**広島市介護予防・日常生活支援総合事業における**

**短期集中予防支援訪問サービス契約書別紙**

**（兼重要事項説明書）【例】**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始に当たり、当事業者があなた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 | ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | ○○○○　○○ ○○ |
| 設立年月日 | ○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○○○○○ | |
| サービスの種類 | 短期集中予防支援訪問サービス  ※指定介護事業者以外の場合、  本項目は不要 | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | ○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 利用定員 | ○○人 | |
| 事業の実施地域 | 広島市のうち○○区、○○区 | |

**３．事業の目的及び運営の方針**

専門職が居宅を訪問し、生活機能上の問題・課題及びその背景・原因を把握・評価し、心身の状況や生活環境に応じた日常生活動作、生活機能の改善に向けた相談支援を短期間集中的に行うことで、サービス利用者が要介護状態等になることを予防するとともに、自ら継続して介護予防に取り組み、介護保険サービスを利用しなくても地域で自立した生活が維持できるようにすることを目的として実施します。

※対応する専門職の職種に応じて、不要な箇所を削除する。

**４．提供するサービスの内容**

短期集中予防支援訪問サービスは、リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）又は管理栄養士が居宅を訪問し、利用者の居宅生活における生活機能の課題と必要な支援に応じ、自立度を高めるための相談支援を次のとおり行うためのサービスです。

⑴　運動器の機能向上

ＡＤＬ、ＩＡＤＬといった日常生活における動作の改善に向けた適切な運動や、動作の工夫に関する助言、指導

⑵　生活環境改善

自宅内・自宅周囲の動線や、自宅内の生活環境改善に関する助言、指導

⑶　口腔機能向上

摂食・嚥下に関する動作改善に向けた助言、指導

⑷　コミュニケーション力の改善

主に発声・発語の機能低下によるコミュニケーション力低下に伴う「うつ傾向」の改善に向けた助言、指導

⑸　栄養改善

低栄養予防のための効果的な栄養摂取など食生活の改善に関する助言、指導

⑹　その他

⑴～⑸のほか、居宅生活の自立度を高めるために専門職が行うにふさわしい助言、指　　　導

参考（専門職の職種に応じた支援内容）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | リハビリテーション専門職 | | | 管理栄養士 |
| 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 |
| ⑴ 運動器の機能向上 | ○ | ○ | × | × |
| ⑵ 生活環境改善 | ○ | ○ | × | ○ |
| ⑶ 口腔機能向上 | × | × | ○ | × |
| ⑷ コミュニケーション力改善 | × | × | ○ | × |
| ⑸ 栄養改善 | × | × | × | ○ |
| ⑹ その他 | ○ | ○ | ○ | ○ |

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ○曜日と○曜日。  ただし、○月○日から○月○日までを除く。 |
| 営業時間 | 午前○時○分から午後○時○分まで |
| サービス提供時間 | 午前○時○分から午後○時○分まで |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者（専門スタッフ）の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 従業者（専門スタッフ） | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |

**７．サービス提供の責任者**

　あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）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。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理責任者の氏名 | 管　理　者　 ○○ ○○ |

**８．利用期間**

　　サービスの利用期間は、介護予防サービス計画・支援計画書に基づき決定されます。

**９．利用料・利用者負担金**

**（１）基本利用料・利用者負担金**

あなたが短期集中予防支援訪問サービスを利用した場合の「基本利用料」（介護保険負担分を含む。）及び、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、以下のとおりです。

なお、利用者負担金について生活保護法による介護扶助を受ける場合は、福祉事務所に介護扶助費の手続きを行ってください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | サービス  提供時間 | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| 理学療法士、作業療法士  言語聴覚士 | ３０分 | (１回あたり) 5,800円 | (１回あたり)　580円 |
| ６０分 | (１回あたり)11,600円 | (１回あたり)1,160円 |
| 管理栄養士 | ３０分 | (１回あたり) 5,700円 | (１回あたり)　570円 |
| ６０分 | (１回あたり)11,400円 | (１回あたり)1,140円 |

※キャンセル料の上限は、基本利用料の20%です。

【参考】(PT/OT/ST)30分：1,160円、(PT/OT/ST)60分：2,320円

**（２）キャンセル料**

　　利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をご負担いただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の３日前、２日前 | ○○円（基本利用料の○○％の額） |
| 利用予定日の前日、当日 | ○○円（基本利用料の○○％の額） |

　（注）利用予定日の４日前までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

**（３）支払い方法**

　　上記（１）（２）の利用者負担金（利用者負担金及びキャンセル料）は、１か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

　　なお、これらの利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。  ○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。  ○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

**10．緊急時における対応方法**

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、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 | ○○○○（○○○○）  ○○○－○○○－○○○○ |

**11．事故発生時の対応**

　 サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び広島市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

※担当が居宅介護支援事業所の場合は、「地域包括支援センター」を「居宅介護支援事業所」に修正する。

**12．苦情相談窓口**

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所相談窓口 | 電話番号 ○○○－○○○－○○○○  面接場所　当事業所の相談室  担当者名  担当者が不在の場合の対応 |

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情受付機関 | 広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課 | 電話番号 ０８２－５０４－２６４８ |

**13．サービスの利用に当たっての留意事項**

　サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は当事業所の担当者へご連絡ください。

（２）従業者は、現金、預金通帳、キャッシュカード、印鑑、年金証書その他有価証券等は一切お預かりすることができませんので予めご了承下さい。

**14．非常災害対策**

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、非常災害に関する具体的計画を策定しております。

　　　 　 年 月 日

事業者は、利用者へのサービスの提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

　　　　　　 利　用　者　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印