

訪問リハビリテーション 重要事項説明書



ID _____

氏名 _____ 様



医療法人光風会 介護老人保健施設 和光園

所在地：沖縄県国頭郡今帰仁村字今泊 307 番地

0980-56-5700

訪問リハビリテーション重要事項説明書

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1. 訪問リハビリテーションとは

病気や障害を持った人が住みなれた地域やご自宅で、その人らしく療養生活を送れるように、理学療法士等が生活の場へ訪問し、各種の必要なリハビリを提供し療養生活を支援するサービスです。

2. 和光園訪問リハビリテーションの概要

(1) 事業者について

事業者名称	医療法人光風会 介護老人保健施設 和光園
所在地	沖縄県国頭郡今帰仁村今泊 307 番地
介護保険指定番号	沖縄県 475118003
法人種別	医療法人
代表者氏名	安里 義徳
電話番号	0980-56-5700

(2) 事業所について

事業所名称	和光園訪問リハビリテーション
所在地	沖縄県国頭郡今帰仁村今泊 307 番地
介護保険指定番号	沖縄県 475118003
法人種別	医療法人
管理者氏名	安里 義徳
電話番号・FAX 番号	0980-56-5700
サービスを提供する地域	今帰仁村 本部町 その他近隣地域の相談に応じる

(3) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という）に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。

(4) 事業の運営方針

- ・事業所の従事者は、要介護者等が、居宅において、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、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うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。
- ・指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。
- ・指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、地域の保険・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(5) 事業所の職員体制

職種	常勤	業務内容
医師	1 名	訪問診療による指示・管理
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1 名	理学療法訓練 作業療法訓練 言語聴覚訓練

(6) 営業日・時間

営業日・時間	月曜日～金曜日 8:30～17:30
休日	土曜日、日曜日 年末年始（12月30日～1月3日）

4. サービス提供内容

理学療法士等は、医師の指示に基づき、リハビリテーション評価を実施して「訪問リハビリテーション実施計画書」を作成し、ご利用者様やご家族に説明・同意を頂いた後に訪問リハビリテーションのサービス提供を実施いたします。

その内容は、ご利用者様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、嚥下機能訓練など、精神面では、知的能力の維持・改善、ストレス・マネージメント等を行います。

5. 利用料金（令和8年3月1日現在）

①基本料金

項 目	単 位	参考金額		備 考
訪問リハビリテーション費	308 単位 /回	1 割	308 円/回	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、居宅を訪問し、20 分間のリハビリテーションを行います。（週 6 回が限度）
		2 割	616 円/回	

②加算（該当する場合に加算されます）

項 目	単 位	参考金額		備 考
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位 /回	1 割	200 円/日	退院（所）又は初回認定日から 3 ヶ月以内に集中的なリハビリを実施
		2 割	400 円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位 /回	1 割	240 円/日	退院（所）又は訪問開始日から 3 ヶ月以内に生活機能の改善が見込まれる者を対象
		2 割	480 円/日	
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	180 単位 /月	1 割	180 円/月	医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行う
		2 割	360 円/月	
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	213 単位 /月	1 割	213 円/月	リハビリテーション計画について、計画作成に関与した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が説明し、同意を得る
		2 割	426 円/月	

リハビリテーションマネジメント加算	270 単位 /月	1 割	270 円/月	リハビリテーション計画について、医師が説明し、同意を得る
		2 割	540 円/月	
移行支援加算	17 単位/日	1 割	17 円/日	社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなどの訪問リハビリテーションを提供できた場合
		2 割	34 円/日	
サービス提供体制強化加算	6 単位/回	1 割	6 円/回	7 年以上の勤続年数のある者を配置
		2 割	12 円/回	
介護職員等処遇改善加算				介護職員等の賃金改善、資質の向上を目的に、所定単位数に 1.5% を乗じた料金を加算します。

<利用料等のお支払い方法>

- ・利用料は、月締めでのお支払いとなります。翌月に請求書を郵送または、訪問時に持参いたします。内容をご確認の上、月末まで病院会計窓口でお支払い下さい。
※銀行振り込み、口座引き落としもご利用いただけます。ご相談下さい。
- ・交通費については、特別な場合を除いて現在、請求致しておりません。

6. キャンセル

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

キャンセル料はかかりません。

連絡先：090-1943-5269

7. サービスの利用方法

まずは、お電話でお申込みください。担当職員がお伺いいたします。

8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所ご利用者様相談口	責任者	金城 博貴
	ご利用時間	月曜日～金曜日 8：30～17：30
	ご利用方法	電話（090-1943-5269）

当事業所以外に市町村窓口で苦情を伝えることができます。

今帰仁村保健予防課	0980-56-2101
本部町福祉課	0980-47-2165
名護市役所市民福祉部介護長寿課	0980-53-1212
沖縄県国民健康保険団体連合会	098-860-9026

《 別添資料 1 》

個人情報利用目的

当事業所では 利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

《 当院内での利用目的 》

- ①利用者等に提供する介護サービス（検討会議・サービス担当者会議での利用を含む）
- ②介護保険事務
- ③管理運営業務
 - 1、サービス等の管理
 - 2、会計・経理、保険事務の委託、審査支払い機関へのレセプトの提出
審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
 - 3、公的機関等からの問い合わせ・行政上の業務の対応
 - 4、利用者の介護・医療サービスの向上

《 他医療機関・介護保険事業者等への情報提供を伴う利用目的 》

- ①医療機関の医師等の意見・助言を求める場合
- ②居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携や照会への回答
- ③検体検査業務の委託その他の業務委託
- ④家族等の心身の状況説明

《 上記以外の利用目的 》

- ①当事業所内部での利用に係る利用目的
 - 1、医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 2、当事業所において行われる学生の実習への協力
 - 3、当法人において行われる事例研究
- ②他医療機関・介護保険事業者等への情報提供に係る利用目的とした外部監査機関への情報提供

令和 8 年 3 月 1 日 から施行する。

契 約 同 意 書

令和 年 月 日

当事業所は、訪問リハビリテーション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事項、個人情報情報利用の目的について説明をしました。

サービス事業所

所在地 沖縄県国頭郡今帰仁村字今泊 307 番地

名 称 和光園訪問リハビリテーション

代表者氏名 安里 義徳 印

説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業所から上記重要事項、個人情報利用の目的についての説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

(選任した場合)

氏名 印

訪問リハビリテーション 重要事項説明書



ID _____

氏名 _____ 様



医療法人光風会 介護老人保健施設 和光園

所在地：沖縄県国頭郡今帰仁村字今泊 307 番地

訪問リハビリテーション重要事項説明書

(令和7年12月1日現在)

1. 訪問リハビリテーションとは

病気や障害を持った人が住みなれた地域やご自宅で、その人らしく療養生活を送れるように、理学療法士等が生活の場へ訪問し、各種の必要なリハビリを提供し療養生活を支援するサービスです。

2. 北山病院訪問リハビリテーションの概要

(1) 事業者について

事業者名称	医療法人光風会 介護老人保健施設 和光園
所在地	沖縄県国頭郡今帰仁村今泊 307 番地
介護保険指定番号	沖縄県 4751180003
法人種別	医療法人
代表者氏名	安里 義徳
電話番号	0980－56－5700

(2) 事業所について

事業所名称	和光園訪問リハビリテーション
所在地	沖縄県国頭郡今帰仁村今泊 307 番地
介護保険指定番号	沖縄県 4751180003
法人種別	医療法人
管理者氏名	安里 義徳
電話番号・FAX 番号	0980－56－5700
サービスを提供する地域	今帰仁村 本部町 その他近隣地域の相談に応じる

(3) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある者（以下「要介護者等」という）に対し、適正な指定訪問リハビリテーション等を提供することを目的とする。

(4) 事業の運営方針

- ・事業所の従事者は、要介護者等が、居宅において、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、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うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。
- ・指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態になることの予防に資するようその目的を設定し、その目的に沿ったリハビリテーションを計画的に行う。
- ・指定訪問リハビリテーション等の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、地域の保険・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス

の提供に努める。

(5) 事業所の職員体制

職種	常勤	業務内容
医師	1 名	訪問診療による指示・管理
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1 名	理学療法訓練等 作業療法訓練等 言語聴覚訓練等

(6) 営業日・時間

営業日・時間	月曜日～金曜日 8:30～17:30
休日	土曜日、日曜日 年末年始（12月30日～1月3日）

4. サービス提供内容

理学療法士等は、医師の指示に基づき、リハビリテーション評価を実施して「訪問リハビリテーション実施計画書」を作成し、ご利用者様やご家族に説明・同意を頂いた後に訪問リハビリテーションのサービス提供を実施いたします。

その内容は、ご利用者様の日常生活がより活動的なものとなるように、身体面では、関節拘縮の予防、筋力・体力・バランスの改善、嚥下機能訓練など、精神面では、知的能力の維持・改善、ストレス・マネジメント等を行います。

5. 利用料金（令和8年3月1日現在）

①基本料金

項 目	単 位	参考金額		備 考
訪問リハビリテーション費	308 単位 /回	1 割	308 円/回	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、居宅を訪問し、20 分間のリハビリテーションを行います。（週 6 回が限度）
		2 割	616 円/回	

②加算（該当する場合に加算されます）

項 目	単 位	参考金額		備 考
短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位 /回	1 割	200 円/日	退院(所)又は初回認定日から3ヶ月以内に集中的なリハビリを実施
		2 割	400 円/日	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位 /回	1 割	240 円/日	退院(所)又は訪問開始日から3ヶ月以内で生活機能の改善が見込まれる者を対象
		2 割	480 円/日	
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180 単位 /月	1 割	180 円/月	医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行う
		2 割	360 円/月	
リハビリテーションマネジメント	213 単位	1 割	213 円/月	リハビリテーション計画について、計画

メント加算(口)	/月	2割	426円/月	作成に関与した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が説明し、同意を得る
リハビリテーションマネジメント加算	270単位/月	1割	270円/月	リハビリテーション計画について、医師が説明し、同意を得る
		2割	540円/月	
移行支援加算	17単位/日	1割	17円/日	社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなどの訪問リハビリテーションを提供できた場合
		2割	34円/日	
サービス提供体制強化加算	6単位/回	1割	6円/回	7年以上の勤続年数のある者を配置
		2割	12円/回	

<利用料等のお支払い方法>

- ・利用料は、月締めでのお支払いとなります。翌月に請求書を郵送または、訪問時に持参いたします。内容をご確認の上、月末まで病院会計窓口でお支払い下さい。
※銀行振り込み、口座引き落としもご利用いただけます。ご相談下さい。
- ・交通費については、特別な場合を除いて現在、請求致しておりません。

6. キャンセル

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。
キャンセル料はかかりません。
連絡先：090-1943-5269

7. サービスの利用方法

まずは、お電話でお申込みください。担当職員がお伺いいたします。

8. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所ご利用者様相談口	責任者	金城 博貴
	ご利用時間	月曜日～金曜日 8:30～17:30
	ご利用方法	電話 (090-1943-5269)

当事業所以外に市町村窓口に苦情を伝えることができます。

今帰仁村保健予防課	0980-56-2101
本部町福祉課	0980-47-2165
名護市役所市民福祉部介護長寿課	0980-53-1212
沖縄県国民健康保険団体連合会	098-860-9026

《 別添資料 1 》

個人情報の利用目的

当事業所では 利用者の尊厳を守り安全に配慮する理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

《 当院内での利用目的 》

- ①利用者等に提供する介護サービス（検討会議・サービス担当者会議での利用を含む）
- ②介護保険事務
- ③管理運営業務
 - 1、サービス等の管理
 - 2、会計・経理、保険事務の委託、審査支払い機関へのレセプトの提出
審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
 - 3、公的機関等からの問い合わせ・行政上の業務の対応
 - 4、利用者の介護・医療サービスの向上

《 他医療機関・介護保険事業者等への情報提供を伴う利用目的 》

- ①医療機関の医師等の意見・助言を求める場合
- ②居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携や照会への回答
- ③検体検査業務の委託その他の業務委託
- ④家族等の心身の状況説明

《 上記以外の利用目的 》

- ①当事業所内部での利用に係る利用目的
 - 1、医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 2、当事業所において行われる学生の実習への協力
 - 3、当法人において行われる事例研究
- ②他医療機関・介護保険事業者等への情報提供に係る利用目的とした外部監査機関への情報提供

令和 8 年 3 月 1 日 から施行する。

契 約 同 意 書

令和 年 月 日

当事業所は、訪問リハビリテーション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事項、個人情報情報利用の目的について説明をしました。

サービス事業所

所在地

沖縄県国頭郡今帰仁村字今泊 307 番地

名 称

和光園訪問リハビリテーション

代表者氏名

安里 義徳

印

説明者氏名

私は、本書面に基づいて事業所から上記重要事項、個人情報利用の目的についての説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

代理人

住所

(選任した場合)

氏名

印