

モデル重要事項説明書

(介護予防訪問リハビリテーション用)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防訪問リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成24年大阪府条例116号）」第10条の規定に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定介護予防訪問リハビリテーションサービスを提供する事業者について

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

2 利用者に対する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)
介護保険指定事業者番号	(指定事業者番号)
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 相談担当者名	(連絡先電話・ファックス番号) (部署名・相談担当者氏名)
事業所の通常の事業の実施地域	(運営規程記載の市町村名を記載)

(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

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)

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	
サービス提供時間	

(5) 事業所の職員体制

管理者	(職名) (氏名)
-----	-----------

職	職務内容	人員数
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1 サービス担当者会議への出席等により、介護予防支援事業者と連携を図ります。	
	2 医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が多職種協同により、リハビリテーションに関する解決すべき課題を把握します。計画作成に当たっては、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、具体的な目標や具体的なサービスを記載します。介護予防訪問リハビリテーション計画を作成するに当たっては、介護予防サービス計画にそって作成し、利用者、家族に説明したあとで、利用者の同意を得ます。また作成した計画は、利用者に交付します。	常勤 名
	3 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づきサービスを提供します。	非常勤 名
	4 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供します。	
	5 それぞれの利用者について、介護予防訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。	

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及び費用について

サービス区分と種類	サービスの内容
指定介護予防訪問リハビリテーション	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、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持、向上をめざします。

(メモ) 利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないように、サービス内容は、できるだけ具体的に記述するようにしてください。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

指定介護予防訪問リハビリテーション事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 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
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- 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なう宗教活動、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

(メモ) 利用者の負担額について、ここでは例として1割の額を記載していますが、利用負担割合が2割の利用者に説明する場合は、2割の額を記載したものをういて説明を行ってください。

区分		利用料	利用者負担額
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による介護予防訪問リハビリテーション	基本報酬 (1回20分以上のサービス1週に6回が限度)	1回 3,020円	1回 302円

加 算		利用料	利用者負担額	算定回数等
短期集中リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は新たに要支援認定の効力発生日から3月以内)	2,000円	200円	1日当たり
サービス提供体制強化加算		60円	6円	1回当たり
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の5/100	左記の1割	1回当たり
訪問介護連携加算		3,000円	300円	1回当たり(3ヶ月に1回が限度)

- ※ (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居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。
- ※ 短期集中リハビリテーション加算は利用者に対して、集中的に介護予防訪問リハビリテーションを行うことが身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に加算します。
退院(退所)日から起算して1か月以内の期間に行うときは、1週間につき概ね2日以上、1日あたり40分以上の個別リハビリテーションを行います。
退院(退所)日から起算して1か月を超え3か月以内の期間に行うときは、1週間につき概ね2日以上、1日あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。
- ※ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護予防訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定します。
- ※ 訪問介護連携加算は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が介護予防訪問リハビリテーション実施時に介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者と同行し、利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、介護予防訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合に加算します。
- ※ 主治の医師(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による介護予防訪問リハビリテーション費は算定せず、別途医療保険による提供となります。
- ※ 当事業所と同一建物若しくは同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となります。
同一の敷地内若しくは隣接する建物とは、当該事業所と構造上、外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを言います。
同一の建物に20人以上居住する建物とは、前記に該当するもの以外で当事業所の利用者が20人以上居住する建物を言います。
(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅に限る。)

(メモ) 1単位を10円として計算しています。事業所が所在する地域区分別の単価で計算の上、記載下さい。上記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

4 その他の費用について

① 交通費	指定介護予防訪問リハビリテーションに要した交通費を請求することがあります。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12時間前までにご連絡の場合	1提供当りの料金の〇〇%を請求いたします。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供当りの料金の〇〇%を請求いたします。

※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

(注) 当該事業所の運営規程において、定められている必要があります。

(メモ) キャンセル料を請求する、しない及びその徴収率等の設定については、各事業者において決定する事項です。したがって、キャンセル料を請求しない場合には、この条項の記載は不要です。
利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯設定として例示では「24時間」を目安時間として掲げています。

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△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 (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (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。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</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14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。

(メモ) ②のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

6 担当する職員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、担当する職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア	相談担当者氏名	(氏名)
	イ	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)
	ウ	受付日及び受付時間	(受付曜日と時間帯)

※ 担当する職員の変更に関しては、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。

(メモ) 担当する職員の変更に関する利用者の希望については、利用者の立場を配慮して、「変更の可能性の教示」という位置付けで、事業者が積極的に利用者に情報提供すべき事項として本項目を重要事項説明書に記載することにしてあります。ただし、事業所の人員体制などが制約条件となる可能性があるため、注釈部分(※印)を付記しています。

7 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。また、介護予防支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の診療に基づき、利用者又は家族に説明し、同意を得た上で、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成します。作成した計画は利用者へ交付します。計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。
- (4) サービス提供を行う職員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ないますが、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ないます。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者

(職・氏名を記載する)

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9 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>① 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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 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>③ 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>④ 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>① 事業者は、利用者から予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ぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予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ぬ。</p> <p>② 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>③ 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、追加また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>

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーション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、利用者に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーション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。

(メモ) 事故発生時の対応方法に掲げる市町村、介護予防支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階(契約の締結の合意が行われたとき)で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

記載内容の例示

市町村：市町村名、担当部・課名、電話番号

介護予防支援事業者：事業所名、所在地、担当介護支援専門員氏名、電話番号

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
保険名
補償の概要

11 身分証携行義務

指定介護予防訪問リハビリテーションを行う者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者また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 心身の状況の把握

指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

13 介護予防支援事業者等との連携

介護予防リハビリテーション計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

14 サービス提供の記録

- ① サービスの提供日、内容及び利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。またその記録は提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、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。

15 衛生管理等

- ① サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

16 指定介護予防訪問リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅を訪問し、あなたの心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて、あなたの療養生活の質の向上を図るために作成したものです。

- (1) 提供予定の指定介護予防訪問リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス区分・種類	サービス内容	介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
月	10:00～11:00	理学療法士による介護予防訪問リハビリテーション	短期集中リハビリテーション（退院後1月以内）	○	1日 ○○○ 円	1日 ○○円
火						
水	11:00～12:00	理学療法士による介護予防訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション	○	1日 ○○○ 円	1日 ○○円
木						
金						
土						
日						
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額					○○○ 円	○○ 円

- (2) その他の費用

①交通費の有無	（有・無の別を記載）サービス提供1回当り…（金額）
②キャンセル料	重要事項説明書4-②記載のとおりです。

- (3) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	（目安金額の記載）
----------	-----------

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

（メモ）なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

17 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定介護予防訪問リハビリテーション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)

イ 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

-
-
-
-

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号
【市町村（保険者）の窓口】 (利用者の居宅がある市町村（広域連合）の介護保険担当部署の名称)	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号

18 重要事項説明の年月日

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

上記内容について、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

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

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。

サービス提供を行う際には、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者	住 所	大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏 名	大 阪 太 郎 印

上記署名は、浪速 花子（子）が代行しました。