

**介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号通所事業（通所型短期集中予防サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）④**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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	株式会社 ○○○○
主たる事務所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設 立 年 月 日	平成○○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	○○○センター	
サービスの種類	第1号通所事業（通所型短期集中予防サービス）	
事業所の所在地	〒000-0000 いわき市○○○○○	
電 話 番 号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
管 理 者 の 氏 名	○○ ○○	
通常の事業の実施地域	いわき市全域	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、3ヶ月から6ヶ月の短期間に、保健・医療の専門職が生活行為改善プログラムを作成し、利用者の状態に応じた機能訓練を行うことで心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
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、市や事業者、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、利用者の生活機能の維持、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

第1号通所事業（通所型短期集中予防サービス）は、保健・医療の専門職が中心となり、3ヶ月から6ヶ月の短期間に、利用者の状態像に応じた生活行為改善プログラムを作成し、利用者のニーズに応じた個別の機能訓練を行うことで心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上を目指すものとなっています。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日及び水曜日 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後12時まで
サービス提供時間	午前9時30分から午前11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
支援相談員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
看護職員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
生活機能指導員	常勤 ○人、 非常勤 ○人

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（支援相談員）及びその管理責任者（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。

担当職員の氏名	支援相談員 ○○ ○○
管理責任者の氏名	管理者 ○○ ○○

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

## (1) 通所型短期集中予防サービスの利用料

### 【基本部分】

サービス名称	対象	サービスの内容	算定単位
通所型短期集中予防サービス	事業対象者、要支援1・2	保健・医療の専門職による個別の機能訓練	405単位/回

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の算定単位が加算されます。

加算の種類	加算の要件	算定単位
市長が定める地域に居住する者へのサービス提供加算 ※	市長が定める地域に居住する者へサービス提供を行った場合（通常のサービス実施地域内でも可）	所定単位×5/100

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## (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いただきます。ただし、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
利用予定日の前日	利用者負担金の〇〇%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の〇〇%の額

(注) 利用予定日の前々日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)及び(2)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ので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、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、〇〇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〇日（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。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日（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。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日（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。

## 9. 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	〇〇〇〇
	氏名	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	〇〇〇〇 (〇〇〇〇)
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

## 10. 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市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 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	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	面接場所	当事業所の相談室

(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	いわき市長寿介護課	電話番号 0246-22-7467
	福島県国民健康保険団体連合会	電話番号 024-528-0040

### 12. サービスの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、訪問支援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) 訪問支援員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (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当事業所の担当者へご連絡ください。

平成 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、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