

様

訪問リハビリテーション重要事項説明書

(2026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 9:00～17:30

担 当 唐 澤 文 雅

※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	東京都目黒区本町6丁目1番2号 友愛ビル1・2・3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. 事業の目的と運営方針

- 1) 病気やけが等により家庭において寝たきり又はそれに準ずる状態、若しくはかかりつけの医師が訪問リハビリテーションの必要を認めた者に対し、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して訪問リハビリテーションを提供します。
- 2) 訪問リハビリテーションは、健康保険法及び介護保険法の理念に基づき、寝たきり老人等の心身の特性を踏まえて訪問リハビリテーション利用者の生活の質の確保を重視し、健康管理や日常生活動作の維持、回復を図ると共に在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように又利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うことを目的とする。
- 3) 事業者では、利用者の有する能力に応じ訪問リハビリテーション計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、介護その他日常的に必要な医療を提供し在宅における日常生活の回復を目指す。
- 4) 事業者は、訪問リハビリテーションの実施にあたって地域の保健・医療・福祉サービスを提供する関連機関、指定介護予防事業者等との密接な連携に勤め、その協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。

4. 事業所の職員体制

管 理 者	唐 澤 文 雅
虐待防止に関する責任者	唐 澤 文 雅

理学療法士 : 4名以上

5. 営業日

- (1) 営業日 月曜日から土曜日

但し、祝祭日、8月12日から8月15日、12月29日より1月3日は除く。

- (2) 営業時間 平 日：午前9時00分から午後17時30分
土曜日：午前9時00分から午後16時30分

6. 通常の事業の実施地域は、目黒区一部、品川区一部を区域とする。

☐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）

7. サービスの内容

訪問リハビリテーション計画に基づいて、必要な訪問リハビリテーションを提供します。

8. 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、原則として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の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。

また、下記料金は、1回あたりの目安を表示したものです、1ヶ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。

【基本料金】

介護区分	基本料金（20分につき）
要支援1・要支援2	3,307円
要介護1から要介護5	3,418円

【加算料金】

区分	料金	対象
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）	1カ月につき 2,364円	要介護
事業所の医師が利用者又はその 家族に対して説明し同意を得 た場合	1カ月につき 2,997円	要介護
短期集中リハビリ テーション実施加算	1日につき 2,220円	要支援・要介護
サービス提供体制強化加算	1回(20分)につき 66円	要支援・要介護
認知症短期集中リハビリテー ション実施加算	1日につき 2,664円	要介護

退 院 時 共 同 指 導 加 算	1 回につき	6, 6 6 0 円	要支援・要介護
口 腔 連 携 強 化 加 算	1 カ月につき	5 5 5 円	要支援・要介護
介護職員等処遇改善加算		合計金額の 1.5%	要支援・要介護

【減算料金】

区分	料金	対象
訪 問 リ ハ ビ リ 計 画 診 療 未 実 施 減 算	1 回(20 分)につき 5 5 5 円減算	要支援・要介護
利用開始から 1 2 ヶ月 超 え た 場 合 (要件を満たさない場合)	1 回(20 分)につき 3 3 3 円減算	要支援

(2) 交通費

事業者は、通常の実施地域にお住まいの方にサービスを提供する場合は、交通費は無料とし、実施区域を越える場合の交通費は、実費を請求するものとする。

(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。

連絡先：目黒整形外科内科 電話 0 3 - 5 7 2 5 - 3 6 7 7
--

時 間	キャンセル料
サービス利用日の前日 1 7 時迄にご連絡を頂いた場合	無 料
サービス利用日の前日 1 7 時迄にご連絡がなかった場合 ※体調不良による事由は除く	5 0 0 円

(4) 料金のお支払い方法

毎月、1 5 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 2 8 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。

9. サービス中止の対応

以下の場合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 1 2 0 回／分以上
- ・安静時収縮時血圧 1 8 0 mmHg 以上 7 0 mmHg 未満
- ・安静時拡張時血圧 1 2 0 mmHg 以上
- ・胸痛や動悸、呼吸苦等の体調不良がある場合

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 40 mmHg、拡張時血圧 20 mmHg 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。

10. 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。当事業所の職員がお伺い致します。

(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

1. 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事業者が利用者また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

2. 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、事業者または介護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 1. 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 2. 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 3. 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 4. 身体拘束の禁止

事業所は、訪問リハサービスの提供を行っている際に、利用者本人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。

15. 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に実施します。
- 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。

16. 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	(科)
	連 絡 先	
ケ ア マ ネ	事 業 所 名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	様 (続柄:)
	連 絡 先	(携帯) (自宅)
ご 家 族	氏 名	様 (続柄:)
	連 絡 先	(携帯) (自宅)

17. 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	0 3 - 5 7 2 5 - 3 6 7 7
	ファックス番号	0 3 - 5 7 2 5 - 3 6 8 8
	担 当 者	唐 澤 文 雅
	対 応 時 間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

(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 課	所 在 地	東京都目黒区上目黒 2-19-15
	電 話 番 号	0 3 - 5 7 2 2 - 9 5 7 4
	対 応 時 間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (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	0 3 - 5 7 4 2 - 6 9 2 7
	対 応 時 間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (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	0 3 - 6 2 3 8 - 0 1 7 7
	対 応 時 間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (月～金)

18. 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	東京都目黒区本町6丁目1番2号 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 上尾メディカルフィットネスセンター ○介護事業 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション

19. 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、訪問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
するためご家族の個人情報を用います。

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、好意的態度の要求する行為

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。

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。

21. 契約に関する留意事項

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。

22. 高齢者に共通するリスクに関する事項

当事業所は、介護保険法に基づく適切な人員配置のもと、ご利用者様が快適なサービスをご利用して頂けるよう安全な環境作りに努めておりますが、高齢者の方には、身体状況や疾患に伴う様々な症状・内服薬の影響が要因により下記のようなリスクがございます。当事業所では事故発生防止に努めておりますが、ご利用者様皆様全ての行為を管理・予測できるものではありませんので、ご理解ください。

- (1) 高齢者は、筋力低下・反応速度の低下・平衡機能の低下により、歩行・立ち座り・移乗の各動作において転倒しやすく、その際に打撲・皮下出血・骨折などが生じる可能性があります。

- (2) 皮膚脆弱性により、軽微な接触でも皮下出血・皮膚剥離が起こることがあります。
- (3) 加齢や認知症の症状により、水分や飲み物を飲み込む力が低下するため、誤嚥・誤飲の危険性がございます。

訪問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	事業者名	東京都目黒区本町6丁目1番2号友愛ビル1階 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	名称	東京都目黒区目黒本町6丁目1番2号 友愛ビル1階・2階・3階 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、事業者から訪問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。

「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

「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

利用者 住 所

氏 名

ご家族 住 所

氏 名 続柄 ()

代理人 住 所

氏 名