議会介護サービスセンター
所在地	小田原市久野１１５番地の２
電話番号	０４６５－３５－８１４３
管理者	原　秀人
運営方針	利用者の心身状況や生活環境その他を考慮し、自立した日常生活がおくれるよう、身体介護（入浴、排泄、食事介護等）を除く生活援助を行います。
開設年月日	平成２８年　１月　１日
提供サービス	①指定訪問介護（介護保険） 平成１１年１０月１日指定 ②介護予防・日常生活支援総合事業　国基準訪問型サービス （介護保険）平成２７年４月１日指定 ③介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス （介護保険）平成２８年１月１日指定 ④指定障害福祉サービス事業所（居宅介護） 平成１８年１０月１日指定 ⑤指定障害福祉サービス事業所（同行援護） 平成２３年１０月１日指定 ⑥小田原市障害者地域生活支援事業所（移動支援） 平成１８年１０月１日指定 ⑦自主契約ホームヘルパー派遣事業 平成１８年４月１日事業開始

３　通常の事業実施地域：小田原市

4　営業日、営業時間及びサービス提供日等

営業日	月曜日から金曜日まで （国民の祝祭日及び１２月２９日から１月３日までを除く）
営業時間	午前８時３０分から午後５時１５分まで
サービス提供日等	原則として 日曜日から土曜日までの午前７時から午後１０時まで （国民の祝祭日及び１２月２９日から１月３日までを含む）

※上記の営業日、営業時間、サービス提供日等以外も相談に応じます。

5　職員等体制

（　　年　　月　　日現在）

職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者	１人		事業所が行う業務等全般の管理を行います。
サービス提供責任者	人	人	介護予防・日常生活支援総合事業基準緩和訪問型サービス計画を作成し、サービスに関する調整や管理等を行います。
訪問介護員 （ホームヘルパー）	人	人	介護予防・日常生活支援総合事業基準緩和訪問型サービス計画に基づき、実務としての訪問介護サービスを提供します。
介護福祉士 国家資格	人	人	
実務者研修 修了 （旧ホームヘルパー1級）	人	人	
初任者研修 修了 （旧ホームヘルパー2級）	人	人	

※指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等に基づく職員等体制（人員配置）を整えています。

6　サービス、利用料金、中止・変更・追加

利用者が希望する介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス計画や次頁に定めるサービス区分と内容に基づき、サービス提供します。

⑴　サービス

ア　介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づく利用者のアセスメント実施

イ　援助目標に応じた介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス計画の作成

ウ　介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス計画の適宜見直し

サービス区分	サービス内容
生活援助	利用者の居宅において、調理、洗濯、掃除や買物など、生活全般の援助を行います。 ・調理、洗濯、掃除、買物 ・その他必要な家事全般

⑵　利用料金（別表１に定めるとおり）

ア　利用者負担額

イ　実費負担額

ウ　支払方法

１か月ごとに計算して請求しますので、翌月２７日までに次のいずれかの方法でお支払いください。

（ア）現金支払い

（イ）利用者指定口座からの自動振替（自動引落日：毎月２７日）

（ウ）事業者指定口座への振り込み

⑶　利用の中止、変更、追加

利用者都合などにより、日にち・時間の変更・中止ができますが、その場合は利用日の前日までに連絡してください。

次のような場合は、１回 700 円のキャンセル料が発生することがあります。

ア　利用日前日までに、変更や中止等の連絡をしなかった場合

イ　変更や中止等の連絡が、利用日当日だった場合

利用者の体調不良や緊急入院など、やむを得ない事情で連絡できなかった場合は、キャンセル料が発生しないことがあります。

なお、利用日などの変更や中止は、希望どおりに対応できないことがありますので、他の提案をする場合があります。

７　サービス利用に関する留意事項

⑴　ホームヘルパー（以下「ヘルパー」という。）について

ア　担当ヘルパーは、サービス提供に合わせて決定し、複数のヘルパーが交替で対応する場合があります。

担当ヘルパーが交替する場合は、事前にそのことを説明して不利益が生じないように配慮します。

イ　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。

ご要望などは、担当サービス提供責任者や事業所相談窓口にご連絡ください。

⑵　サービス提供について

ア　サービス内容は、介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス計画

に基づいて決定します。
　ヘルパーへの指示や命令などは全て事業者が行いますが、実際のサービス提供は利用者の生活や身体状況その他を考慮し、十分に配慮します。

イ　サービス実施に必要である設備や備品など（電気・水道・ガス（料金は利用者負担）、調理・掃除器具など）は、適宜使用させて頂きます。

⑶　サービス内容の変更
　訪問時に、利用者の体調不良などの理由でサービス提供ができない場合は、利用者の同意を得てサービス内容を変更します。
　その場合は、変更したサービス内容に応じた利用料金となります。

⑷　介護保険被保険者証及び負担割合証の確認
　介護保険被保険者証の記載内容（住所、利用者負担額、要介護状態区分等）や、負担割合証に変更があった場合は、速やかにお知らせください。
　担当ヘルパーやサービス提供責任者が、介護保険被保険者証や負担割合証の確認をさせていただく際は、協力をお願いします。

⑸　その他
　サービス提供責任者や担当ヘルパーは、サービス提供時に以下の行為は行いません。

ア　医療行為又はそれに類する行為
イ　利用者又は家族・親族等の現金、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
ウ　利用者又は家族・親族等から金銭、物品、飲物・食料品等の授受
エ　直接利用者本人の援助に該当しないサービス
オ　大掃除、庭掃除、草むしり、植木剪定、ペットの世話等の日常生活の範囲を超えるサービス
カ　飲酒を含む飲食、喫煙
キ　利用者が酒酔い状態でのサービス提供
ク　利用者又は家族等に対する宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為
ケ　商品の販売等生業の援助的なサービス
コ　利用者の不在中に行うサービス

８　サービス実施記録の保存等
　電子記録として、サービスを提供した日時、内容及び利用者の状況その他を適切に保存します。

⑴　介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス計画・サービス提供ごとの記録：サービス提供終了日から５年間保存
⑵　個人情報の保護に関する法律及び福祉分野における個人情報保護に関するガイドライン（厚生労働省）に基づく適切な記録・情報の管理

⑶　利用者の求めや必要に応じた管理記録や情報の開示

９　ハラスメント防止
　事業所内において各種ハラスメント行為などが発生しないよう、必要な措置を講じます。

⑴　カスタマーハラスメント、パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント及びその他全てのハラスメント行為の抑止と禁止

⑵　ハラスメント行為発生時における相談窓口設置、環境改善、再発防止策検討

⑶　職員・従事者に対するハラスメント関係研修会等の開催

１０　虐待防止対策及び身体拘束禁止

利用者の人権擁護や虐待の防止のため、また、身体拘束その他利用者の行動制限行為禁止のため、次のとおり必要な措置を講じます。

⑴　虐待防止に関する責任者の選任及び設置

虐待防止責任者	管理者　原　秀人

⑵　成年後見制度利用の支援及び促進

⑶　職員・従事者に対する虐待防止・身体拘束に関する研修会等開催

⑷　身体拘束に関することを含む虐待防止委員会の定期開催

⑸　虐待防止・身体拘束禁止のための指針制定

⑹　虐待事案発見時の即時通報義務の周知

⑺　緊急時及びやむを得ない場合を除く身体拘束の禁止

⑻　緊急時及びやむを得ない身体拘束等を行った場合の記録及び報告の義務化

１１　感染症発生防止及びまん延防止

感染症発生防止及びまん延防止の対策を講じます。

⑴　感染症対策委員会の定期開催

⑵　職員・従事者に対する研修会等の定期開催

１２　業務継続計画の策定

自然災害や感染症の発生時にも必要なサービスを継続提供できるよう業務継続計画を策定し、それに従って必要な対策を講じます。

⑴　業務継続計画の周知及び研修・訓練等の定期開催
⑵　定期的な業務継続計画の見直し及び変更

１３　事故発生時の対応

サービス提供中の事故発生の際に、小田原市、利用者の家族及び居宅介護支援事業所など関係各所に連絡する他、速やかに必要な対応を行います。

⑴　賠償すべき事故への速やかな損害賠償

⑵　事故原因解明及び再発防止策検討

⑶　事前の情報収集及び未然防止策検討

１４　損害賠償保険の加入

加入済保険名：福祉サービス総合補償

補償概要：傷害保険・賠償補償

１５　苦情等受付窓口

⑴　事業者の苦情受付窓口

小田原市社会福祉協議会 介護サービスセンター	所在地	小田原市久野１１５番地の２
	電話番号	０４６５－３５－８１４３
	FAX 番号	０４６５－３２－４１３９
	受付時間	午前８時３０分から午後５時１５分まで
	窓口担当者	管理者　原　秀人

⑵　行政機関やその他の苦情受付窓口

神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 在宅サービスグループ	所在地	横浜市中区日本大通１
	電話番号	０４５－２１０－４８４０
	FAX 番号	０４５－２１０－８８６６
	受付時間	午前８時３０分から午後５時１５分まで
神奈川県 国民健康保険 団体連合会	所在地	横浜市西区楠木町２７番地の１
	電話番号	０４５－３２９－３４４７
	FAX 番号	（ＦＡＸでの苦情申立及び相談は受け付けていません。）
	受付時間	午前８時３０分から午後５時１５分まで
小田原市 高齢介護課	所在地	小田原市荻窪３００
	電話番号	０４６５－３３－１８２７
	FAX 番号	０４６５－３３－１８３８
	受付時間	午前８時３０分から午後５時１５分まで
かながわ 福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	横浜市神奈川区反町３－１７－２
	電話番号	０４５－３１１－８８６１
	FAX 番号	０４５－３１２－６３０２
	受付時間	午前９時から午後５時まで

別表１

介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス　利用料金表

１　基本額

（令和８年６月１日改正）

内容		利用区分	利用料	利用者負担額		
				負担割合証１割	負担割合証２割	負担割合証３割
生活援助	基本額	１週に１回程度の場合	１月につき 10,700 円	1,070 円	2,140 円	3,210 円
		１週に２回程度の場合	１月につき 21,368 円	2,137 円	4,274 円	6,411 円
		１週に２回を超える程度の場合（要支援２相当）	１月につき 33,898 円	3,390 円	6,780 円	10,170 円
		30 分	１回につき 1,915 円	192 円	384 円	576 円
		１時間	１回につき 2,354 円	236 円	472 円	708 円

２　加算項目

加算項目	内容等	利用料	利用者負担額		
			負担割合証１割	負担割合証２割	負担割合証３割
初回加算	初回時､利用者が過去２月にサービス提供を受けていない場合	2,140 円	214 円	428 円	642 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	所定単位に２７．０％を乗じ算定				

３　利用者の負担額等

⑴　介護保険法に定める利用者負担額

ア　利用者の負担割合（１～３割）は、負担割合証により決定・通知されます。

イ　保険料滞納等により介護給付制限がある方は、全額自己負担です。

ウ　介護保険以外のサービス利用は、全額自己負担です。

エ　２人のヘルパーによる訪問は、ヘルパー２人分の料金が発生します。

⑵　その他の負担額

ア　介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービス提供時にヘルパーが利用する公共交通機関等交通費

イ　小田原市域外でのサービス提供に伴う自動車等交通費

小田原市（通常の事業実施地域）を超える地点から１㎞ごとに	普通自動車、小型自動車及び軽自動車：20 円
	二輪の小型自動車及び原動機付自転車：10 円
公共交通機関等使用の場合	実費

ウ　その他サービス提供に必要である費用等が発生した場合：実費

エ　利用者の記録等開示に伴う書類等コピー代（１枚：３円）

重要事項説明確認書

サービス利用に関わる重要事項説明が行われた旨を証するため、本書２通を作成して事業者（説明者）及び利用者等双方が署名・押印のうえ、各自が１通を保有します。

年　　月　　日

利用者に対して、介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービスの提供に関わる重要事項について説明を行い、併せて重要事項説明書を交付しました。

（事業者）

所在地　　小田原市久野１１５番地の２

事業者名　社会福祉法人小田原市社会福祉協議会

説明者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

事業者（説明者）から、介護予防・日常生活支援総合事業　基準緩和訪問型サービスの提供に関わる重要事項について説明を受け、その内容について了承し、併せて重要事項説明書を受け取りました。

利用者

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者代理人（または代筆者・該当する場合のみ）

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※代理人もしくは代筆者が署名する場合は、以下も記入してください。

利用者との関係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理・代筆理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿