

訪問リハビリテーション重要事項説明書

＜令和 7 年 9 月 1 日現在＞

1. 東京都リハビリテーション病院 訪問リハビリテーションの概要

(1) 提供出来るサービスの種類と地域

名 称	東京都リハビリテーション病院
所 在 地	東京都墨田区堤通2-14-1
介護保険指定番号	訪問リハビリ 介護予防訪問リハビリ 1310770677
サービス提供地域	墨田・江東・江戸川・台東・荒川・足立・葛飾

(2) 訪問リハビリテーションの職員体制

職 種	常 勤	非常勤	業務内容	計
医 師	1 名	—	医療・管理	1 名
理学療法士/ 作業療法士	1 名/ 2 名	1 名	リハビリテーション	4 名
MSW	1 名	—	相談・調整	1 名
事務職	1 名		苦情対応	1 名

(3) 営業時間等

月曜日～金曜日	9:00～17:00
土、日曜日・祝祭日	定休日（年末年始12/29～1/3も含む）

移動時間を考慮し、最終の訪問開始時間は 16 時 00 分とする。

(4) 事業の目的と運営方針

利用者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、必要なリハビリテーションを行うことにより、可能な限り居宅において、利用者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心身の機能の維持改善を図ることを目的とする。また、医療や福祉従事者および生活にかかわるあらゆる人々と協力し支援する。

2. サービス内容（訪問リハビリテーション）

ご自宅を訪問し、利用者に適した訓練プログラムを医師の指示に基づき、療法士が利用者、又は家族、後見人等へ必要な助言・指導等を実施致します。

具体的には、

- ・身体各部の機能回復、維持（関節拘縮の予防・改善、筋力強化など）
- ・基本的な動作の維持、改善（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行など）
- ・日常生活で行っている動作の維持、改善（排泄動作、更衣動作、食事動作など）

- ・趣味や仕事、学生などへ戻るための評価や復帰に向けた訓練、福祉サービス調整支援
- ・家族やサービス提供者に対する介助方法や運動の指導
- ・住宅改修の相談や日常生活用具、福祉用具の選定 等

本サービスでは、地域特性による豪雨・降雪等における基幹道路の通行規制で、移動が困難な場合、ご利用中止をお願いすることがございます。

3. 情報提供に関して

当院医師の診察結果や訪問リハビリテーションの計画、内容について、リハビリテーション会議などを行い、連携医療機関、居宅介護支援事業者、介護・医療従事者などに情報提供をさせていただく場合もございます。

4. お支払い方法

別紙参照

5. 交通費

サービス提供地域は無料です。

6. サービスの終了方法

- (1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合
サービス終了を希望する日の1週間前迄に、御連絡下さい。
- (2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合
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ございます。
- (3) 自動終了
以下の場合には、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了致します。
 - ・ 利用者が、医療機関や介護保険施設に入院・入所された場合
 - ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - ・ 利用者がお亡くなりになられた場合
- (4) その他
 - ・ 当法人が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または当事業所が、運営不可能な状況になった場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することが出来ます。
 - ・ 利用者のサービス利用料金の支払いが滞った場合、またそれに伴い料金を支払うよう催告した日より30日以上のお支払い期間を定めてもなお支払われない場合、利用者が正当な理由無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ヶ月以上に渡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、利用者またはその家族、事業者やサービス従業者、または、他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合もございます。
 - ・ 職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生または再発を防止することが著しく困難であるなどにより、利用者に対して

サービスを提供することが著しく困難になったとき、居宅介護事業所または保険者と連絡をとり、状況に応じて必要な措置を講じます。

7. 訪問リハビリテーションにあたりご留意いただきたい事項

- ① 職員に対する身体的暴力（力を使って危害を加えることなど）
- ② 職員に対する精神的な暴力（尊厳や人格を傷つけたり、貶めたりする行為）
- ③ 職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘い掛け、いやがらせ行為、好意的態度の要求など）

上記の行為は禁止していただきます。

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族様（可能であれば2か所の連絡先をお教え願います）居宅介護支援事業者・保険者等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その完結の日から2年間保存する。

当事業所は、利用者に対する指定訪問リハビリテーション等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う。

9. 苦情の窓口

- ・ 東京都リハビリテーション病院 苦情窓口 03-3616-8600（代表）
- ・ 東京都国民健康保険団体連合会 相談窓口 03-6238-0177
- ・ 台東区介護保険課 03-5246-1249
- ・ 荒川区介護保険課 03-3802-3111
- ・ 足立区介護保険課 03-3880-5887
- ・ 墨田区介護保険課 03-5608-6544
- ・ 江東区介護保険課 03-3647-9532
- ・ 江戸川区介護保険課 03-5662-0892
- ・ 葛飾区介護保険課 03-5654-8251

10. 当事業所母体組織の概要

法人等種別	公益社団法人
母体施設名	東京都医師会
代表者（管理者）	病院長 新井 康久
所在地・電話番	東京都墨田区堤通2-14-1 電話 03-3616-8600
施設概要	病床数 165 床 標榜科目 リハビリテーション科、整形外科

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項を説明いたしました。

事業者乙 東京都リハビリテーション病院
住所 東京都墨田区堤通 2-14-1

説明者 (_____ (印))

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問リハビリテーションのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

年 月 日
利用者甲

住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人(選任した場合)

住所 _____

氏名 _____ (印)

緊急連絡先① _____ 氏名: _____

緊急連絡先② _____ 氏名: _____

■訪問リハビリテーション料金表(介護保険でのご利用)

別紙

毎月最終訪問時に1ヵ月の料金をお知らせいたします。
翌月の初回訪問の際に料金を現金にてお支払い頂きます。

◆40分の訪問リハビリテーション

	1割負担			単位	2割負担			単位	3割負担			単位
訪問リハビリテーション（20分-308単位）	308	×	2	616	626	×	2	1252	924	×	2	1848
予防訪問リハビリテーション（20分-298単位）	298	×	2	596	596	×	2	1192	894	×	2	1788
訪問リハサービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	×	2回	12	12	×	2回	24	18	×	2回	36
訪問リハ移行支援加算	17	×	1日	17	34	×	1日	34	51	×	1日	51
訪問リハ短期集中加算	200	×	1日	200	400	×	1日	400	600	×	1日	600
訪問リハマネジメント加算イ	180	月	1	180	360	月	1	360	540	月	1	540
訪問リハマネジメント加算ロ	213	月	1	213	426	月	1	426	639	月	1	639
＋（医師が利用者・家族へ説明し同意を得た）	270	月	1	270	540	月	1	540	810	月	1	810
認知症短期集中の実施加算	240	×	1日	240	480	×	1日	480	720	×	1日	720
退院時共同指導加算	600	×	1回	600	1200	×	1回	1200	1800	×	1回	1800

◆60分の訪問リハビリテーション

	1割負担			単位	2割負担			単位	3割負担			単位
訪問リハビリテーション（20分-308単位）	308	×	3	924	626	×	3	1878	924	×	3	2772
予防訪問リハビリテーション（20分-298単位）	298	×	3	894	596	×	3	1788	894	×	3	2682
訪問リハサービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	×	3回	18	12	×	3回	36	18	×	3回	54
訪問リハ移行支援加算	17	×	1日	17	34	×	1日	34	51	×	1日	51
訪問リハ短期集中加算	200	×	1日	200	400	×	1日	400	600	×	1日	600
訪問リハマネジメント加算イ	180	月	1	180	360	月	1	360	540	月	1	540
訪問リハマネジメント加算ロ	213	月	1	213	426	月	1	426	639	月	1	639
＋（医師が利用者・家族へ説明し同意を得た）	270	月	1	270	540	月	1	540	810	月	1	810
認知症短期集中の実施加算	240	×	1日	240	480	×	1日	480	720	×	1日	720
退院時共同指導加算	600	×	1回	600	1200	×	1回	1200	1800	×	1回	1800

※保険単価 11.1円

【訪問リハビリ 1ヵ月分料金の一例】

訪問リハ（60分/1回） 1ヵ月（4回） 1割負担で実施した場合：

[訪問リハ基本報酬924単位]×4回（1ヵ月分）

+ [サービス提供体制強化加算18単位×4回（1ヵ月分）]

+ [移行支援加算17単位×4回（1ヵ月分）+ 訪問リハマネジメント加算ロ213単位]

+ [医師が説明を行った場合270単位] =4319単位 （自己負担額 概算4,794円/1ヵ月）

他、退院直後や週複数回の訪問リハを実施することで加算が生じることがあります。

■リハビリテーション医の訪問診察

料金はその都度現金で集金いたします。

	1割負担			2割負担			3割負担		
かかりつけ医に外来通院している場合	890円			1,780円			2,660円		
かかりつけ医が訪問診療をしている場合	880円			1,770円			2,650円		