

訪問リハビリテーション 重要事項説明書 （令和 8 年 4 月 1 日現在）

1. 指定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	医療法人財団 明理会
代表者氏名	理事長 中村 哲也
本社所在地	東京都板橋区本町 36 番 3 号
連絡先	TEL 03-3965-5971
法人設立年月日	昭和 26 年 6 月 30 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	医療法人財団 明理会 IMS 明理会東京町田病院
事業者番号	1313270022
事業所所在地	東京都町田市真光寺町 197 番地
連絡先	TEL 042-860-3122 FAX 042-734-0031
管理者名	林 重光
相談担当者名	鈴木 詠美子
実施地域	概ね 3Km 圏内

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人財団明理会が開設する IMS 明理会東京町田病院が行う訪問リハビリテーション事業の適正な運営を確保するために人員・管理運営に関する事項を定め、訪問リハビリテーションの必要な利用者に対し、理学療法士等が適正な訪問リハビリテーションを提供することを目的とする。
運営方針	1) 利用者の心身の特性を踏まえて、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、心身の機能の維持・回復を目指した在宅生活の支援をします。 2) 事業の実施に当たっては、関係区市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	9：00～17：00

※祝日は要相談

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～土曜日
サービス提供時間	9：00～17：00

(5) 事業所の職員体制

管理者	林 重光
-----	------

職務内容	人員数
① 病状・障害の観察	理学療法士 2 名
② リハビリテーション	
③ 精神・心理面の援助	
④ 療養生活や介助方法の指導	
⑤ 環境調整	



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、残存した心身機能・動作能力の維持・回復を図り、自立した日常生活を営むことが出来るよう、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行います。

(2) 訪問リハビリテーションの禁止行為

- ① 利用者、又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- 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、又は第三者の生命や身体を保護するため、やむを得ない場合を除く）
- ⑤ 利用者、又は、家族等に対して行う宗教活動、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、利用者負担金額（介護保険を適用する場合において）について

①訪問リハビリテーション料金

時間	単位数	法定利用料（×10.88）	利用者負担金額（1割もしくは2割、3割）
20分	308単位	3,351円	左記金額より9割分を除いた額（1割）
40分	616単位	6,702円	8割分を除いた額（2割）
60分	924単位	10,053円	7割分を除いた額（3割）

※リハビリテーションは1回20分（307単位）とし、1週間に6回を限度とする。

②予防訪問リハビリテーション料金

時間	単位数	法定利用料（×10.88）	利用者負担金額（1割もしくは2割、3割）
20分	298単位	3,242円	左記金額より9割分を除いた額（1割）
40分	596単位	6,484円	8割分を除いた額（2割）
60分	921単位	9,726円	7割分を除いた額（3割）

※リハビリテーションは1回20分（307単位）とし、1週間に6回を限度とする。

③加算料金

項目	単位数	法定利用料（×10.88）	利用者負担金額（1割もしくは2割、3割）
サービス提供体制強化加算Ⅰ	6単位（回）	65円	左記金額より9割分を除いた額（1割）
移行支援加算	17単位（日）	185円	8割分を除いた額（2割）
短期集中 リハビリテーション実施加算	200単位（日）	2,176円	7割分を除いた額（3割）
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算	240単位（日）	2,611円	
リハビリテーション マネジメント加算イ	180単位（月）	1,958円	
リハビリテーション マネジメント加算ロ	213単位（月）	2,317円	
リハビリテーション マネジメント加算ハ	イ、ロに加えて 270単位（月）	2,937円	
退院時共同指導加算	600単位（初回）	6,528円	



④その他の費用について

交通費	通常の訪問リハビリテーションの実施地域以外の場合、交通費を負担していただきます。通常の実施地域より片道 3 km を越えて 1 km につき 100 円/回。例) 4 km 超過の場合往復距離 8 km = 800 円 有料駐車場を利用した場合、実費を負担。
介護保険支給限度額を越えた場合	10 割負担

4. 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

利用者様のご事情により、担当する職員の変更をご希望される場合は、右記の相談担当者へご相談ください	相談担当者氏名：鈴木 詠美子 電話番号：042-860-3122 FAX 番号：042-734-0031 受付日及び受付時間：事業所窓口の営業日と同様
--	--

※担当する職員の変更に関しては、利用者様のご希望を出来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。

5. 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所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、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へ交付します。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、すべて当事業所が行ないますが、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. 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	林 重光
-------------	------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 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。

7. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定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。



8. 身分証携行義務

指定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。

9. 心身の状況の把握

指定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。

10. 居宅介護支援事業者等との連携

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。

11. 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。またその記録は完結の日から2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。

12. 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。

13. サービス提供に関する相談、苦情について

- (1) 利用者に提供されたサービスに苦情がある場合は、事業所、介護支援専門員、市区町村等に対して、いつでも苦情を申し立てることが出来ます。
- (2) 当施設は患者様・利用者様のご要望・御意見に応える為、投書箱を正面受付前公衆電話横及び医事課入退院窓口前フロアーに設置しています。
- (3) 当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申出下さい。

電話番号：042-735-2222	担当部署：医事課相談窓口
受付時間：月～金 9:00～16:30	土 9:00～12:00

事業所	担当	電話
東京都	東京都国民健康保険団体連合 月～金曜日 9時～17時	03-6238-0177
東京都町田市	いきいき健康部 高齢福祉課 月～金曜日 8時30分～17時	042-724-2146
神奈川県川崎市 麻生区	高齢・障害課高齢者支援係 月～金曜日 8時30分～17時	044-965-5148



訪問リハビリテーションサービスの開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

年 月 日

事業所 所在地：東京都町田市真光寺町 197 番地
名 称：医療法人財団 明理会 IMS 明理会東京町田病院
代表者：理事長 中村 哲也 印

説明者：

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

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

電話 () _____

署名代行者

住所 _____

氏名 _____

署名代行理由 _____

ご家族

住所 _____

氏名 _____