

重 要 事 項 説 明 書

2026 年 7 月 1 日 改訂

医療法人社団 東光会

訪問リハビリテーション カルナ五反田

1. 当事業所の概要

- 事業所名 訪問リハビリテーション カルナ五反田
- 所在地 東京都品川区西五反田 3-10-9
- 提供サービス 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
- 事業所番号 1310934554
- 管理者・連絡先 管理者：林 孝之 連絡先：03-5496-0671 070-1436-5070(携帯)
- サービス提供地域
- ・品川区 西五反田 1 ～ 8 丁目 荏原 1 ～ 3 丁目 東五反田 1 ～ 5 丁目
平塚 1 ～ 3 丁目 大崎 1 ～ 5 丁目 戸越 1 ～ 4 丁目
上大崎 1 ～ 4 丁目 豊町 1 ～ 2 丁目 小山 1 ～ 3 丁目
西品川 2 ～ 3 丁目 小山台 1 ～ 2 丁目 北品川 4 ～ 6 丁目
 - ・目黒区 下目黒 1 ～ 6 丁目
 - ・大田区 北馬込 1 ～ 2 丁目 上池台 1 ～ 2 丁目
 - ・港区 高輪 1 丁目

2. 職員体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	計	業 務 内 容
管理者	理学療法士	1 名		1 名	事業所従業員の労務管理及び業務管理 (訪問リハビリテーション業務兼務)
訪問リハビリ	作業療法士	2 名	1 名	3 名	訪問リハビリ業務

3. サービス提供（営業）日時

- 月曜日から金曜日 午前 9 時 ～ 午後 5 時 30 分
- 休業日 土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12/31 ～ 1/3）

4. 訪問リハビリテーションサービスの内容

- 病状観察、健康管理
- リハビリテーション
- 各種福祉用具使用のアドバイス
- 療養、介護方法、生活動作のアドバイス
- 家屋改修のアドバイス
- 食事、水分・栄養摂取方法の検討と管理
- ターミナルケアに関するリハビリテーション
- 家族など介護者の支援

5. 訪問リハビリテーション サービスについて

- ①主治医より「訪問リハビリテーション指示書」を作成していただきます。なお、指示書文書料金が発生します。
- ②当クリニック医師（訪問リハビリテーション指示医）の診察を受けていただきます。
- ③訪問リハビリテーション指示書を基に利用者様の状態に合わせ、リハビリの内容についてご説明します。
- ④年齢や病名などにより、介護保険での訪問リハビリテーションサービスを提供します。
- ⑤以下の場合は、医療保険の取り扱いとなります。

- ・ 40 歳未満の方
- ・ 40 歳～64 歳で介護保険対象疾病以外の方
- ・ 要介護認定で自立と判定された方
- ・ 厚生労働大臣が定める疾病などの方
- ・ 末期の悪性腫瘍の方
- ・ 特別指示書が交付された方
- ・ 精神疾患の方

医療保険下での訪問リハビリテーションを行うためには、主治医の診察の他に、毎月当クリニック医師（訪問リハビリテーション指示医）の診察が必要です。

- ⑥以下の場合は、サービス非実施であった際も料金を請求させていただきます。
 - ・ リハビリテーション訪問時において、事前にご不在である旨の連絡を頂けずスタッフが訪問した際
 - ・ 居室への入室が何らかの理由により適わなくなった際（例：内側から鍵がかけられている状況）

⑦訪問リハビリテーション計画書の作成・変更

- (1) 具体的なサービス提供に際して、事業者は、利用者またはその家族の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、訪問リハビリテーション計画書（以下「リハ計画書」という）を作成します。
- (2) リハ計画書は、3 ヶ月に一度の定期的な見直しと、利用者の状況変化等により事業者が変更の必要があると判断した場合、または、利用者もしくはその家族が変更を希望した場合に、双方の合意をもって変更することとします。

6. 利用料

(1) 介護保険（地域単価 11.10 円）

□a) 自己ご負担額が全額の 1 割の場合

介護	サービス提供時間	単位数	費用額 (10 割)	利用者負担額 (1 割負担)
	リハビリテーション 20 分	308 単位	3,418 円	342 円
	40 分	616 単位	6,837 円	684 円
	60 分	924 単位	10,256 円	1,026 円
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（20 分につき）	6 単位	66 円	7 円（20 分につき）
	短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位	2,220 円	222 円（訪問 1 回につき）
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位	2,664 円	267 円（訪問 1 回につき）
	リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180 単位	1,998 円	199 円（1 ヶ月につき）
	リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213 単位	2,364 円	237 円（1 ヶ月につき）
	移行支援加算（1 日につき）	17 単位	188 円	18 円（訪問 1 回につき）
	事業所評価加算	120 単位	1,332 円	137 円（1 ヶ月につき）
	退院時共同指導加算	600 単位	6,660 円	666 円
	処遇改善加算（月の総利用単位数に応じて加算）	本体部分総単位の 1.5%加算		
	同一建物減算（カルナ五反田サービス付き高齢者向け住宅の方対象）	所定単位数の 10%減算		

□b) 自己ご負担額が全額の 2 割の場合

介護	サービス提供時間	単位数	費用額 (10 割)	利用者負担額 (2 割負担)
	リハビリテーション 20 分	308 単位	3,418 円	684 円
	40 分	616 単位	6,837 円	1,368 円
	60 分	924 単位	10,256 円	2,052 円
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（20 分につき）	6 単位	66 円	14 円（20 分につき）
	短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位	2,220 円	444 円（訪問 1 回につき）
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位	2,664 円	533 円（訪問 1 回につき）
	リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180 単位	1,998 円	400 円（1 ヶ月につき）
	リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213 単位	2,364 円	473 円（1 ヶ月につき）
	移行支援加算（1 日につき）	17 単位	188 円	38 円（訪問 1 回につき）
	事業所評価加算	120 単位	1,332 円	267 円（1 ヶ月につき）
	退院時共同指導加算	600 単位	6,660 円	1,332 円
	処遇改善加算（月の総利用単位数に応じて加算）	本体部分総単位の 1.5%加算		
	同一建物減算（カルナ五反田サービス付き高齢者向け住宅の方対象）	所定単位数の 10%減算		

□c) 自己ご負担額が全額の 3 割の場合

介護	サービス提供時間	単位数	費用額 (10 割)	利用者負担額 (3 割負担)
	リハビリテーション 20 分	308 単位	3,418 円	1,026 円
	40 分	616 単位	6,837 円	2,052 円
	60 分	924 単位	10,256 円	3,077 円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (20 分につき)	6 単位	66 円	20 円 (20 分につき)
	短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位	2,220 円	666 円 (訪問 1 回につき)
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位	2,664 円	800 円 (訪問 1 回につき)
	リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	180 単位	1,998 円	600 円 (1 ヶ月につき)
	リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	213 単位	2,364 円	710 円 (1 ヶ月につき)
	移行支援加算(1 日につき)	17 単位	188 円	57 円 (訪問 1 回につき)
	事業所評価加算	120 単位	1,332 円	400 円 (1 ヶ月につき)
	退院時共同指導加算	600 単位	6,660 円	1,998 円
	処遇改善加算 (月の総利用単位数に応じて加算)	本体部分総単位の 1.5%加算		
	同一建物減算 (カルナ五反田サービス付き高齢者向け住宅の方対象)	所定単位数の 10%減算		

(2) 医療保険

□a) 自己ご負担額が全額の 1 割の場合

医療	サービス提供時間	単位数	費用額 (10 割)	利用者負担額 (1 割負担)
	リハビリテーション 20 分	300 点	3,000 円	300 円
	40 分	600 点	6,000 円	600 円
	60 分	900 点	9,000 円	900 円

□b) 自己ご負担額が全額の 2 割の場合

医療	サービス提供時間	単位数	費用額 (10 割)	利用者負担額 (2 割負担)
	リハビリテーション 20 分	300 点	3,000 円	600 円
	40 分	600 点	6,000 円	1,200 円
	60 分	900 点	9,000 円	1,800 円

□c) 自己ご負担額が全額の 3 割の場合

医療	サービス提供時間	単位数	費用額 (10 割)	利用者負担額 (3 割負担)
	リハビリテーション 20 分	300 点	3,000 円	900 円
	40 分	600 点	6,000 円	1,800 円
	60 分	900 点	9,000 円	2,700 円

(3) 自費

自費	サービス提供時間	利用者負担額	税区分	税率	税金
	リハビリテーション 20 分	3,300 円	課税 (内税)	10%	300 円
	40 分	6,600 円	課税 (内税)	10%	600 円
	60 分	9,900 円	課税 (内税)	10%	900 円

(4) 交通費

- ・ サービス提供地域内 無料
- ・ サービス提供地域外 (自転車の場合) 無料
- ・ 公共交通機関 実費 (バス、電車、タクシー等)
- ・ 自動車 (サービス提供地域外) 2km 以上、1km ごとに 324 円

7. お支払い方法

毎月のお支払いは「口座振替」になります。当月 20 日までに振替手続き完了分は、翌月の 28 日から振替開始 (28 日が銀行休業日の場合は翌営業日) となります。明細及び請求書は利用月の翌月 10 日前後にお渡しします。振替確認後に領収書を発行いたします。なお、領収書の再発行はできませんので、紛失等ないように保管をお願いいたします。万が一、再発行される場合は 1 通につき 500 円 (税別) の手数料がかかりますのでご了承ください。

8. 相談・苦情受け付け窓口

①訪問リハビリテーションについてのご相談、苦情を承ります。担当者および事業所の責任者までご連絡をお願いします。

- ・ 受付時間 月曜日 ～ 金曜日 午前 9 時 ～ 午後 5 時 30 分
- ・ 責任者 管理者： 林 孝之 携帯： 070-1436-5070
- ・ 訪問リハビリテーションカルナ五反田 代表電話： 03-5496-0671

②その他、相談窓口

- ・品川区 高齢者福祉課 支援調整係 電話 : 03-5742-6728
- ・目黒区 介護保険課 介護保険管理係 電話 : 03-5722-9574
- ・国保連合会苦情相談窓口 電話 : 03-6238-0177

9. 事業継続計画（BCP）について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、医療・介護保険サービスの提供を継続的に実施、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 to 実施します。
- (3) 定期的(年に1回程度)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。

10. 大規模災害時のサービスの継続可否について

感染症の発生や大規模な自然災害（地震、台風、大雨、洪水等）、交通災害（道路の破損、工事等）が発生した場合、職員が不足し通常運営ができなくなる可能性がございます。有事においては状況に応じサービスを一時中止する場合がございます。有事の際の対応として当該事業継続計画（BCP）に従って必要な措置を講じます。

11. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に取り組みます。

12. ハラスメント対策

介護サービス事業者のハラスメント対策を強化する観点から、「利用者の人権の擁護、虐待の防止」、「男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策」に取り組みます。事業者としてハラスメント防止を従業員に啓発していくため、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。利用者、家族等からのカスタマーハラスメント（身体的暴力及び精神的暴力）やセクシャルハラスメントとみなす事案があった際は事業所で委員会の実施、必要に応じて行政機関などへの報告を行いながら対応致します。事案によっては、契約解除などの措置も致します。

ハラスメントに対する相談窓口：

- ・責任者 管理者：林 孝之 携帯 : 070-1436-5070
- ・訪問リハビリテーションカルナ五反田 代表電話 : 03-5496-0671

13. 虐待の防止について

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。事業者として虐待の防止に従業員に啓発していくため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

14. 身体拘束について

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際は、主治医または指示医の指示のもと、利用者及び家族（または身元引受人・連帯保証人）に対して説明し同意を得た上で、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記録を行います。事業者として、身体拘束をなくしていくため委員会の開催、指針の整備、研修の実施等積極的に取り組みます。

15. サービス提供同意書

訪問リハビリテーションサービスの提供にあたり利用者及び利用者家族に対して、重要事項及びサービス内容の説明を行いました。

____年 ____月 ____日 説明者 _____ (印)

事 業 者 法 人 名 医療法人社団 東光会
代 表 者 理事長 中村 毅
事 業 所 所 在 地 東京都品川区西五反田 3-10-9
事業所名 訪問リハビリテーション カルナ五反田
(東京都知事指定 第 1310934554 号)

私は、重要事項及びサービス内容について事業所から説明を受け、同意し交付を受けました。

ご本人 住所 _____

氏名 _____ (印)

ご家族又は代理人 (ご本人との関係 _____)

住所 _____

氏名

印