

# 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)

(メモ) 重要事項の掲示について書面掲示に加え、令和7年4月1日以降ウェブサイト(法人のホームページ等又は情報公表システム上)に掲載が必要となります。

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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年大阪府条例第115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<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               | (法人設立年月日)                             |

## 2 利用者に対しての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、居宅介護支援事業者と連携を図ります。<br>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、居宅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。<br>3 介護予防訪問リハビリテーション計画に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションのサービスを提供します。<br>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。<br>5 それぞれの利用者について、指定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。 | 理学療法士<br>名以上<br><br>作業療法士<br>名以上<br><br>言語聴覚士<br>名以上 |

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                                                                                                                   |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 指定介護予防訪問リハビリテーション | 要介護状態となった場合においても、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り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) 介護予防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）について

| 区分                                  |                                     | 基本単位   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| 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<br>（１回２０分以上のサービス、<br>１週に６回が限度） | 298 単位 |

※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一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同一の建物に 20 人以上居住する建物に居住する利用者サービス提供を行った場合は、上記単位数の 90/100 となり、当事業所における一月当たりの利用者が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サービス提供を行った場合は、上記単位数の 85/100 となります。

※ 当該事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して理学療法士等が介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、１回につき 50 単位を減算します。

※ 主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く）から、急性増悪等により一時的に頻回の介護予防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。

※ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年 1 回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を上記単位数より減算します。

※ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を上記単位数より減算します。

（メモ）業務継続計画未実施減算は、令和 7 年 3 月 31 日までの間、経過措置となっています。

| 加 算               |                              | 基本単位   | 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効力発生日から3月以内） | 200 単位 | 1 日当たり   |
| 口腔連携強化加算          |                              | 50 単位  | 1 月に 1 回 |
| 退院時共同指導加算         |                              | 600 単位 |          |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）   |                              | 6 単位   | 1 回当たり   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）   |                              | 3 単位   |          |

- ※ 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）日又は介護認定の効力発生日から起算して3月以内の期間に、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。
- ※ 口腔連携強化加算は、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関および介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行った場合に算定します。
- ※ 退院時共同指導加算は、病院又は診療所に入院中の者が退院するにあたり、訪問リハビリステーション事業所の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、当該者に対する初回の指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、算定します。
- ※ 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届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定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。
- ※ 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介護予防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。
- ※ 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。

#### 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<br>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<br>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<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A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なっています。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、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)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) 利用者が要介護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、居宅介護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、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護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に交付します。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。
- (5) **暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。**  
職員へのハラスメント等によりサービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします。

## 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) **虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。**
- (3) **虐待防止のための指針を整備しています。**



- (4) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) 苦情解決体制を整備しています。
- (6) 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> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>                             |
| <p>② 個人情報の保護について</p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。）</li> </ul> |

## 10 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。

|            |                                 |
|------------|---------------------------------|
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏名<br>住所<br>電話番号<br>携帯電話<br>勤務先 |
| 【主治医】      | 医療機関名<br>氏名<br>電話番号             |

## 11 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、利用者に係る居宅介護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、居宅介護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

居宅介護支援事業者：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

## 12 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。

## 13 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、居宅介護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。



#### 14 居宅介護支援事業者等との連携

介護予防訪問リハビリテーション計画は、既に居宅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。

#### 15 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。

#### 16 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。

#### 17 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）

(メモ) 利用者の負担額については、**利用者の負担割合に応じた額**を用いて説明を行ってください。

(2)

| 曜日                       | 訪問時間帯       | サービス<br>区分・種類                   | サービス内容                         | 介護保険<br>適用の有無 | 利用料      | 利用者<br>負担額 |
|--------------------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------|----------|------------|
| 月                        | 10:00～11:00 | 理学療法士による介護<br>予防訪問リハビリテー<br>ション | 短期集中リハビリ<br>テーション（退<br>院後1月以内） | ○             | 〇〇〇<br>円 | 〇〇<br>円    |
| 火                        |             |                                 |                                |               |          |            |
| 水                        |             |                                 |                                |               |          |            |
| 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 |             |                                 |                                |               | 〇〇〇<br>円 | 〇〇<br>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 ヶ月以内とします。

## 18 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。

- - 
  - 
  -
- 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

|                                                   |                     |         |
|---------------------------------------------------|---------------------|---------|
| 【事業者の窓口】<br>（事業者の担当部署・窓口の名称）                      | 所在地<br>電話番号<br>受付時間 | ファックス番号 |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>（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<br>電話番号<br>受付時間 | ファックス番号 |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府国民健康保険団体連合会                       | 所在地<br>電話番号<br>受付時間 | ファックス番号 |

## 19 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、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 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  |  |
|     | 事業所名  |  |
|     | 説明者氏名 |  |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。（※説明を行った記録として必要に応じて記載を求めています）

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

(メモ：契約書について)

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（署名）記名押印を行います。重要事項説明書と契約書は目的が異なりますが、一体の書面として、1つの署名または記名押印に一本化することも可能です。

サービス提供を行うに際しては、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、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。

※事前に利用者等の承諾を得た上で、電磁的方法によることもできます。