

美原記念病院 訪問リハビリテーション 重要事項説明書

1. サービスについての相談・苦情の窓口

電話 0270-27-8813 FAX 0270-24-3359

担当者 リハビリテーション部 石森 卓矢 (いしもり たくや)

※公的機関においても、苦情申し立てができます。

伊勢崎市役所 介護保険課 0270-24-5111 赤堀支所福祉課 0270-62-9792

あずま支所福祉課 0270-62-9909 境支所福祉課 0270-74-0368

前橋市役所 介護高齢課 027-224-1111

玉村町役場 介護福祉課 0270-65-2511

桐生市役所 長寿支援課 0277-46-1111 新里支所福祉係 0277-74-2211

群馬県国民健康保険団体連合会 027-290-1323 (苦情専用)

受付時間 月曜～金曜日 9:00～17:00

群馬県社会福祉協議会 (福祉サービス適正化委員会) 027-255-6669 (苦情専用)

受付時間 月曜～金曜日 9:00～17:00

【令和6年6月1日現在】

2. 事業所概要

事業所名 美原記念病院

代表者 公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 理事長 美原 樹

所在地 〒372-0006 群馬県伊勢崎市太田町 366

事業者番号 群馬県知事指定 1010210274

職員体制 医師1名 理学療法士4名 作業療法士2名 言語聴覚士1名

3. 事業所の目的および運営方針

美原記念病院 訪問リハビリテーション課では、指示医が必要と認めた要介護者に対し、住み慣れた地域社会や家庭での療養生活が継続できるように支援することを目的としております。運営にあたっては、市町村や他の保険・医療・福祉サービス提供者との密接な連携に努め、適切かつ安定的な運営を図るよう心がけます。

4. 営業時間

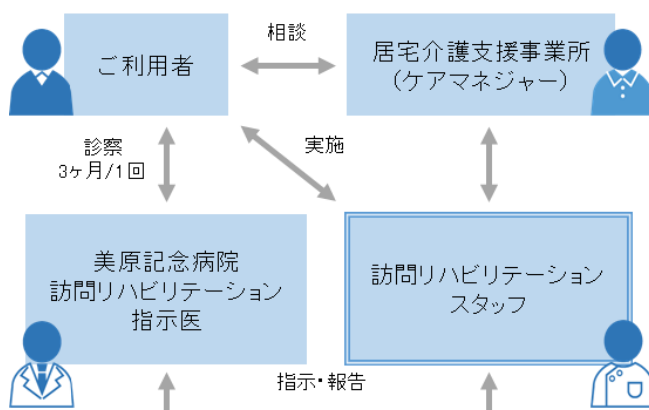
月曜～金曜日 9:00～17:00

(ただし、国民の祝日、財団の定める夏期休暇、12月30日から1月3日までを除く)

連絡体制 美原記念病院 0270-24-3355

美原記念病院 リハビリテーション部 0270-27-8813 (直通) までご連絡ください

5. お申し込みからサービス開始まで



お申し込みについては、当院の訪問リハビリテーションスタッフ、またはケアマネジャーにご相談ください。当院の訪問リハビリテーションをご利用になる場合は、最低3ヶ月に1回、当院指示医の診察が必要となります。

6. サービス内容

訪問リハビリテーション
① 日常生活動作の評価・練習
② 歩行や応用動作の評価・練習
③ 運動量の維持・向上のための練習方法の調整
④ 福祉用具の検討・住宅改修に関する助言
⑤ 趣味活動や家庭内役割の獲得に向けた援助
⑥ 外出などの社会参加に向けた援助

7. 終了について

訪問リハビリテーションは、目標と期間を設定し提供されます。

設定した目標に到達した場合や訪問リハビリテーション以外のサービスでの対応が可能となった場合、指示医およびケアマネジャーと調整し、訪問リハビリテーションスタッフより、頻度や期間の変更の提案を行います。また、お客様より訪問リハビリテーション終了の要望がありましたら、訪問リハビリテーションスタッフまたはケアマネジャーにお声かけください。

8. 利用料について

【介護保険】

- I. 介護保険制度により、指定訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬告示上の額とし、利用者はその1割～3割を負担していただきます。

	内 容	単価
基本部分	訪問リハビリテーション費（20分毎）	308 単位/回
加算①	サービス提供体制加算Ⅰ	6 単位/回
	サービス提供体制加算Ⅱ	3 単位/回
加算②	短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位/日
加算③	退院時共同指導加算	600 単位/回

平成 27 年 4 月 1 日より伊勢崎地区が地域区分(7 級地)の対象地区となったため 1 単位 10.17 円となり、その 1 割～3 割が自己負担となります。

II. 加算について

① サービス提供体制強化加算：20 分/1 回につき

I：厚生労働大臣が定めた指定訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数が 7 年以上の者が 1 名以上いる事業所で指定訪問リハビリテーションを行なった場合は、1 回につき所定単位数を加算する。

II：厚生労働大臣が定めた指定訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数が 3 年以上の者が 1 名以上いる事業所で指定訪問リハビリテーションを行なった場合は、1 回につき所定単位数を加算する。

② 短期集中リハビリテーション実施加算：1 日につき

退院・退所日または新たに要介護認定を受けた日から 3 ヶ月以内の訪問で加算します。

③ 退院時共同指導加算：退院につき 1 回限り

病院または診療所に入院中の者が退院するにあたり、訪問リハビリテーション事業所の医師、または理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合、退院につき 1 回に限り、所定単位数を加算します。

III. 通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問リハビリテーションに要した交通費は次の額とします。

① 事業所から片道 20 km 以上 250 円

② 著しく経済困難と管理者が認めた利用者については、減額または免除することができます。

IV. 日常生活用品や医療材料等の物品を提供した場合は、実費相当額を利用者および要介護者が負担するものとします。

V. 介護予防訪問リハビリテーション（要支援者）

	内 容	単価
基本部分	訪問リハビリテーション費（20分毎）	298 単位/回
加算①	サービス提供体制加算Ⅰ	6 単位/回
	サービス提供体制加算Ⅱ	3 単位/回
加算②	短期集中リハビリテーション実施加算	200 単位/日
加算③	退院時共同指導加算	600 単位/回

平成 27 年 4 月 1 日より伊勢崎地区が地域区分(7 級地)の対象地区となったため 1 単位 10.17 円となり、その 1 割～3 割が自己負担となります。

VI. 加算について

① サービス提供体制強化加算：20 分/1 回につき

Ⅰ：厚生労働大臣が定めた指定訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数が 7 年以上の者が 1 名以上いる事業所で指定訪問リハビリテーションを行なった場合は、1 回につき所定単位数を加算する。

Ⅱ：厚生労働大臣が定めた指定訪問リハビリテーションを直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数が 3 年以上の者が 1 名以上いる事業所で指定訪問リハビリテーションを行なった場合は、1 回につき所定単位数を加算する。

② 短期集中リハビリテーション実施加算：1 日につき

退院・退所日または新たに要介護認定を受けた日から 3 ヶ月以内の訪問で加算する。

③ 退院時共同指導加算：退院につき 1 回限り

病院または診療所に入院中の者が退院するにあたり、訪問リハビリテーション事業所の医師または理学療法士等が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合、退院につき 1 回に限り、所定単位数を加算する。

④ 介護予防訪問リハビリテーション：20 分/1 回につき減算

利用開始日の属する月から 12 月を超えた場合 30 単位減算とする。

9. 訪問地域

伊勢崎市・前橋市・玉村町・太田市の一部 など

10. 個人情報の利用

訪問リハビリテーションスタッフは、利用者に関するサービス提供が適切に行なわれるように、指示医・介護支援専門員など他事業所と、必要な範囲で個人情報を共有いたします。

11. 緊急時の対応について

訪問リハビリテーションスタッフは、訪問時、または訪問中に利用者の急変が見られた場合、その他必要な場合には、速やかに指示医への連絡を行う等の措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先に連絡します。

12. ご利用にあたってのお願い

- I. 保険証などを確認させていただきます。これらの書類について変更が生じた場合は、必ずお知らせください。
- II. 訪問の予定変更を希望される場合は、当日の 9:00 までにご連絡をお願いいたします。

13. 支払いについて

訪問リハビリテーション利用料は毎月月末に締め、翌月の 10 日以降に請求書をお渡しします。お支払いはその月中に現金でお支払いをお願いいたします。

【令和 6 年 6 月 1 日現在】

事業者

当事業所は、訪問リハビリテーションの提供にあたり、ご利用者にサービス内容及び重要事項を説明いたしました。

事業所名 美原記念病院
所在地 〒372-0006 群馬県伊勢崎市太田町 366
代表者 理事長 美原 樹

説明日 令和 年 月 日

説明者 _____ 印

ご利用者

私は、訪問リハビリテーションを利用するにあたり、サービス内容及び重要事項について、文書に基づいて説明を受け、それに対する十分な説明の機会を得られ、同意いたします。

上記重要事項の同意の証として、本同意書を2部作成し、利用者及び事業者が記名・押印の上、それぞれ1部ずつを保有します。

ご利用者 氏名 _____ 様 印

住所 _____

同意日 令和 年 月 日

署名代行者 氏名 _____ 印

住所 _____

本人との続柄 _____

立会人 氏名 _____ 印

住所 _____