

様

**通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション
重要事項説明書**

(2025年6月1日現在)

医療法人社団 順信会 目黒整形外科内科

1. 事業所の相談窓口

電 話 03-5725-3677

相 談 時 間 9:00～17:00

担 当 責任者 前畑 諒

※ご不明な点がございましたら、何でもお気軽にお尋ね下さい。

2. 事業所の概要

事 業 所 名	医療法人社団 順信会 目黒整形外科内科
所 在 地	東京都目黒区目黒本町6-1-2 友愛ビル1・2階
介護事業所番号	1311028265
サービス提供地域	目黒区一部・品川区一部

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

3. 当事業所のサービス方針

- (1) 利用者が、その居宅において自立した生活が送れるよう支援することを目的として、サービス提供を行います。
- (2) 介護保険サービスの基準に従って、サービス提供を行います。
- (3) 利用者およびご家族の意思に従って、サービス提供を行います。
- (4) ケアマネージャーが作成する利用者の介護予防サービス計画又は居宅サービス計画に沿って、作成する個別サービス計画に従い、計画的にサービス提供を行います。

4. 事業所の職員体制

管 理 者	前畑 諒
虐待防止に関する責任者	前畑 諒

職 種	人 員
管 理 者	1 名
医 師	1 名（管理者兼務）
看 護 師	1 名以上
機 能 訓 練 指 導 員	4 名以上（理学療法士）
介 護 職 員	2 名以上

5. 事業者の設備の概要

全 利 用 定 員	1 5 名	相 談 室	1 室
機 能 訓 練 室	1 4 2 m ²	送 迎 車	2 台

6. 営業日

- (1) 営業日 月曜日から土曜日（木曜日・日曜日・祝日は除く）
但し、年末年始は当院の規定によります。
- (2) 営業時間 平 日：午前9時00分から午後6時00分
土曜日：午前9時00分から午後5時00分

7. 定員及びサービス提供可能時間

サービス提供時間	対象者	定員	提供曜日
0 9 : 3 0 ~ 1 0 : 4 5	要支援 要介護	8 名	月・火・水・金・土曜日
1 0 : 3 0 ~ 1 1 : 4 5	要支援 要介護	8 名	月・火・水・金・土曜日
1 4 : 3 0 ~ 1 5 : 4 5	要支援	8 名	月・火・水・金・土曜日
1 5 : 3 0 ~ 1 6 : 4 5	要支援 要介護	8 名	月・火・水・金曜日

8. 通常事業の実施地域は、以下の通りとする。

☐目黒区一部

祐天寺、五本木、中目黒（3・4・5丁目）、目黒（3・4丁目）、中町、
下目黒（3・4・5・6丁目）、中央町、目黒本町、鷹番、碑文谷、柿の木坂、
平町、南、原町、洗足、大岡山

☐品川区一部

小山台、西五反田（4・5・6丁目）、小山、荏原、平塚（2・3丁目）、
中延（1・2丁目）、西中延（1・2丁目）、旗の台（1・6丁目）

9. サービスの内容

利用者の要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止又は、要介護状態となることの予防に
資するよう機能訓練、健康管理等、並びに送迎を提供します。

尚、送迎サービスを利用しない場合は、当院までの移動中及び帰宅途中の事故等については、
全て自己責任とします。

10. サービス中止の対応

以下の場合にはサービスを中止します。

1. 当日のサービスを見合わせる場合

- ・安静時脈拍数120回／分以上
- ・安静時収縮時血圧180mmHg 以上90mmHg 未満
- ・安静時拡張時血圧120mmHg 以上
- ・胸痛や動悸、呼吸苦等の体調不良がある場合
- ・体温37.5℃以上ある場合

2. 途中で中止する場合

- ・胸痛、動悸、呼吸苦、吐き気、失神、昏睡状態等の体調不良が出現した場合
 - ・脈拍140回／分以上
 - ・収縮期血圧40mmHg、拡張時血圧20mmHg 以上の変動があった場合
- ※上記にあてはまらない場合でも医師の指示がある場合は、指示に準じます。
- ※5分休憩後も回復がみられない場合は、サービスを終了いたします。

11. サービス利用の方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込み下さい。

(2) サービスの終了

1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

職員の人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合があります。その場合は、終了30日前までに文書で通知致します。

3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了致します。

①利用者の介護区分が、非該当（自立）と認定された場合。

②利用者が介護保険施設等に入所又は医療機関へ入院した場合。

但し、各施設を退所及び退院する期間が明確な場合は、双方の合意により本契約を継続することができます。

③利用者が死亡された場合。

4) その他

次の理由に該当した場合は、利用者は文書等で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

①事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。

②事業者が守秘義務に反した場合。

③事業者が利用者又は、家族に対して社会的通念を逸脱する行為を行った場合。

④事業者が破産した場合。

また、次の理由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

- ①利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、料金の支払いを催告したにもかかわらず、14日以内に支払われない場合。
- ②利用者が、正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、1ヶ月以上にわたってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合。
- ③契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④利用者または家族が、事業者または職員に対して本契約を継続し難い背信行為及び度重なる不信行為を行った場合。

1 2. 損害賠償がなされない場合

事業者は、次の各号に該当する場合には、損害賠償責任を免れます。

- 1) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- 2) 利用者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- 3) 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合。
- 4) 利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に起因して損害及び事故が発生した場合。

1 3. 感染症発生及びまん延等に関する事項

- 1 事業所は、感染症の発生及びまん延等の防止のために次の措置を講ずるものとする。
 - 1) 感染症発生及びまん延等の防止に関する定期的な委員会の開催
 - 2) 職員に対する感染症発生及びまん延等の防止を啓発・普及するための研修の実施
 - 3) その他、感染症発生及びまん延等の防止のために必要な措置

1 4. 虐待防止に関する事項

- 1 事業所は、利用者の人権擁護・虐待等の防止のために次の措置を講ずるものとする。
 - 1) 虐待の防止に関する責任者の選任及び定期的な委員会の開催
 - 2) 利用者及びその家族からの苦情解決体制の整備
 - 3) 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
 - 4) 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、当該事業所職員又は養護者（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、速やかにこれを市区町村に通報するものとする。

1 5. 身体拘束の禁止

事業所は、通所サービスの提供を行っている際に、利用者本人もしくは他の利用者の身体に危険が生じるような場合を除いて、利用者の身体を拘束することはありません。

16. 業務継続計画の策定等に関する事項

- 1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅療養管理指導の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- 2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

17. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	先生（ ）
	連絡先	
ケアマネ	事業所名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄)
	連絡先	(自宅) (携帯)
ご家族	氏名	(続柄)
	連絡先	(自宅) (携帯)

18. 相談窓口・苦情対応

苦情及び相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。

(1) 介護サービス・虐待に関する相談、苦情については、次の窓口で対応致します。

当事業所 相談窓口	電話番号	03-5725-3677
	ファックス番号	03-5725-3688
	担当者	前畑 諒
	対応時間	9:00～17:00

(2) 次の機関でも苦情申し出ができます。

目黒区役所 介護保険課 管 理 係	所 在 地	東京都目黒区上目黒 2-19-15
	電 話 番 号	03-5722-9574
	対 応 時 間	9:00～17:00 (月～金)
品川区役所 高齢福祉課	所 在 地	東京都品川区広町 2-1-36
	電 話 番 号	03-5742-6927
	対 応 時 間	9:00～17:00 (月～金)
東 京 都 国民健康保険 団体連合会 苦情相談窓口	所 在 地	東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 11 階
	電 話 番 号	03-6238-0177
	対 応 時 間	9:00～17:00 (月～金)

19. 法人の概要

名 称	医療法人社団 順信会
代 表 者 名	理事長 青野 弘美
主たる事務所の所在地	東京都目黒区目黒本町 6-1-2 友愛ビル 1 階
電 話 番 号	03-5725-3677
業 務 の 概 要	○医療事業 目黒整形外科内科、上尾メディカルクリニック ○介護事業：訪問リハビリ、通所リハビリテーション 居宅介護支援

20. 利用にあたっての留意事項

(1) サービスの変更、中止

体調不良、天候・災害、感染症拡大等の理由により、サービスの提供が困難であると事業者が判断した場合は、サービス内容の変更またはご利用を中止していただく場合があります。

(2) 連絡事項

かかりつけ医からの注意事項や体調変化等がある場合は、必ずご連絡下さい。

(3) 報告事項

利用者に感染症等がある場合または罹患した場合は、必ず事前に申し出て下さい。必要と認めた場合は、診療情報提供書を提出して頂くことがあります。

(4) サービス利用にあたっての禁止行為

下記の禁止行為を確認した場合、契約を解除する場合があります。

①事業者の職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。

②下記のようなハラスメント行為。

1) 身体的な力を使って危害を及ぼす行為

2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりする行為

3) 意に添わない誘いかけ、好意的態度を要求する行為

③サービス利用中に職員を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネット等に掲載する行為。

21. 送迎の注意事項について

(1) 送迎中及び乗降の際には、必ず運転手の指示に従いますようお願い致します。

(2) 車内における患者様同士のトラブル及び自らの不注意による事故に関しては、一切の責任を負いかねます。

(3) 交通事情により運行時間に誤差が生じる場合がございます。尚、個人的な事由による運行ルートの変更及び介護サービス目的以外での送迎は致しかねます。

(4) 運行状況等により、乗降停車場所が変更になる場合がございます。

(5) 送迎中は必ずシートベルトの着用をするなど安全な乗車をお願い致します。

(6) 送迎車に乗車中の事故等に関しては、当方での保険で対応させていただきます。尚、車外でのトラブルに関しては補償いたしかねますので予めご了承ください。

22. 個人情報の取り扱いについて

1 事業者及びサービス従事者又は従業員は、通所リハビリテーションサービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

2 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

- 3 当事業所は、厚生労働省「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ダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守いたします。
- 4 当事業所では、利用者様、ご家族様の個人情報について下記の目的に利用し、その取り扱いには万全の体制で取り組んでいます。

☐当事業所内部での個人情報利用にかかる事項

- (1) 利用者様に対する介護サービス提供のための調整及び介護認定の申請及び更新・変更
- (2) 保険請求にかかる事務業務
- (3) 事故・苦情等の報告
- (4) 事業所内部における職員の資質の向上を目的とした事例研究

☐当事業所外部での利用に係る事項

- (1) 主治医との連絡調整及び情報提供
- (2) 行政機関及び他の介護サービス事業所との連絡調整等の連携
- (3) 介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議の開催及び照会
- (4) ご家族等への心身の状況説明
- (5) 他の医療機関等への照会や意見・助言を求める場合
- (6) 審査支払機関への保険請求及び保険者等からの照会への回答
- (7) 賠償責任保険等に係る専門団体や保険会社等への相談及び届出

☐その他の利用に係わる事項

- (1) 行政機関等からの照会及び実地指導・外部監査等における情報提供等
- (2) 管理運営業務の維持・改善のための基礎資料

☐ご家族に関する個人情報の取り扱いについて

緊急連絡先として、又、サービス担当者会議等においてご家族のご意向をお伝えためご家族の個人情報を用います。

2 3. 利用料金

- (1) 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、【重要事項説明書別紙料金表】に定める「要支援」、「要介護」の基本料金及び加算料金の基準額に対し、介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額です。但し、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担になります。
- (2) 通常のサービス提供地域以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要になります。
- (3) 利用者のご都合でサービスの利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。下記のキャンセル料がかかります。

時 間	キャンセル料
事前にご連絡を頂いた場合	無 料
無断でキャンセルを行った場合	5 0 0 円

(4) 料金のお支払い方法

毎月、15日迄に前月分の請求をいたします。サービス利用月の翌月28日に利用者があらかじめ指定した口座から自動引落としさせていただきます。（該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。）尚、口座振替が開始されるまでの期間は、現金による支払いとします。

2 4. 契約に関する留意事項

- 1 認知症等により契約に対する意思能力、判断能力が不十分な利用者との契約については、利用者の成年後見人又は、利用者の家族や、身元引受人による代理契約となります。又利用者に麻痺等があり、利用者本人の署名が得られない場合には、上記の方の署名代行となります。
- 2 心身の障害、心身機能の低下、薬の副作用、環境の変化に伴い転倒などの事故の危険性があります。当事業所では事故の発生防止に努めておりますが、ご利用者様皆様の全ての行為を管理・予測できるものではありませんので、ご理解下さい。

☐個人情報の取り扱い

「お利用者様・ご家族様の個人情報について」の説明を受け、個人情報の取り扱いについて同意します。

☐はい

☐いいえ

☐送迎を利用される場合

「送迎の注意事項」の説明を受け、理解し同意し、送迎を申し込みます。

☐申し込む

☐申し込まない

※後日送迎を申し込む場合は当事業所の職員に事前に伝えることにより変更が可能です。
尚、変更した場合に関しては、「送迎の注意事項」に同意したと見做させていただきます。

☐不在時の対応方法

呼び鈴を鳴らしても応答がない場合は、利用者宅に連絡します。電話でも応答がないようであれば、その日のサービスは中止とさせていただきます。

☐同意します

☐同意しません

☐テレビ電話装置等の活用

テレビ電話装置等の活用方法についての説明を受け、利用について同意します。

☐ はい

☐ いいえ

通所リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

□

令和 年 月 日

事業所所在地	東京都目黒区本町6丁目1番2号 友愛ビル1階
事業者名	医療法人社団 順信会
代表者名	理事長 青野 弘美 ㊞
事業所所在地	東京都目黒区目黒本町6丁目1番2号 友愛ビル1階
名称	医療法人社団 順信会 目黒整形外科内科
説明者	理学療法士 ㊞

私は、本書面により、事業者から通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

ご家族 住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 ()

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

重要事項説明書 別紙料金表 No 1

□要支援の場合の基本料金及び加算・減算料金は下記の通りです。

基本料金	要 支 援 1	1 カ月につき	22,788 円
	要 支 援 2	1 カ月につき	44,388 円
加算料金	運 動 機 能 向 上 加 算	1 カ月につき	2,497 円
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1 回につき	222 円
	科学的介護推進体制加算	1 カ月につき	444 円
	サービ提供体制強化加算	1 カ月につき（要支援1）	266 円
		1 カ月につき（要支援2）	532 円
	処 遇 改 善 加 算 Ⅰ	合計金額の 4.7%	
減算	予防通所リハベースアップ等支援加算	1.0%	
	利 用 開 始 か ら 1 2 カ 月	1 カ月につき（要支援1）	222 円
	超 え た 場 合	1 カ月につき（要支援2）	444 円

※上記料金は、目安を表示したものです、1カ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で誤差が生じる場合があります。

重要事項説明書 別紙料金表 No 2

□要介護サービスの場合の基本料金及び加算・減算料金は下記の通りです。

基本料金	要 介 護 1	4, 0 6 2 円
	要 介 護 2	4, 3 8 4 円
	要 介 護 3	4, 7 2 8 円
	要 介 護 4	5, 0 5 0 円
	要 介 護 5	5, 4 0 5 円
加算料金	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算 A (イ)	1 カ月につき 6, 2 1 6 円 1 カ月につき 2, 6 6 4 円
	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン マ ネ ジ メ ン ト 加 算 B (イ)	1 カ月につき (6 カ月以内) 9, 2 1 3 円 1 カ月につき (6 カ月超) 5, 6 6 1 円
	短期集中個別リハビリテーション 実 施 加 算	1 日につき 1, 2 2 1 円
	理 学 療 法 等 体 制 強 化 加 算	1 日につき 3 3 3 円
	口 腔 ・ 栄 養 ス ク リ ー ニ ン グ 加 算 (I)	1 回につき 2 2 2 円
	サ ー ビ ス 提 供 体 制 強 化 加 算	1 回につき 6 6 円
	科 学 的 介 護 推 進 体 制 加 算	1 カ月につき 4 4 4 円
	処 遇 改 善 加 算 I 通所リハベースアップ等支援加算	合計金額の 4. 7 % 1. 0 %
減算	送 迎 減 算 ※送迎を実施しない場合	片道 1 回につき 5 2 1 円の減額

※上記料金は、1 回あたりの目安を表示したものです、1 カ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で誤差が生じる場合があります。