

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス・ 通所型サービス）指定申請の手引き

平成27年11月版

三条市福祉保健部高齢介護課

1 指定申請の流れについて

実施項目	期 日	説明
1 事前相談 ↓ 申請準備 ↓ 申請書類 の作成	平成 27 年 11 月 1 日から随時受付 <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>※必ず事前に 事業者支援担 当に電話連絡 し、面談日時を 予約して来庁 してください。</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○総合事業の事業者の指定を受けるためには、三条市の要綱で定める人員や設備、運営に関する基準等を満たしていなければなりません。 ○指定申請に当たっては、事前に、必要な手続きや人員の手配、設備面の整備、申請書類の作成など、様々な準備を行う必要があります。 ○準備内容の説明・相談は随時、受付していますので、なるべく早い段階からご連絡ください。
2 申請書類 の提出 <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>例) 4月1日指定の場合 →2月末日までに提出</p> </div> ↓	指定予定月の 前々月の末日まで	<ul style="list-style-type: none"> ○指定申請書類は、遅くとも、指定を受けようとする月の前々月の末日までに提出してください。 ○指定申請は、同一法人であっても、事業所ごとに行う必要があります。 ○指定申請の際は、申請書類一式を1冊のファイルに綴り提出してください。 ○申請者控えとして、申請書類一式の写しを必ず保管してください。 ○指定手数料は、平成 30 年 3 月末日までに申請を行う場合は、無料です。
3 審 査 現地確認 ↓	指定予定月の前月	<ul style="list-style-type: none"> ○申請内容が指定基準等に合致しているか確認するため、<u>書類審査</u>を行います。 ○併せて現地確認を行います。<u>(通所型サービスのみ)</u> ※該当となる事業所へは個別にご連絡します。
4 指 定 ↓	原則、 <u>毎月 1 日</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○原則として、<u>毎月 1 回、1 日付け</u>で指定します。 ○指定決定がなされた時点で、電話や F A X 等でご連絡の上、指定通知書を郵送します。 ○<u>指定の有効期間は原則 6 年間</u>です。当該有効期間を更新するには、<u>更新申請が必要</u>となります。 ※平成 30 年 3 月 31 日まで申請する場合は、有効期間を一体的に事業を行う指定訪問（通所）介護の有効期間までとする特例あり
5 公 表 情報提供 ↓	指定後	<ul style="list-style-type: none"> ○指定事業者名、事業所名、所在地、サービスの種類等をパンフレットやホームページに掲載します。 ○三条市及び新潟県の事業者台帳へ事業者情報を登録し、新潟県国民健康保険団体連合会へ情報提供します。
6 現地確認	指定月から概ね 3 か月以内	<ul style="list-style-type: none"> ○指定後の状況が申請内容と合致しているか確認するため、<u>現地確認</u>を行います。<u>(訪問型サービスのみ)</u> ※該当となる事業所へは個別にご連絡します。

2 総合事業の指定申請に係る提出書類等について

(1) 市内事業所への申請様式の送付等について

市内の各事業所へ、10月28日にメールで申請様式を送付します。また、後ほど市ホームページにも掲載いたします。

(2) 指定申請書類一覧

ア 訪問型サービス

No.	提出書類の名称	現行相当	サービスA	提出書類の説明（参照ページ）	記載例
1	指定申請書（第1号様式）	○	○		P 6
2	申請する事業等に係る記載事項（別紙1又は2）	別紙1	別紙2		P 7・8
3	申請者の定款又は寄付行為等の写し	○	○	P 11 参照 ※ <u>原本証明すること。</u>	
4	申請者の法人登記事項証明書又は条例等	○	○	P 11 参照	
5	事業所の位置図	○	○	P 11 参照	
6	事業所の平面図	○	○	事業所内のレイアウト（例：デスク、書庫等）及び事業所全体の面積が分かる図面。P 11 参照	P 21
7	事業所内の設備・備品等の写真	○	○	①建物の外観、②事務室、③相談室、④手指洗浄設備（洗面台、液体石けん、ペーパータオル等）、⑤個人情報を保管するための鍵のかかる書庫等を撮影した写真。P 11 参照	
8	管理者の経歴書	○	○	P 12 参照	P 24
9	サービス提供責任者の経歴書	○		※ <u>現行相当のみ</u> P 12 参照	P 25
10	訪問事業責任者の経歴書		○	※ <u>サービスAのみ</u> P 12 参照	P 26
11	運営規程	○	○	P 13 参照	P 49～52 P 66～69
12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	P 13 参照	P 27
13	組織体系図	○	○	P 13 参照	P 28
14	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	P 13 参照	P 29・30
15	従業員の資格を証する書類	○	○	①介護福祉士登録証②介護職員基礎研修修了証③1級・2級ヘルパー研修修了証④介護職員初任者研修修了証⑤3級ヘルパー研修修了証⑥市が認める研修修了証 ※⑤⑥は、サービスAのみ該当 ※写しを提出 P 14 参照	

No.	提出書類の名称	現行相当	サービスA	提出書類の説明（参照ページ）	記載例
16	事業に係る資産の状況（申請者の決算書、予算書等）	○	○	P 14 参照	P 33
17	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等届出書等	○	○	P 14・17 参照	P 43～47
18	事業所の建物の不動産登記事項証明書等	○	○	自己所有の場合は「登記事項証明書」の原本。賃貸借の場合は「賃貸借契約書」の写し。P 14 参照	
19	従業者の身分証明書の様式	○	○	P 15 参照	P 34
20	誓約書	○	○	P 15 参照	P 35
21	役員等の名簿	○	○	P 15・16 参照	P 36
22	契約書	○	○	利用者との契約書	P 53～58 P 70～75
23	重要事項説明書	○	○	利用者との契約に係る重要事項説明書	P 59～65 P 76～82
24	予防衣、使い捨て手袋の用意	○		予防衣及び使い捨て手袋等の写真を添付※現行相当のみ	
25	予防衣の衛生状況等	○		洗濯機の写真又はクリーニングの場合は契約書の写し ※現行相当のみ	
26	サービス提供に関する諸様式	○	○	①アセスメントに係る記録等の様式（フェイスシート等）②訪問型サービス計画③サービス提供記録等の様式※サービスAにおいては③のみ必須	
27	掲示物	○	○	重要事項について、事業所内に掲示する書類	P 37～39
28	広告やパンフレットの原稿	○	○	広告やパンフレットを作成予定であれば、その原稿	
29	雇用契約書又は辞令等の写し	○	○	事業者が指揮命令権を有していること及び従業者が従事する業務を確認できる書類	
30	（秘密保持に係る）就業規則又は誓約書等の写し	○	○	就業中及び退職後の秘密保持について定めたもの	

イ 通所型サービス

No.	提出書類の名称	現行相当	サービスA	提出書類の説明（参照ページ）	記載例
1	指定申請書（第1号様式）	○	○		P 6
2	申請する事業等に係る記載事項（別紙1又は2）	別紙3	別紙4		P 9・10
3	申請者の定款又は寄付行為等の写し	○	○	P 11 参照 ※ <u>原本証明すること。</u>	
4	申請者の法人登記事項証明書又は条例等	○	○	P 11 参照	
5	事業所の位置図	○	○	P 11 参照	
6	事業所の平面図及び求積図	○	○	事業所内のレイアウト、設備基準上の専用区画の各室の用途及び面積が分かる図面。P 11 参照	P 22
7	事業所内の設備・備品等の写真	○	○	①建物の外観②食堂及び機能訓練室（サービスAの場合、サービスを提供するスペース）③静養室④相談室⑤事務室⑥その他必要な設備（下記「事業所の設備等に係る項目一覧表」に記載の設備）等を撮影した写真。※サービスAの場合、①②⑤⑥ P 11 参照	
8	事業所の設備等に係る項目一覧表	○	○	P 12 参照	P 23
9	管理者の経歴書	○	○	P 12 参照	P 24
10	運営規程	○	○	P 13 参照	P 83～87 P 102～105
11	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	P 13 参照	P 27
12	組織体系図	○	○	P 13 参照	P 28
13	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	P 13 参照	P 31・32
14	従業者の資格を証する書類	○	○	○生活相談員＝社会福祉士又は社会福祉主事（任用資格）又は精神保健福祉士の資格者証等 ○看護職員＝（准）看護師免許証 ○機能訓練指導員＝理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格者証等 ○従事者（サービスA）＝上記若しくは市が認める研修修了証等 ※写しを提出 P 14 参照	

No.	提出書類の名称	現行相当	サービスA	提出書類の説明（参照ページ）	記載例
15	事業に係る資産の状況（申請者の決算書、予算書等）	○	○	P 14 参照	P 33
16	第 1 号事業支給費算定に係る体制等届出書	○	○	P 14・17 参照	P 43～47
17	事業所の建物の不動産登記事項証明書等	○	○	自己所有の場合は「登記事項証明書」の原本。賃貸借の場合は「賃貸借契約書」の写し。P 14 参照	
18	事業所の敷地（土地）の不動産登記事項証明書等、敷地周辺の見取図（公図）	○	○	「登記事項証明書」の原本及び「公図」。賃貸借の場合は「賃貸借契約書」の写しも併せて提出。P 15 参照	
19	誓約書	○	○	P 15 参照	P 35
20	役員等の名簿	○	○	P 15・16 参照	P 36

◎現地確認の際に確認する書類※現地確認の際に準備しておいてください。

No.	書類の名称	現行相当	サービスA	提出書類の説明（参照ページ）	記載例
21	契約書	○	○	利用者との契約書	P 88～93 P 106～111
22	重要事項説明書	○	○	利用者との契約に係る重要事項説明書	P 94～101 P 112～118
23	掲示物	○	○	重要事項について、事業所内に掲示する書類	P 40～42
24	広告やパンフレットの原稿	○	○	広告やパンフレットを作成予定であれば、その原稿	
25	雇用契約書又は辞令等の写し	○	○	事業者が指揮命令権を有していること及び従業者が従事する業務を確認できる書類	
26	（秘密保持に係る）就業規則又は誓約書等の写し	○	○	就業中及び退職後の秘密保持について定めたもの	
27	サービス提供に関する諸様式	○	○	①アセスメントに係る記録等の様式（フェイスシート等）②通所型サービス計画③サービス提供記録等の様式④出勤簿の様式⑤業務日誌の様式⑥領収証の様式※サービスAにおいては③～⑥のみ必須	
28	各種マニュアル等	○	○	①事故対応マニュアル②緊急時の連絡体制③防災マニュアル（事象別非常災害マニュアル含む）④感染症対策マニュアル 等※サービスAにおいては①②のみ必須	

申請書 記載例

提出担当者	連絡先	株式会社 旭町サービス TEL 0256-34-0000 FAX 0256-34-xxxx
	氏名	三条 一郎

指定事業者の指定申請書

平成27年11月30日

(宛先)三条市長 様

住所 新潟県三条市旭町二丁目3番1号
申請者 氏名 株式会社 旭町サービス
代表取締役 三条 一郎 印

該当する事業を○で囲む

法人にあっては、
名称及び代表者の職・氏名

第1号訪問事業・第1号通所事業に係る指定事業者の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	(フリガナ) 名称	カブシキガイシャ アサヒチョウサービス 株式会社 旭町サービス									
	(フリガナ) 主たる事務所の所在地	(郵便番号 955-0000) ニイガタケンサンジョウシアサヒチョウ 新潟 都道 三条 (市) 郡 旭町二丁目3番1号 府 (県) 区									
	連絡先	電話番号	0256-34-0000	FAX 番号	0256-34-xxxx						
	法人の種別	営利法人		法人所轄庁							
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	(フリガナ) 氏名	サンジョウ イチロウ 三条 一郎	生年月日 S22.4.1					
指定を受けようとする事業所の概要	(フリガナ) 代表者の住所	(郵便番号 955-0000) ニイガタケンサンジョウシアサヒチョウ 新潟 都道 三条 (市) 郡 旭町二丁目3番2号 府 (県) 区									
	(フリガナ) 事業所の名称	アサヒチョウホームヘルプサービス 旭町ホームヘルプサービス									
	(フリガナ) 事業所の所在地	(郵便番号 955-0000) ニイガタケンサンジョウシアサヒチョウ 新潟 都道 三条 (市) 郡 旭町一丁目1番1号 府 (県) 区									
	連絡先	電話番号	0256-34-△△〇〇	FAX 番号	0256-34-〇〇△△						
		Eメールアドレス	sanjo@xxx.jp								
	同一所在地において行う事業等の種類		居宅(介護予防)サービス・居宅介護支援・施設								
	訪問介護	同一所在地において既に指定を受けている事業がある場合その指定年月日を記入		申請する事業の開始予定年月日	既に指定(許可)を受けている事業等の指定(許可)年月日	申請する事業の記載事項					
	介護予防訪問介護			H25.4.1	H25.4.1						
	介護予防訪問介護相当サービス(現行相当)			H27.4.1(みなし指定)	別紙1						
	訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)			H28.4.1	別紙2						
通所介護			申請する事業の開始予定年月日を記入								
介護予防通所介護											
介護予防通所介護相当サービス(現行相当)				別紙3							
通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)				別紙4							
その他()											
介護保険事業所番号	1	5	7	0	0	0	0	0	0	0	既に指定(許可)を受けている場合…複数ある場合適宜様式を補正して記入
保険医療機関コード等											

別紙 2 記載例

訪問型サービス A（緩和した基準によるサービス）に係る記載事項
(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第 2 条 第 1 項 第 1 号					
管 理 者	(フリガナ)		サンジョウ タロウ					(フリガナ)		(郵便番号 000-0000) ニイガタケンサンジョウシ〇〇マチ					
	氏 名		三条 太郎					住 所		新潟県三条市〇〇町 1 番 1 号					
	生年月日		昭和〇〇年〇月〇日												
	当該事業所で兼務する場合					兼務する職務									
同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合					事業所、施設等の名称					旭町ホームヘルプサービス (介護予防)訪問介護・介護予 防訪問介護相当サービス)					
					兼務する職務及び勤務時間等					管理者 4 時間					
事業開始時の利用者の推定数			5 人												
訪 問 事 業 責 任 者	(フリガナ)		ホウモン ハナコ					(フリガナ)		(郵便番号 000-0001) ニイガタケンサンジョウシ△△マチ					
	氏 名		訪問 花子					住 所		新潟県三条市△△町 1 番 1 号					
	生年月日		昭和〇年〇月〇日												
	(フリガナ)							(フリガナ)		(郵便番号 -)					
氏 名							住 所								
生年月日							住 所								
従 業 者	区 分			従事者							<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> / </div>				
				専従			兼務								
	常 勤 (人)						1								
	非 常 勤 (人)														
	常勤換算後の人数 (人)			1. 0											
	※基準上の必要人数 (人)			※記入不要											
※適合の可否			※記入不要												
主 な 掲 示 事 項	営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年 間の休日		年末年始(12月31日～1月1日) お盆(8月13日～8月15日)		
			休	○	○	○	○	○	休	休					
	営 業 時 間		平日	8 : 30～17 : 00					土曜			日曜日・祝日			
			備考	サービス提供は、利用者の希望に応じて休日等も対応も行う。											
	利 用 料		法定代理受領分			三条市が定める基準額の利用者負担分									
			法定代理受領分以外			三条市が定める基準額									
その他の費用															
通常 の事業 実施地域		①三条市			②			③		④		⑤			
		備考													

※欄は記入しないこと。

(裏)

事業所の一部として使用される事務所の数		事務所			
事業所の一部として使用される事務所	(フリガナ) 名称				
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 -)			
		新潟県 市 郡			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	備考				
	(フリガナ) 名称				
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 -)			
		新潟県 市 郡			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	備考				

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部として使用される事務所を有する場合に記入すること。

別紙4 記載例

通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）に係る記載事項
(表)

当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条文										第2条第1項第1号											
管 理 者	(フリガナ)		サンジョウ ジロウ							(フリガナ)		(郵便番号000-0000) ニイガタケンサンジョウシ〇〇マチ									
	氏名		三条 次郎							住所		新潟県三条市〇〇町1番2号									
	生年月日		昭和〇〇年〇月〇日								当該事業所で兼務する場合		兼務する職務								
	同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合		事業所、施設等の名称								旭町デイサービスセンター (介護予防)通所介護・介護予防通所介護相当サービス)										
		兼務する職務及び勤務時間等								管理者 4時間											
利用定員(同時に通所型サービスAを受けることができる利用者数の上限)の合計										10 人											
実施単位数		1 単位																			
サービスを提供するスペースの面積の合計										40 m ²											
単 位 別 (1 単 位 目)	従 業 者	区 分		従事者																	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
		常 勤 (人)		1																	
		非 常 勤 (人)																			
		※基準上の必要人数 (人)		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要					
	※適合の可否		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要		※記入不要						
	サービスを提供するスペースの面積		40 m ²		※基準上の必要面積		※記入不要 m ² 以上		※適合の可否		※記入不要		※記入不要		※記入不要						
	利用定員		10 人																		
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		年末年始(12月31日~1月1日) お盆(8月13日~8月15日)								
	営業時間		平日	8:30~17:30				土曜				日曜日・祝日									
備考		サービス提供時間 9:00 ~ 16:30																			
利 用 料		法定代理受領分				三条市が定める基準額の利用者負担分								法定代理受領分以外				三条市が定める基準額			
その他の費用		食費500円、おむつ代実費、利用者の希望による日常生活費(身の回り品及び教養娯楽費)実費																			
通常の実施地域		① 三条市				②				③				④				⑤			
備考																					

※欄は記入しないこと。

(裏)

単位別 (2 単位目)	従業者	区 分	従事者								
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常 勤 (人)									
		非 常 勤 (人)									
		※基準上の必要人数 (人)									
		※適合の可否									
		サービスを提供するスペースの面積	m ²			※基準上の必要面積			※適合の可否		
						m ² 以上					
	主な 揭示 事項	利用定員	人								
		営 業 日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年 間の休日
営 業 時 間		平日					土曜			日曜日・祝日	
		備考									
利 用 料		法定代理受領分	三条市が定める基準額の利用者負担分								
		法定代理受領分以外	三条市が定める基準額								
その他の費用											
通常 の事業 の実施地域	①	②			③			④		⑤	
	備考										

注 単位数が2単位以上の場合に記載すること。

事業所の一部を行う施設の数		施設	
事業所 の一部 を行う 施設	(フリガナ) 名 称		
	(フリガナ) 所在地	(郵便番号 -)	
		新潟県 市 郡	
	連絡先	電話番号	FAX 番号
	備考		

注 事業所の所在地以外の場所に事業所の一部を行う施設を有する場合に記入すること。

3 添付書類に係る留意事項等 ※添付書類欄の【 】内の番号は、P2～P5の提出書類のNo.に対応しています。

添付書類	説明内容	様式等	記載例
申請者の定款、寄付行為等の写し 【訪問3・通所3】	<ul style="list-style-type: none"> ●申請者における総合事業を実施する旨の規定や代表権の付与状況等について確認するものです。 ○申請者の定款又は寄付行為等の写しを<u>原本証明の上</u>、提出してください。 ○定款変更等が必要な場合は、当該手続きの後、指定申請を行うこととなります。 	原本の写し ※要原本証明	
申請者の法人登記事項証明書又は条例等 【訪問4・通所4】	<ul style="list-style-type: none"> ●申請者における法人格や事業の目的等について確認するものです。 ○法人の「登記事項証明書」（＝現在事項全部証明書）の場合は、原本を提出してください。 ○なお、同じ事業者が、同時に複数の事業所の指定申請を行う場合（例えば、A法人が、訪問型サービスと通所型サービスの2つの事業所を共に4月1日指定で申請している場合）、1つの事業所の指定申請書類に登記事項証明書の原本を添付していれば、他の事業所の指定申請書類にはその写しを添付して差し支えありません。その場合、当該写しに「原本は、訪問型サービスに添付」と記載するなど、原本の添付先を明記してください。 ○「条例」の場合は、公報等、当該条例の本文が分かるものの写しを提出してください。 	原本	
事業所の位置図 【訪問5・通所5】	<ul style="list-style-type: none"> ●事業を実施する事務所の所在地を確認するものです。 ○全体的な地図に加えて近隣の住宅地図などに、事業所の所在地や主な交通経路などを明示してください。 	様式任意	
事業所の平面図 【訪問6】	<ul style="list-style-type: none"> ●事業所の設備内容について確認するものです。 ○当該事業を行う設備基準上の区画（事務室、相談室、会議室等）に係る平面図に各室の用途を明記の上、当該事業に使用する備品等の配置状況を含めて記載してください。 	様式任意	P21 参照
事業所の平面図及び求積図【通所6】	<ul style="list-style-type: none"> ●事業所の設備内容及び面積用件について確認するものです。 ○当該事業を行う設備基準上の専用区画（事務室、食堂及び機能訓練室※サービスAの場合、サービスを提供するスペース、静養室、浴室、相談室、会議室等）に係る平面図に各室の用途を明記の上、当該事業に使用する備品等の配置状況を含めて記載してください。 また、併せて上記の区画ごとの面積が分かる図面（求積図）を提出してください。なお、平面図と求積図を併せて1枚の図面で提出しても差し支えありません。 ○他の事業との共用部分があれば、色分けする等により、他の事業と明確に区別できるよう、明示してください。 	様式任意	P22 参照
事業所内の設備・備品等の写真 【訪問7・通所7】	<ul style="list-style-type: none"> ●サービスの提供に必要な設備や備品の状況について確認するものです。 ○「事業所の外観」、「当該事業を行う設備基準上の専用区画（事務室、食堂及び機能訓練室※サービスAの場合、サービスを提供するスペース、静養室、浴室、相談室、会議室等）及び「当該事業に使用する備品等」の写真を提出してください。 ○各写真にタイトル及び番号を付け、平面図上に写真番号及び撮影方向を矢印で明記するなど、それぞれの写真がどの部分を撮影したものがわかるよう明示してください。 	様式任意	

添付書類	説明内容	様式等	記載例										
事業所（施設）の設備等に係る項目一覧表【通所 8】	<p>●各事業の設備等が基準に適合しているかを確認するものです。</p> <p>※ 提出が必要となるのは、通所型サービスのみです。</p> <p>○「事業所の部屋別施設一覧表」に記載の項目以外で、設備基準上、適合すべき項目の状況について記載してください。</p> <p>○「適合の可否」欄は記載しないでください。</p>	参考様式 1	P 23 参照										
管理者の経歴書【訪問 8・通所 9】	<p>● 管理者の経歴について確認するものです。</p> <p>○管理者の住所、氏名、生年月日、主な職歴、当該事業に関する資格の種類及び取得年月日を記載してください。</p> <p>○「管理する事業所」欄には、当該事業所名を記入し、同一敷地内の他の事業所（施設）の管理者も兼務する場合は、当該兼務事業所（施設）名も記載してください。</p>	参考様式 2	P 24 参照										
サービス提供責任者の経歴書【訪問 9】	<p>●訪問型サービス事業所（現行相当）におけるサービス提供責任者の経歴について確認するものです。</p> <p>○サービス提供責任者の住所、氏名、生年月日、主な職歴、当該事業に関する資格の種類及び取得年月日を記載し、「備考」欄には当該事業に関する研修の受講状況等を記入してください。</p> <p>※ サービス提供責任者が当該事業所の管理者を兼務する場合は、管理者の経歴書と併せて「管理者・サービス提供責任者の経歴書」として、まとめて1枚提出として差し支えありません</p> <p>※ ただし、右の①～④の各資格等要件に応じ、それぞれ右の書類をもって経歴書とみなすことから、右の書類を添付した場合は、改めて「サービス提供責任者の経歴書」を作成・提出する必要はありません。</p> <table border="1" data-bbox="981 815 1395 1110"> <thead> <tr> <th data-bbox="981 815 1395 850">サービス提供責任者</th> <th data-bbox="1395 815 1733 850">経歴書とみなす書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="981 850 1395 885">① 介護福祉士</td> <td data-bbox="1395 850 1733 885">介護福祉士登録証の写し</td> </tr> <tr> <td data-bbox="981 885 1395 920">② 介護職員養成研修基礎研修</td> <td data-bbox="1395 885 1733 920">当該研修の修了証の写し</td> </tr> <tr> <td data-bbox="981 920 1395 956">③ 介護職員養成研修 1 級課程</td> <td data-bbox="1395 920 1733 956">当該研修の修了証の写し</td> </tr> <tr> <td data-bbox="981 956 1395 1110">④ 介護職員養成研修 2 級課程</td> <td data-bbox="1395 956 1733 1110">当該研修の修了証の写し及び 3 年以上の介護等業務従事期間の分かる書類</td> </tr> </tbody> </table>	サービス提供責任者	経歴書とみなす書類	① 介護福祉士	介護福祉士登録証の写し	② 介護職員養成研修基礎研修	当該研修の修了証の写し	③ 介護職員養成研修 1 級課程	当該研修の修了証の写し	④ 介護職員養成研修 2 級課程	当該研修の修了証の写し及び 3 年以上の介護等業務従事期間の分かる書類	参考様式 3	P 25 参照
サービス提供責任者	経歴書とみなす書類												
① 介護福祉士	介護福祉士登録証の写し												
② 介護職員養成研修基礎研修	当該研修の修了証の写し												
③ 介護職員養成研修 1 級課程	当該研修の修了証の写し												
④ 介護職員養成研修 2 級課程	当該研修の修了証の写し及び 3 年以上の介護等業務従事期間の分かる書類												
訪問事業責任者の経歴書【訪問 10】	<p>●訪問型サービス事業所（サービス A）における訪問事業責任者の経歴について確認するものです。</p> <p>○訪問事業責任者の住所、氏名、生年月日、主な職歴、当該事業に関する資格の種類及び取得年月日を記載し、「備考」欄には当該事業に関する研修の受講状況等を記入してください。</p> <p>※ 訪問事業責任者が当該事業所の管理者を兼務する場合は、管理者の経歴書と併せて「管理者・訪問事業責任者の経歴書」として、まとめて1枚提出として差し支えありません</p> <p>※上段のサービス提供責任者の取扱いに順じ、資格証等を添付した場合は、経歴書とみなしますので、改めて「訪問事業責任者の経歴書」を作成・提出する必要はありません。</p>	参考様式 4	P 26 参照										

添付書類	説明内容	様式等	記載例
運営規程 【訪問 11・通所 10】	<ul style="list-style-type: none"> ● 各事業所において、事業運営上の重要事項に関する規程が適切に定められているか、確認するものです。 ○ 事業の適正運営及び適切なサービス提供の確保等のため、サービスの種類ごとに定めるべきとされる事項について、記載例（ひな形）を参考に、市要綱等に従って適切に記載の上、提出してください。 ○ 法人単位ではなく、サービスの種類別に「事業所」ごとに定める必要がありますのでご注意ください。 	/	◎訪問相当 P 49～52 ◎訪問 A P 66～69 ◎通所相当 P 83～87 ◎通所 A P 102～105 参照
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 【訪問 12・通所 11】	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者からサービス提供等における苦情を受け付けるための窓口の設置や処理体制、対応策について、確認するものです。 ○記載例を参考に、利用者に対する相談窓口の連絡先を明記の上、事業所における苦情処理の体制及び手順等を具体的に分かりやすくまとめて記載してください。 ○ 当該文書は事業所内に掲示し、利用者へ適切に周知する必要がありますのでご注意ください。 	参考様式 5	P 27 参照
組織体系図 【訪問 13・通所 12】	<ul style="list-style-type: none"> ●申請者の組織における指揮命令の流れを確認すると共に、従業員の他事業所等との兼務状況等を明らかにすることにより、事業所において適切に人員配置がなされているか、確認するものです。 ○当該組織体系図に記載すべき「組織」の範囲は、「当該法人本部」並びに「同一敷地内の全ての事業所（施設）」及び「申請に係る事業所の従業員が、同一敷地外の他の事業所（施設）の従業員としても従事している場合、その事業所（施設）」です。なお、これら「事業所（施設）」には、当該申請者が運営する「介護保険外」の店舗や病院、診療所等も含まれます。記載例に従い、事業所（施設）等の名称や部署等を明記してください。 ○併せて、人員基準で定められている職種の「従業員」について、「申請に係る事業所」及び「当該従業員が他の事業所等の従業員としても従事している場合、その施設等」についてのみ、記載例に従い、当該体系図の中に、従業員氏名、職種、勤務形態、兼務状況を明示してください。体系図内に書ききれない場合は、別に従業員名簿を添付しても差し支えありません。 	/	P 28 参照
従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 【訪問 14・通所 13】	<ul style="list-style-type: none"> ● 従業員の勤務体制や勤務の形態の月別一覧表により、従業員の配置に係る人員基準の遵守状況を確認するものです。 ○ 人員基準で定められている職種の従業員について、サービスの種類ごとの記載例を参考に、従業員の職種、勤務形態、氏名、勤務すべき時間数を記入の上、備考欄には他の職種との兼務がある場合は当該職名、他の事業所等の職務に併せて従事する場合は、当該事業所等の名称及び職名を記載してください。 ○サービス A と通所介護又は訪問介護を一体的に実施する場合については、サービス A の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」の他、一体的に実施する通所介護又は訪問介護の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」についても、併せて提出してください。 	参考様式 6-1 6-2	P 29～32 参照

添付書類	説明内容	様式等	記載例
従業者の資格を証する書類【訪問 15・通所 14】	<ul style="list-style-type: none"> ● 従業者において資格が必要とされる場合、資格内容を確認するものです。 ○ 資格要件はサービスの種類ごとに異なります。具体的な提出書類については、P 2 又は P 4 をご覧ください。 ○ 資格証に記載の氏名が、旧姓である等現在の氏名と異なる場合は、「戸籍抄本」(原本)を添付してください。※以前の指定申請等において、「戸籍抄本」(原本)を提出済の場合は、不要 	原本の写し	/
事業に係る資産の状況(申請者の決算書、予算書等)【訪問 16・通所 15】	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業実施にあたり、法人の経営状況等を通じて、事業運営の確実性や事業の継続性を確認するものです。 ○ 「法人全体の直近の決算書類」(決算書、貸借対照表、損益計算書等)、「当該事業所における収支予算書」等を提出してください。 	(決算書) 原本の写し (予算書) 様式任意	P 33 参照
介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書【訪問 17・通所 16】	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所(施設)の体制に係る介護予防・日常生活支援総合事業費の加算等の状況を確認するものです。 ○ 届出書の様式や添付書類等は、サービスの種類ごとに異なります。具体的には、17 ページの添付書類等一覧表をご覧ください。 	参考様式 9 参考様式 10 別紙 5～8	P 43～47 参照
事業所の建物の登記事項証明書等【訪問 18・通所 17】	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業に使用する建物の使用権原について、確認するものです。 ○ 申請に係る事業所の建物について、「登記事項証明書(=全部事項証明書)の原本」を提出してください。また、当該建物を賃貸借により使用する場合は、「賃貸借契約書の写し」を併せて提出してください。 ※なお、訪問型サービス事業所において、事業所の建物を賃貸借により使用する場合は、「賃貸借契約書の写し」のみ提出してください(「登記事項証明書の原本」は不要です)。 ○ なお、「登記事項証明書」については、同じ事業者が、同時に、同一建物内において、複数の事業所の指定申請を行う場合(例えば、A 法人が、同じ建物内に、訪問型サービスと通所型サービスの2つの事業所を共に4月1日指定で申請している場合)、1つの事業所の指定申請書類に当該建物の登記事項証明書の原本を添付していれば、他の事業所の指定申請書類にはその写しを添付して差し支えありません。その場合、当該写しに「原本は、訪問型サービスに添付」と記載するなど、原本の添付先を明記してください。 ○ また、「登記事項証明書に記載されている地番」と、「住居表示の地番」が異なる場合、「住居表示符定通知書」の写しや「住居表示等変更証明書」(市町村役場にて証明)等、当該建物が、登記上の建物と同じであることを証明する書類を添付してください。 	原本 (賃貸借契約書は写し)	/

添付書類	説明内容	様式等	記載例
事業所の敷地の登記事項証明書等、敷地周囲の見取図（公図）【 通所 18 】	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所の所在する敷地の使用権原について、確認するものです。 ※ 提出が必要となるのは、通所型サービスです。 ○ 申請に係る事業所の所在する敷地（土地）について、「登記事項証明書（＝全部事項証明書）の原本」並びに「公図」を提出してください。また、当該敷地を賃貸借により使用する場合は、「賃貸借契約書の写し」を併せて提出してください。 ○ また、「登記事項証明に記載されている地番」と、「住居表示の地番」が異なる場合、「住居表示符定通知書」の写しや「住居表示等変更証明書」（市町村役場にて証明）等、当該建物が、登記上の建物と同じであることを証明する書類を添付してください。 	原本 （賃貸契約書は写し）	/
従業者の身分証明書の様式【 訪問 19 】	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者宅への訪問時等に提示する、事業所における従業者の身分を証する書類の記載内容を確認するものです。 ※ 提出が必要となるのは、訪問型サービスです。 ○ 記載例に従い、当該事業所の名称、従業者の氏名、職名等を記載の上、証明欄には、法人名、法人代表者の職・氏名、代表者印を明示してください。 	/	P34 参照
誓約書【 訪問 20・通所 19 】	<ul style="list-style-type: none"> ● 申請者、申請者の役員及び申請に係る事業所の管理者が、介護保険法で定める指定拒否の事由に該当しない者であることを確認するものです。 ○ 参考様式の記載例に従い、誓約者欄に、申請者の住所、申請者の名称、代表者の職・氏名を記載し、代表者印等を押印してください。 ○ なお、同じ事業者が、同時に複数の事業所の指定申請を行う場合（例えば、A法人が、訪問型サービスと通所型サービスの2つの事業所を共に4月1日付けで指定申請を行う場合）、1つの事業所の指定申請書類に誓約書（＝該当条項の全てに○を付けたもの）の原本を添付していれば、他の事業所の指定申請書類にはその写しを添付して差し支えありません。その場合、当該写しに「原本は、訪問型サービスに添付」と記載するなど、原本の添付先を明記してください。 	参考様式 7	P35 参照
役員等名簿【 訪問 21・通所 20 】	<ul style="list-style-type: none"> ● 申請者、申請者の役員及び申請に係る事業所の管理者の氏名、生年月日、住所について、確認するものです。 ○ 上記「誓約書」において、介護保険法で定める指定拒否の事由に該当しない者であることを誓約している「役員」及び「管理者」について、参考様式に従い、氏名、生年月日、住所、役職名を記載してください。 ○ 当該誓約書における「役員」の範囲は、申請者が法人の場合は、業務を執行する立場にある者を行い、いかなる名称を有する者であるかを問わず、当該法人に対して業務を執行する者及びこれに準ずる者と同等の支配力を有すると認められる者を含みます。 	参考様式 8	P36 参照

	<p>(例：代表取締役、取締役、執行役、常務、専務、代表社員、理事長、理事など) なお、社会福祉法人の「監事」や「評議員」及び株式会社の「監査役」等は、業務を執行する役員には該当しないため、当該役員には含みません。 ○ 管理者の場合、役職名欄に「管理者」と記載してください。</p>		
--	---	--	--

添付書類等一覧表

【介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書】

サービスの種類	届出の内容	添付書類等
・ 介護予防訪問介護 相当サービス ※現行相当サービス ・ 訪問型サービスA ※緩和した基準によるサービス	サービス提供責任者体制の減算	別紙7 サービス提供責任者体制の減算に関する届出書
	特別地域加算	(特になし)
	中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	(特になし)※特別地域加算が「1なし」の場合は「2該当」、「2あり」の場合は「1非該当」に○を付けること。
	中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	別紙5 中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)に係る届出書(訪問型サービス)
	介護職員処遇改善加算	※別途「県通知」を参照
・ 介護予防通所介護 相当サービス ※現行相当サービス ・ 通所型サービスA ※緩和した基準によるサービス	職員の欠員による減算の状況	別紙8 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(暦月)…看護職員、介護職員
	若年性認知症利用者受入加算	(特になし)
	生活機能向上グループ活動加算	(特になし)
	運動器機能向上体制	別紙8 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(暦月)…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師
	栄養改善体制	別紙8 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(暦月)…管理栄養士
	口腔機能向上体制	別紙8 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(暦月)…言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員
	選択的サービス複数実施加算	(特になし)
	事業所評価加算(申出)	(特になし)
	サービス提供体制強化加算	別紙6 サービス提供体制強化加算に関する届出書(通所型サービス)
介護職員処遇改善加算	※別途「県通知」を参照	

4 サービスAの従事者に係る研修について

訪問型A・通所型サービスA従事者研修カリキュラム（案）

内容	時間 (目安)	講師例
1 高齢社会の現状等 <ul style="list-style-type: none"> ・三条市の高齢者の現状 (高齢者人口や要介護認定者の変化等) ・三条市の高齢者施策の概要 (地域包括ケアシステム、社会参画施策等) ・地域包括支援センターの役割 	45分	高齢介護課 ※出張トークメニュー を検討
2 介護保険制度・総合事業の概要等 <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度全般の概要 ・総合事業の概要 ・サービス利用までの流れ 	45分	高齢介護課 ※出張トークメニュー を検討
3 高齢者の特徴と接し方等 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の心身の状況の変化について ・「自立支援」の考え方について ・高齢者や家族の心理 	60分	地域包括支援センター または高齢介護課 ※出張トークメニュー を検討
4 認知症サポーター養成講座 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症への理解、接し方等 	90分	キャラバンメイト 高齢介護課から派遣可
5 緊急時の対応方法 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の事故、病気等の緊急対応 (救急車の呼び方、応急処置等) 	60分	消防
6 コミュニケーションの手法 ※ロールプレイ等の方法によるサービス提供場面の演習 <ul style="list-style-type: none"> ・従事者としての心得（守秘義務、人権の尊重等） ・訪問時やサービス提供時の挨拶 ・傾聴、助言の方法、信頼関係の形成 ・できないことの拒否の仕方 ・物を処分する際の声かけや買い物等の金銭関係のサービス提供時の注意点 	120分	介護福祉士、ヘルパー 等の事業従事者
7 生活支援や介護ボランティア技術の習得 ※従事するサービスに応じ、訪問介護事業所または通所介護事業所での実習 <ul style="list-style-type: none"> ・見守り、付き添いの方法 ・車椅子の操作方法 <ul style="list-style-type: none"> ◆訪問型サービスの場合 <ul style="list-style-type: none"> ・家事支援の技術 ・調理技術（味付け、きざみ食等） など ◆通所型サービスの場合 <ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーション技術 ・送迎支援の方法 など 	240分 訪問 2件程度 通所 半日程度	訪問介護事業所または 通所介護事業所

(例)

修了証書

〇〇 〇〇 殿

あなたは〇〇〇〇が実施した「介護予防・生活支援サービス事業（サービスA）従事者講習」において所定の課程を修了したことを証します。

看護師等の有資格者の場合で、一部の課程を免除した場合は、以下の例文を追加

(例)

「なお、看護師免許を有しているため、「緊急時の対応方法」の課程は免除します。」

平成〇年〇月〇日

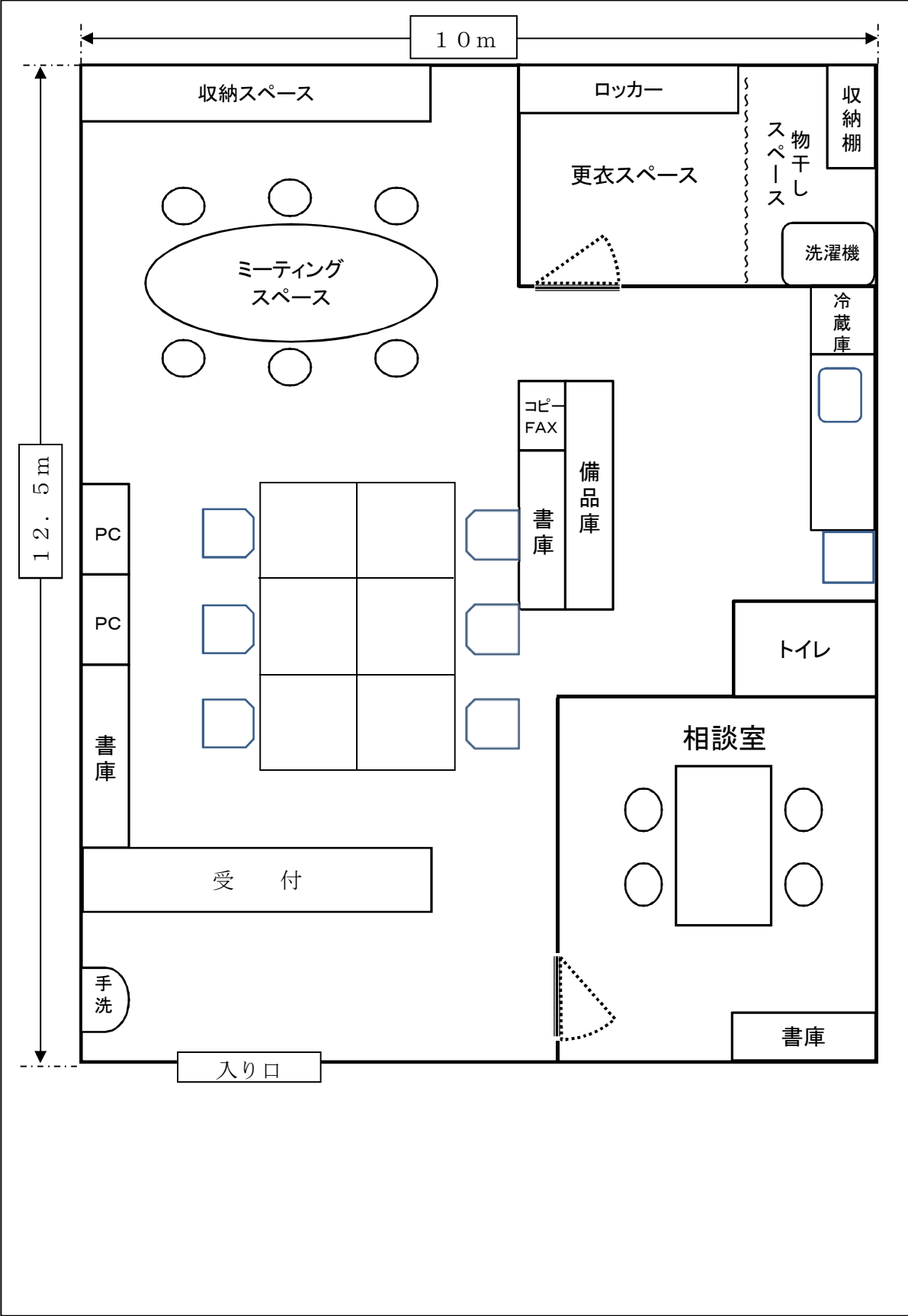
(法人名等) 〇〇〇〇

(代表者名) 〇〇 〇〇 印

5 添付書類等の記載例について

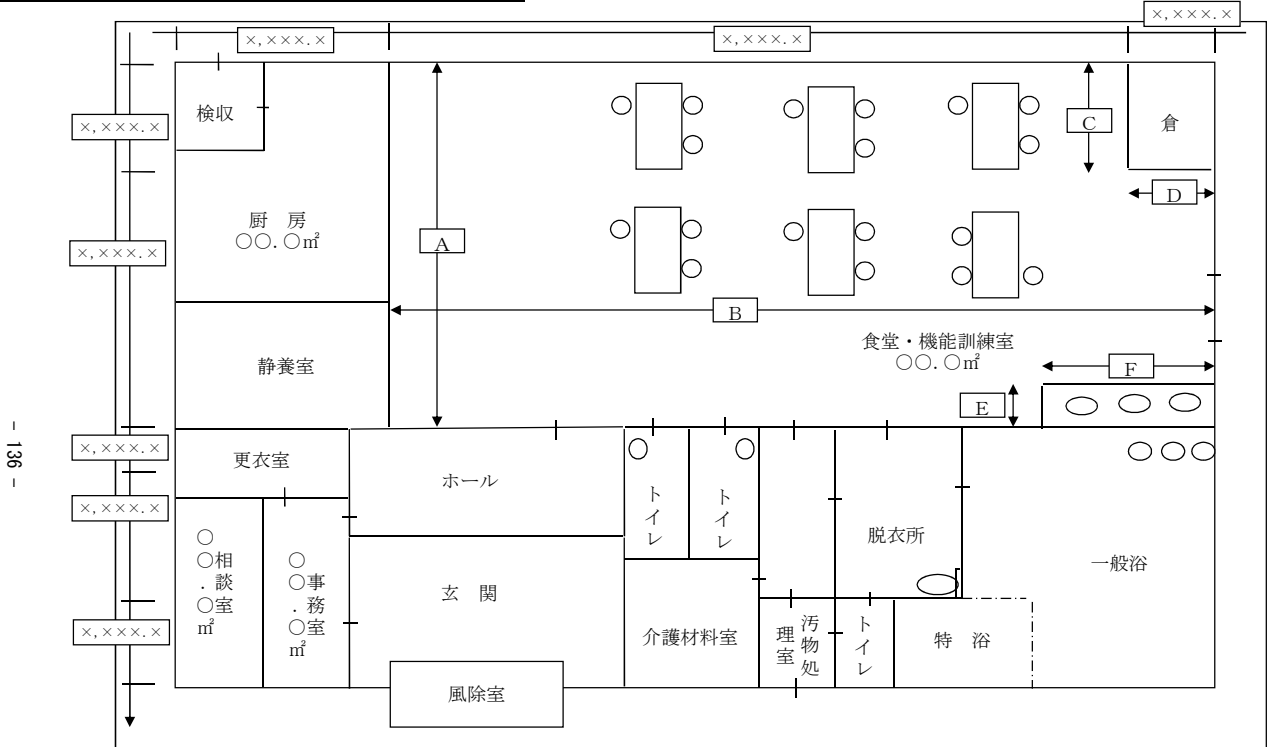
	書類名等	記載ページ
	訪問型サービス 事業所平面図	P21
	通所型サービス 事業所平面図及び求積図	P22
参考様式1	事業所の設備等に係る項目一覧表	P23
参考様式2	管理者の経歴書	P24
参考様式3	サービス提供責任者 経歴書（介護予防訪問介護相当サービス用）	P25
参考様式4	訪問事業責任者 経歴書（訪問型サービス A 用）	P26
参考様式5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	P27
	組織体系図	P28
参考様式6-1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（訪問型サービス用）	P29・30
参考様式6-2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（通所型サービス用）	P31・32
	事業所の収支予算書	P33
	身分証明書の様式例	P34
参考様式7	誓約書	P35
参考様式8	役員等名簿	P36
	揭示事項（訪問型サービス A の例）	P37～39
	揭示事項（通所型サービス A の例）	P40～42
参考様式9	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書	P43
参考様式10	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表	P44
別紙5	中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）に係る届出書（訪問型サービス）	P45
別紙6	サービス提供体制強化加算に関する届出書（通所型サービス）	P46
別紙7	サービス提供責任者体制の減算に関する届出書	P47

事業所の名称 旭町ホームヘルプサービス



記載例 平面図及び求積図(通所型)

事業所の名称 旭町デイサービスセンター



- 136 -

・食堂、機能訓練室面積算出(必ず記載すること)

※サービスAはサービス提供スペースの面積

$A \times B = \text{①}$

$C \times D = \text{②}$

$E \times F = \text{③}$

$\text{①} - (\text{②} + \text{③}) = \text{〇〇.〇〇m}^2$

・面積については、内法で算出すること。

・算出根拠は、長さ・幅を記載すること。

(複数のブロックに分けて記載することも可能)

・食堂・機能訓練室等基準上必要な部屋の面積を記載してください。

・図面に記入しても構いません。

【留意事項】

・x,xxx.xは長さを記載すること。

・長さは、内法で記載すること。

・なお、柱や倉庫など固定されるものは、面積から除外すること。

記載例

事業所の設備等に係る項目一覧表

サービスの種類	通所型サービスA	※サービスの種類 ・介護予防通所介護相当サービス ・通所型サービスA
事業所名	旭町デイサービスセンター	

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての実態	※適合の可否
非常用災害設備	<p>①消火器の設置(3本) 設置箇所については、別紙事業所平面図に記載している (「消」と記載)…添付写真のとおり</p> <p>②非常用出入口(2ヶ所) 位置については、別紙事業所平面図に記載している (「非」と表示)…添付写真のとおり</p> <p>③火災警報設備 設置箇所については、別紙事業所平面図に記載している (「警」と記載)…添付写真のとおり</p> <p>④スプリンクラーの設置(ヘッド40個) 設置箇所については、別紙事業所平面図に記載している (「ス」と表示)…添付写真のとおり</p> <p>※写真は①～④各々代表的なもの1箇所</p>	
食堂及び機能訓練室 静養室 相談室 事務室 建物外観 ※日照、防災の状況含む	<p>添付写真のとおり</p> <p>※日照、採光、換気については、添付写真のとおり</p> <p>インターホン、非常用懐中電灯等の設置については、添付写真のとおり</p>	
階段の傾斜 傾斜路の設置	添付写真のとおり	
浴室、脱衣室の状況	添付写真のとおり	
トイレの状況	<p>添付写真のとおり。</p> <p>※写真は代表的なもの1箇所</p>	
洗面所の状況	添付写真のとおり	
送迎車両の状況	<p>①車名(〇〇〇)・ナンバー(〇〇〇)・乗車人員数(10人)を記載 …添付写真のとおり</p> <p>②車名(〇〇〇)・ナンバー(〇〇〇)・乗車人員数(10人)を記載 …添付写真のとおり</p>	

※適合の可否欄は記入しないこと。

参考様式2

記載例

管理者経歴書

住所	〒000-0022 新潟県三条市〇〇町1番地1			
ふりがな 氏名	サンジョウウタロウ 三條 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
経 歴	期間	勤務先	職務内容等	
	平成10年4月～平成15年3月	社会福祉法人△△ 特別養護老人ホーム△△	介護職員	
	平成15年4月～平成19年3月	デイサービスセンター〇〇	生活相談員	
	平成19年4月～平成21年9月	□□デイサービスセンター	管理者 生活相談員	
	平成21年10月～平成24年3月	ヘルパーステーション□□	管理者	
	平成25年4月～	旭町ホームヘルプサービス (介護予防)訪問介護)	管理者	
	平成28年4月～	旭町ホームヘルプサービス (サービスA)	管理者	
資格の種類等	種類	社会福祉士	取得年月日	平成14年4月5日
管理する事業所又は施設	旭町ホームヘルプサービス((介護予防)訪問介護)、介護予防訪問介護相当サービス、サービスA)			
備考	平成10年 福祉行政関係職員研修 平成11年 福祉施設職員研修 平成16年 福祉施設における感染症予防研修 平成18年 リスクマネジメント研修			

注1: 自宅の住所を記載してください。

2: 「備考」欄には、研修の受講状況などを記載してください。

3: 経歴書の前に「管理者」、「サービス提供責任者」などを記載してください。

H20.7.29付け老振発第0729002号厚労省通知により、介護福祉士登録証の写し等で代えることが可能

記載例

サービス提供責任者経歴書

住所	〒000-0033 新潟県三条市〇〇町5番地5			
氏名	ホウモン イチロウ 訪問 一郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
経歴	期間	勤務先	職務内容等	
	平成13年4月～平成16年3月	〇〇社会福祉法人 〇〇訪問介護事業所	訪問介護員	
	平成16年4月～平成20年3月	訪問介護事業所〇〇	訪問介護員	
	平成20年4月～平成24年3月	ヘルパーステーション××	サービス提供責任者	
	平成25年4月～	旭町ホームヘルプサービス	サービス提供責任者	
資格の種類等	種類	介護福祉士	取得年月日	平成19年4月8日
備考				
平成19年介護福祉士初任者研修 平成20年サービス提供責任者研修				

注1: 自宅の住所を記載してください。
 2: 「備考」欄には、研修の受講状況などを記載してください。
 3: 経歴書の前に「管理者」、「サービス提供責任者」などを記載してください。

記載例

介護福祉士登録証の写し等で代えることが可能

訪問事業責任者経歴書

住所	〒000-0033 新潟県三条市△△町1番1号			
氏名	ホウモン ハナコ 訪問 花子		生年月日	昭和○年○月○日
経 歴	期間	勤務先		職務内容等
	平成18年4月～平成20年3月	〇〇社会福祉法人 〇〇訪問介護事業所		訪問介護員
	平成25年4月～	旭町ホームヘルプサービス		訪問介護員
	平成28年4月～	旭町ホームヘルプサービス		サービスA 訪問事業責任者
資格の種類等	種類	訪問介護員養成研修2級課程	取得年月日	平成18年3月1日
備考				

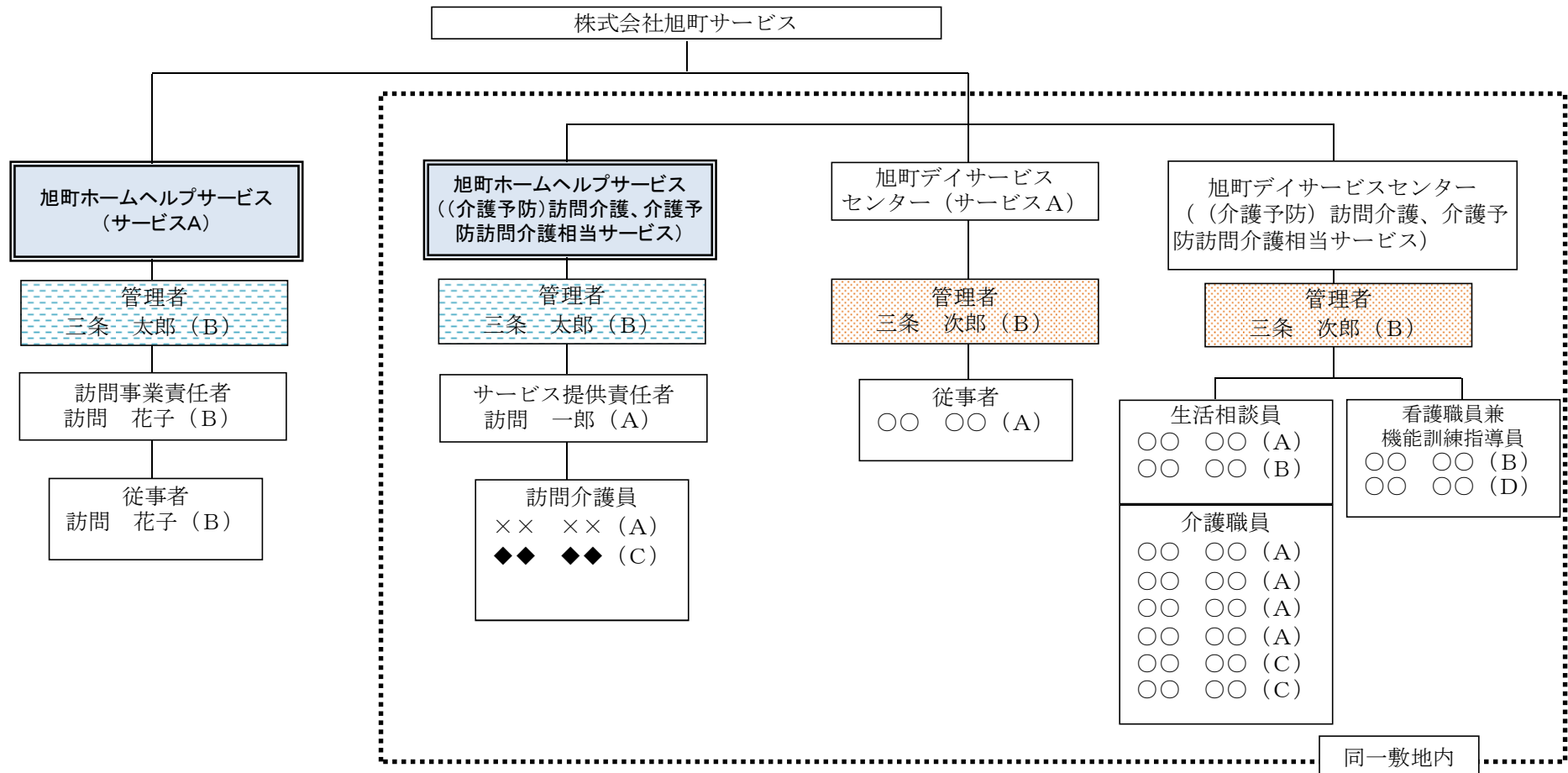
注1：自宅の住所を記載してください。
 2：「備考」欄には、研修の受講状況などを記載してください。
 3：経歴書の前に「管理者」、「サービス提供責任者」などを記載してください。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設の名称	旭町ホームヘルプサービス(訪問型サービスA)
措置の概要	
1 利用者からの相談又は苦情などに対応する常設の窓口(連絡先)及び担当者の設置状況	
<p>苦情処理の窓口を以下のとおり設置する。</p> <p>① 窓口設置場所 住 所:新潟県三条市旭町二丁目3番1号 事業所名:旭町ホームヘルプサービス(訪問型サービスA) 電話番号:0256-34-xxxx 携帯番号:090-△△△△-xxxx</p> <p>② 窓口開設時間 午前9時から午後6時</p> <p>③ 対応者職氏名 役職名:管理者 氏名:三条 太郎</p> <p>④ その他 事業の休業日及び窓口開設時間外は、携帯電話により対応する。</p>	
2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順	
<p>(1) 相談及び苦情の対応 相談又は苦情電話があった場合は、原則として管理者が対応する。 管理者が対応できない場合は、他職員が対応し、その旨を管理者に速やかに報告する。</p> <p>(2) 確認事項 相談対応者は以下の事項について確認を行う。</p> <p>① 相談又は苦情のあった利用者の氏名 ② 提供したサービスの種類、年月日及び時間 ③ サービス提供した職員の氏名(利用者が分る場合) ④ 具体的な苦情・相談内容 ⑤ その他参考となる事項</p> <p>(3) 相談及び苦情処理回答期限の説明 相談及び苦情の相手に対し、対応した職員の氏名を名乗ると共に、相談・苦情内容に対する回答期限を説明する。</p> <p>(4) 相談及び苦情処理 概ね以下の手順により、相談・苦情について処理する。</p> <p>① 管理者を中心として相談・苦情処理のための会議を開催し、以下の内容を議論する。 ・サービスを提供した者からの概況説明 ・問題点の洗い出し、整理及び今後の改善についての検討 ・文書による回答案の検討</p> <p>② 文書により回答を作成し、利用者に対し管理者が事情説明を直接行った上で、文書を渡す。</p> <p>③ 利用者に渡した文書と同様の文書を介護予防支援事業者等にも渡し、苦情又は相談の状況について報告する。</p> <p>④ 市町村や国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行ったことを報告する。</p> <p>⑤ 事業実施マニュアルに改善点を追記し全職員に周知することで、再発の防止を図る。</p>	
3 その他参考事項	
<p>サービスの提供に当たり、利用マニュアルにおいて接遇などを徹底する他、適宜研修を実施し、より利用者の立場に立ったサービス提供を心がけるよう職員指導を行う。</p> <p>苦情が出された場合は、誠意を持って対応するものとし、苦情まで至らないケースであっても、利用者から相談・要望を受けた場合は、事例検討の検討材料として以後のサービスの向上に努めることとする。</p> <p>また、利用者に満足いただけるようなサービスを提供できるよう、職員の健康管理にも十分配慮する。</p>	

組織体系図

記載例



【留意事項】

- ※ 職員の氏名、職種、勤務形態を記入する。
- ※ 勤務形態は、常勤・専従は「A」、常勤・兼務は「B」、非常勤・専従は「C」、非常勤・兼務は「D」とする。
- ※ 同一敷地内にある事業所を全て記載すること（介護保険外の事業所（施設、店舗、病院又は診療所等）を含む）。
- ※ 同一敷地内でない事業所において兼務している者がいる場合は、当該事業所についても記載すること。

記載例

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	旭町ホームヘルプサービス
サービスの種類	訪問型サービスA

※サービスの種類
 ・介護予防訪問介護相当サービス
 ・訪問型サービスA

(平成28年4月分)(単位目)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備考
			1 曜日	2 金	3 土	4 日	5 月	6 火	7 水	8 木	9 金	10 土	11 日	12 月	13 火	14 水	15 木	16 金	17 土	18 日	19 月	20 火	21 水	22 木	23 金	24 土	25 日	26 月	27 火	28 水				
管理者	B	三条 太郎	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	80	20	0.5	旭町ホームヘルプサービス(訪問介護、介護予防訪問介護、介護予防訪問介護相当サービス)管理者兼務	
従事者	A	訪問 花子	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40	1	訪問事業責任者(旧ヘルパー2級課程修了者)	
合計			12.0			12.0	12.0	12.0	12.0	12.0			12.0	12.0	12.0	12.0			12.0	12.0	12.0	12.0	12.0			12.0	12.0	12.0	12.0					

- 注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
- 注2: 4週間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。
- 注3: 職種ごとに小計を付けて分けること。
- 注4: 実施単位ごとに作成すること。
- 注5: 夜勤体制を記載する場合は、夜勤を網掛けする等わかるよう記載し、余白にその旨を記載してください。

担当者名	担当者連絡先
△△ △△	〇〇課〇〇係 TEL: ×××-×××-×××× FAX: ×××-×××-××××

記載例

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

※サービスAと訪問介護(介護予防訪問介護、介護予防訪問介護相当サービスを含む)を一体的に行う場合、参考のため、その訪問介護等の「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」も併せて提出してください。

事業所名	旭町ホームヘルプサービス
サービスの種類	訪問介護、介護予防訪問介護、介護予防訪問介護相当サービス
当該事業所における常勤の従業員が1週当たりに勤務すべき時間数	40 時間
サービス提供時間帯(通所リハビリテーションの場合のみ記入)	~ (時間)

備考欄に兼務する業務を記入。

(平成28年4月分)(単位目)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備考
			曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27				
管理者	B	三条 太郎	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	80	20	0.5	旭町ホームヘルプサービス(サービスA)管理者兼務
訪問介護員	A	訪問 一郎	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40	1	サービス提供責任者
訪問介護員	A	×× ××	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	160	40	1	
訪問介護員	C	◆◆ ◆◆	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	80	20	0.5	
訪問介護員	C	□□ □□	4.0	×	×	4.0	×	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	×	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	×	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	×	4.0	4.0	64	16	0.4	
合計			24.0			24.0	20.0	24.0	24.0	24.0			24.0	20.0	24.0	24.0	24.0			24.0	20.0	24.0	24.0	24.0			24.0	20.0	24.0	24.0	464	116	2.9	訪問看護員の常勤換算数

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。

注2: 4週間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。

注3: 職種ごとに小計を付けて分けること。

注4: 実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
△△ △△	〇〇課〇〇係 TEL: ×××-×××-×××× FAX: ×××-×××-××××

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

記載例

事業所名	旭町デイサービスセンター	
サービスの種類	通所型サービスA	
利用定員	10 人	
サービス提供時間帯	9:00 ~ 16:30 (7.5 時間)	

※サービスの種類
 ・介護予防通所介護相当サービス
 ・通所型サービスA

※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(平成28年4月分) (1 単位目) ←この勤務体制及び勤務形態一覧表は、事業を開始する月分を記載すること

職種	勤務形態	氏名	曜日																															備考
			1 金	2 土	3 日	4 月	5 火	6 水	7 木	8 金	9 土	10 日	11 月	12 火	13 水	14 木	15 金	16 土	17 日	18 月	19 火	20 水	21 木	22 金	23 土	24 日	25 月	26 火	27 水	28 木	29 金	30 土		
管理者	B	三条 次郎	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	旭町デイサービスセンター(通所介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービス)管理者兼務		
従事者	A	●● ●●	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	三条市が認める研修修了者		
小計			12			12	12	12	12	12			12	12	12	12	12			12	12	12	12	12			12	12	12	12				

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
 注2: 1月間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。
 注3: 職種ごとに分けて記載すること。
 注4: 実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
〇〇 〇〇	〇〇課〇〇係 TEL: △△△-△△△-△△△△ FAX: ×××-×××-××××

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

記載例

事業所名	旭町デイサービスセンター		
サービスの種類	通所介護、介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービス		
利用定員	19	人	
サービス提供時間帯	9:00 ~ 16:30	(7.5 時間)	※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

※サービスAと通所介護(介護予防通所介護、介護予防通所介護相当サービスを含む)を一体的に行う場合、参考のため、その通所介護等の「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」も併せて提出してください。

(平成28年4月分) (1単位目) ←この勤務体制及び勤務形態一覧表は、事業を開始する月分を記載すること

職種	勤務形態	氏名	曜日																														備考
			1 金	2 土	3 日	4 月	5 火	6 水	7 木	8 金	9 土	10 日	11 月	12 火	13 水	14 木	15 金	16 土	17 日	18 月	19 火	20 水	21 木	22 金	23 土	24 日	25 月	26 火	27 水	28 木	29 金	30 土	
管理者	B	三条 次郎	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	旭町デイサービスセンター(サービスA)管理者兼務
生活相談員	A	△△ △△	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	社会福祉士
生活相談員	A	〇〇 〇〇	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	社会福祉主事任用資格
小計			16.0			16.0	16.0	16.0	16.0	16.0			16.0	16.0	16.0	16.0	16.0			16.0	16.0	16.0	16.0	16.0			16.0	16.0	16.0	16.0			
看護職員	B	■ ■ ■ ■	6.0	×	×	8.0	8.0	8.0	6.0	6.0	×	×	8.0	8.0	8.0	6.0	6.0	×	×	8.0	8.0	8.0	6.0	6.0	×	×	8.0	8.0	8.0	6.0	×	×	看護師 機能訓練指導員兼務
看護職員	D	◆ ◆ ◆ ◆	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	4.0	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	4.0	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	4.0	4.0	×	×	2.0	2.0	2.0	4.0	×	×	看護師 機能訓練指導員兼務
小計			10.0			10.0	10.0	10.0	10.0	10.0			10.0	10.0	10.0	10.0	10.0			10.0	10.0	10.0	10.0	10.0			10.0	10.0	10.0	10.0			
機能訓練指導員	B	■ ■ ■ ■	2.0	×	×				2.0	2.0	×	×				2.0	2.0	×	×				2.0	2.0	×	×				2.0	×	×	看護師 看護職員兼務
機能訓練指導員	D	◆ ◆ ◆ ◆		×	×	2.0	2.0	2.0			×	×	2.0	2.0	2.0			×	×	2.0	2.0	2.0			×	×	2.0	2.0	2.0		×	×	看護師 看護職員兼務
小計			2.0			2.0	2.0	2.0	2.0	2.0			2.0	2.0	2.0	2.0	2.0			2.0	2.0	2.0	2.0	2.0			2.0	2.0	2.0	2.0			
介護職員	A	× × × ×	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	
介護職員	A	◇ ◇ ◇ ◇	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	
介護職員	A	▲ ▲ ▲ ▲	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	
介護職員	C	□ □ □ □	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	×	4.0	×	×	
小計			28			28	28	24	28	28			28	28	24	28	28			28	28	24	28	28			28	28	24	28			

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
 注2: 1月間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。
 注3: 職種ごとに分けて記載すること。
 注4: 実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
〇〇 〇〇	〇〇課〇〇係 TEL: △△△-△△△-△△△△ FAX: ×××-×××-××××

事業所の収支予算書の記載例

平成〇〇年〇〇月作成

収支予算書(2016年4月1日から2017年3月31日まで)

事業所名:旭町ホームヘルプサービス(サービスA)

勘定項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
収入													
介護保険収入	36,000	72,000	108,000	144,000	180,000	216,000	252,000	288,000	324,000	360,000	396,000	432,000	2,808,000
利用者見込み	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	
要支援1~2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
事業対象者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
前年度からの繰越金													0
収入合計①	36,000	72,000	108,000	144,000	180,000	216,000	252,000	288,000	324,000	360,000	396,000	432,000	2,808,000
支出													
人件費支出	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	280,000	3,360,000
役員報酬	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	480,000
給与手当	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	210,000	2,520,000
法定福利費	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	360,000
事務費支出	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	47,000	564,000
旅費交通費	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	24,000
通信費	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	120,000
水道光熱費	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	120,000
消耗品費	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	120,000
図書費	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	24,000
保険料	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	36,000
雑費	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	120,000
支出合計②	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	327,000	3,924,000
①-②	△ 291,000	△ 255,000	△ 219,000	△ 183,000	△ 147,000	△ 111,000	△ 75,000	△ 39,000	△ 3,000	33,000	69,000	105,000	△ 1,116,000

黒字化

写真添付箇所		第〇〇〇号	
		社員証	
		氏名	：訪問 花子
		職名	：訪問事業責任者
		事業所名	：旭町ホームヘルプサービス (サービスA)
上記のとおりであることを証明します。			
平成〇年×月△日		株式会社旭町サービス 代表取締役 三条 一郎	印

平成27年11月30日

(宛先) 三条市長 様

申請者 住 所 **新潟県三条市旭町二丁目3番1号**
氏 名 **株式会社旭町サービス**
代表取締役 三条一郎



〔法人にあっては、
名称及び代表者の職・氏名〕

介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第2項のいずれにも該当しないことを誓約します。

(介護保険法第115条の45の5第2項)

市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

(介護保険法施行規則第140条の63の6)

法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

1 第1号事業(第1号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準

イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成27年厚生労働省令第4号)附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第37号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準

ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準

ハ 平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準

ニ 第1号事業に係る基準として、当該第1号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

参考様式 8

申請日現在の役員・管理者について記入。押印は必要ありません。

業務を執行する役員の役職名を記入。
 (「監事」「評議員」「監査役」は含まない。)

役員等名簿

フリガナ	サンジヨウ イロウ	役職名	代表取締役
氏名	三条 一郎	生年月日	昭和22年 4月 1日
郵便番号	(〒955-0000)	役員・管理者それぞれの 自宅の住所を記入	
フリガナ	ニガタケンサンジヨウシアサヒチヨウ		
住所	新潟県三条市旭町二丁目3番2号		
フリガナ	チュウエイ ハナコ	役職名	取締役
氏名	中越 花子	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
郵便番号	(〒000-0002)		
フリガナ	ニガタケンサンジヨウシ〇〇マチ		
住所	新潟県三条市〇〇町1番地		
フリガナ	ケンオウ タロウ	役職名	取締役
氏名	県央 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
郵便番号	(〒000-0003)	事業所(施設)の「管理者」 についても記入する	
フリガナ	ニガタケンサンジヨウシ△△マチ		
住所	新潟県三条市△△町1番地		
フリガナ	サンジヨウ タロウ	役職名	旭町ホームヘルプサービス管理者 ((介護予防)訪問介護・介護予防訪問 介護相当サービス・サービスA)
氏名	三条 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
郵便番号	(〒000-0000)		
フリガナ	ニガタケンサンジヨウシ〇〇チヨウ		
住所	新潟県三条市〇〇町1番1号		
フリガナ	サンジヨウ ジロウ	役職名	旭町デイサービスセンター管理者((介 護予防)通所介護・介護予防通所介護 相当サービス・サービスA)
氏名	三条 次郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
郵便番号	(〒000-0000)		
フリガナ	ニガタケンサンジヨウシ〇〇チヨウ	複数の事業所の管理者を記載する場合は、 それぞれの「事業所名」を明記する。	
住所	新潟県三条市〇〇町1番2号		
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒 -)		
フリガナ			
住所			
フリガナ		役職名	
氏名		生年月日	
郵便番号	(〒 -)		
フリガナ			
住所			

揭示事項(訪問型サービスAの例)

記載例

運営規程の概要

フリガナ	アサヒチヨウホームヘルプサービス					サービスの種類	訪問型サービスA				
事業所名	旭町ホームヘルプサービス					事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
所在地	〒955-0000					フリガナ	サンジョウ タロウ				
	三条市旭町二丁目3番1号					管理者	三条 太郎				
連絡先	電話番号	0256-34-xxxx				FAX番号	0256-34-〇〇△△				
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日	年末年始(12月31日~1月3日) お盆(8月13日~8月15日)	
	休	〇	〇	〇	〇	〇	休	休			
営業時間	平日	8:30~17:00								備考	休日のサービス提供は、利用者の希望に応じて対応する。
	土曜日										
	日曜・祝日										
利用料	法定代理受領分					三条市が定める基準額の利用者負担分(別掲)					
	法定代理受領分以外					三条市が定める基準額(別掲)					
その他の費用											
通常の事業の実施地域	三条市										
	備考										

従業者の勤務体制

職 種	員 数	
	常勤	非常勤
管理者	1	
従事者(訪問事業責任者) ※旧訪問介護員養成研修2級課程修了者	1	

秘密の保持

- 当事業所の従業者は、その業務上知り得た利用者及び家族の秘密については、正当な理由がない限り、決して漏らしません。
- 当事業者は、従業者が当事業所の従業者でなくなった後においても、当事業者の責任において、当該従業者が業務上知り得た利用者及びその家族の秘密の保持を行います。
- 当事業者は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

苦情処理の体制

・・・別紙のとおり
(「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を併せて揭示する)

利用料その他の費用の額

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の基本利用料の1割の額です。ただし、一定以上の所得のある方は2割の額となります。

《訪問型サービスA》

取扱要件		基本利用料	利用者負担金(自己負担額1割の場合)	
			(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)
訪問型独自サービスⅣ (要支援1・要支援2・事業対象者)	訪問型サービスAを1週間に1回程度利用した場合(1回につき) ※1月の中で全部で4回まで	2,130 円	213 円	2,130 円
訪問型独自サービスⅤ (要支援1・要支援2・事業対象者)	訪問型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1回につき) ※1月の中で全部で5回から8回まで	2,160 円	216 円	2,160 円
訪問型独自サービスⅥ (要支援2・事業対象者)	訪問型サービスAを1週間に2回を超える程度利用した場合(1回につき) ※1月の中で全部で9回から12回まで	2,280 円	228 円	2,280 円
訪問型独自短時間サービス (要支援1・要支援2・事業対象者)	20分未満の訪問型サービスAを利用した場合(1回につき) ※1月につき22回まで	1,320 円	132 円	1,320 円
訪問型独自サービスⅡ (要支援1)(※1)	訪問型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1月につき)	18,680 円	1,868 円	18,680 円
訪問型独自サービスⅢ (要支援2・事業対象者)(※2)	訪問型サービスAを1週間に2回を超える程度利用した場合(1月につき)	29,630 円	2,963 円	29,630 円

(※1・2)訪問型サービスAの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、18,680円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、29,630円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ18,680円、29,630円となります。

・加算及び減算

当事業所の体制(※1)	加算・減算	利用料	利用者負担金(自己負担額1割の場合)	
			(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)
	初回加算(1回につき)	2,000 円	200 円	2,000 円
	生活機能向上連携加算(1月につき)	1,000 円	100 円	1,000 円
	特別地域加算(1回につき)(※2)	上記基本利用料に15%加算されます		
	小規模事業所加算(1回につき)(※2)	上記基本利用料に10%加算されます		
○	介護職員処遇改善加算Ⅰ(※2)	1月の利用料金の8.6%(基本料金+各種加算減算)		
	介護職員処遇改善加算Ⅱ(※2)	1月の利用料金の4.8%(基本料金+各種加算減算)		
	介護職員処遇改善加算Ⅲ(※2)	介護職員処遇改善加算Ⅱの加算額の90%		
	介護職員処遇改善加算Ⅳ(※2)	介護職員処遇改善加算Ⅱの加算額の80%		
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(1回につき)(※2)	上記基本利用料に5%加算されます		
	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合の減算 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。)に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本利用料の90%		

(※1)体制がある場合は「○」を記載。体制届が不要の加算及び減算については斜線

(※2)区分支給限度額の算定対象外

事故発生時の対応

- 当事業者は、利用者に対する訪問型サービスAの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 当事業者は、利用者に対する訪問型サービスAの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- 当事業者は、事故が発生した際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

緊急時における対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。

揭示事項(通所型サービスAの例)

記載例

運営規程の概要

フリガナ	アサヒチョウデイサービスセンター						サービスの種類	通所型サービスA			
事業所名	旭町デイサービスセンター						事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
所在地	〒955-0000 三条市旭町二丁目3番1号						フリガナ	サンジョウ ジロウ			
							管理者	三条 次郎			
連絡先	電話番号	0256-34-xxxx				FAX番号	0256-34-〇〇△△				
利用定員(同時に通所型サービスAを受けることができる利用者の上限)								10人			
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日	年末年始(12月31日~1月3日) お盆(8月13日~8月15日)	
	休	〇	〇	〇	〇	〇	休	休			
営業時間	平日	8:30~17:30						備考	サービス提供時間 9:00~16:30		
	土曜日										
	日曜・祝日										
利用料	法定代理受領分			三条市が定める基準額の利用者負担分(別掲)							
	法定代理受領分以外			三条市が定める基準額(別掲)							
その他の費用	食費500円、おむつ代実費、利用者の希望による日常生活費(身の回り品及び教養娯楽費)実費										
通常の事業の実施地域	三条市										
	備考										

従業員の勤務体制

職 種	員 数	
	常勤	非常勤
管理者	1	
従事者 (三条市長が認める研修修了者)	1	

秘密の保持

- 当事業所の従業員は、その業務上知り得た利用者及び家族の秘密については、正当な理由がない限り、決して漏らしません。
- 当事業所は、従業員が当事業所の従業員でなくなった後においても、当事業所の責任において、当該従業員が業務上知り得た利用者及びその家族の秘密の保持を行います。
- 当事業所は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

利用料その他の費用の額

あなたがサービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として次の基本利用料の1割の額です。ただし、一定以上の所得のある方は2割の額となります。

《通所型サービスA》

取扱要件	基本利用料	利用者負担金(自己負担額1割の場合)		
		(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)	
通所型独自サービス1回数 (要支援1・事業対象者)	通所型サービスAを1週間に1回程度利用した場合(1回につき) ※1月の中で全部で4回まで	3,030 円	303 円	3,030 円
通所型独自サービス2回数 (要支援2・事業対象者)	通所型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1回につき) ※1月の中で全部で5回から8回まで	3,120 円	312 円	3,120 円
通所型独自サービス1 (要支援1) (※1)	通所型サービスAを1週間に1回程度利用した場合(1月につき)	13,180 円	1,318 円	13,180 円
通所型独自サービス2 (要支援2・事業対象者)(※2)	通所型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1月につき)	27,020 円	2,702 円	27,020 円

(※1・2)通所型サービスAの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、13,180円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、27,020円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ13,180円、27,020円となります。

・加算及び減算(1月につき)

当事業所の体制(※1)	加算及び減算		基本利用料	利用者負担金(自己負担1割の場合)		
				(法定代理受領分)	(法定代理受領分以外)	
	若年性認知症利用者受入加算		2,400 円	240 円	2,400 円	
	生活機能向上グループ活動加算		1,000 円	100 円	1,000 円	
	運動器機能向上加算		2,250 円	225 円	2,250 円	
	栄養改善加算		1,500 円	150 円	1,500 円	
	口腔機能向上加算		1,500 円	150 円	1,500 円	
	選択的サービス 複数実施加算	I	4,800 円	480 円	4,800 円	
		II	7,000 円	700 円	7,000 円	
	事業所評価加算		1,200 円	120 円	1,200 円	
	サービス提供体制強化 加算(※2)	Iイ	要支援1 事業対象者	720 円	72 円	720 円
			要支援2 事業対象者	1,440 円	144 円	1,440 円
		Iロ	要支援1 事業対象者	480 円	48 円	480 円
			要支援2 事業対象者	960 円	96 円	960 円
		II	要支援1 事業対象者	240 円	24 円	240 円
			要支援2 事業対象者	480 円	48 円	480 円
	事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供 減算	1	-3,760 円	-376 円	-3,760 円	
		2	-7,520 円	-752 円	-7,520 円	
○	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(※2)		右記額の1割	1月の利用料金の4.0% (基本料金+各種加算減算)		
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(※2)		右記額の1割	1月の利用料金の2.2% (基本料金+各種加算減算)		
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(※2)		加算(Ⅱ)の90%	加算(Ⅱ)の90%		
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(※2)		加算(Ⅱ)の80%	加算(Ⅱ)の80%		
	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(※2)		右記額の1割	1月の利用料金の5% (基本料金+延長加算)		

(※1)体制がある場合は「○」を記載。体制届が不要の加算及び減算については斜線。

(※2)区分支給限度額の算定対象外

事故発生時の対応

- 当事業者は、利用者に対する通所型サービスAの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 当事業者は、利用者に対する通所型サービスAの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- 当事業者は、事故が発生した際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

緊急時における対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき速やかに主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。

苦情処理の体制

……別紙のとおり
(「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を併せて掲示する)

記載例

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

住 所 新潟県三条市旭町二丁目3番1号
 氏 名 株式会社旭町サービス
 届出者 代表取締役 三条一郎
 (法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)



届出担当者 連絡先(電話番号) 0256-34-0000

サービス種類	訪問型サービスA	新規・変更の別	
事業所名	旭町ホームヘルプサービス	1 新規	2 変更
事業所番号		平成 28 年 4 月 1 日から適用	
社会福祉法人軽減事業実施の有無			1 なし 2 あり

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

提供サービス	届 出 の 内 容				変 更	割 引
	そ の 他 該 当 す る 体 制 等					
A2 介護予防訪問介護相当サービス(独自) ※現行相当サービス	サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり			1 なし
	特別地域加算	1 なし	2 あり			2 あり
	中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	1 非該当	2 該当			
	中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	1 非該当	2 該当			
	介護職員処遇改善加算	1 なし	5 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ	3 加算Ⅲ	4 加算Ⅳ
A2 訪問型サービスA(独自) ※緩和した基準によるサービス	サービス提供責任者体制の減算	① なし	2 あり			① なし
	特別地域加算	① なし	2 あり			2 あり
	中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	① 非該当	2 該当			
	中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	① 非該当	2 該当			
	介護職員処遇改善加算	1 なし	⑤ 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ	3 加算Ⅲ	4 加算Ⅳ
A6 介護予防通所介護相当サービス(独自) ※現行相当サービス	職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員	3 介護職員		1 なし
	若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり			2 あり
	生活機能向上グループ活動加算	1 なし	2 あり			
	運動器機能向上体制	1 なし	2 あり			
	栄養改善体制	1 なし	2 あり			
	口腔機能向上体制	1 なし	2 あり			
	選択的サービス複数実施加算	1 なし	2 あり			
	事業所評価加算(申出)の有無	1 なし	2 あり			
	サービス提供体制強化加算	1 なし	4 加算Ⅰイ	2 加算Ⅰロ	3 加算Ⅱ	
介護職員処遇改善加算	1 なし	5 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ	3 加算Ⅲ	4 加算Ⅳ	
A6 通所型サービスA(独自) ※緩和した基準によるサービス	職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員	3 介護職員		1 なし
	若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり			2 あり
	生活機能向上グループ活動加算	1 なし	2 あり			
	運動器機能向上体制	1 なし	2 あり			
	栄養改善体制	1 なし	2 あり			
	口腔機能向上体制	1 なし	2 あり			
	選択的サービス複数実施加算	1 なし	2 あり			
	事業所評価加算(申出)の有無	1 なし	2 あり			
	サービス提供体制強化加算	1 なし	4 加算Ⅰイ	2 加算Ⅰロ	3 加算Ⅱ	
介護職員処遇改善加算	1 なし	5 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ	3 加算Ⅲ	4 加算Ⅳ	

中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）に係る届出書

記載例

（訪問型サービス）

事業所名	旭町ホームヘルプサービス（訪問型サービスA）
------	------------------------

訪問型サービス ※現行相当サービス ※緩和した基準によるサービス	<p>一月当たりの実利用者数が5人以下である。</p> <p>[前年度 <u>直近の三月</u>] の平均実利用者数 （ [] はいずれかに○を付ける。） ※直近の三月の場合は指定年月日若しくは再開年月日を記載 （平成 28 年 4 月 1 日）</p> <table border="1"> <tr> <td>一月当たりの実利用者数</td> <td>4</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※1 一月当たりの実利用者数は、前年度（3月を除く。）の一月当たりの平均実利用者数をいう。 ※2 前年度の実績が六月に満たない事業所については、直近の三月における一月当たりの平均実利用者数を用いること。</p>	一月当たりの実利用者数	4	人	該 当 ・ 非該 当
	一月当たりの実利用者数	4	人		

小規模事業所加算（規模に関する状況）を算定するためには、前3月の利用実績が必要ですので、平成28年4月から事業開始した場合は、7月の申請（8月から加算を適用）となりますので、ご注意ください。

1 事業所名	旭町デイサービスセンター(通所型サービスA)		
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 施設種別	介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスA ※該当に○		
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)イ 2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II)		

5 介護福祉士等の状況	<p>[前年度(3月を除く)・前三月]における一月当たりの実績の平均 ([]はいずれかに○を付ける) ※前三月の場合は指定年月日若しくは再開年月日を記載 (平成 28 年 4 月 1 日)</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>介護職員等の総数 (常勤換算)</td> <td>1.0 人</td> <td rowspan="2">①に占める②の割合が 50%以上(加算Iイ) 40%以上(加算Iロ)</td> <td rowspan="2">有・無</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td> <td>1.0 人</td> </tr> </table>		①	介護職員等の総数 (常勤換算)	1.0 人	①に占める②の割合が 50%以上(加算Iイ) 40%以上(加算Iロ)	有・無	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	1.0 人
	①	介護職員等の総数 (常勤換算)	1.0 人	①に占める②の割合が 50%以上(加算Iイ) 40%以上(加算Iロ)	有・無					
②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	1.0 人								
6 勤続年数の状況	<table border="1"> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)</td> <td>人</td> <td>①に占める②の割合が30%以上</td> <td>有・無</td> </tr> </table>		②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人	①に占める②の割合が30%以上	有・無			
②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人	①に占める②の割合が30%以上	有・無						

サービス提供体制強化加算を算定するためには、前3月の利用実績が必要です。平成28年4月から事業開始した場合は、7月の申請(8月から加算を適用)となりますので、ご注意ください。

注1 「2異動区分」、「3施設種別」及び「4届出項目」欄は、該当する番号に○を付けてください。

2 「5介護福祉士等の状況」は、「4届出項目」が「1サービス提供体制強化加算(I)」の場合に記載してください。

この場合、前年度(3月を除く)又は届出日の属する月の前三月の介護職員の勤務実績(別紙6-1介護職員の勤務実績)を添付してください。

3 「6勤続年数の状況」は、「4届出項目」が「1サービス提供体制強化加算(I)」の場合に記載

この場合、この場提供する者の勤務実績(別紙6-2 サービスを直接提供するの勤務実績)を添付してください。

4 資格を有することを証明する書類(資格証)の写しを添付してください。

忘れずに添付してください

サービス提供責任者体制の減算に関する届出書

1 事業所名	旭町ホームヘルプサービス（介護予防訪問介護相当サービス）
2 異動等区分	① 新規 2 変更 3 終了

3 平成27年3月31日時点で、現に配置している介護職員初任者研修修了者のサービス提供責任者	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">氏名</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">氏名</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">訪問 次郎</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black;"></td><td style="border: 1px solid black;"></td></tr> </table>	氏名	氏名	訪問 次郎																				
氏名	氏名																							
訪問 次郎																								

4 当該訪問型サービス事業所以外の事業所であって、当該事業所に対して訪問型サービスの提供に係る支援を行うものとの密接な連携の下に運営される訪問型サービス事業所（いわゆる「サテライト事業所」）となること又はなることが計画されている。	有 ・ 無		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">移行予定年月日</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> </table> （実施予定年月日は平成30年3月31日までの間のいずれかの日）	移行予定年月日	年 月 日	
移行予定年月日	年 月 日		

備考 平成28年3月31日までに届け出た場合、平成30年3月31日までの間に限り、減算適用事業所を統合する訪問介護事業所全体について、当該減算を適用しない。

6 運営規程、契約書、重要事項説明書のひな形

(1) 介護予防訪問介護相当サービス

ア 運営規程 P 49～P 52

イ 契約書 P 53～P 58

ウ 重要事項説明書 . . . P 59～P 65

(2) 訪問型サービス A

ア 運営規程 P 66～P 69

イ 契約書 P 70～P 75

ウ 重要事項説明書 . . . P 76～P 82

(3) 介護予防通所介護相当サービス

ア 運営規程 P 83～P 87

イ 契約書 P 88～P 93

ウ 重要事項説明書 . . . P 94～P 101

(4) 通所型サービス A

ア 運営規程 P 102～P 105

イ 契約書 P 106～P 111

ウ 重要事項説明書 . . . P 112～P 118

ヘルパーステーション△△訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス） 運営規程（例）

（事業の目的）

第1条 株式会社 ○○（以下「事業者」という。）が運営するヘルパーステーション△△（以下「事業所」という。）が行う訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態等にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう介護訪問介護相当サービスを行い、利用者の心身の特性を踏まえ、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サービスを提供することを目的とする。

（介護訪問介護相当サービスの運営の方針）

- 第2条 利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、自立を支援し、生活の向上に資するサービス提供を行い、意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととする。
- 2 介護訪問介護相当サービスを実施するに当たり、利用者の心身の状況等を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた訪問型サービス計画を作成し、訪問型サービス計画の実施状況の把握及びその結果を指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）へ報告することとする。
 - 3 介護予防訪問介護相当サービスの実施に当たっては、利用者の心身の機能、環境状況等を把握し、指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）、医療機関及び関係市町村などと連携し、効率性・柔軟性を考慮した上で、要支援者等ができることは要支援者等が行うことを基本としたサービス提供に努める。
 - 4 前項のほか指定を行った市町村が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（事業所の名称及び所在地）

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名 称 ヘルパーステーション△△
- (2) 所在地 新潟県三条市○○2丁目2番地

（従業者の職種、員数及び職務内容）

第4条 この事業所における従業者の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者は1人とし、事業所における訪問介護員等、その他の従業者の管理、介護予防訪問介護相当サービスの利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行うとともに、介護予防訪問介護相当サービスの事業実施に関

し、遵守すべき事項について指揮命令を行う。

- (2) サービス提供責任者は●人以上とし、介護予防訪問介護相当サービスの利用申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問型サービス計画の作成等を行う。
- (3) 訪問介護員等は常勤換算で2.5以上とし、介護予防訪問介護相当サービスの提供を行う。なお、訪問介護員等は、介護福祉士及び介護職員初任者研修課程修了者とする。

(営業日及び営業時間)

第5条 営業日及び営業時間を次のとおりとする。

- (1) 営業日は月曜日から金曜日までとし、国民の祝日(振り替え休日を含む)、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)を除く。
- (2) 営業時間は午前9時から午後6時までとする。
- (3) 利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとする。

(介護予防訪問介護相当サービスの内容)

第6条 介護予防訪問介護相当サービスの内容は、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年3月14日厚労告127号)」(以下「予防算定基準」という。)における指定介護予防訪問介護に準ずる内容とし、具体的には以下のとおりである。

- (1) 身体介護
- (2) 生活援助

(利用料その他の費用の額)

第7条 利用料は、指定を行った市町村において定めた基準の額とし、法定代理受領サービスの場合は、本人負担分の額とする。

(通常の事業の実施地域)

第8条 通常の事業の実施地域は三条市、●●市とする。

※注意) 通常の事業実施地域以外は5%の加算が算定されることから「三条市の一部」といった記載は行わないこと

(事業提供に当たっての留意事項)

第9条 事業の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

- 2 介護予防訪問介護相当サービスの提供を行う際には、その者の被保険者証により受給資格やその内容(認定区分、有効期間、介護認定審査会意見の内容等)を確認する。
- 3 介護予防訪問介護相当サービスの提供を行う訪問介護員等は、当該介護の提供において常に社会人としての見識ある行動をし、従業者としての身分を証明する証明書を携帯し、利用者及びその家族等から提示を求められたときは、これを提示する。

(緊急時の対応等)

第10条 訪問介護員等は、介護予防訪問介護相当サービスの提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときには、速やかに主治医及び管理者に連絡する。

- 2 報告を受けた管理者は、訪問介護員等と連携し、主治医への連絡が困難な場合など状況に応じて、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講じるとともに、関係機関等に報告をしなければならない

(事故発生時の対応)

第11条 事業者は、利用者に対する介護予防訪問介護相当サービスの提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、地域包括支援センター又は介護支援専門員及び市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。

- 2 前項の事故については、その状況及び事故に対する処置状況を記録しなければならない。
- 3 事業者は、利用者に対する介護予防訪問介護相当サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

(苦情処理等)

第12条 事業者は、提供した介護予防訪問介護相当サービスに対する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するためその窓口を設置し、必要な措置を講じなければならない。

- 2 前項の苦情を受けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 3 事業者は、介護保険法の規定により市町村や国民健康保険団体連合会（以下「市町村等」という。）が行う調査に協力するとともに、市町村等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って適切な改善を行うものとする。
- 4 事業者は、市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告する。

(秘密保持)

第13条 訪問介護員等は、正当な理由無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後も同様とする。

- 2 前項に定める秘密保持義務は、訪問介護員等の離職後もその効力を有する旨を雇用契約書等に明記する。
- 3 事業者は、サービス担当者会議等で利用者及びその家族の個人情報等の秘密事項を使用する場合は、あらかじめ文書により、同意を得ておかななければならない。

(従業者の研修)

第14条 事業者は、全ての訪問介護員等に対し、従業者の資質向上のため、以下のとおり研修機会を設けるものとする。

(1) 採用時研修 採用後○か月以内に実施

(2) 継続研修 年に○回以上実施

(記録の整備)

第15条 事業者は、利用者に対する介護予防訪問介護相当サービスの提供に関する各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。

(1) 訪問型サービス計画

(2) 提供した具体的サービス内容等の記録

(3) 利用者に関する市町村への報告等の記録

(4) 苦情の内容等に関する記録

(5) 事故の状況及び事故に対する処置状況の記録

2 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備し、その終了した日から5年間保存するものとする。

附 則

この運営規程は、平成28年 4月 1日から施行する。

訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）契約書（例）

〇〇〇〇様（以下「利用者」と略します。）と〇〇〇〇（例：株式会社〇〇、社会福祉法人〇〇〇会等）（以下「事業者」と略します。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令、市町村の要綱等及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

- ① 訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）
（「契約書別紙（兼重要事項説明書）①」）

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

ただし、契約期間満了日以前に利用者が要支援状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間満了日までとします。

- 2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（訪問型サービス計画の作成及び変更）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した訪問型サービス計画を作成します。訪問型サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者へ説明して同意を得、交付します。

- 2 事業者は、計画実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者へ説明の上、交付します。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

- 2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。

この申し出があった場合、当該変更が介護予防サービス計画の範囲内で可能であり、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

- 3 事業者は、利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センター（又は介護支援専門員）等に連絡するなど必要な援助を行います。
- 4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービス内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第5条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

- 2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。
- 3 利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。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。

（利用料の変更）

第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

（利用料の滞納）

第7条 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センター及び利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

（利用者の解約権）

第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

- 2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。
- (1) 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合
 - (2) 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合
 - (3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- (1) 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
 - (2) 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センター及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- (1) 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- (2) 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (3) 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- (4) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- (5) 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (6) 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- (7) 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- (8) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- (9) 利用者の要介護状態区分が自立となった場合で、かつ、基本チェックリス

トに基づく事業対象者に該当しない場合
(10) 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
- 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

(守秘義務)

第12条 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

- 2 事業者は、事業者の従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の介護予防サービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
- 4 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(苦情処理)

第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(サービス内容等の記録の作成及び保存)

第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。

- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対

し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

- 3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の介護予防支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

(契約外条項)

第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

平成 年 月 日

※「また」以下については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者から同意を得る場合は不要。

（利用者）私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利用者 住所
氏名 印

（代理人）私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所
氏名 印
本人との続柄

（事業者）私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事業者 住所
事業者（法人名）
代表者職・氏名 印

（立会人）私は、（※利用者との続柄）として、この契約に立ち会いました。

住所
氏名 印

（家族代表）私は、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住所
氏名 印

※利用者の家族の個人情報の同意欄については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者の家族から同意を得る場合は不要。

訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）

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あたり、市町村要綱等の規定に基づき、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○○○町○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設立年月日	昭和○○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	ヘルパーステーション○○○	
サービスの種類	訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○町○○	
電話番号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	1 5 7 0 0 0 0 0 0 0
管理者の氏名	○○ ○○	
通常の事業の実施地域	○○市、○○市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、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、市町村の要綱等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等の軽減や悪化の防止、若しくは、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

介護予防訪問介護相当サービスは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

① 身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
② 生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 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6時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 ○人、 非常勤 ○人
介護職員初任者研修課程 修了者	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。

サービス提供責任者の氏名	○○ ○○
--------------	-------

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護予防サービス費等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）介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ		基本利用料 ※(注2)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合)(=基本利用料の1割) ※(注2)参照
訪問型サービスⅣ	訪問型サービスを1週間に1回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で4回まで 【要支援1・要支援2・事業対象者】	2,660円	266円
訪問型サービスⅤ	訪問型サービスを1週間に2回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で5回から8回まで 【要支援1・要支援2・事業対象者】	2,700円	270円
訪問型サービスⅥ	訪問型サービスを1週間に2回を超える程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で9回から12回まで 【要支援2・事業対象者】	2,850円	285円
訪問型短時間サービス	20分未満の訪問型サービスを利用した場合(1回につき)※1月につき22回まで 【要支援1・要支援2・事業対象者】	1,650円	165円
訪問型サービスⅡ※(注1)	訪問型サービスを1週間に2回程度利用した場合(1月につき)【要支援1】	23,350円	2,335円
訪問型サービスⅢ※(注1)	訪問型サービスを1週間に2回を超える程度利用した場合(1月につき) 【要支援2・事業対象者】	37,040円	3,704円

(注1) 訪問型サービスの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、23,350円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、37,040円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ23,350円、37,040円となります。

(注2) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注3) 上記本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金（自己負担1割の場合）
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円	200円
生活機能向上連携加算	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者が同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした訪問型サービス計画を作成し、サービス提供した場合（1月につき）	1,000円	100円
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の8.6%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※		1月の利用料金の4.8%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※		加算Ⅱの90%	
介護職員処遇改善加算Ⅳ ※		加算Ⅱの80%	
特別地域加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%	
小規模事業所加算※	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの実利用者数が5人以下の小規模事業所である場合	上記基本部分の10%	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算※	中山間地域（＝新潟県の場合は全域）において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本部分の5%	

（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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者 	上記基本部分の90%

サービス提供責任者体制の減算	介護職員初任者研修課程修了者（介護職員基礎研修課程修了者等を除く）をサービス提供責任者として配置している場合	上記基本部分の70%
----------------	--	------------

（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、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。また、利用料が月単位の定額の場合は、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）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
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

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、地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び市町村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 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	三条市福祉保健部高齢介護課	電話番号 0256-34-5511
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

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。
- (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（又は介護支援専門員）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

ヘルパーステーション△△訪問型サービスA（緩和した基準サービス） 運営規程(例)

（事業の目的）

第1条 株式会社 ○○（以下「事業者」という。）が運営するヘルパーステーション△△（以下「事業所」という。）が行う訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態等にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう訪問型サービスAを行い、利用者の心身の特性を踏まえ、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サービスを提供することを目的とする。

（訪問型サービスAの運営の方針）

第2条 利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、自立を支援し、生活の向上に資するサービス提供を行い、意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととする。

2 訪問型サービスAを実施するに当たり、利用者の心身の状況等を把握し、必要に応じて、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた訪問型サービスA計画を作成するものとし、訪問型サービスA計画を作成した場合は、当該計画の実施状況の把握及びその結果を指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）へ報告することとする。

3 訪問型サービスAの実施に当たっては、利用者の心身の機能、環境状況等を把握し、指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）、医療機関及び関係市町村などと連携し、効率性・柔軟性を考慮した上で、要支援者等ができることは要支援者等が行うことを基本としたサービス提供に努める。

4 前項のほか指定を行った市町村が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（事業所の名称及び所在地）

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名 称 ヘルパーステーション△△
- (2) 所在地 新潟県三条市○○2丁目2番地

（従業者の職種、員数及び職務内容）

第4条 この事業所における従業者の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者は1人とし、事業所における従事者その他の従業者の管理、訪問型サービスAの利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行うとともに、訪問型サービスAの事業実施に関し、遵守すべき事項について指揮命令を行う。
- (2) 訪問事業責任者は●人以上とし、訪問型サービスAの利用申し込みに係る調整、従

事者等に対する技術指導、訪問型サービスA計画の作成等を行う。

- (3) 従事者は、訪問型サービスAの提供を行うものとし、介護福祉士及び介護職員初任者研修課程修了者又は市町村が認める研修の修了者等とする。

(営業日及び営業時間)

第5条 営業日及び営業時間を次のとおりとする。

- (1) 営業日は月曜日から金曜日までとし、国民の祝日(振り替え休日を含む)、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)を除く。
(2) 営業時間は午前9時から午後6時までとする。
(3) 利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとする。

(訪問型サービスAの内容)

第6条 訪問型サービスAの内容は、調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理などの生活援助とする。

(利用料その他の費用の額)

第7条 利用料は、指定を行った市町村において定めた基準の額とし、法定代理受領サービスの場合は、本人負担分の額とする。

(通常の事業の実施地域)

第8条 通常の事業の実施地域は三条市、●●市とする。

※注意) 通常の事業実施地域以外は5%の加算が算定されることから「三条市の一部」といった記載は行わないこと

(事業提供に当たっての留意事項)

第9条 事業の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

- 2 訪問型サービスAの提供を行う際には、その者の被保険者証により受給資格やその内容(認定区分、有効期間、介護認定審査会意見の内容等)を確認する。
3 訪問型サービスAの提供を行う従事者等は、当該サービスの提供において常に社会人としての見識ある行動をし、従業者としての身分を証明する証明書を携帯し、利用者及びその家族等から提示を求められたときは、これを提示する。

(緊急時の対応等)

第10条 従事者等は、訪問型サービスAの提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときには、速やかに主治医及び管理者に連絡する。

- 2 報告を受けた管理者は、従事者等と連携し、主治医への連絡が困難な場合など状況に応じて、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講じるとともに、関係機関等に報告をし

なければならない

(事故発生時の対応)

- 第11条 事業者は、利用者に対する訪問型サービスAの提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、地域包括支援センター又は介護支援専門員及び市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 2 前項の事故については、その状況及び事故に対する処置状況を記録しなければならない。
 - 3 事業者は、利用者に対する訪問型サービスAの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

(苦情処理等)

- 第12条 事業者は、提供した訪問型サービスAに対する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するためその窓口を設置し、必要な措置を講じなければならない。
- 2 前項の苦情を受けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
 - 3 事業者は、介護保険法の規定により市町村や国民健康保険団体連合会（以下「市町村等」という。）が行う調査に協力するとともに、市町村等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って適切な改善を行うものとする。
 - 4 事業者は、市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告する。

(秘密保持)

- 第13条 従事者等は、正当な理由無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後も同様とする。
- 2 前項に定める秘密保持義務は、従事者等の離職後もその効力を有する旨を雇用契約書等に明記する。
 - 3 事業者は、サービス担当者会議等で利用者及びその家族の個人情報等の秘密事項を使用する場合は、あらかじめ文書により、同意を得ておかななければならない。

(記録の整備)

- 第14条 事業者は、利用者に対する訪問型サービスAの提供に関する各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。
- (1) 訪問型サービスA計画
 - (2) 提供した具体的サービス内容等の記録
 - (3) 利用者に関する市町村への報告等の記録
 - (4) 苦情の内容等に関する記録
 - (5) 事故の状況及び事故に対する処置状況の記録
- 2 事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備し、その終了した日から5年間保存するものとする。

附 則

この運営規程は、平成28年 4月 1日から施行する。

訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）契約書（例）

〇〇〇〇様（以下「利用者」と略します。）と〇〇〇〇（例：株式会社〇〇、社会福祉法人〇〇〇会等）（以下「事業者」と略します。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令、市町村の要綱等及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

- ① 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）
（「契約書別紙（兼重要事項説明書）①」）

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

ただし、契約期間満了日以前に利用者が要支援状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間満了日までとします。

- 2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（訪問型サービスA計画の作成及び変更）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、必要に応じて、利用者の介護予防サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した訪問型サービスA計画を作成するものとします。

- 2 事業者は、訪問型サービスA計画を作成した場合は、その内容を利用者に説明して同意を得、交付するとともに、当該計画の実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明の上、交付するものとします。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

- 2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。

この申し出があった場合、当該変更が介護予防サービス計画の範囲内で可能であり、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

- 3 事業者は、利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センター（又は介護支援専門員）等に連絡するなど必要な援助を行います。
- 4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第5条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

- 2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。
- 3 利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。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。

（利用料の変更）

第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

（利用料の滞納）

第7条 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センター及び利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

(利用者の解約権)

第8条 利用者は、7日以上の予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。

- (1) 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしなない場合
- (2) 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合
- (3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- (1) 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
- (2) 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センター及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- (1) 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- (2) 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (3) 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- (4) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- (5) 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (6) 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- (7) 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- (8) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合

(9) 利用者の要介護状態区分が自立となった場合で、かつ、基本チェックリストに基づく事業対象者に該当しない場合

(10) 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。

3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

(守秘義務)

第12条 事業者及び事業者の従業員は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

2 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないように必要な処置を講じます。

3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の介護予防サービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

4 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(苦情処理)

第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(サービス内容等の記録の作成及び保存)

第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。

- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。
- 3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の介護予防支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

平成 年 月 日

※「また」以下については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者から同意を得る場合は不要。

(利用者) 私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利用者 住所
氏名 印

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所
氏名 印
本人との続柄

(事業者) 私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事業者 住所
事業者（法人名）
代表者職・氏名 印

(立会人) 私は、（※利用者との続柄）として、この契約に立ち会いました。

住所
氏名 印

(家族代表) 私は、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住所
氏名 印

※利用者の家族の個人情報の同意欄については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者の家族から同意を得る場合は不要。

訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

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あたり、市町村要綱等の規定に基づき、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○○○町○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設立年月日	昭和○○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	ヘルパーステーション○○○	
サービスの種類	訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	
事業所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○町○○	
電話番号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	1 5 7 0 0 0 0 0 0 0
管理者の氏名	○○ ○○	
通常の事業の実施地域	○○市、○○市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、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、市町村の要綱等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等の軽減や悪化の防止、若しくは、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

訪問型サービスAは、従事者等が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など
------	---

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで 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6時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護職員初任者研修課程 修了者	常勤 ○人、 非常勤 ○人
市町村が認める研修修了者	常勤 ○人、 非常勤 ○人

7. 訪問事業の責任者

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	○○ ○○
------------	-------

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護予防サービス費等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) 訪問型サービスAの利用料

【基本部分】

サービスの内容 ※生活援助のみ		基本利用料 ※(注2)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合)(=基本利用料の1割) ※(注2)参照
訪問型独自サービスⅣ	訪問型サービスAを1週間に1回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で4回まで【要支援1・要支援2・事業対象者】	2,130円	213円
訪問型独自サービスⅤ	訪問型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で5回から8回まで【要支援1・要支援2・事業対象者】	2,160円	216円
訪問型独自サービスⅥ	訪問型サービスAを1週間に2回を超える程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で9回から12回まで【要支援2・事業対象者】	2,280円	228円
訪問型独自短時間サービス	20分未満の訪問型サービスAを利用した場合(1回につき)※1月につき22回まで【要支援1・要支援2・事業対象者】	1,320円	132円
訪問型独自サービスⅡ ※(注1)	訪問型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1月につき)【要支援1】	18,680円	1,868円
訪問型独自サービスⅢ ※(注1)	訪問型サービスAを1週間に2回を超える程度利用した場合(1月につき)【要支援2・事業対象者】	29,630円	2,963円

(注1) 訪問型サービスAの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、18,680円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、29,630円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ18,680円、29,630円となります。

(注2) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注3) 前ページ本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金（自己負担1割の場合）
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円	200円
生活機能向上連携加算	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを行った際に訪問事業責任者が同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした訪問型サービスA計画を作成し、サービス提供した場合（1月につき）	1,000円	100円
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の8.6%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※		1月の利用料金の4.8%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※		加算Ⅱの90%	
介護職員処遇改善加算Ⅳ ※		加算Ⅱの80%	
特別地域加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%	
小規模事業所加算※	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの実利用者数が5人以下の小規模事業所である場合	上記基本部分の10%	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算※	中山間地域（＝新潟県の場合は全域）において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本部分の5%	

（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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者へサービスを行う場合 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者 	上記基本部分の90%

(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、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。また、利用料が月単位の定額の場合は、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)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
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

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、地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び市町村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 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	三条市福祉保健部高齢介護課	電話番号 0256-34-5511
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

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、従事者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 身体介護（利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助等）
- ② 医療行為及び医療補助行為
- ③ 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
- ④ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) 従事者員等に対し、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（又は介護支援専門員）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

△△デイサービスセンター通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス） 運営規程（例）

（事業の目的）

第1条 ○○法人○○（以下「事業者」という。）が運営する△△デイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う介護予防通所介護相当サービスの事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態等にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活をその居宅において営むことができるよう介護予防通所介護相当サービスを行い、利用者の心身の特性を踏まえ、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サービスを提供することを目的とする。

（介護予防通所介護相当サービスの運営の方針）

第2条 事業者は、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、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図ることをもって、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

- 2 介護予防通所介護相当サービスの実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 3 介護予防通所介護相当サービスの実施に当たっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）、保険医療機関及び関係市町村などと連携し、効率性・柔軟性を考慮した上で、要支援者等ができることは要支援者等が行うことを基本としたサービス提供に努める。
- 4 前項のほか指定を行った市町村が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施する。

（指定（介護予防）通所介護と介護予防通所介護相当サービスの一体的運営）

第3条 指定（介護予防）通所介護及び介護予防通所介護相当サービスのサービス提供は、同一の事業所において一体的に運営するものとする。

（事業所の名称及び所在地）

第4条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名 称 △△デイサービスセンター
- (2) 所在地 ○○市北町1丁目2番地

（従業者の資格）

第5条 事業所に勤務する従業者（以下「職員」という。）の資格は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 生 活 相 談 員 社会福祉士又は社会福祉主事（任用資格を含む。）又は精神保健

福祉士

- (2) 看護職員 看護師又は准看護師
- (3) 機能訓練指導員 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

(職員の職種、員数及び職務内容)

第6条 この事業所における職員の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者 1人

職員の管理、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行うとともに、介護予防通所介護相当サービスの事業実施に関し、遵守すべき事項について指揮命令を行う。

- (2) 生活相談員 1人以上

利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう事業所内のサービスの調整、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者等との連携を行う。

- (3) 看護職員 1人以上

利用者の健康管理及び看護を行うとともに、事業所における衛生管理等の業務を行う。

- (4) 介護職員 1人以上

利用者の介護を行い、入浴、排せつ、食事の介護等を行い、自立した日常生活を営むための支援及び介護を行う。

- (5) 機能訓練指導員 1人以上

利用者が、心身の状況に応じて日常生活を営むのに必要な機能を改善又は維持するための機能訓練を行う。

(営業日及び営業時間)

第7条 営業日及び営業時間を次のとおりとする。

- (1) 営業日は月曜日から金曜日までとし、国民の祝日（振り替え休日を含む）、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）を除く。
- (2) 営業時間は午前7時30分から午後7時30分までとする。
- (3) サービス提供時間は、午前9時から午後4時30分までとする。
- (4) 延長時間は、午前7時30分から午前9時まで及び午後4時30分から午後7時30分までとする。

(実施単位及び利用定員)

第8条 実施単位及び利用定員は、次の各号に定めるとおりとする。

- (1) 実施単位 1単位
- (2) 利用定員 20人

(介護予防通所介護相当サービスの内容)

第9条 介護予防通所介護相当サービスの内容は、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認、その他日常生活上の世話又は機能訓練若しくは送迎とし、介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては次の点に留意するものとする。

- (1) 介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、利用者の介護予防に資するよう、利用者の心身の状況等を踏まえ、日常生活を営むために必要な支援を行うために、通所型サービス計画を作成しなければならない。
- (2) 介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、主治医又は歯科医師やサービス担当者会議等からの情報により、利用者の心身の状況及び日常生活全般の状況を的確に把握し、その状況を踏まえて、通所型サービス計画に沿って、サービスの提供を行わなければならない。
- (3) 介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、利用者とのコミュニケーションを図るその他の方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切に働きかけるものとする。
- (4) 事業者は、自ら提供する介護予防通所介護相当サービスの質の評価を行い、主治医又は歯科医師と連携を図りながら、常にサービスの質の向上を図るよう努めるものとする。
- (5) 事業者は、介護予防通所介護相当サービスの提供に当たって、介護技術の進歩にあわせた適切な介護予防が行われるよう配慮するものとする。
- (6) 職員は介護予防通所介護相当サービスの提供に当たって、利用者の立場に立って懇切丁寧に行うものとし、利用者又はその家族に対し、介護予防通所介護相当サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。

(利用料その他の費用の額)

第10条 介護予防通所介護相当サービスの利用料は、指定を行った市町村において定める基準の額とし、事業者が法定代理受領サービスを提供する場合には、利用者から本人負担分の支払いを受けるものとする。

- 2 事業者は、前項に定める額のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを受けるものとする。
 - (1) 食事の提供に要する費用 昼食 500円
 - (2) おむつ代 実費
 - (3) 介護予防通所介護相当サービスで提供されるサービスのうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの
 - ア 利用者の希望により提供する日常生活に必要な身の回り品の費用 実費
 - イ 利用者の希望により提供する日常生活に必要な教養娯楽費の費用 実費
- 3 前2項の費用の徴収に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族対して当該サービスの内容及び費用について説明し同意を得るものとする。ただし、前項第1号の費用に

については、文書により説明し同意を得るものとする。

- 4 第2項第1号の額を変更する場合は、あらかじめ利用者又はその家族に対して、文書により説明し同意を得るものとする。

(通常の事業の実施地域)

第11条 通常の事業の実施地域は三条市、●●市とする。

注意) 通常の事業実施地域以外は5%加算が算定されることから「三条市の一部」といった記載は行わないこと!

(サービス利用に当たっての留意事項)

第12条 利用者は、次の各号に掲げる事項について遵守しなければならない。

- (1) 利用者は、事業所内において政治活動又は宗教活動を行ってはならない。
- (2) 利用者は、事業所に危険物を持ち込んで서는ならない。
- (3) 利用者の所持金その他貴重品は利用者自ら管理しなければならない。

(緊急時の対応等)

第13条 職員は、介護予防通所介護相当サービスの提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときには、速やかに主治医に連絡する等の必要な措置を講じるものとする。

(非常災害対策)

第14条 事業者は、非常災害に関する具体的な対応計画を定めるものとする。

- 2 管理者又は防火管理者は、非常災害その他緊急時に備え、防火教育を含む総合訓練を地域の消防署の協力を得た上で、年2回以上実施するなど、利用者の安全に対して万全の備えを行うものとする。

(衛生管理等)

第15条 事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じなければならない。

- 2 事業者は、事業所内において感染症の発生又はそのまん延の防止をするために、必要な措置を講じなければならない。

(事故発生時の対応)

第16条 事業者は、利用者に対する介護予防通所介護相当サービスの提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、地域包括支援センター又は介護支援専門員及び市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。

- 2 前項の事故については、その状況及び事故に対する処置状況を記録しなければならない。
- 3 事業者は、利用者に対する介護予防通所介護相当サービスの提供により賠償すべき事

故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

(苦情処理等)

第17条 事業者は、提供した介護予防通所介護相当サービスに対する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するためその窓口を設置するものとする。

- 2 前項の苦情を受けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 3 事業者は、介護保険法の規定により市町村等から文書の提出等を求められた場合は、速やかに協力をし、市町村等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って適切な改善を行うものとする。
- 4 事業者は、市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告するものとする。

(秘密保持)

第18条 職員は、正当な理由無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後も同様とする。

- 2 前項に定める秘密保持義務は、職員の離職後もその効力を有する旨を雇用契約書等に明記する。
- 3 事業者は、サービス担当者会議等で利用者及びその家族の個人情報等の秘密事項を使用する場合は、あらかじめ文書により、同意を得ておかななければならない。

(職員の研修)

第19条 事業者は、全ての職員に対し、職員の資質向上のため、以下のとおり研修機会を設けるものとする。

- (1) 採用時研修 採用後○か月以内に実施
- (2) 継続研修 年に○回以上実施

(記録の整備)

第20条 事業者は、利用者に対する介護予防通所介護相当サービスの提供に関する各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。

- (1) 通所型サービス計画
 - (2) 提供した具体的サービス内容等の記録
 - (3) 利用者に関する市町村への報告等の記録
 - (4) 苦情の内容等に関する記録
 - (5) 事故の状況及び事故に対する処置状況の記録
- 2 事業者は、職員、設備、備品及び会計に関する記録を整備し、その終了した日から5年間保存しなければならない。

附 則

この運営規程は、平成28年4月1日から施行する。

通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）契約書（例）

〇〇〇〇様（以下「利用者」と略します。）と〇〇〇〇（例：株式会社〇〇、社会福祉法人〇〇〇会等）（以下「事業者」と略します。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令、市町村の要綱等及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

- ① 通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）
（「契約書別紙（兼重要事項説明書）①」）

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

ただし、契約期間満了日以前に利用者が要支援状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間満了日までとします。

- 2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（通所型サービス計画の作成及び変更）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した通所型サービス計画を作成します。通所型サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者説明して同意を得、交付します。

- 2 事業者は、計画実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者説明の上、交付します。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

- 2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が介護予防サービス計画の範囲内で可能であり、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限

り、速やかにサービスの内容を変更します。

- 3 事業者は、利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センター（又は介護支援専門員）等に連絡するなど必要な援助を行います。
- 4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービス内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

- 第5条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。
- 2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。
 - 3 利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。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。

（利用料の変更）

- 第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に参加することができない場合には、本契約を解約することができます。

（利用料の滞納）

- 第7条 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。
- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センター及び利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。
 - 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

（利用者の解約権）

- 第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約

は解約されます。

- 2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。
 - (1) 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合
 - (2) 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合
 - (3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- (1) 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
 - (2) 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センター及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- (1) 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- (2) 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (3) 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- (4) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- (5) 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (6) 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- (7) 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- (8) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- (9) 利用者の要介護状態区分が自立となった場合で、かつ、基本チェックリストに基づく事業対象者に該当しない場合
- (10) 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
- 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

(守秘義務)

第12条 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

- 2 事業者は、事業者の従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の介護予防サービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
- 4 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(苦情処理)

第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(サービス内容等の記録の作成及び保存)

第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。

- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の介護予防支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

(契約外条項)

第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

平成 年 月 日

※「また」以下については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者から同意を得る場合は不要。

（利用者）私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利用者 住所
氏名 印

（代理人）私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所
氏名 印
本人との続柄

（事業者）私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事業者 住所
事業者（法人名）
代表者職・氏名 印

（立会人）私は、（※利用者との続柄）として、この契約に立ち会いました。

住所
氏名 印

（家族代表）私は、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住所
氏名 印

※利用者の家族の個人情報の同意欄については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者の家族から同意を得る場合は不要。

通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）

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あたり、市町村要綱等の規定に基づき、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○○○町○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設立年月日	昭和○○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	デイサービスセンター○○○	
サービスの種類	通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○町○○	
電話番号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	1 5 7 0 0 0 0 0 0 0
実施単位・利用定員	○単位	定員○○人
通常の事業の実施地域	○○市、○○市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、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、市町村の要綱等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等の軽減や悪化の防止、若しくは、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

介護予防通所介護相当サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、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8時30分から午後6時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで 延長時間は、午前8時30分から午前9時30分まで 及び 午後4時30分から午後6時30分まで とします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
看護職員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
介護職員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
機能訓練指導員	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（生活相談員）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	生活相談員 ○○ ○○
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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護予防サービス費等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) 介護予防通所介護相当サービスの利用料

【基本部分】

サービスの内容		基本利用料 ※(注2)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合)(=基本利用料の1割) ※(注2)参照
通所型サービス1 回数	通所型サービスを1週間に1回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で4回まで 【要支援1・事業対象者】	3,780円	378円
通所型サービス2 回数	通所型サービスを1週間に2回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で5回から8回まで 【要支援2・事業対象者】	3,890円	389円
通所型サービス1 ※(注1)	通所型サービスを1週間に1回程度利用した場合(1月につき)【要支援1】	16,470円	1,647円
通所型サービス2 ※(注1)	通所型サービスを1週間に2回程度利用した場合(1月につき) 【要支援2・事業対象者】	33,770円	3,377円

(注1) 通所型サービスの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、16,470円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、33,770円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ16,470円、33,770円となります。

(注2) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注3) 前ページ本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額	
		基本利用料	利用者負担金(自己負担1割の場合)
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合(1月につき)	2,400円	240円
生活機能向上グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合(1月につき) ※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	1,000円	100円

運動器機能向上 加算	利用者へ個別的な機能訓練等の運動器機能向上 サービスを行った場合（1月につき）	2,250円	225円
栄養改善 加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービス を行った場合（1月につき）	1,500円	150円
口腔機能向上 加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等 の口腔機能向上サービスを行った場合（1月 につき）	1,500円	150円
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	利用者へ選択的サービスのうち複数のサービス を行った場合（1月につき）	4,800円	480円
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ	※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向 上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。 また、加算Ⅰ又は加算Ⅱのいずれか1つを算定する。	7,000円	700円
事業所評価加算	当該加算の算定基準に適合し、かつ、評価対象 期間中、利用者の要支援状態の維持・改善の割 合が一定以上となった場合（1月につき）	1,200円	120円
サービス提供体制 強化加算Ⅰイ	当該加算の体制・ 人材要件を満たす	要支援1・事業対象者 720円	72円
サービス提供体制 強化加算Ⅰロ	場合 ※（注） （1月につき）	要支援2・事業対象者 1,440円	144円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	※加算Ⅰイ、加算Ⅰロ又 は加算Ⅱのいずれか1 つを算定する。	要支援1・事業対象者 480円	48円
		要支援2・事業対象者 960円	96円
		要支援1・事業対象者 240円	24円
		要支援2・事業対象者 480円	48円
中山間地域等に 居住する者への サービス提供加算	中山間地域等（＝新潟県の場合は全域）におい て、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用 者へサービス提供した場合 ※（注）	1月の利用料金 （基本部分＋ 延長加算） の5%	左記額の1割
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注） ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月の利用料金 （基本部分＋ 各種加算減算） の4.0%	左記額の1割
介護職員 処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金 （基本部分＋ 各種加算減算） の2.2%	
介護職員 処遇改善加算Ⅲ		加算Ⅱの 90%	
介護職員 処遇改善加算Ⅳ		加算Ⅱの 80%	

（注）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額		
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)	
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	要支援1	3,760円	376円
		要支援2	7,520円	752円

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき〇〇円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき〇〇円の実費をいただきます。
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であって、利用者負担が適当と認められるもの(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、費用の実費をいただきます。

(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。なお、利用料が月単位の定額の場合は、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。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)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○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
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

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（又は介護支援専門員）及び市町村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
	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	三条市福祉保健部高齢介護課	電話番号	0256-34-5511
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号	025-285-3022

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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 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、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

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

△△デイサービスセンター通所型サービスA（緩和した基準によるサービス） 運営規程（例）

（事業の目的）

第1条 ○○法人○○（以下「事業者」という。）が運営する△△デイサービスセンター（以下「事業所」という。）が行う通所型サービスAの事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態等にある高齢者（以下「利用者」という。）に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活をその居宅において営むことができるよう通所型サービスAを行い、利用者の心身の特性を踏まえ、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サービスを提供することを目的とする。

（通所型サービスAの運営の方針）

第2条 事業者は、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、必要な日常生活上の支援や交流の機会の提供等を行うことにより、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

2 通所型サービスAの実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

3 通所型サービスAの実施に当たっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）、保険医療機関及び関係市町村などと連携し、効率性・柔軟性を考慮した上で、要支援者等ができることは要支援者等が行うことを基本としたサービス提供に努める。

4 前項のほか指定を行った市町村が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施する。

（事業所の名称及び所在地）

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名 称 △△デイサービスセンター
- (2) 所在地 ○○市北町1丁目2番地

（従業者の資格）

第4条 事業所に勤務する従業者（以下「職員」という。）の資格は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 従事者 市町村が認める研修の修了者等

（職員の職種、員数及び職務内容）

第5条 この事業所における職員の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

- (1) 管理者 1人

職員の管理、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行うとともに、通

所型サービスAの事業実施に関し、遵守すべき事項について指揮命令を行う。

(2) 従事者 1人以上

利用者が自立した日常生活を営むため、レクリエーションの機会の提供や見守り等の支援を行う。

(営業日及び営業時間)

第6条 営業日及び営業時間を次のとおりとする。

- (1) 営業日は月曜日から金曜日までとし、国民の祝日（振り替え休日を含む）、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）を除く。
- (2) 営業時間は午前7時30分から午後7時30分までとする。
- (3) サービス提供時間は、午前9時から午後4時30分までとする。
- (4) 延長時間は、午前7時30分から午前9時まで及び午後4時30分から午後7時30分までとする。

(実施単位及び利用定員)

第7条 実施単位及び利用定員は次の各号に定めるとおりとする。

- (1) 実施単位 1単位
- (2) 利用定員 10人

(通所型サービスAの内容)

第8条 通所型サービスAの内容は、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認、その他日常生活上の見守り又はレクリエーションの機会の提供等若しくは送迎とし、通所型サービスAの提供に当たっては次の点に留意するものとする。

- (1) 通所型サービスAの提供に当たっては、利用者の介護予防に資するよう、利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて、日常生活を営むために必要な支援を行うために、通所型サービスA計画を作成するものとする。
- (2) 通所型サービスAの提供に当たっては、主治医又は歯科医師やサービス担当者会議等からの情報により、利用者の心身の状況及び日常生活全般の状況を的確に把握し、その状況を踏まえるとともに、通所型サービスA計画が作成されている場合は、その通所型サービスA計画に沿って、サービスの提供を行わなければならない。
- (3) 通所型サービスAの提供に当たっては、利用者とのコミュニケーションを図るその他の方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切に働きかけるものとする。
- (4) 職員は通所型サービスAの提供に当たって、利用者の立場に立って懇切丁寧に行うものとし、利用者又はその家族に対し、通所型サービスAの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。

(利用料その他の費用の額)

第9条 通所型サービスAの利用料は、指定を行った市町村において定める基準の額とし、事業者が法定代理受領サービスを提供する場合には、利用者から本人負担分の支払いを

受けるものとする。

2 事業者は、前項に定める額のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを受けるものとする。

(1) 食事の提供に要する費用 昼食 500 円

(2) おむつ代 実費

(3) 通所型サービスAで提供されるサービスのうち、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの

ア 利用者の希望により提供する日常生活に必要な身の回り品の費用 実費

イ 利用者の希望により提供する日常生活に必要な教養娯楽費の費用 実費

3 前2項の費用の徴収に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族対して当該サービスの内容及び費用について説明し同意を得るものとする。ただし、前項第1号の費用については、文書により説明し同意を得るものとする。

4 第2項第1号の額を変更する場合は、あらかじめ利用者又はその家族に対して、文書により説明し同意を得るものとする。

(通常の事業の実施地域)

第10条 通常の事業の実施地域は三条市、●●市とする。

注意) 通常の事業実施地域以外は5%加算が算定されることから「三条市の一部」といった記載は行わないこと!

(サービス利用に当たっての留意事項)

第11条 利用者は、次の各号に掲げる事項について遵守しなければならない。

(1) 利用者は、事業所内において政治活動又は宗教活動を行ってはならない。

(2) 利用者は、事業所に危険物を持ち込んで서는ならない。

(3) 利用者の所持金その他貴重品は利用者自ら管理しなければならない。

(緊急時の対応等)

第12条 職員は、通所型サービスAの提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときには、速やかに主治医に連絡する等の必要な措置を講じるものとする。

(衛生管理等)

第13条 事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水等について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じなければならない。

2 事業者は、事業所内において感染症の発生又はそのまん延の防止をするために、必要な措置を講じなければならない。

(事故発生時の対応)

第14条 事業者は、利用者に対する通所型サービスAの提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、地域包括支援センター又は介護支援専門員及び市町村等に連絡する

とともに、必要な措置を講じなければならない。

- 2 前項の事故については、その状況及び事故に対する処置状況を記録しなければならない。
- 3 事業者は、利用者に対する通所型サービスAの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

(苦情処理等)

第15条 事業者は、提供した通所型サービスAに対する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するためその窓口を設置するものとする。

- 2 前項の苦情を受けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 3 事業者は、介護保険法の規定により市町村等から文書の提出等を求められた場合は、速やかに協力をし、市町村等から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って適切な改善を行うものとする。
- 4 事業者は、市町村等から改善報告の求めがあった場合は、改善内容を報告するものとする。

(秘密保持)

第16条 職員は、正当な理由無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後も同様とする。

- 2 前項に定める秘密保持義務は、職員の離職後もその効力を有する旨を雇用契約書等に明記する。
- 3 事業者は、サービス担当者会議等で利用者及びその家族の個人情報等の秘密事項を使用する場合は、あらかじめ文書により、同意を得ておかななければならない。

(記録の整備)

第17条 事業者は、利用者に対する通所型サービスAの提供に関する各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。

- (1) 通所型サービスA計画
 - (2) 提供した具体的サービス内容等の記録
 - (3) 利用者に関する市町村への報告等の記録
 - (4) 苦情の内容等に関する記録
 - (5) 事故の状況及び事故に対する処置状況の記録
- 2 事業者は、職員、設備、備品及び会計に関する記録を整備し、その終了した日から5年間保存しなければならない。

附 則

この運営規程は、平成28年4月1日から施行する。

通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）契約書（例）

〇〇〇〇様（以下「利用者」と略します。）と〇〇〇〇（例：株式会社〇〇、社会福祉法人〇〇〇会等）（以下「事業者」と略します。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令、市町村の要綱等及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

- ① 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）
（「契約書別紙（兼重要事項説明書）①」）

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

平成 年 月 日～平成 年 月 日

ただし、契約期間満了日以前に利用者が要支援状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援認定有効期間満了日までとします。

- 2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（通所型サービスA計画の作成及び変更）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、必要に応じて、利用者の介護予防サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した通所型サービスA計画を作成するものとします。

- 2 事業者は、通所型サービスA計画を作成した場合は、その内容を利用者に説明して同意を得、交付するとともに、当該計画の実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明の上、交付するものとします。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

- 2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が介護予防サービス計画の範囲内で可能であ

り、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

- 3 事業者は、利用者が介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センター（又は介護支援専門員）等に連絡するなど必要な援助を行います。
- 4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第5条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

- 2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。
- 3 利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。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。

（利用料の変更）

第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

（利用料の滞納）

第7条 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センター及び利用者が住所を有する市町村等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

（利用者の解約権）

第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでも

もこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

- 2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。
 - (1) 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合
 - (2) 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合
 - (3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- (1) 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
 - (2) 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センター及び必要に応じて利用者が住所を有する市町村等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- (1) 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- (2) 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (3) 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- (4) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- (5) 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (6) 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- (7) 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- (8) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- (9) 利用者の要介護状態区分が自立となった場合で、かつ、基本チェックリストに基づく事業対象者に該当しない場合

(10) 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
- 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

(守秘義務)

第12条 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

- 2 事業者は、事業者の従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の介護予防サービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
- 4 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(苦情処理)

第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

(サービス内容等の記録の作成及び保存)

第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。

- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対

し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

- 3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の介護予防支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

(契約外条項)

第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令、市町村の要綱等の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

平成 年 月 日

※「また」以下については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者の家族から同意を得る場合は不要。

（利用者）私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利用者 住所
氏名 印

（代理人）私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住所
氏名 印
本人との続柄

（事業者）私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事業者 住所
事業者（法人名）
代表者職・氏名 印

（立会人）私は、（※利用者との続柄）として、この契約に立ち会いました。

住所
氏名 印

（家族代表）私は、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住所
氏名 印

※利用者の家族の個人情報の同意欄については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者の家族から同意を得る場合は不要。

通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）

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あたり、市町村要綱等の規定に基づき、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○○○町○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設立年月日	昭和○○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	デイサービスセンター○○○	
サービスの種類	通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	
事業所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○町○○	
電話番号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	1 5 7 0 0 0 0 0 0 0
実施単位・利用定員	○単位	定員○○人
通常の事業の実施地域	○○市、○○市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、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、市町村の要綱等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等の軽減や悪化の防止、若しくは、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

通所型サービスAは、事業者が設置する事業所に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話やレクリエーションの提供等を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、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8時30分から午後6時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで 延長時間は、午前8時30分から午前9時30分まで 及び 午後4時30分から午後6時30分まで とします。

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（市町村が認める研修修了者）	常勤 ○人、 非常勤 ○人
	常勤 ○人、 非常勤 ○人
	常勤 ○人、 非常勤 ○人
	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管理責任者（管理者）及び担当職員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 ○○ ○○
担当職員の氏名	従 事 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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割）の額です。ただし、介護予防サービス費等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) 通所型サービスAの利用料

【基本部分】

サービスの内容		基本利用料 ※(注2)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合)(=基本利用料の1割) ※(注2)参照
通所型独自サービス1回数	通所型サービスAを1週間に1回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で4回まで【要支援1・事業対象者】	3,030円	303円
通所型独自サービス2回数	通所型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1回につき)※1月の中で全部で5回から8回まで【要支援2・事業対象者】	3,120円	312円
通所型独自サービス1※(注1)	通所型サービスAを1週間に2回程度利用した場合(1月につき)【要支援1】	13,180円	1,318円
通所型独自サービス2※(注1)	通所型サービスAを1週間に2回を超える程度利用した場合(1月につき)【要支援2・事業対象者】	27,020円	2,702円

(注1) 通所型サービスAの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、13,180円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、27,020円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ13,180円、27,020円となります。

(注2) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注3) 前ページ本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額	
		基本利用料	利用者負担金(自己負担1割の場合)
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合(1月につき)	2,400円	240円
生活機能向上グループ活動加算	利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合(1月につき) ※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。	1,000円	100円

運動器機能向上加算	利用者へ個別的な機能訓練等の運動器機能向上サービスを行った場合（1月につき）		2,250円	225円
栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合（1月につき）		1,500円	150円
口腔機能向上加算	利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合（1月につき）		1,500円	150円
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	利用者へ選択的サービスのうち複数のサービスを行った場合（1月につき）		4,800円	480円
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	※ただし、運動器機能向上加算・栄養改善加算・口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。 また、加算Ⅰ又は加算Ⅱのいずれか1つを算定する。		7,000円	700円
事業所評価加算	当該加算の算定基準に適合し、かつ、評価対象期間中、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合（1月につき）		1,200円	120円
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 ※（注）	要支援1・事業対象者	720円	72円
		要支援2・事業対象者	1,440円	144円
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	（1月につき）	要支援1・事業対象者	480円	48円
		要支援2・事業対象者	960円	96円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	※加算Ⅰイ、加算Ⅰロ又は加算Ⅱのいずれか1つを算定する。	要支援1・事業対象者	240円	24円
		要支援2・事業対象者	480円	48円
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等（＝新潟県の場合は全域）において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合 ※（注）		1月の利用料金 （基本部分＋延長加算） の5%	左記額の1割
介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注） ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。		1月の利用料金 （基本部分＋各種加算減算） の4.0%	左記額の1割
介護職員処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金 （基本部分＋各種加算減算） の2.2%		
介護職員処遇改善加算Ⅲ		加算Ⅱの 90%		
介護職員処遇改善加算Ⅳ		加算Ⅱの 80%		

（注）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額		
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)	
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	要支援1	3,760円	376円
		要支援2	7,520円	752円

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき〇〇円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき〇〇円の実費をいただきます。
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であって、利用者負担が適当と認められるもの(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、費用の実費をいただきます。

(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。なお、利用料が月単位の定額の場合は、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。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)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○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
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

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（又は介護支援専門員）及び市町村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 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	三条市福祉保健部高齢介護課	電話番号 0256-34-5511
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

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（又は介護支援専門員）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