

**介護予防・日常生活支援総合事業
生活支援訪問型サービス及び訪問介護相当サービス
重要事項説明書**

令和 7 年 5 月 1 日作成

利用者（ ）様）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	特定非営利活動法人法人ふれあいサポート
主たる事務所の所在地	〒445-0014 西尾市駒場町屋敷82-1
代表者（職名・氏名）	理事長 松本恵美子
設 立 年 月 日	平成14年9月12日
電 話 番 号	0563-55-5088

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ふれあいサポートヘルパー事業所	
サ ー ビ ス の 種 類	生活支援訪問型サービス 訪問介護相当サービス	
事 業 所 の 所 在 地	〒445-0021 西尾市駒場町東山39-1	
電 話 番 号	0563-55-5088	
指定年月日・事業所番号	平成14年11月4日指定	2373200381
管 理 者 の 氏 名	大谷孔美	
事 業 の 実 施 地 域	西尾市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

生活支援訪問型サービスは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除など、日常生活上の世話を行うサービスです。

訪問介護相当サービスは、資格を持った介護員が排泄、入浴などの支援を行うサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従事者	常勤 2人、 非常勤 4人
うち介護福祉士	常勤 2人、 非常勤 4人
うちヘルパー1級修了者	常勤 0人、 非常勤 0人
うちヘルパー2級修了者	常勤 0人、 非常勤 0人
うち初任者研修修了者	常勤 0人、 非常勤 0人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

訪問事業責任者の氏名	大谷孔美
------------	------

8. 利用料

第1号訪問事業を提供した場合の利用料の額は、西尾市介護予防・日常生活支援総合事業実施要項の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスである時は、その額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

(1) 生活支援訪問型サービスの利用料

【基本部分】 単価:10.42円

サービス名称	基本利用料 (1割負担の場合)
生活支援訪問型サービス 週1回利用の場合	1,077 単位
生活支援型サービス 週2回利用の場合	2,151 単位

【加算部分】

初回加算 200 単位

(2) 訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】 単価:10.42 円

サービス名称	基本利用料 (1割負担の場合)
訪問型独自サービス 週1回利用の場合	1,176 単位
訪問型独自サービス 週2回利用の場合	2,349 単位

【加算部分】

初回加算 200 単位

処遇改善加算Ⅰ 24.5%

(3) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただく場合があります。

- ① ご利用日の前日午後5時までにご連絡をいただいた場合:無料
- ② ①以外の場合:¥1000

(4) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求します。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	毎月、ゆうちょ銀行は15日、その他金融機関は27日に前月分の引き落としをいたします。 お支払いは原則的に利用者の口座より自動引き落としとなっています。 払込の確認後に領収書を発行します。

9. 事故発生時・緊急時における対応方法

サービスの提供中に容体の急変等があった場合には、事前の打ち合わせにより、主治医、救急車、親族、担当の包括支援センターへ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	
	電話番号	

10. 賠償責任

事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、利用者や利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者や家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。

11. 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施していません。

12. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、下記にご連絡下さい。

利用者からの相談、 苦情に対応する常設 の窓口	・ふれあいサポート苦情相談窓口
	TEL 0563-55-5088
	・その他の苦情相談窓口
	西尾市長寿課 TEL 0563-65-2119 愛知県国民健康保険団体連合会 TEL 052-971-4165

13. サービスご利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。