

【別冊】

介護予防・日常生活支援総合事業

## みなし指定事業所の指定更新申請 様式集

---

(平成29年9月11日)

芦屋市福祉部社会福祉課管理係

## 目 次

---

### 1 指定更新申請書類等

---

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 指定更新に係る添付書類一覧                         | 1  |
| 指定更新申請書                               | 3  |
| 指定更新申請書【記載例】                          | 4  |
| 予防専門型訪問サービス事業所の指定に係る記載事項（付表1）         | 5  |
| 予防専門型訪問サービス事業所の指定に係る記載事項（付表1）【記載例】    | 6  |
| 予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項（付表2）         | 7  |
| 予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項（付表2）【記載例】    | 8  |
| 予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項（付表2 別紙）      | 9  |
| 予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項（付表2 別紙）【記載例】 | 10 |
| 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式第1号）           | 11 |
| 〇〇〇経歴書（参考様式第2号）                       | 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（参考様式第5号）     | 13 |
| サービス提供実施単位一覧表（参考様式第6号）                | 14 |
| 設備・備品等一覧表（参考様式第4号）                    | 15 |
| 平面図（参考様式第3号）                          | 16 |
| 誓約書（参考様式第7号 - 1）                      | 17 |
| 役員証明書（参考様式第7号 - 2）                    | 18 |
| 変更届出書（兵庫県様式・第3号様式）                    | 19 |

---

### 2 運営規程・利用契約書・重要事項説明書（参考例）

---

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 【訪問】 予防専門型訪問サービス運営規程（参考例） | 20 |
| 予防専門型訪問サービス利用契約書（参考例）     | 24 |
| 予防専門型訪問サービス重要事項説明書（参考例）   | 30 |
| 【通所】 予防専門型通所サービス運営規程（参考例） | 42 |
| 予防専門型通所サービス利用契約書（参考例）     | 47 |
| 予防専門型通所サービス重要事項説明書（参考例）   | 53 |

## みなし指定更新に係る添付書類一覧

| 事業所名 |  |                   |     |             |             |
|------|--|-------------------|-----|-------------|-------------|
| NO   | 添 付 書 類  | 参考様式等             | 確認欄 | 予防専門型<br>訪問 | 予防専門型<br>通所 |
| 1    | 指定更新申請書  | 様式第2号             |     | ○           | ○           |
| 2    | 予防専門型訪問サービス事業所の指定に係る記載事項   | 付表1               |     | ○           | -           |
| 3    | 予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項   | 付表2               |     | -           | ○           |
| 4    | 事業所の運営規程   |                   |     | ○           | ○           |
| 5    | 利用契約書及び重要事項説明書   |                   |     | ○           | ○           |
| 6    | 非常災害等に対する具体的な計画書   |                   |     | ○           | ○           |
| 7    | 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（※1）   | 総合事業参考<br>様式第1号   |     | ○           | ○           |
| 8    | 従業員の資格者証, 修了証等の写し（※2）（※3）  |                   |     | ○           | ○           |
| 9    | 生活相談員の経歴書（社会福祉士, 社会福祉主事任用資格, 精神保健福祉士, 介護福祉士, 介護支援専門員の資格を有しない場合）          |                   |     | -           | ○           |
| 10   | 看護職員の確保に係る病院等の設置者との契約書の写し（病院等との連携により看護職員を確保する場合）                         |                   |     | -           | ○           |
| 11   | 経歴書（管理者・サービス提供責任者）   | 総合事業参考<br>様式第2号   |     | ○           | ○           |
| 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   | 総合事業参考<br>様式第5号   |     | ○           | ○           |
| 13   | サービス提供実施単位一覧表  | 総合事業参考<br>様式第6号   |     | -           | ○           |
| 14   | 設備・備品等一覧表  | 総合事業参考<br>様式第4号   |     | ○           | ○           |
| 15   | 平面図, 写真方向図, 写真(カラー)（※4）<br>写真: 外観, 玄関, 食堂・機能訓練室, 静養室, 相談室, 事務室, 浴室, トイレ等 | 総合事業参考<br>様式第3号   |     | ○           | ○           |
| 16   | 申請者の定款等  |                   |     | ○           | ○           |
| 17   | 申請者の履歴事項全部証明書（法務局の法人登記簿謄本）   |                   |     | ○           | ○           |
| 18   | 誓約書  | 総合事業参考<br>様式第7号-1 |     | ○           | ○           |

## みなし指定更新に係る添付書類一覧

| 事業所名 |  |                   |     |             |             |
|------|--|-------------------|-----|-------------|-------------|
| NO   | 添 付 書 類  | 参考様式等             | 確認欄 | 予防専門型<br>訪問 | 予防専門型<br>通所 |
| 19   | 役員証明書  | 総合事業参考<br>様式第7号-2 |     | ○           | ○           |
| 20   | 法人資産の状況(損益計算書, 貸借対照表等)<br>(直近の法人決算書がない場合は, 年間収支予定表)                      |                   |     | ○           | ○           |
| 21   | 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<br>/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<br>(写) |                   |     | ○           | ○           |
| 22   | 介護職員処遇改善加算届出書 (写)  |                   |     | ○           | ○           |
| 23   | 居宅サービス事業所(訪問介護・通所介護)の指定通知書の写し  |                   |     | ○           | ○           |

備考 摘要欄に「○」印を付した欄の添付書類は、必ず添付してください。  
添付書類は、番号順に並べてください。

- ※1 現時点での体制について記載してください。
- ※2 職務に従事するために必要な資格証等のコピーを添付してください。  
結婚等により、現在の姓と資格者証等の姓が異なる場合は、戸籍抄本、運転免許証の裏書、年金手帳のコピー等  
改姓の状況が確認できるものを添付してください。
- ※3 病院等との連携により確保する看護職員については不要です。
- ※4 食堂・機能訓練室については、内寸を記載し、基準上必要な面積(内法)が確認できるようにしてください。

## 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

年 月 日

芦屋市長 宛

所在地  
申請者 名称 印  
代表者氏名

介護保険法に規定する指定事業者に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                              |             |      |           |                         |              |         |      |  |
|------------------------------|-------------|------|-----------|-------------------------|--------------|---------|------|--|
| 申請者                          | フリガナ        |      |           |                         |              |         |      |  |
|                              | 名称          |      |           |                         |              |         |      |  |
|                              | 主たる事務所の所在地  |      | (郵便番号 - ) |                         |              |         |      |  |
|                              | 連絡先         |      | 電話番号      |                         |              | FAX番号   |      |  |
|                              | 法人の種類別      |      |           |                         | 法人所轄庁        |         |      |  |
|                              | 代表者の職名・氏名   |      | 職名        | フリガナ                    |              |         | 生年月日 |  |
|                              | 代表者の住所      |      | (郵便番号 - ) |                         |              |         |      |  |
| 事業所                          | フリガナ        |      |           |                         |              |         |      |  |
|                              | 名称          |      |           |                         |              |         |      |  |
|                              | 所在地         |      | (郵便番号 - ) |                         |              |         |      |  |
| 連絡先                          |             | 電話番号 |           |                         | FAX番号        |         |      |  |
| 同一所在地において行う事業の種類             |             |      | 実施事業      | 指定申請をする事業の<br>事業開始予定年月日 | 現に指定を受けている事業 |         |      |  |
|                              |             |      |           |                         | 指定年月日        | 有効期間満了日 |      |  |
| 介護予防・日常生活<br>支援総合事業<br>第1号事業 | 予防専門型訪問サービス |      |           |                         |              |         |      |  |
|                              | 生活支援型訪問サービス |      |           |                         |              |         |      |  |
|                              | 予防専門型通所サービス |      |           |                         |              |         |      |  |
| 介護保険事業所番号                    |             |      |           | 指定を受けている他市町村名           |              |         |      |  |

|                   |                |  |      |        |         |
|-------------------|----------------|--|------|--------|---------|
| 同一所在地において<br>行う事業 | 指定を受けている事業の種類  |  | 実施事業 | 指定年月日  | 有効期間満了日 |
|                   | 訪問介護（介護予防訪問介護） |  |      |        |         |
|                   | 通所介護（介護予防通所介護） |  |      |        |         |
| 介護保険事業所番号         |                |  |      | 事業所所轄庁 |         |

- 備考 1 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び現に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 「現に指定を受けている事業」欄は、介護保険法に規定する指定事業者として指定された年月日及び有効期間満了日を記載してください。
- 6 「事業所所轄庁」欄は、他に指定を受けている事業がある場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

## 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

申請日（法人印を押印した日）を記載してください。

平成29 年 月 日

芦屋市長 宛

法人情報を記載してください。  
(注) 登記事項証明書と内容が一致するようにしてください。

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

法人印を押印してください。

印

介護保険法に規定する指定事業者に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                      |             |  |                     |               |              |          |
|----------------------|-------------|--|---------------------|---------------|--------------|----------|
| 申請者                  | フリガナ        | カブシキガイシャマルサンカク                         |                     |               |              |          |
|                      | 名称          | 株式会社〇△                                 |                     |               |              |          |
|                      | 主たる事務所の所在地  | (郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )<br>兵庫県 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇 |                     |               |              |          |
|                      | 連絡先         | 電話番号                                   | 0797-〇〇-〇〇〇〇        | FAX番号         | 0797-〇〇-〇〇〇〇 |          |
|                      | 法人の種類       | 株式会社                                   |                     | 法人所轄庁         |              |          |
|                      | 代表者の職名・氏名   | 職名                                     | 代表取締役               | フリガナ          | アシヤ タロウ      | 生年月日     |
|                      |             |  | 氏名                  | 芦屋 太郎         |              |          |
|                      | 代表者の住所      | (郵便番号〇〇〇 - 〇〇〇〇)<br>兵庫県 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇   |                     |               |              |          |
| 事業所                  | フリガナ        | ヘルパーステーションアシヤシャクショ                     |                     |               |              |          |
|                      | 名称          | ヘルパーステーション芦屋市役所                        |                     |               |              |          |
|                      | 所在地         | (郵便番号 〇〇〇- 〇〇〇〇 )<br>兵庫県 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇  |                     |               |              |          |
|                      | 連絡先         | 電話番号                                   | 0797-〇〇-〇〇〇〇        | FAX番号         | 0797-〇〇-〇〇〇〇 |          |
| 同一所在地において行う事業の種類     |             | 実施事業                                   | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 |               | 現に指定を受けている事業 |          |
|                      |             |  |                     |               | 指定年月日        | 有効期間満了日  |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 | 予防専門型訪問サービス | ○                                      | H30.4.1             |               | H27.4.1      | H30.3.31 |
|                      | 生活支援型訪問サービス |  |                     |               |              |          |
|                      | 予防専門型通所サービス |  |                     |               |              |          |
| 介護保険事業所番号            |             | 2 8 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇                    |                     | 指定を受けている他市町村名 |              |          |

みなし指定を受けている事業所はH27.4.1と記載してください。  
みなし指定の有効期間はH30.3.31までです。

|               |                |        |   |     |
|---------------|----------------|--------|---|-----|
| 同一所在地において行う事業 | 指定を受けている事業の種類  |        | 同一場所で既に指定を受けている事業所がある場合に記載してください。<br>同一事業所番号にするには、事業所名称、事業所所在地が一致している必要があります。 | 完了日 |
|               | 訪問介護（介護予防訪問介護） |        |   |     |
|               | 通所介護（介護予防通所介護） |        |   |     |
| 介護保険事業所番号     |                | 事業所所轄庁 |   |     |

- 備考 1 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び現に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 5 「現に指定を受けている事業」欄は、介護保険法に規定する指定事業者として指定された年月日及び有効期間満了日を記載してください。
- 6 「事業所所轄庁」欄は、他に指定を受けている事業がある場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

付表1 予防専門型訪問サービス事業所の指定に係る記載事項

|                             |                                    |                    |       |              |  |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------|-------|--------------|--|
| 事業所                         | フリガナ                               |                    |       |              |  |
|                             | 名称                                 |                    |       |              |  |
|                             | 所在地                                | (郵便番号 - )          |       |              |  |
|                             | 連絡先                                | 電話番号               |       | FAX 番号       |  |
|                             | E-mail                             |                    |       |              |  |
| 生活支援型訪問サービスとの一体的運営          |                                    | (有・無)              |       |              |  |
| 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                  | 条第    | 項第           |  |
|                             | 号                                  |                    |       |              |  |
| 管理者                         | フリガナ                               |                    |       | 住所 (郵便番号 - ) |  |
|                             | 氏名                                 |                    |       |              |  |
|                             | 生年月日                               |                    |       |              |  |
|                             | 訪問介護員等との兼務の有無                      |                    | (有・無) |              |  |
|                             | 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | 名称                 |       |              |  |
|                             | 兼務する職種及び勤務時間等                      | -----              |       |              |  |
| サービス提供者                     | フリガナ                               |                    |       | 住所 (郵便番号 - ) |  |
|                             | 氏名                                 |                    |       |              |  |
|                             | 生年月日                               |                    |       |              |  |
|                             | フリガナ                               |                    |       | 住所 (郵便番号 - ) |  |
|                             | 氏名                                 |                    |       |              |  |
|                             | 生年月日                               |                    |       |              |  |
| 従業者の職種・員数                   |                                    | 訪問介護員等             |       |              |  |
|                             |                                    | 専従                 | 兼務    |              |  |
| 常勤(人)                       |                                    |                    |       |              |  |
| 非常勤(人)                      |                                    |                    |       |              |  |
| 常勤換算後の人数(人)                 |                                    |                    |       |              |  |
| 基準上の必要人数(人)                 |                                    |                    |       |              |  |
| 適合の可否                       |                                    |                    |       |              |  |
| 主な揭示事項                      | 営業日                                |                    |       |              |  |
|                             | 営業時間                               |                    |       |              |  |
|                             | 利用料                                | 法定代理受領分(一割又は二割負担分) |       |              |  |
|                             |                                    | 法定代理受領分以外          |       |              |  |
|                             | その他の費用                             |                    |       |              |  |
| 通常の事業実施地域                   |                                    |                    |       |              |  |
| 添付書類                        | 別添のとおり                             |                    |       |              |  |

- 備考
- 1 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
  - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 4 当該予防専門型訪問サービス以外のサービスを実施する場合には、当該予防専門型訪問サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表1 予防専門型訪問サービス事業所の指定に係る記載事項

|                             |  |                                |              |                                  |  |
|-----------------------------|--|--------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| 事業所                         | フリガナ   | ヘルパーステーションアシヤシヤクシヨ             |              |                                  | 申請書に記載されている事業所名、住所、電話番号等と相違がないようにしてください。 |
|                             | 名称   | ヘルパーステーション芦屋市役所                |              |                                  |  |
|                             | 所在地  | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇)<br>芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇 |              |                                  |  |
|                             | 連絡先  | 電話番号                           | 0797-〇〇-〇〇〇〇 | FAX 番号                           |  |
|                             | E-mail   | 〇〇〇@〇〇.〇〇.jp                   |              |                                  | 総合事業について記載されている定款の条文を記載してください。           |
| 生活支援型訪問サービスとの一体的運営          |  | (有)                            |              |                                  |  |
| 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 条 第 項 第 号                    |              |                                  |  |
| 管理者                         | フリガナ   | アシヤ タロウ                        |              | 住所                               | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇)                           |
|                             | 氏名   | 芦屋 太郎                          |              |                                  | 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇                             |
|                             | 生年月日   | 昭和〇〇年〇月〇日                      |              |                                  |  |
|                             | 訪問介護員等との兼務の有無  | ((有)・無)                        |              | 他の事業所の従業者としての職務に従事する場合に記載してください。 |  |
|                             | 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)   | 名称                             | 介護老人保健施設     |                                  | 兼務する職種                                   |
|                             |  | 及び勤務時間等                        |              | 9:00~18:00                       |  |
| サービス提供者                     | フリガナ   | アシヤ タロウ                        |              | 住所                               | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇)                           |
|                             | 氏名   | 芦屋 太郎                          |              |                                  | 芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇                             |
|                             | 生年月日   | 昭和〇〇年〇月〇日                      |              |                                  |  |
|                             | フリガナ   |                                |              | 住所                               | (郵便番号 - )                                |
|                             | 氏名   |                                |              |                                  |  |
| 生年月日                        |  |                                |              |                                  |  |
| 従業者の職種・員数                   |  | 訪問介護員等                         |              |                                  |  |
|                             |  | 専従                             | 兼務           |                                  |  |
| 常勤(人)                       |  | 1                              | 1            |                                  |  |
| 非常勤(人)                      |  | 1                              |              |                                  |  |
| 常勤換算後の人数(人)                 |  | 2.5                            |              | 指定を受けた月の状況を記載してください。             |  |
| 基準上の必要人数(人)                 |  |                                |              | 申請時点で体制が定かでない場合は、現時点での状況でも可。     |  |
| 適合の可否                       |  |                                |              |                                  |  |
| 主な揭示事項                      | 営業日  | 営業日：月～金 休日：国民の祝日及び12/29～1/3    |              |                                  |  |
|                             | 営業時間   | 9:00～18:00                     |              |                                  |  |
|                             | 利用料  | 法定代理受領分(一割又は二割負担分)             |              |                                  |  |
|                             |  | 法定代理受領分以外                      |              |                                  |  |
|                             | その他の費用   | 運営規程のとおり                       |              |                                  |  |
| 通常の事業実施地域                   | 芦屋市  |                                |              |                                  |  |
| 添付書類                        | 別添のとおり   |                                |              |                                  |  |
| 備考                          | <p>1 「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。</p> <p>2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。</p> <p>3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。</p> <p>4 当該予防専門型訪問サービス以外のサービスを実施する場合には、当該予防専門型訪問サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。</p> |                                |              |                                  |  |



付表2 予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項

|                             |                                      |  |                |                   |         |   |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|----------------|-------------------|---------|---|
| 事業所                         | フリガナ                                 |  |                |                   |         |   |
|                             | 名称                                   |  |                |                   |         |   |
|                             | 所在地                                  | (郵便番号 - )  |                |                   |         |   |
|                             | 連絡先                                  | 電話番号   |                | FAX番号             |         |   |
|                             | E-mail                               |  |                |                   |         |   |
| 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              | 条第                | 項第      | 号 |
| 管理者                         | フリガナ                                 |  | 住所             | (郵便番号 - )         |         |   |
|                             | 氏名                                   |  |                |                   |         |   |
|                             | 生年月日                                 |  |                |                   |         |   |
|                             | 当該予防専門型通所サービス事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |                |                   |         |   |
|                             | 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）   | 名称   |                |                   |         |   |
|                             | 兼務する職種及び勤務時間等                        | -----  |                |                   |         |   |
| 従業者の職種・員数                   |                                      | 生活相談員  | 看護職員           | 介護職員              | 機能訓練指導員 |   |
| 常勤（人）                       |                                      |  |                |                   |         |   |
| 非常勤（人）                      |                                      |  |                |                   |         |   |
| 適合の可否                       |                                      |  |                |                   |         |   |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積              |                                      |  | 基準上の必要数値       | 適合の可否             |         |   |
|                             |                                      |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> 以上 |         |   |
| 主な揭示事項                      | 営業日                                  | 単位ごとの営業日   |                |                   |         |   |
|                             | 営業時間                                 | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）<br>(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ④ : ~ : ) |                |                   |         |   |
|                             | 利用定員                                 | 人<br>(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人)                                |                |                   |         |   |
|                             | 利用料                                  | 法定代理受領分（一割又は二割負担分）   |                |                   |         |   |
|                             |                                      | 法定代理受領分以外  |                |                   |         |   |
|                             | その他の費用                               |  |                |                   |         |   |
|                             | 通常の事業実施地域                            |  |                |                   |         |   |
| 添付書類                        | 別添のとおり                               |  |                |                   |         |   |

- 備考
- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
  - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
  - 5 当該予防専門型通所サービス以外のサービスを実施する場合には、当該予防専門型通所サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2 予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項

|  |                                      |  |                |   |  |
|--|--------------------------------------|--|----------------|---|--|
| 事業所  | フリガナ                                 | デイサービスアシヤシヤクシヨ   |                |   | 申請書に記載されている事業所名、住所、電話番号等と相違がないようにしてください。 |
|  | 名称                                   | デイサービス芦屋市役所  |                |   |  |
|  | 所在地                                  | (郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇)<br>芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇                                 |                |   |  |
|  | 連絡先                                  | 電話番号   | 0797-〇〇-〇〇〇〇   |   |  |
|  |                                      | E-mail   | 〇〇〇@〇〇.〇〇.jp   |   | 総合事業について記載されている定款の条<br>文を記載してください。       |
| 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 条第 項第 号                                |
| 管理者  | フリガナ                                 | アシヤ タロウ  |                | 住所<br>(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇)<br>芦屋市 〇〇町 〇〇〇〇                      |  |
|  | 氏名                                   | 芦屋 太郎  |                |   |  |
|  | 生年月日                                 | 昭和〇〇年〇月〇日  |                |   |  |
|  | 当該予防専門型通所サービス事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |                |   | 介護職員                                     |
| 同一敷地内の他の事業所<br>又は施設の従業者との兼<br>務（兼務の場合のみ記入） | 名称                                   | 介護老人保健施設   |                |   | 他の事業所の従業者としての職務に従事す<br>る場合に記載してください。     |
|  | 兼務する職種<br>及び勤務時間等                    | 介護職員<br>9:00~18:00   |                |   |  |
| 従業者の職種・員数                                  |                                      | 生活相談員  |                | 指定を受けたい月の状況を記載してください。<br>申請時点で体制が定かでない場合は、現時点で<br>の状況でも可。 |  |
| 常勤(人)                                      |                                      | 1  |                |   |  |
| 非常勤(人)                                     |                                      | 1  |                |   |  |
| 適合の可否                                      |                                      |  |                |   |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積                             |                                      |  | 基準上の必要数値       | 適合の可否   |  |
|  |                                      |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> 以上   |  |
| 主な<br>揭示<br>事項                             | 営業日                                  | 単位ごとの営業日 営業日：月～金 休日国民の祝日及び12/29～1/3                            |                |   |  |
|  | 営業時間                                 | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）<br>(①9:00～12:00 ②13:00～16:00 ③:～: ④:～:) |                |   |  |
|  | 利用定員                                 | 10<br>(単位ごとの定員①10人 ②10人 ③人 ④人)                                 |                |   |  |
|  | 利用料                                  | 法定代理受領分（一割又は二割負担分）   |                |   |  |
|  |                                      | 法定代理受領分以外  |                |   |  |
|  | その他の費用                               | 運営規程のとおり   |                | 運営規程と内容が一致するように<br>記載してください。                              |  |
| 通常の実施地域                                    | 芦屋市                                  |  |                |   |  |
| 添付書類                                       | 別添のとおり                               |  |                |   |  |

- 備考
- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
  - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
  - 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
  - 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあつては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
  - 5 当該予防専門型通所サービス以外のサービスを実施する場合には、当該予防専門型通所サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2 別紙

予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項

| 事業所 | フリガナ                   |       |      |      |         |  |
|-----|------------------------|-------|------|------|---------|--|
|     | 名 称                    |       |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 非常勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 適合の可否                  |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | : ~ : |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 人     |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 非常勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 適合の可否                  |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | : ~ : |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 人     |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 非常勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 適合の可否                  |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | : ~ : |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 人     |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 非常勤 (人)                |       |      |      |         |  |
|     | 適合の可否                  |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               |       |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | : ~ : |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 人     |      |      |         |  |

付表2 別紙

予防専門型通所サービス事業所の指定に係る記載事項

| 事業所 | フリガナ                   | デイサービスアシヤシヤクショ             |      |      |         |  |
|-----|------------------------|----------------------------|------|------|---------|--|
|     | 名 称                    | デイサービス芦屋市役所                |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員                      | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                | 1                          |      | 1    | 1       |  |
|     | 非常勤 (人)                | 1                          | 1    | 1    |         |  |
|     | 適合の可否                  |                            |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               | 営業日：月～金 休日国民の祝日及び12/29～1/3 |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | 9:00～12:00                 |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 10 人                       |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員                      | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                | 1                          |      | 1    | 1       |  |
|     | 非常勤 (人)                | 1                          | 1    | 1    |         |  |
|     | 適合の可否                  |                            |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               | 営業日：月～金 休日国民の祝日及び12/29～1/3 |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | 13:00～16:00                |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 10 人                       |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員                      | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                |                            |      |      |         |  |
|     | 非常勤 (人)                |                            |      |      |         |  |
|     | 適合の可否                  |                            |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               |                            |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | : ~ :                      |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 人                          |      |      |         |  |
|     | 従業者の職種・員数              | 生活相談員                      | 看護職員 | 介護職員 | 機能訓練指導員 |  |
| 単位  | 常 勤 (人)                |                            |      |      |         |  |
|     | 非常勤 (人)                |                            |      |      |         |  |
|     | 適合の可否                  |                            |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの営業日               |                            |      |      |         |  |
|     | 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) | : ~ :                      |      |      |         |  |
|     | 単位ごとの定員                | 人                          |      |      |         |  |





(総合事業参考様式第5号)

### 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        |  |
| 申請するサービス種類 |  |

#### 措 置 の 概 要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

3 その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(総合事業参考様式第6号)

### サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

| 曜日<br>時間 | 月            | 火            | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----------|--------------|--------------|---|---|---|---|---|
| 9:00     | (例)<br>[20人] | (例)<br>[10人] |   |   |   |   |   |
| 12:00    |              | [10人]        |   |   |   |   |   |
| 15:00    | [20人]        | [10人]        |   |   |   |   |   |
| 18:00    |              |              |   |   |   |   |   |
| 21:00    |              |              |   |   |   |   |   |
| 0:00     |              |              |   |   |   |   |   |

備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

2 各事業所において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。



設備・備品等一覧表

サービス種類 ( )  
事業所名 ( )

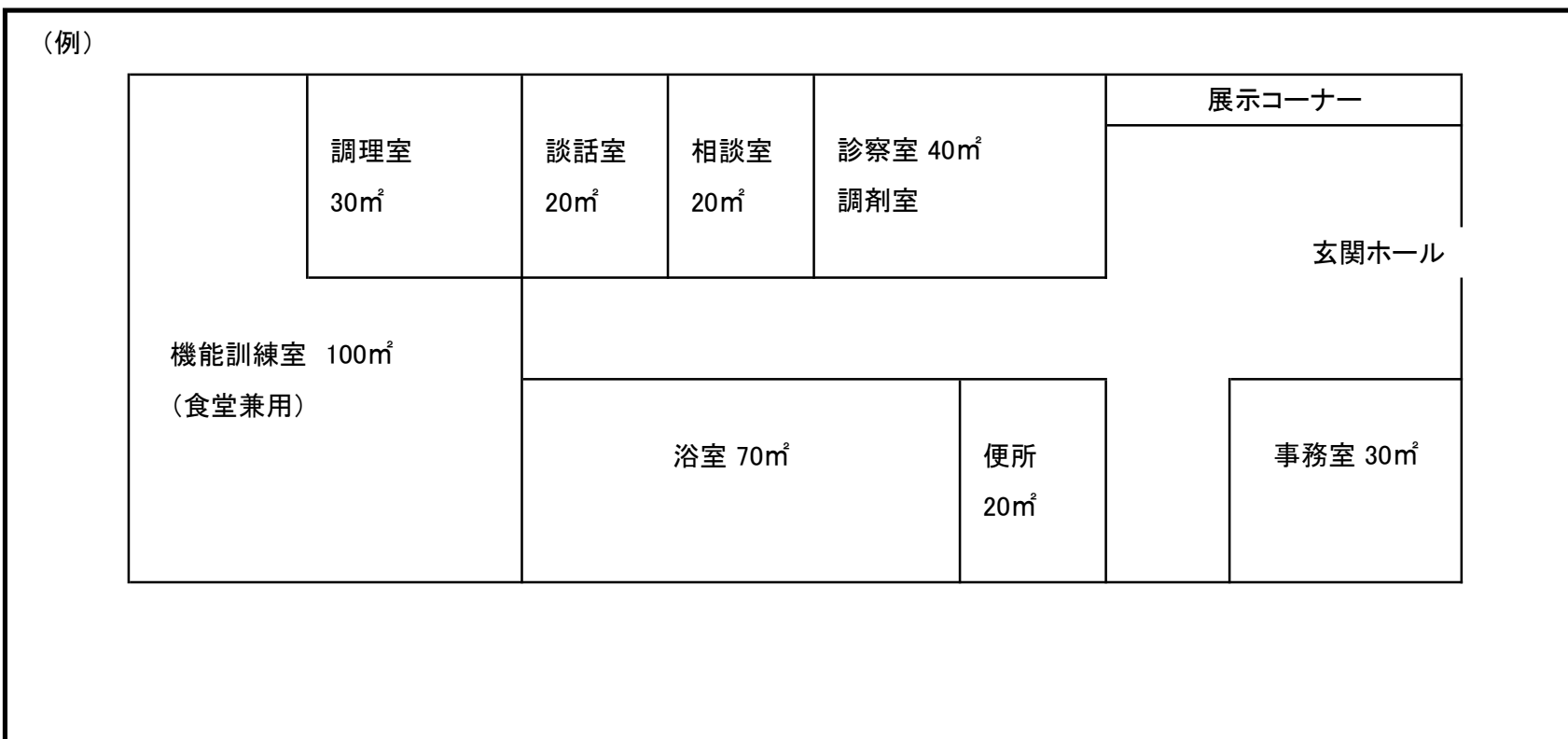
| 部屋・設備の種類                             | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 適合の可否 |
|--------------------------------------|---------------------|-------|
| サービス提供上配慮すべき設備の概要<br><br><br>非常災害設備等 |                     |       |
| 備品の目録                                | 備品の品名及び数量           |       |
|                                      |                     |       |

- 備考1 申請するサービス種類に関して、「芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則」、「芦屋市指定生活支援型訪問サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める規則」等で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
- 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。
  - 3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

(総合事業参考様式第3号)

平面図

|        |  |
|--------|--|
| 事業所の名称 |  |
|--------|--|



備考 1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(総合事業参考様式第7号-1)

介護保険法第115条45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書(指定予防専門型訪問サービス事業者・指定予防専門型通所サービス事業者・生活支援型訪問サービス事業者用)

年 月 日

芦屋市長 宛

申請者

住所

氏名(法人にあつては名称及び代表者名)

印

申請者が介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省で定める基準(介護保険法施行規則第140条の63の6)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ものに該当しないことを誓約します。

記

(介護保険法施行規則第140条の63の6)

法第百十五条の四十五の五第二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つて、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業(第一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(平成二十七年厚生労働省令第四号)附則第二条第三号若しくは第四条第三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(平成十八年厚生労働省令第三十五号。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(平成十八年厚生労働省令第三十七号。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 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定する離島その他の地域であつ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、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二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
- 二 第一号事業に係る基準として、当該第一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。)



第3号様式（第4条関係）

変更届出書

年 月 日

兵庫県知事  
県民局長 様

住所  
開設者（所在地）  
氏名  
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|                  |   |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
|------------------|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|----|---|---|---|--|--|--|--|
|                  |   | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） |   | 名称        |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
|                  |   | 所在地       |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| サービスの種類          |   |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 変更があった事項         |   | 変更の内容     |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 1                | 事業所（施設）の名称  | （変更前）     |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 2                | 事業所（施設）の所在地                                       |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 3                | 主たる事務所の所在地  |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 4                | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所                              |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 5                | 定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等<br>（当該事業に関するものに限る。）        |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 6                | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等                               |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 7                | 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）                        |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 8                | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所<br>（介護老人保健施設を除く。）         |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 9                | サービス提供責任者の氏名及び住所                                  |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 10               | 運営規程  |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 11               | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関                               |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 12               | 事業所の種別  |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 13               | 提供する居宅療養管理指導の種類                                   | （変更後）     |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 14               | 事業実施形態<br>（本体施設が特別養護老人ホームの場合の<br>単独型・空床利用型・併設型の別） |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 15               | 入院患者又は入所者の定員                                      |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 16               | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等<br>との連携・支援体制                |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 17               | 福祉用具の保管・消毒方法<br>（委託している場合にあっては、委託先の状況）            |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 18               | 併設施設の状況等  |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 19               | 役員の氏名、生年月日及び住所                                    |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 20               | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号                                |           |  |  |  |  |  |  |  |    |   |   |   |  |  |  |  |
| 変更年月日            |   |           |  |  |  |  |  |  |  | 平成 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

この運営規程は参考例です。

各項目の記載方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

<事業所名>

介護予防・日常生活支援総合事業  
指定予防専門型訪問サービス運営規程

(事業の目的)

第1条 <法人名>が設置する<事業所名>（以下「事業所」という。）が実施する芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業における指定予防専門型訪問サービス（以下「予防専門型訪問サービス」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の従業者が要支援者である利用者に対し、適切な予防専門型訪問サービスを提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 事業所が実施する予防専門型訪問サービスは、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、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 予防専門型訪問サービスは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。

3 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重して、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。

4 予防専門型訪問サービスの実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター等、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

5 予防専門型訪問サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関へ情報の提供を行う。

6 前5項のほか、芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業関係規則に定める内容を遵守し、予防専門型訪問サービスの事業を実施するものとする。

(事業所の名称等)

第3条 事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

(1) 名 称 △△△

(2) 所在地 芦屋市・・・町・・・番・・・号

(従業者の職種、員数及び職務の内容)

第4条 事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

(1) 管理者 1名（常勤）

管理者は、従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、予防専門型訪問サービスの実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。

(2) サービス提供責任者 ○名(常勤○名, 非常勤○名)

- ・ 予防専門型訪問サービス計画の作成・変更等を行い、利用の申込みに係る調整を行う。
- ・ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席等、地域包括支援センター等との連携を図る。
- ・ 訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握する。
- ・ 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施する。

(3) 訪問介護員 ○名(常勤○名, 非常勤○名)

訪問介護員は、予防専門型訪問サービス計画に基づき予防専門型訪問サービスの提供にあたる。

(4) 事務職員 ○名(常勤○名, 非常勤○名)

利用料等の請求事務及び通信連絡事務等を行う。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

(1) 営業日 ○曜日から○曜日までとする。

ただし、○月○日から○月○日までを除く。

(2) 営業時間 午前○時○分から午後○時○分までとする。

(3) サービス提供時間 午前○時○分から午後○時○分までとする。

(4) その他 . . . . .

(予防専門型訪問サービスの内容)

第6条 事業所で行う予防専門型訪問サービスの内容は次のとおりとする。

(1) 身体介護

(2) 生活援助

(3) . . . . .

(利用料等)

第7条 予防専門型訪問サービスを提供した場合の利用料の額は、芦屋市が定める額とし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者から負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

2 次条に定める通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とする。

- (1) 通常の事業の実施地域を越えてから、片道〇〇キロメートル未満 〇〇〇円
- (2) 通常の事業の実施地域を越えてから、片道〇〇キロメートル以上 〇〇〇円  
以降1キロメートルを増すごとに 〇〇〇円
- 3 前2項の利用料等の支払いを受けたときは、利用料とその他の費用（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付する。
- 4 予防専門型訪問サービスの提供に際しては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に文書で説明した上で、その内容及び支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。
- 5 法定代理受領サービスに該当しない予防専門型訪問サービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した予防専門型訪問サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付する。

(通常の事業の実施地域)

第8条 通常の事業の実施地域は、芦屋市内とする。

(緊急時等における対応方法)

第9条 訪問介護員等は、予防専門型訪問サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

(事故発生時等における対応方法)

第10条 予防専門型訪問サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに、当該利用者の家族、当該利用者に係る地域包括支援センター等、当該利用者の所在する市町村へ連絡するものとする。

2 利用者に対する予防専門型訪問サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

(苦情対応)

第11条 予防専門型訪問サービスの提供に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講じるものとする。

2 事業所は、提供した予防専門型訪問サービスに関し、介護保険法第115条の45の7の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村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うものとする。

3 事業所は、提供した予防専門型訪問サービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、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うものとする。

(個人情報の保護及び秘密の保持)

第12条 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めるものとする。

- 2 事業者が得た利用者又はその家族の個人情報については、予防専門型訪問サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を用いる場合には、当該利用者及びその家族の同意をあらかじめ文書により得るものとする。
- 3 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するものとする。
- 4 事業所は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。

(虐待防止に関する事項)

第13条 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(その他運営に関する重要事項)

第14条 事業所は、従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとする。

- (1) 採用時研修 採用後○カ月以内
- (2) 継続研修 年○回

- 2 事業所は、予防専門型訪問サービスに関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。
- 3 この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は《法人名》と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。

この利用契約書は参考例です。

各項目の記載方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

## 介護予防・日常生活支援総合事業 予防専門型訪問サービス 利用契約書

利用者 ○○○○（以下「甲」という。）と事業者 ○○○○（以下「乙」という。）とは、予防専門型訪問サービスの利用に関して、次のとおり契約を締結します。

### （目的）

- 第1条 乙は、介護保険法等関係法令及び芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業関係規則（以下、芦屋市規則）という。）並びにこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、予防専門型訪問サービスを提供します。
- 2 乙は、予防専門型訪問サービスの提供にあたっては、甲の要支援等状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

### （契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、

平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

とします。

ただし、甲が要支援認定を受けている場合、上記の契約期間の満了日前に、甲が要支援状態区分の変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された際には、変更後の要支援認定有効期間の満了日までとします。

- 2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3 本契約が自動更新されたとき、要支援認定を受けている場合の更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要支援認定有効期間の満了日までとします。

### （運営規程の概要）

第3条 乙が設置する予防専門型訪問サービス事業所の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、予防専門型訪問サービスの内容等）は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

### （予防専門型訪問サービス計画の作成・変更）

第4条 乙は、甲の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、予防専門型訪問サービス計画を作成し、予防専門型訪問サービス計画作成後も当該計画の実施状況の把握に努めま

す。

- 2 予防専門型訪問サービス計画には、予防専門型訪問サービスの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
- 3 予防専門型訪問サービス計画は、介護予防サービス・支援計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。
- 4 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する予防専門型訪問サービスの目的に従い、予防専門型訪問サービス計画の変更を行います。
  - (1) 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該予防専門型訪問サービス計画を変更する必要がある場合
  - (2) 甲が予防専門型訪問サービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合
- 5 前項の変更に際して、介護予防サービス・支援計画の変更が必要となる場合は、速やかに甲に係る地域包括支援センター等に連絡するなど必要な援助を行います。
- 6 乙は、予防専門型訪問サービス計画を作成し又は変更した際には、これを甲に説明してその同意を得、交付します。
- 7 予防専門型訪問サービスの内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する予防専門型訪問サービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した、利用サービス変更合意書を交わします。

(担当の訪問介護員)

- 第5条 乙は、甲のため、担当の訪問介護員を定め、甲に対して予防専門型訪問サービスを提供します。
- 2 乙は、担当の訪問介護員を選任し、又は変更する場合には、甲の状況とその意向に配慮して行います。
  - 3 甲は、乙に対し、いつでも担当の訪問介護員の変更を申し出ることができます。
  - 4 乙は、前項の申出があった場合、第1条に規定する予防専門型訪問サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、甲の希望に添うように担当の訪問介護員を変更します。

(予防専門型訪問サービスの内容及びその提供)

- 第6条 乙は、担当の訪問介護員を派遣し、予防専門型訪問サービス計画に沿って、重要事項説明書に記載した内容の予防専門型訪問サービスを提供します。
- 2 乙は、甲に対して予防専門型訪問サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する地域包括支援センター等が作成する所定の書面又はこれに準ずる書面に記載し、甲の確認を受けることとします。
  - 3 乙は、甲の予防専門型訪問サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の

日から5年間保存します。

- 4 甲及びその家族は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。
- 5 乙は、介護予防サービス・支援計画が作成される前であっても、緊急に必要な場合には、予防専門型訪問サービスを提供します。

(地域包括支援センター等との連携)

第7条 乙は、甲に対して予防専門型訪問サービスを提供するにあたり、甲が依頼する地域包括支援センター等又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(協力義務)

第8条 甲は、乙が甲のため予防専門型訪問サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(苦情対応)

- 第9条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した予防専門型訪問サービスについて甲又はその家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。
- 2 乙は、甲又はその家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第10条 乙は、現に予防専門型訪問サービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

(費用)

- 第11条 乙が提供する予防専門型訪問サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。
- 2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。
- 3 乙は、提供する予防専門型訪問サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。
- 4 乙は、前2項に定める費用のほか、運営規程に定める交通費の支払いを甲に請求する

ことができます。

- 5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。
- 6 乙は、予防専門型訪問サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額が変更となる場合は、1ヶ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。
- 7 乙は、甲が要支援認定を受ける前に予防専門型訪問サービスを提供する場合には、認定後に提供するサービスを見直したうえで、契約継続の意思確認を行います。この際に、認定された結果に応じて、利用料の一部又は全額が甲の負担となります。
- 8 乙は、第6項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

#### (利用者負担額の滞納)

- 第12条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以上の期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の介護予防サービス・支援計画を作成した地域包括支援センター等と、甲の日常生活を維持する見地から介護予防サービス・支援計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。
  - 3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いを行わなかったときは、この契約を文書により解除することができます。
  - 4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として予防専門型訪問サービスの提供を拒むことはありません。

#### (秘密保持)

- 第13条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲又はその家族の秘密を漏らしません。
- 2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲又はその家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲又はその家族に使用目的等を説明し、文書により同意を得なければ、使用することができません。

#### (甲の解除権)

- 第14条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

#### (乙の解除権)

第15条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の介護予防サービス・支援計画を作成した地域包括支援センター等や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第16条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 甲の要介護状態区分等が自立もしくは要介護となったとき
- 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 第14条に基づき、甲が契約を解除したとき
- 四 第15条又は第12条3項に基づき、乙が契約を解除したとき
- 五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- 六 甲が、死亡したとき

(損害賠償)

第17条 乙は、予防専門型訪問サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、乙の責めに帰すべき事由により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。

(利用者代理人)

第18条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や福祉サービス利用援助事業等の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

第19条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、利用者の住所地を管轄する地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第20条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等関係法令及び芦屋市規則の規定に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本書2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

平成 年 月 日

利用者（甲） 住所

氏名 印

代理人（選任した場合）

住所

氏名 印

事業者（乙） 住所

事業者（法人）名

事業所名（事業所番号）

代表者名 印

この重要事項説明書は参考例です。

各項目の記載方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

**介護予防・日常生活支援総合事業  
予防専門型訪問サービス 重要事項説明書**

この「重要事項説明書」は、芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業関係規則の規定に基づき、指定予防専門型訪問サービス利用契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

**1 指定予防専門型訪問サービスを提供する事業者について**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 事業者名称                 | (法人格及び法人の名称)                           |
| 代表者氏名                 | (代表者の役職名及び氏名)                          |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | (法人登記簿記載の所在地)<br>(連絡先部署名) (電話・ファックス番号) |
| 法人設立年月日               | (法人登記簿記載の法人設立年月日)                      |

**2 利用者に対してサービス提供を実施する事業所について**

**(1) 事業所の所在地等**

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| 事業所名称              | (指定事業所名称)                            |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | (指定事業所番号)                            |
| 事業所所在地             | (事業所の所在地, ビル等の場合には 建物名称, 階数, 部屋番号まで) |
| 連絡先<br>相談担当者名      | (連絡先電話・ファックス番号)<br>(部署名・相談担当者氏名)     |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 芦屋市                                  |

**(2) 事業の目的及び運営の方針**

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業の目的 | (運営規程記載内容の要約) |
| 運営の方針 | (運営規程記載内容の要約) |



(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間等

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 営業日      | (運営規程記載の営業日を記載)      |
| 営業時間     | (運営規程記載の営業時間を記載)     |
| サービス提供時間 | (運営規程記載のサービス提供時間を記載) |

(4) 事業所の職員体制

|     |      |
|-----|------|
| 管理者 | (氏名) |
|-----|------|

| 職         | 主な職務内容  | 人員数             |
|-----------|---|-----------------|
| 管理者       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行います。</li> <li>・ 予防専門型訪問サービスの実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。</li> </ul>   | 常勤 ○名           |
| サービス提供責任者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予防専門型訪問サービス計画の作成・変更等を行い、利用の申込みに係る調整を行います。</li> <li>・ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席、利用者に関する情報の共有等、地域包括支援センター等との連携に努めます。</li> <li>・ 訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握します。</li> <li>・ 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施します。</li> </ul> | 常勤 ○名<br>非常勤 ○名 |
| 訪問介護員     | <p>予防専門型訪問サービス計画に基づき予防専門型訪問サービスの提供に当たります。</p>   | 常勤 ○名<br>非常勤 ○名 |
| 事務職員      | <p>利用料等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。</p>   | 常勤 ○名<br>非常勤 ○名 |

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類                | サ ー ビ ス の 内 容  |
|--------------------------|--|
| <p>予防専門型訪問サービス計画の作成等</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に係る地域包括支援センター等が作成した介護予防サービス・支援計画に基づき，利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い，援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた予防専門型訪問サービス計画を作成します。</li> <li>・予防専門型訪問サービス計画の作成に当たっては，その内容について利用者に対して説明し，利用者の同意を得ます。また，計画を作成した際は，利用者に交付します。</li> <li>・予防専門型訪問サービスの提供に当たっては，利用者に対し，サービスの提供方法について，理解しやすいように説明します。</li> <li>・予防専門型訪問サービス計画に基づくサービスの提供の開始から，少なくとも1月に1回は，利用者の状況やサービスの提供状況について，介護予防サービス・支援計画を作成した地域包括支援センター等に報告します。</li> <li>・予防専門型訪問サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から，当該予防専門型訪問サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに，少なくとも1回は，当該予防専門型訪問サービス計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。</li> <li>・上記のモニタリングの結果を踏まえ，必要に応じて予防専門型訪問サービス計画の変更を行います。</li> </ul> |
| <p>食事介助</p>              | <p>食事の介助を行います。</p>   |
| <p>入浴介助</p>              | <p>入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く），洗髪などを行います。</p>   |
| <p>排泄介助</p>              | <p>排泄の介助，おむつ交換を行います。</p>   |
| <p>特段の専門的配慮をもって行う調理</p>  | <p>医師の指示に基づき，適切な栄養量及び内容を有する特別食（腎臓病食，肝臓病食，糖尿病食，胃潰瘍食，貧血食，膵臓病食，脂質異常症食，痛風食，嚥下困難者のための流動食，経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く）等）の調理を行います。</p>   |
| <p>更衣介助</p>              | <p>上着，下着の更衣の介助を行います。</p>   |
| <p>身体整容</p>              | <p>日常的な行為としての身体整容を行います。</p>  |
| <p>体位変換</p>              | <p>床ずれ予防のための，体位変換を行います。</p>  |
| <p>移動・移乗介助</p>           | <p>室内の移動，車いす等へ移乗の介助を行います。</p>  |

|                  |  |
|------------------|--|
| 服薬介助             | 配剤された薬の確認，服薬のお手伝い，服薬の確認を行います。  |
| 起床・就寝介助          | ベッドへの誘導，ベッドからの起き上がりの介助を行います。   |
| 自立生活支援のための見守りの援助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ，疲労の確認を含む。）を行います。</li> <li>○ 入浴，更衣等の見守り（必要に応じて行う介助，転倒予防のための声かけ，気分の確認などを含む。）を行います。</li> <li>○ ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）を行います。</li> <li>○ 移動時，転倒しないように側について歩きます。（介護は必要時だけで，事故がないように常に見守る。）</li> <li>○ 車いすでの移動介助を行って店に行き，利用者が自ら品物を選べるよう援助します。</li> <li>○ 洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに，転倒予防等のための見守り・声かけを行います。</li> <li>○ 認知症高齢者の方と一緒に冷蔵庫の中の整理を行い，生活歴の喚起を促します。</li> </ul> |
| 買物               | 利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。   |
| 調理               | 利用者の食事の用意を行います。  |
| 掃除               | 利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。   |
| 洗濯               | 利用者の衣類等の洗濯を行います。   |

## (2) 訪問介護員等の禁止行為

訪問介護員等は，サービスの提供に当たって次の行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族の金銭，預貯金通帳，証書，書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭，物品，飲食の授受
- ④ 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除，庭掃除など）
- ⑥ 利用者の居宅での飲酒，喫煙，飲食
- ⑦ 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動，政治活動，営利活動，その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について（介護保険を適用する場合）

| サービス提供区分           | 予防専門型訪問サービス費（Ⅰ）<br>週1回程度の利用が必要な場合 |          | 予防専門型訪問サービス費（Ⅱ）<br>週2回程度の利用が必要な場合 |          | 予防専門型訪問サービス費（Ⅲ）<br>週2回を超える利用が必要な場合 |          |
|--------------------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|------------------------------------|----------|
|                    | 利用料                               | 利用者負担額   | 利用料                               | 利用者負担額   | 利用料                                | 利用者負担額   |
| 通常の場合<br>(月ごとの定額制) | 12,906円/月                         | 1,291円/月 | 25,801円/月                         | 2,581円/月 | 40,929円/月                          | 4,093円/月 |

※ 表中の金額は利用者負担が1割の場合の金額となります。利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

※ 「週〇回程度の利用が必要な場合」とは、週当たりのサービス提供の頻度による区分を示すものですが、提供月により月間のサービス提供日数が異なる場合であっても、利用料及び利用者負担額は変動せず定額となります。

※ 利用者の体調不良や状態の改善等により予防専門型訪問サービス計画に定めたサービス提供区分よりも利用が少なかった場合、又は予防専門型訪問サービス計画に定めたサービス提供区分よりも多かった場合であっても、月の途中でのサービス提供区分の変更は行いません。なお、翌月のサービス提供区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による予防専門型訪問サービス計画を作成し、サービス提供を行うこととなります。

※ 主に以下に該当する場合は、月ごとの定額制ではなく日割りで利用料を計算します。

- ・ 月途中に要介護状態区分等が変更になった場合
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合
- ・ 月途中に契約を開始（解除）した場合 など

|               | 加 算                 | 利用料                | 利用者負担額    | 算 定 回 数 等                                       |
|---------------|---------------------|--------------------|-----------|---|
| 要支援度等による区分なし  | 初 回 加 算             | 2,210円             | 221円      | 初回のみ  |
|               | 生 活 機 能 向 上 連 携 加 算 | 1,105円             | 111円      | 1月につき1回   |
|               | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）       | 所定単位数の<br>137/1000 | 左記の<br>1割 | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）に処遇改善加算率を乗じた単位数を算定 |
|               | 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）       | 100/1000           |           |   |
|               | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）       | 55/1000            |           |   |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ） | （Ⅲ）の90/100          |                    |           |   |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅴ） | （Ⅲ）の80/100          |                    |           |   |

- ※ 初回加算は、新規に予防専門型訪問サービス計画を作成した利用者に対して、初回に実施した指定予防専門型訪問サービスと同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定予防専門型訪問サービスを行う場合又は他の訪問介護員等が指定予防専門型訪問サービスを行う際に同行訪問した場合に加算します。
- ※ 生活機能向上連携加算は、利用者に対して、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等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、当該理学療法士等と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ生活機能の向上を目的とした予防専門型訪問サービス計画を作成した場合であって、当該理学療法士等と連携して指定予防専門型訪問サービスを提供した場合に加算します。
- ※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。
- ※ 表中の利用者負担額は利用者負担が1割の場合となります。

※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に第1号事業支給費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

#### ◇ 予防専門型訪問サービスとして不適切な事例への対応について

次に掲げるように、予防専門型訪問サービスとして適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りする場合があります。

##### ① 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為

- ・ 利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ・ 主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ・ 来客の応接(お茶、食事の手配等)
- ・ 自家用車の洗車・清掃等

##### ② 「日常生活の援助」に該当しない行為

訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- ・ 草むしり
- ・ 花木の水やり
- ・ 犬の散歩等ペットの世話等

日常的に行われる家事の範囲を超える行為

- ・ 家具・電気器具等の移動，修繕，模様替え
- ・ 大掃除，窓のガラス磨き，床のワックスがけ
- ・ 室内外家屋の修理，ペンキ塗り
- ・ 植木の剪定等の園芸
- ・ 正月，節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

4 その他の費用について

|   |  |
|---|--|
| ① 交通費                                   | 利用者の居宅が，通常の事業の実施地域以外の場合，運営規程の定めに基づき，交通費を請求いたします。 |
| ② サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気，ガス，水道の費用 | 利用者の別途負担となります。                                   |
| ③ 通院・外出介助における訪問介護員等の公共交通機関等の交通費         | 実費を請求いたします。                                      |

5 利用料，利用者負担額（介護保険を適用する場合），その他の費用の請求及び支払い方法について

|   |  |
|---|--|
| ① 利用料，利用者負担額（介護保険を適用する場合），その他の費用の請求方法等  | <p>ア 利用料，利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し，利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は，利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>  |
| ② 利用料，利用者負担額（介護保険を適用する場合），その他の費用の支払い方法等 | <p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ，請求月の〇日までに，下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p style="margin-left: 20px;">(ア) 事業者指定口座への振り込み</p> <p style="margin-left: 20px;">(イ) 利用者指定口座からの自動振替</p> <p style="margin-left: 20px;">(ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら，支払い方法の如何によらず，領収書をお渡ししますので，必ず保管されますようお願いいたします。</p> |

※ 利用料，利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて，正当な理由がないにもかかわらず，支払い期日から2ヶ月以上遅延し，さらに支払いの督促から30日以内に支払いが無い場合には，サービス提供の契約を解除した上で，未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 6 担当する訪問介護員等の変更をご希望される場合の相談窓口について

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| 利用者のご事情により、担当する訪問介護員等の変更を希望される場合は、右の相談担当者までご相談ください。 | 相談担当者氏名   | (氏名)       |
|   | 連絡先電話番号   | (電話番号)     |
|   | 同ファックス番号  | (ファックス番号)  |
|   | 受付日及び受付時間 | (受付曜日と時間帯) |

※ 担当する訪問介護員等の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

## 7 サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間等）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定等を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。
- (3) 利用者に係る地域包括支援センター等が作成する「介護予防サービス・支援計画」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、予防専門型訪問サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「予防専門型訪問サービス計画」を作成します。なお、作成した「予防専門型訪問サービス計画」は、利用者によるその内容を説明し、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「予防専門型訪問サービス計画」に基づいて行います。なお、「予防専門型訪問サービス計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 訪問介護員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、利用者等の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

## 8 秘密の保持と個人情報の保護について

|                          |   |
|--------------------------|---|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>ア 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三</p> |
|--------------------------|---|

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <p>者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>   |
| <p>② 個人情報の保護について</p> | <p>ア 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>イ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

## 9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|         |           |
|---------|-----------|
| 主治医名    | (主治医名)    |
| 所属医療機関名 | (所属医療機関名) |
| 所在地     | (所在地)     |
| 電話番号    | (電話番号)    |
| 家族等連絡先  | (家族等連絡先)  |



## 10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する予防専門型訪問サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する予防専門型訪問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います。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |         |
|-------|---------|
| 保険会社名 | (保険会社名) |
| 保険名   | (保険名)   |
| 補償の概要 | (補償の概要) |

## 11 身分証携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 12 サービス提供の記録

- (1) 予防専門型訪問サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 事業者は、利用者の予防専門型訪問サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- (3) 利用者及びその家族は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。ただし、この閲覧及び謄写は、事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

## 13 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情対応の体制及び手順

- ① 提供した予防専門型訪問サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
  - 
  - 
  - 
  -

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

## (2) 苦情申立の窓口

|  |  |
|--|--|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>(事業者の担当部署・窓口の名称・担当者氏名)            | (所在地)<br>(電話番号)<br>(ファックス番号)<br>(受付時間)   |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>芦屋市役所高齢介護課<br>介護保険事業係        | (所在地) 芦屋市精道町7番6号<br>(電話番号) 0797-38-2024<br>(ファックス番号) 0797-38-2060<br>(受付時間) 午前9時～午後5時30分 |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>兵庫県国民健康保険団体連合会<br>(介護サービス苦情相談窓口) | (電話番号) 078-332-5617<br>(受付時間) 午前8時45分～午後5時15分  |

## 14 重要事項説明書の内容変更について

重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、郵送あるいは口頭での説明によって、利用者に変更内容を通知したうえで、当該変更内容について利用者に同意確認を行います。

【重要事項説明の年月日】

上記内容について、利用者に説明を行いました。

|               |   |   |   |
|---------------|---|---|---|
| 重要事項説明書の説明年月日 | 年 | 月 | 日 |
|---------------|---|---|---|

|     |       |   |
|-----|-------|---|
| 事業者 | 所在地   |   |
|     | 法人名   |   |
|     | 代表者名  | 印 |
|     | 事業所名  |   |
|     | 説明者氏名 | 印 |

事業者から上記内容の説明を確かに受けました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

この運営規程は参考例です。

各項目の記載方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

<事業所名>

介護予防・日常生活支援総合事業  
指定予防専門型通所サービス運営規程

(事業の目的)

第1条 <法人名>が設置する<事業所名>（以下「事業所」という。）が実施する芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業における指定予防専門型通所サービス（以下「予防専門型通所サービス」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の従業者が要支援者である利用者に対し、適切な予防専門型通所サービスを提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 事業所が実施する予防専門型通所サービスは、利用者が可能な限りその居宅において、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、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り、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 予防専門型通所サービスは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。

3 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重して、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。

4 予防専門型通所サービスの実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター等、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

5 予防専門型通所サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関へ情報の提供を行う。

6 前5項のほか、芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業関係規則に定める内容を遵守し、予防専門型通所サービスの事業を実施するものとする。

(事業所の名称等)

第3条 事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

(1) 名 称 △△△

(2) 所在地 芦屋市・・・町・・・番・・・号

(従業者の職種、員数及び職務の内容)

第4条 事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

(1) 管理者 1名（常勤）

管理者は、従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うと

もに、予防専門型通所サービスの実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。

(2) 生活相談員 ○名（常勤○名，非常勤○名）

生活相談員は、生活指導，介護に関する相談及び援助を行う。

(3) 介護職員 ○名（常勤○名，非常勤○名）

介護職員は、予防専門型通所サービスの業務にあたる。

(4) 看護職員 ○名（常勤○名，非常勤○名）

看護職員は、利用者の健康状態の確認及び介護を行う。

(5) 機能訓練指導員 ○名（常勤○名，非常勤○名）

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導，助言を行う。

(6) 事務職員 ○名（常勤○名，非常勤○名）

事務職員は、利用料等の請求事務及び通信連絡事務等を行う。

（営業日及び営業時間）

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

(1) 営業日 ○曜日から○曜日までとする。

ただし、○月○日から○月○日までを除く。

(2) 営業時間 午前○時○分から午後○時○分までとする。

(3) サービス提供時間 午前○時○分から午後○時○分までとする。

1 単位目 午前○時○分から午後○時○分まで

2 単位目 午前○時○分から午後○時○分まで

(4) その他 ・ ・ ・ ・ ・

（予防専門型通所サービスの利用定員）

第6条 事業所の利用定員は、次のとおりとする。

1 単位目 ○○名

2 単位目 ○○名

（予防専門型通所サービスの内容）

第7条 事業所で行う予防専門型通所サービスの内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行うものとする。

(1) 日常生活の世話及び支援

(2) 生活指導（相談・援助等）・レクリエーション

(3) 健康チェック

(4) 機能訓練

(5) 食事の提供

(6) 入浴サービス

(7) 送迎

(8) アクティビティ など

(利用料等)

第8条 予防専門型通所サービスを提供した場合の利用料の額は、芦屋市が定める額とし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者から負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

2 次条に定める通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合は、送迎に要する費用を徴収する。

(1) 通常の事業の実施地域を越えてから、片道〇〇キロメートル未満 〇〇〇円

(2) 通常の事業の実施地域を越えてから、片道〇〇キロメートル以上 〇〇〇円  
以降1キロメートルを増すごとに 〇〇〇円

3 食事の提供に要する費用については、昼食代〇〇〇円を徴収する。

4 おむつ代については、〇〇〇円を徴収する。

5 その他、予防専門型通所サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用については実費を徴収する。

6 前5項の利用料等の支払いを受けたときは、利用料とその他の費用（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付する。

7 予防専門型通所サービスの提供に際しては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に文書で説明した上で、その内容及び支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。

8 法定代理受領サービスに該当しない予防専門型通所サービスに係る利用料の支払いを受けた場合は、提供した予防専門型通所サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付する。

(通常の事業の実施地域)

第9条 通常の事業の実施地域は、芦屋市内とする。

(衛生管理等)

第10条 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るものとする。

2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるものとする。

(サービス利用に当たっての留意事項)

第11条 利用者は予防専門型通所サービスの提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を従事者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。

(緊急時等における対応方法)

第12条 従業者は、予防専門型通所サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

(事故発生時等における対応方法)

第13条 予防専門型通所サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに、当該利用者の家族、当該利用者に係る地域包括支援センター等、当該利用者の所在する市町村へ連絡するものとする。

2 利用者に対する予防専門型通所サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

(非常災害対策)

第14条 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

(苦情対応)

第15条 予防専門型通所サービスの提供に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講じるものとする。

2 事業所は、提供した予防専門型通所サービスに関し、介護保険法第115条の45の7の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村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うものとする。

3 事業所は、提供した予防専門型通所サービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、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うものとする。

(個人情報の保護及び秘密の保持)

第16条 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めるものとする。

2 事業者が得た利用者又はその家族の個人情報については、予防専門型通所サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を用いる場合には、当該利用者及びその家族の同意をあらかじめ

じめ文書により得るものとする。

- 3 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するものとする。
- 4 事業所は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。

(虐待防止に関する事項)

第17条 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
  - (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
  - (3) その他虐待防止のために必要な措置
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(その他運営に関する重要事項)

第18条 事業所は、従業者の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとする。

- (1) 採用時研修 採用後○カ月以内
  - (2) 継続研修 年○回
- 2 事業所は、予防専門型通所サービスに関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。
- 3 この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は《法人名》と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。



この利用契約書は参考例です。

各項目の記載方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

## 介護予防・日常生活支援総合事業 予防専門型通所サービス 利用契約書

利用者 ○○○○（以下「甲」という。）と事業者 ○○○○（以下「乙」という。）とは、予防専門型通所サービスの利用に関して、次のとおり契約を締結します。

### （目的）

- 第1条 乙は、介護保険法等関係法令及び芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業関係規則（以下、芦屋市規則）という。）並びにこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、予防専門型通所サービスを提供します。
- 2 乙は、予防専門型通所サービスの提供にあたっては、甲の要支援等状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

### （契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、

平成○○年○○月○○日から平成○○年○○月○○日まで

とします。

ただし、上記の契約期間の満了日前に、甲が要支援状態区分の変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された際には、変更後の要支援認定有効期間の満了日までとします。

- 2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3 本契約が自動更新されたとき、要支援認定を受けている場合の更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要支援認定有効期間の満了日までとします。

### （運営規程の概要）

第3条 乙が設置する予防専門型通所サービス事業所の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、予防専門型通所サービスの内容等）は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

### （予防専門型通所サービス計画の作成・変更）

第4条 乙は、甲の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、予防専門型通所サービス計画を作成し、予防専門型通所サービス計画作成後も当該計画の実施状況の把握に努めま

す。

- 2 予防専門型通所サービス計画には、予防専門型通所サービスの目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
- 3 予防専門型通所サービス計画は、介護予防サービス・支援計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。
- 4 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する予防専門型通所サービスの目的に従い、予防専門型通所サービス計画の変更を行います。
  - (1) 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該予防専門型通所サービス計画を変更する必要がある場合
  - (2) 甲が予防専門型通所サービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合
- 5 前項の変更に際して、介護予防サービス・支援計画の変更が必要となる場合は、速やかに甲に係る地域包括支援センター等に連絡するなど必要な援助を行います。
- 6 乙は、予防専門型通所サービス計画を作成し又は変更した際には、これを甲に説明してその同意を得、交付します。
- 7 予防専門型通所サービスの内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する予防専門型通所サービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した、利用サービス変更合意書を交わします。

(予防専門型通所サービスの内容及びその提供)

第5条 乙は、担当の訪問介護員を派遣し、予防専門型通所サービス計画に沿って、重要事項説明書に記載した内容の予防専門型通所サービスを提供します。

- 2 乙は、甲に対して予防専門型通所サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する地域包括支援センター等が作成する所定の書面又はこれに準ずる書面に記載し、甲の確認を受けることとします。
- 3 乙は、甲の予防専門型通所サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- 4 甲及びその家族は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。
- 5 乙は、介護予防サービス・支援計画が作成される前であっても、緊急に必要な場合には、予防専門型通所サービスを提供します。

(地域包括支援センター等との連携)

第6条 乙は、甲に対して予防専門型通所サービスを提供するにあたり、甲が依頼する地域包括支援センター等又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連

携に努めます。

(協力義務)

第7条 甲は、乙が甲のため予防専門型通所サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(苦情対応)

第8条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した予防専門型通所サービスについて甲又はその家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲又はその家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第9条 乙は、現に予防専門型通所サービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

(費用)

第10条 乙が提供する予防専門型通所サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する予防専門型通所サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、前2項に定める費用のほか、運営規程に定める交通費の支払いを甲に請求することができます。

5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。

6 乙は、予防専門型通所サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額が変更となる場合は、1ヶ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

7 乙は、甲が要支援認定を受ける前に予防専門型通所サービスを提供する場合には、認定後に提供するサービスを見直したうえで、契約継続の意思確認を行います。この際に、認定された結果に応じて、利用料の一部又は全額が甲の負担となります。

8 乙は、第6項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項

説明書及び契約書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(利用者負担額の滞納)

第11条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以上の期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の介護予防サービス・支援計画を作成した地域包括支援センター等と、甲の日常生活を維持する見地から介護予防サービス・支援計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。

3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いを行わなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として予防専門型通所サービスの提供を拒むことはありません。

(秘密保持)

第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲又はその家族の秘密を漏らしません。

2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲又はその家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲又はその家族に使用目的等を説明し、文書により同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の介護予防サービス・支援計画を作成した地域包括支援センター等や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとしま

す。

- 一 甲の要介護状態区分等が自立もしくは要介護となったとき
- 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 第13条に基づき、甲が契約を解除したとき
- 四 第14条又は第11条3項に基づき、乙が契約を解除したとき
- 五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- 六 甲が、死亡したとき

#### (損害賠償)

第16条 乙は、予防専門型通所サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 前項において、乙の責めに帰すべき事由により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。

#### (利用者代理人)

第17条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

- 2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や福祉サービス利用援助事業等の内容を説明するものとします。

#### (合意管轄)

第18条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、利用者の住所地を管轄する地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

#### (協議事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等関係法令及び芦屋市規則の規定に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本書2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

平成 年 月 日

利用者（甲） 住所  
氏名 印

代理人（選任した場合）  
住所  
氏名 印

事業者（乙） 住所  
事業者（法人）名  
事業所名（事業所番号）  
代表者名 印

この重要事項説明書は参考例です。

各項目の記載方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

介護予防・日常生活支援総合事業  
予防専門型通所サービス 重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、芦屋市介護予防・日常生活支援総合事業関係規則の規定に基づき、指定予防専門型通所サービス利用契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定予防専門型通所サービスを提供する事業者について

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 事業者名称                 | (法人格及び法人の名称)                           |
| 代表者氏名                 | (代表者の役職名及び氏名)                          |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | (法人登記簿記載の所在地)<br>(連絡先部署名) (電話・ファックス番号) |
| 法人設立年月日               | (法人登記簿記載の法人設立年月日)                      |

2 利用者に対してサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| 事業所名称              | (指定事業所名称)                            |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | (指定事業所番号)                            |
| 事業所所在地             | (事業所の所在地, ビル等の場合には 建物名称, 階数, 部屋番号まで) |
| 連絡先<br>相談担当者名      | (連絡先電話・ファックス番号)<br>(部署名・相談担当者氏名)     |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 芦屋市                                  |
| 利用定員               | (運営規程の利用定員を記載)                       |

(2) 事業の目的及び運営の方針

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業の目的 | (運営規程記載内容の要約) |
| 運営の方針 | (運営規程記載内容の要約) |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間等

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 営業日      | (運営規程記載の営業日を記載)      |
| 営業時間     | (運営規程記載の営業時間を記載)     |
| サービス提供時間 | (運営規程記載のサービス提供時間を記載) |

(4) 事業所の職員体制

|     |      |
|-----|------|
| 管理者 | (氏名) |
|-----|------|

| 職                      | 主な職務内容  | 人員数             |
|------------------------|---|-----------------|
| 管理者                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者の管理及び利用申込に係る調整，業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。</li> <li>・従業者に，法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> <li>・利用者の心身の状況，希望及びその置かれている環境を踏まえて，機能訓練等の目標，当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した予防専門型通所サービス計画を作成するとともに利用者等への説明を行い，同意を得ます。</li> <li>・利用者へ予防専門型通所サービス計画を交付します。</li> <li>・予防専門型通所サービスの実施状況の把握及び予防専門型通所サービス計画の変更を行います。</li> </ul> | 常勤 ○名           |
| 生活相談員                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう，生活指導及び入浴，排せつ，食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。</li> <li>・それぞれの利用者について，予防専門型通所サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。</li> </ul>   | 常勤 ○名<br>非常勤 ○名 |
| 介護職員                   | <p>予防専門型通所サービス計画に基づき，必要な日常生活上の世話及び介護を行います。</p>  | 常勤 ○名<br>非常勤 ○名 |
| 看護師・<br>准看護師<br>(看護職員) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。</li> <li>・利用者の静養のための必要な措置を行います。</li> <li>・利用者の病状が急変した場合等に，利用者の主治医等の指示を受けて，必要な看護を行います。</li> </ul>   | 常勤 ○名<br>非常勤 ○名 |



|             |  |                  |
|-------------|--|------------------|
| 機能訓練<br>指導員 | 予防専門型通所サービス計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、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、機能訓練を行います。 | 常 勤 ○名<br>非常勤 ○名 |
| 事務職員        | 利用料等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。   | 常 勤 ○名<br>非常勤 ○名 |

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類         | サ ー ビ ス の 内 容  |  |
|-------------------|--|--|
| 予防専門型通所サービス計画の作成等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に係る地域包括支援センター等が作成した介護予防サービス・支援計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた予防専門型通所サービス計画を作成します。</li> <li>・予防専門型通所サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者に対して説明し、利用者の同意を得ます。また、計画を作成した際は、利用者に交付します。</li> <li>・予防専門型通所サービスの提供に当たっては、利用者に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。</li> <li>・予防専門型通所サービス計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状況やサービスの提供状況について、介護予防サービス・支援計画を作成した地域包括支援センター等に報告します。</li> <li>・予防専門型通所サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該予防専門型通所サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該予防専門型通所サービス計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。</li> <li>・上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて予防専門型通所サービス計画の変更を行います。</li> </ul> |  |
| 利用者居宅への送迎         | 事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。  |  |
| 日常生活<br>上の世話      | 食事の提供及び介助  | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。 |

|                 |                                     |  |  |
|-----------------|-------------------------------------|--|--|
|                 | 入浴の提供及び介助                           | 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 |  |
|                 | 排せつ介助                               | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。                          |  |
|                 | 更衣介助                                | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。                          |  |
|                 | 移動・移乗介助                             | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。                      |  |
|                 | 服薬介助                                | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。              |  |
| 機能訓練            | 日常生活動作を通じた訓練                        | 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。             |  |
|                 | レクリエーションを通じた訓練                      | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。            |  |
|                 | 器具等を使用した訓練                          | 利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。         |  |
| その他             | 創作活動など                              | 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。                       |  |
| 特別なサービス<br>(加算) | ※利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。 | 運動器機能向上注) 1  | 利用者の運動器機能の向上を目的として、心身の状態の維持改善のため、長期目標（概ね3か月程度）及び短期目標（概ね1ヶ月程度）を設定し、個別に運動機能向上計画を策定し、これに基づいたサービス提供を利用者ごとに行います。（概ね3か月程度）<br>また、利用者の短期目標に応じて、概ね1ヶ月ごとに短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、運動器機能向上計画の修正を行います。 |
|                 |                                     | 栄養改善注) 2   | 低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3か月以内まで）   |
|                 |                                     | 口腔機能向上注) 3   | 口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3か月以内まで）   |

|              |  |
|--------------|--|
| 選択的サービスの複数実施 | 生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせ、利用時に必ずいずれかの選択的サービス実施した場合の評価を行います。 |
| 若年性認知症利用者受入  | 若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。  |
| 生活機能向上グループ活動 | 自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、生活機能の向上を目的とした活動をグループで行います。   |

注) 1 実施期間終了後に、地域包括支援センター等によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 2 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注) 3 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

## (2) 従業者の禁止行為

従業者は、サービスの提供に当たって次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## (3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

| サービス提供区分           | 予防専門型通所サービス費<br>(要支援1・事業対象者) |          | 予防専門型通所サービス費<br>(要支援2) |          |
|--------------------|------------------------------|----------|------------------------|----------|
|                    | 利用料                          | 利用者負担額   | 利用料                    | 利用者負担額   |
| 通常の場合<br>(月ごとの定額制) | 17,589円/月                    | 1,759円/月 | 36,066円/月              | 3,607円/月 |

※ 表中の金額は利用者負担が1割の場合の金額となります。利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

※ 利用者の体調不良や状態の改善等により予防専門型通所サービス計画に定めたサービス提供回数よりも利用が少なかった場合、又は予防専門型通所サービス計画に定めたサービス提供回数よりも多かった場合であっても、日割り計算は行いません。

※ 主に以下に該当する場合は、月ごとの定額制ではなく日割りで利用料を計算します。

- ・ 月途中で要介護状態区分等が変更になった場合
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合
- ・ 月途中で契約を開始（解除）した場合 など

|  | 加 算  | 利用料    | 利用<br>者<br>負担<br>額                              | 算 定 回 数     |       |
|--|--|--------|---|-------------|-------|
| 要<br>支<br>援<br>度<br>等<br>に<br>よ<br>る<br>区<br>分<br>な<br>し | 運動器機能向上加算  | 2,403円 | 241円  | 1月に1回       |       |
|  | 栄養改善加算   | 1,602円 | 161円  | 1月に1回       |       |
|  | 口腔機能向上加算   | 1,602円 | 161円  | 1月に1回       |       |
|  | 選択的サービス複数実施加算  | (I)    | 運動器機能向上及び栄養改善<br>5,126円                         | 513円        | 1月に1回 |
|  |  |        | 運動器機能及び口腔機能向上<br>5,126円                         | 513円        |       |
|  |  |        | 栄養改善及び口腔機能向上<br>5,126円                          | 513円        |       |
|  |  |        | 運動機能向上、栄養改善及び<br>口腔機能向上<br>7,476円               | 748円        |       |
|  | 生活機能向上グループ活動加算   | 1,068円 | 107円  | 1月に1回       |       |
|  | 事業所評価加算  | 1,281円 | 129円  | 1月に1回       |       |
|  | 若年性認知症利用者受入加算  | 2,563円 | 257円  | 1月に1回       |       |
| 介護職員処遇改善加算   | (I) 所定単位数の 59/1000<br>(II) 所定単位数の 43/1000<br>(III) 所定単位数の 23/1000<br>(IV) 上 記 (III) の 90/100<br>(V) 上 記 (III) の 80/100 | 左記の1割  | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）に処遇改善加算率を乗じた単位数を算定 |             |       |
| 区<br>分<br>あ<br>り   | サービス提供体制強化加算   | (I)イ   | 要支援1・事業対象者 768円<br>要支援2 1,537円                  | 77円<br>154円 | 1月に1回 |
|  |  | (I)ロ   | 要支援1・事業対象者 512円<br>要支援2 1,025円                  | 52円<br>103円 |       |

|  |  |     |            |      |     |  |
|--|--|-----|------------|------|-----|--|
|  |  | (Ⅱ) | 要支援1・事業対象者 | 256円 | 26円 |  |
|  |  |     | 要支援2       | 512円 | 52円 |  |

- ※ 表中の金額は利用者負担が1割の場合の金額となります。利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び予防専門型通所サービス従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月（又は翌々月）の利用料及び利用者負担額は、70/100となります。
- ※ 事業所と同一建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は1月につき利用料が要支援1は4,015円(利用者負担が1割の場合402円)、要支援2は8,031円(利用者負担が1割の場合804円)減額されます。「同一建物」とは、予防専門型通所サービス事業所と構造上又は外形上、一体的な建物をいいます。
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に第1号事業支給費(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

#### 4 その他の費用について

|               |  |
|---------------|--|
| ① 送迎費         | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎費を請求いたします。 |
| ② 食事の提供に要する費用 | 〇〇円(1食当り 食材料費及び調理コスト)<br>運営規程の定めに基づくもの           |
| ③ おむつ代        | 〇〇円(1枚当り) 運営規程の定めに基づくもの                          |
| ④ 日常生活費       | 〇〇円(内訳： )<br>運営規程の定めに基づくもの                       |

#### 5 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合) その他の費用の請求及び支払い方法について

|  |  |
|--|--|
| ① 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等 | <p>ア 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてお届け(郵送)します。</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
| <p>② 利用料，利用者負担額（介護保険を適用する場合），その他の費用の支払い方法等</p> | <p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ，請求月の△日までに，下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み<br/>(イ) 利用者指定口座からの自動振替<br/>(ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら，支払い方法の如何によらず，領収書をお渡ししますので，必ず保管されますようお願いいたします。</p> |
|--|---|

※利用料，利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて，正当な理由がないにもかかわらず，支払い期日から2月以上遅延し，さらに支払いの督促から30日以内に支払いが無い場合には，サービス提供の契約を解除した上で，未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 6 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って，介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格，要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定等を受けていない場合は，利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。
- (3) 利用者に係る地域包括支援センター等が作成する「介護予防サービス・支援計画」に基づき，利用者及び家族の意向を踏まえて，予防専門型通所サービスの目標，当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「予防専門型通所サービス計画」を作成します。なお，作成した「予防専門型通所サービス計画」は，利用者にその内容を説明し，同意を得た上で交付いたしますので，ご確認いただくようお願いします
- (4) サービス提供は「予防専門型通所サービス計画」に基づいて行います。なお，「予防専門型通所サービス計画」は，利用者等の心身の状況や意向などの変化により，必要に応じて変更することができます
- (5) 予防専門型通所サービス従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は，すべて当事業者が行います。実際の提供にあたっては，利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

## 7 秘密の保持と個人情報の保護について

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>ア 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>                                      |
| <p>② 個人情報の保護について</p>            | <p>ア 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>イ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

## 8 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|         |           |
|---------|-----------|
| 主治医名    | (主治医名)    |
| 所属医療機関名 | (所属医療機関名) |
| 所在地     | (所在地)     |
| 電話番号    | (電話番号)    |
| 家族等連絡先  | (家族等連絡先)  |

## 9 事故発生時の対応方法について

利用者に対する予防専門型通所サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する予防専門型通所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います。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |         |
|-------|---------|
| 保険会社名 | (保険会社名) |
| 保険名   | (保険名)   |
| 補償の概要 | (補償の概要) |

## 10 サービス提供の記録

- (1) 予防専門型通所サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 利用者の予防専門型通所サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- (3) 利用者及びその家族は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。ただし、この閲覧及び複写物の交付は、事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

## 11 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情対応の体制及び手順

- ① 提供した予防専門型通所サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul> | } | <p>指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。</p> |
|---|---|---|



## (2) 苦情申立の窓口

|  |  |
|--|--|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>(事業者の担当部署・窓口の名称・担当者氏名)            | (所在地)<br>(電話番号)<br>(ファックス番号)<br>(受付時間)   |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>芦屋市役所高齢介護課<br>介護保険事業係        | (所在地) 芦屋市精道町7番6号<br>(電話番号) 0797-38-2024<br>(ファックス番号) 0797-38-2060<br>(受付時間) 午前9時～午後5時30分 |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>兵庫県国民健康保険団体連合会<br>(介護サービス苦情相談窓口) | (電話番号) 078-332-5617<br>(受付時間) 午前8時45分～午後5時15分  |

## 12 重要事項説明書の内容変更について

重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、郵送あるいは口頭での説明によって、利用者に変更内容を通知したうえで、当該変更内容について利用者に同意確認を行います。

【重要事項説明の年月日】

上記内容について、利用者に説明を行いました。

|               |   |   |   |
|---------------|---|---|---|
| 重要事項説明書の説明年月日 | 年 | 月 | 日 |
|---------------|---|---|---|

|     |       |   |
|-----|-------|---|
| 事業者 | 所在地   |   |
|     | 法人名   |   |
|     | 代表者名  | 印 |
|     | 事業所名  |   |
|     | 説明者氏名 | 印 |

事業者から上記内容の説明を確かに受けました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |