**広島市介護予防・日常生活支援総合事業における**

**短期集中運動型デイ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 | 短期集中運動型デイサービス  ※フィットネス事業者の場合、  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**

利用者の生活機能上の問題・課題及びその背景・原因を把握・評価した上で、利用者の心身の状況等に即した通所による運動器の機能向上プログラムを短期間集中的に提供し、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。

**４．提供するサービスの内容**

短期集中運動型デイサービスは、ご利用事業所に通っていただき、３か月間集中的に運動器の機能向上プログラムを実施することによって、利用者の生活機能の改善等を図るためのサービスです。なお、当事業所では、理学療法士（又は作業療法士）による「リハビリ専門職によるプログラム」を実施します。また、必要に応じて、口腔機能向上プログラム、送迎のサービスを提供します。

※「なお」以下については、実施しない場合は不要。

**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。

なお、口腔機能向上プログラムを付加する場合は、サービスの利用期間中、計７回が限度となります。（概ね２週間に１回）

**９．利用料・利用者負担金**

**（１）基本利用料・利用者負担金**

あなたが短期集中運動型デイ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代理受領の手続きを行ってください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| 1クール目 | 基本運営費 | (１回あたり)5,000円 | (１回あたり)500円 |
| 口腔ケア加算 | (１回あたり)　800円 | (１回あたり) 80円 |
| 送迎加算（片道） | (１回あたり)　500円 | (１回あたり) 50円 |
| 2クール目（月額包括報酬） | | (１月あたり)16,200円 | (１月あたり)1,620円 |

※該当のクールのみ表記する。

**（２）その他の費用に関する実費負担金**

　　利用者には、（１）の基本利用者負担金のほか、以下に該当する場合には、以下の実費負担金をご負担いただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 原材料費 | 口腔機能向上プログラムにおいて口腔清掃等を実施する場合は、原材料等の実費として、１回当たり○○円のご負担をいただきます。 |
| 食費 | 食事の提供を受けた場合は、１回当たり○○円の食費をご負担いただきます。 |
| その他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）については、費用の実費をご負担いただきます。 |

**（３）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。

※キャンセル料の上限は、1,000円（1クール目の基本運営費に係る利用料の20%）です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

**（４）支払い方法**

　　上記（１）から（３）までの利用者負担金（利用者負担金、実費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）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

（３）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。

（４）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。現金及び貴重品は、お客様の責任で管理して頂きます。

**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