

(介護予防) 訪問リハビリテーション重要事項説明書 2026年6月 改訂版

1. 事業概要

事業所名	ながおか生協診療所	法人名	ながおか医療生活協同組合
所在地	長岡市前田1丁目6番7号	電話番号	0258(38)2011
県指定年月日	平成27年6月1日(介護保険事業所番号:1510212515)		
従業員の概要	医師: <u>5</u> 人 理学療法士: _____人 作業療法士: _____人		
通常の事業の実施地域	長岡市 川東地区 北側エリア(東神田・今朝白・川崎・中沢町など) 東側エリア(長倉・鉢伏町・悠久町・乙吉町など) 西側エリア(左近・三和・柏町・春日など) 南側エリア(宮内・高町・下条・石坂など)		

2. 提供するサービスの内容

自宅でのリハビリテーションが必要であると主治医が認めた要介護の方、もしくは要介護状態となる恐れのある方に対して、その心身の状態と有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、自宅において目標と期間を定めたリハビリテーションを行うことにより、心身機能・生活機能の維持又は向上、及び社会への参加を図るサービスです。

3. 営業日及び営業時間

訪問リハビリテーションの営業日及び営業時間は以下の通りです。

- 1) 営業日: 平日と土曜日午前とし、日曜日、祝日、年末年始、運営法人が定める日は除くものとします。
- 2) 営業時間: 平日午前8時30分から午後5時00分まで、土曜日午前8時30分から12時15分までとします。

4. サービス提供の担当者

事業所の職員体制として理学・作業療法士が連携しながらサービスを実施しますが、主要担当者は以下の通りです。

ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当者(職種・氏名): _____

5. 利用料

サービスの利用料は次の通りです。以下の料金は介護保険の法定利用料に基づく金額であり、保険適用の場合は市が交付した「介護保険負担割合証」に記された負担割合の料金をご負担いただきます。

ただし、契約の有効期間中に介護保険法等の法令改正により利用者負担額の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用いたします。

なお、介護保険給付の支給得限度額を超えた場合や、作業活動や自助具等で材料費がかかった分については、実費をご負担いただきます。

	適用	料金・加算名称	単価	回数	合計
基本料金	—	★訪問リハビリテーション費 注：訪問時間は20分×2回で、概ね40分以上	要支援 298円/回(20分毎)		円
			要介護 308円/回(20分毎)		円
加算料金		当診療所以外が主治医で、 且つ当診療所の診療がない場合	-50円/回(20分毎)		円
		要支援の方で、利用開始から1年を超えた場合	-30円/回(20分毎)		円
		★サービス提供体制強化加算（I）※①	6円/回(20分毎)		円
		移行支援加算（介護予防除く）※②	17円/日		円
		リハビリテーションマネジメント加算（ロ）※③ （介護予防除く）	213円/月		円
		リハビリテーションマネジメント加算（ロ） 医師による計画書説明を行う場合	270円/月		円
		短期集中リハビリテーション実施加算※④	200円/日		円
		認知症短期集中リハビリテーション実施加算※⑤	240円/日		円
		退院時共同指導加算※⑥	600円/回		円
	中山間地域等に居住する方へのサービス提供加算※⑦	基本料金の5%/回		円	
(A) 1ヶ月の合計					円
(B) 介護職員等処遇改善加算※⑧⇒ (A) の1.5%					円
(C) 1ヶ月の利用料⇒ A+B の____割（介護自己負担割合）					円
(D) 1日あたりの概ねの金額⇒ (C) ÷ 利用日数					円

※① 勤続年数が7年以上の療法士がいることを示す加算です。

※② リハビリの目標に家庭や社会への参加を位置づけた上で、日常生活動作、及び生活関連動作を向上させて地域へのサービスに移行した利用者の割合が、一定の基準を満たしていることによる加算です。

※③ リハ計画の作成と定期的な見直し、さらに定期的なリハビリ会議の開催により関係者・事業所と連携を図ることによる加算です。

※④ 退院(所)又は認定日から3か月以内に、おおむね週に2回以上、集中的なリハビリテーションを実施するための加算です。

- ※⑤ 専門医により、認知症利用者であってリハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、集中的なリハビリテーションを実施するための加算です。
- ※⑥ 病院等に入院されていた利用者の退院にあたり、リハビリ専門職が退院前カンファレンスに参加し、病院スタッフと共同指導を実施するときの加算です。
- ※⑦ 通常の事業実施区域を越え、かつ診療所からの片道の距離が実測で7kmを越える場合に交通費として所定単位数の5%が加算されます。なお、新潟県は全域が加算の対象地域内に含まれています。
- ※⑧介護職員等の処遇改善のために国が定める加算です。

6. 利用料の支払い方法

- 1) 事業者は利用者に対してサービスを利用した月ごとにまとめて請求書を作成し、翌月の15日頃迄にお渡しします。
- 2) 前項に定める利用者負担金について利用者は特別な理由がある場合を除いて銀行口座の現金振替（毎月20日、休みの場合は次営業日）により支払うものとします。
- 3) 利用者負担金の受領に関わる領収書等については、口座振替による利用者負担金の支払いが確認されたらお渡しします。

7. 事故発生等、緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、又は事故などの緊急事態が発生した場合は、速やかに家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)に連絡を行うとともに、受診、救急搬送等の必要な措置を講じます。
 なお、骨折・入院以上の事故の場合は市町村等への報告も行います。

8. 非常災害対策

当事業所は国の定めるBCP(事業継続計画)に基づいて非常災害に関する具体的な対応マニュアルを策定しており、災害発生時はBCPに沿って対応いたします。

9. 苦情・相談窓口

当事業所が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口・機関で受け付けます。

苦情受付 窓口・機関	連絡先 (電話番号)	担当
ながおか生協診療所 内 リハビリテーション室 (長岡市前田1丁目6番7号)	0258-38-2011	羽賀 正人 (事業管理責任者、医師) 高橋 千恵 (センター長、理学療法士)
長岡市役所福祉保健部介護保険課	0258-39-2245	場所： アオーレ長岡東棟2階
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022	—

10. 事業運営の透明性確保の取り組みについて

当事業所では事業運営の透明性確保のため、利用者やその家族の求めに応じて事業計画、及び財務内容を閲覧できることとします。

11. サービスの利用にあたっての留意事項

- 1) 利用開始に先立ち、当診療所医師への受診が必要となります。
ながおか生協診療所以外にかかりつけ医をお持ちの方は、事前にかかりつけ医から当診療所への診療情報提供書が必要となります。
- 2) 訪問リハビリの継続の可否および訪問頻度については、心身機能や日常生活の状況及びリハビリ目標の達成度を定期的に確認し、主治医や担当の介護支援専門員と相談の上で決定となります。
また、見直しの結果、利用継続となる場合は3か月毎に当診療所医師による診療、及び訪問リハビリ継続の指示書が必要となります。
- 3) 介護保険証と介護保険負担割合証を初回利用時と認定が更新された時にご提示ください。なお、介護支援専門員を通じて確認させていただく場合がございます。
- 4) 訪問職員に対して金品や飲食物等の提供はお断りさせていただきます。
- 5) サービスを休まれるときには、できるだけ早めにご連絡ください。なお、ご利用のキャンセルが長期にわたる場合は介護支援専門員にも報告の上、サービスの継続について相談させて頂く場合があります。

以上

訪問リハビリテーションながおか生協診療所 利用同意書

前記の通りサービスの提供に関する契約を締結します。契約の証として本契約書・同意書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印の上、それぞれ1部ずつを保有します。

年 月 日

(事業者) サービスの提供開始にあたり、利用者に対して利用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。

所在地： 新潟県長岡市前田1丁目6番7号

事業所名： ながおか医療生活協同組合
ながおか生協診療所

管理者名： 羽 賀 正 人 印

説明者： _____ 印

(利用者) 利用契約書及び重要事項説明書の内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について同意します。

〒 _____
住 所： _____

氏 名： _____ 印

(代理人) 私は、利用者本人による記入が困難なため、契約の意思を確認の上で本人に代わり、上記署名を行いました。

〒 _____
住 所： _____

氏 名： _____ 印 (続柄 _____)

(家族代表) 私は、第12条第3項に定める利用者本人、及び家族の個人情報の使用について、同意します。(代理人と同一の場合は氏名のみ記載)

〒 _____
住 所： _____

氏 名： _____ 印 (続柄 _____)