

モデル重要事項説明書

(通所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への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通所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、指定通所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 指定通所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 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)
利用定員	(運営規程記載の利用定員を記載)

(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

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) サービス提供時間

サービス提供日	(運営規程記載のサービス提供日を記載)
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)

(5) 事業所の職員体制

管理者	(氏名)
-----	------

職	職務内容	人員数
管理者(又は管理者代行)	1 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。	常勤名
専任医師	1 利用者に対する医学的な管理指導等を行います。	〇名以上
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)又は看護師若しくは准看護師(以下「看護職員」という。)若しくは介護職員	1 医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、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、リハビリテーションの目標、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通所リハビリテーション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。 2 利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。 3 通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話をを行います。 4 それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に沿ったサービスの実施状況の把握及びその評価を診療記録に記載します。また必要に応じて通所リハビリテーション計画の変更を行います。	〇名以上
管理栄養士	1 栄養改善サービスの提供を行います。	〇名以上
歯科衛生士等	1 口腔機能向上サービスの提供を行います。	〇名以上
事務職員	1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	〇名以上

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
通所リハビリテーション 計画の作成		利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）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通所リハビリテーション計画を作成します。
利用者居宅への送迎		事業者が所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。
リハビリテーション	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、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師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。

（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、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) 通所リハビリテーション従業者の禁止行為

通所リハビリテーション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、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等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

※通常規模型

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	基本単位	基本単位	基本単位	基本単位	基本単位
所要時間 1 時間 以上 2 時間未満	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
所要時間 2 時間 以上 3 時間未満	383 単位	439 単位	498 単位	555 単位	612 単位
所要時間 3 時間 以上 4 時間未満	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位
所要時間 4 時間 以上 5 時間未満	553 単位	642 単位	730 単位	844 単位	957 単位
所要時間 5 時間 以上 6 時間未満	622 単位	738 単位	852 単位	987 単位	1,120 単位
所要時間 6 時間 以上 7 時間未満	715 単位	850 単位	981 単位	1,137 単位	1,290 単位
所要時間 7 時間 以上 8 時間未満	762 単位	903 単位	1,046 単位	1,215 単位	1,379 単位

※大規模型

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	基本単位	基本単位	基本単位	基本単位	基本単位
所要時間 1 時間 以上 2 時間未満	357 単位	388 単位	415 単位	445 単位	475 単位
所要時間 2 時間 以上 3 時間未満	372 単位	427 単位	482 単位	536 単位	591 単位
所要時間 3 時間 以上 4 時間未満	470 単位	547 単位	623 単位	719 単位	816 単位
所要時間 4 時間 以上 5 時間未満	525 単位	611 単位	696 単位	805 単位	912 単位
所要時間 5 時間 以上 6 時間未満	584 単位	692 単位	800 単位	929 単位	1,053 単位
所要時間 6 時間 以上 7 時間未満	675 単位	802 単位	926 単位	1,077 単位	1,224 単位

所要時間 7 時間 以上 8 時間未満	714 単位	847 単位	983 単位	1,140 単位	1,300 単位
------------------------	--------	--------	--------	----------	----------

※大規模型（一定の条件を満たした事業所）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	基本単位	基本単位	基本単位	基本単位	基本単位
所要時間 1 時間 以上 2 時間未満	369 単位	398 単位	429 単位	458 単位	491 単位
所要時間 2 時間 以上 3 時間未満	383 単位	439 単位	498 単位	555 単位	612 単位
所要時間 3 時間 以上 4 時間未満	486 単位	565 単位	643 単位	743 単位	842 単位
所要時間 4 時間 以上 5 時間未満	553 単位	642 単位	730 単位	844 単位	957 単位
所要時間 5 時間 以上 6 時間未満	622 単位	738 単位	852 単位	987 単位	1,120 単位
所要時間 6 時間 以上 7 時間未満	715 単位	850 単位	981 単位	1,137 単位	1,290 単位
所要時間 7 時間 以上 8 時間未満	762 単位	903 単位	1,046 単位	1,215 単位	1,379 単位

（メモ）利用料は、通常規模型、大規模型、大規模型（一定の条件を満たした事業所）によって異なります。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。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所リハビリテーション計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所リハビリテーション計画の見直しを行ないます。

※ 7 時間以上 8 時間未満のサービス提供を行う場合で、その提供の前後に引き続き日常生活上の世話をを行った場合は、延長加算として通算時間が 8 時間以上 9 時間までは 50 単位、9 時間以上 10 時間までは 100 単位、10 時間以上 11 時間までは 150 単位、11 時間以上 12 時間までは 200 単位、12 時間以上 13 時間までは 250 単位、13 時間以上 14 時間までは 300 単位が加算されます。

※ 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通所リハビリテーション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（又は翌翌

月) より上記単位数の 70/100 に相当する単位数を算定します。

- ※ 当事業所の所在する建物と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者は、1 月につき 94 単位減算されます。同一建物とは、指定通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物をいいます。
- ※ 利用者に対して、居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位減額されます。
- ※ 感染症又は災害の発生を理由として当該月の利用者数が当該月の前年度における月平均よりも 100 分の 5 以上減少している場合、3 月以内に限り 1 回につき所定単位数の 100 分の 3 に相当する単位数を加算します。
- ※ 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) 業務継続計画未策定減算は、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
理学療法士等体制強化加算	30 単位	所要時間 1 時間以上 2 時間未満の通所リハビリテーションにおいて理学療法士等を専従かつ常勤で 2 名以上加配して実施した日数
リハビリテーション提供体制加算 (3 時間以上 4 時間未満)	12 単位	
リハビリテーション提供体制加算 (4 時間以上 5 時間未満)	16 単位	
リハビリテーション提供体制加算 (5 時間以上 6 時間未満)	20 単位	
リハビリテーション提供体制加算 (6 時間以上 7 時間未満)	24 単位	
リハビリテーション提供体制加算 (7 時間以上)	28 単位	
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	1 日につき
入浴介助加算(Ⅰ)	40 単位	1 日につき
入浴介助加算(Ⅱ)	60 単位	1 日につき
リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	560 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日から 6 月以内、1 月につき
	240 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日から 6 月を超えた期間、1 月につき

リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	593 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内、1月につき
	273 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間、1月につき
リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	793 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内、1月につき
	473 単位	リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間、1月につき
	270 単位	通所リハビリテーション計画について、 医師が利用者又はその家族に対して説明し、 利用者の同意を得た場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240 単位	1日につき
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1920 単位	1月につき
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1250 単位	利用開始日の属する月から6月以内 1月につき1回
若年性認知症利用者受入加算	60 単位	1日につき
栄養アセスメント加算	50 単位	1月につき
栄養改善加算	200 単位	1回につき(月2回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20 単位	1回につき(6月に1回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位	1回につき(6月に1回を限度)
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150 単位	3月以内の期間に限り1月に2回を 限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155 単位	3月以内の期間に限り1月に2回を 限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160 単位	3月以内の期間に限り1月に2回を 限度
重度療養管理加算	100 単位	1日につき
中重度ケア体制加算	20 単位	1日につき
科学的介護推進体制加算	40 単位	1月につき
退院時共同指導加算	600 単位	1回につき
移行支援加算	12 単位	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位	1回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位	1回につき

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位	1 回につき
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ 1～14） 【※各事業所で該当区分を記載してください】	所定単位数〔※〕の 〇/1000	・ 1月につき ・〔※所定単位数〕 基本サービス費に各種加算・減算を加えた総 単位数

- ※ 理学療法士等体制強化加算は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士について基準を超えて配置し、リハビリテーション計画に位置付けられた長時間のサービスを提供している場合に算定します。
- ※ 入浴介助加算（Ⅰ）は、入浴中の利用者に観察を含む介助を行う場合に算定します。
入浴介助加算（Ⅱ）は、居宅において入浴ができるようになることを目的に、居宅を訪問し把握した浴室環境等を踏まえた入浴介助加算の作成と、計画に沿った支援を行った場合に算定します。
- ※ リハビリテーションマネジメント加算は、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定します。
- ※ 短期集中個別リハビリテーション実施加算は、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が利用者の退院又は認定日から起算して3月以内の間に個別リハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。
- ※ 認知症短期集中リハビリテーション加算は、認知症であって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者について、病院等の退院日又は通所開始日から3月以内に通所リハビリテーション計画に基づきリハビリテーションを集中的に行った場合に算定します。
- ※ 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標及び目標を踏まえた実施内容等を定めたリハビリテーション実施計画に基づき、計画的にリハビリテーションを実施した場合に算定します。
- ※ 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合に算定します。
- ※ 栄養アセスメント加算は、利用者に対して管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合に算定します。
- ※ 栄養改善加算は、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合に算定します。
- ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。
- ※ 口腔機能向上加算は、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導もしくは実施又は接触・嚥下機能に関する訓練もしくは実施であって、利用者の心身の状態の維

持又は向上に資するものを行った場合に算定します。

※ 重度療養管理加算は、要介護3、4又は5であるもので厚生労働大臣が定める状態にある利用者に対し、通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

(厚生労働大臣が定める状態)

- イ 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ロ 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
- ハ 中心静脈注射を実施している場合
- ニ 人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
- ホ 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ヘ 膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則別表5号に掲げる身体障害者障害程度等級表の4級以上かつ、ストーマの処置を実施している状態
- ト 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
- チ 褥瘡に対する治療を実施している状態
- リ 気管切開が行われている状態

※中重度ケア体制加算は、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために活用している場合に算定します。

※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、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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通所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。

※移行支援加算は、通所リハビリテーション事業所がリハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合に算定します。

※サービス提供体制強化加算は、当事業所が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出し、利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

※介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、下記の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて通所リハビリを行った場合に加算となります。

なお、当該加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を超える場合の交通費は徴収しません。

中山間地域等：千早赤阪村の全域、太子町の一部（山田）、能勢町の一部（東郷・田尻・西能勢）、岬町の全域

※(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。

(メモ) 介護職員等処遇改善加算については、各事業所でⅠ～Ⅴ(1～14)の加算区分を記入してください。

また、所定単位数の○には該当の数字を埋めてください。

なお、Ⅴ(1～14)は令和6年度末までの加算となります。

事業所が所在する地域区分の単価で計算して下さい。

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、送迎に要する費用の実費を請求いたします。	
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。		
③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)運営規程の定めに基づくもの	
④おむつ代	〇〇円(1枚当り)運営規程の定めに基づくもの	
⑤日常生活費	〇〇円(内訳:) 運営規程の定めに基づくもの	

(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。

その他の費用の額は、実費相当としてください。また日常生活費の取扱いについては、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについてH12.3.30付け老企第54号」を参照した上で、運営規程にてその定めを行ってください。

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	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。 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>	<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。 (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 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) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします
- (4) サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「通所リハビリテーション計画」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) 通所リハビリテーション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。
- (6) **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の解除を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。

7 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に開催し、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) 従業員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。
- (5) 成年後見制度の利用を支援します。
- (6) 苦情解決体制を整備しています。
- (7) 介護相談員を受入れます。
- (8) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

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「従業員」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、従業員に、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、従業員である</p>
---------------------------------	---

	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。
② 個人情報の保護について	<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ん。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ん。</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 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 住所 電話番号 携帯電話 勤務先	続柄
【主治医】	医療機関名 氏名 電話番号	

(メモ) 緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族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。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所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通所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 心身の状況の把握

指定通所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。

13 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定通所リハビリテーションの提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14 サービス提供等の記録

- ① 指定通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、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 非常災害対策

- ① 事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
災害対策に関する担当者(防火管理者)職・氏名：()
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
避難訓練実施時期：(毎年2回 月・ 月)

16 衛生管理等

- ① 指定通所リハビリテーション護の用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定通所リハビリテーション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ます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17 指定通所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、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 提供予定の指定通所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。

曜日	提供時間帯	サービス内容							介護保険適用の有無	利用料 (1日当り)	利用者負担額 (1日当り)
		リハビリテーションマネジメント	短期集中リハビリテーション	栄養改善	口腔機能向上	送迎	食事提供	入浴			
月・木	10:00～17:00	○				○	○ 保険適用外	○	○○○円	○○円	
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送迎費の有無	(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食事の提供に要する費用	重要事項説明書4-③記載のとおりです。
④おむつ代	重要事項説明書4-④記載のとおりです。
⑤日常生活費	重要事項説明書4-⑤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。

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。

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 提供した指定通所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】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地 電話番号ファックス番号 受付時間
【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 電話番号ファックス番号 受付時間
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号ファックス番号 受付時間

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。

利用者	住所	
-----	----	--

	氏名	
--	----	--

代理人	住所	
	氏名	

(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、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

上記署名は、浪速花子（子）が代行しました。