

1. 指定訪問リハビリテーション事業所 羽村三慶訪問リハビリテーションの概要

(1)事業所の概要

事業所名	医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院 訪問リハビリテーション		
所在地	東京都羽村市羽字武蔵野 4207 番地		
代表者	医療法人社団 三秀会 理事長 三浦剛士		
責任者	理学療法士 吉岡 孝徳		
電話	042 - 570 - 1181	事業所指定番号	1315370028

(2)勤務体制、営業日、サービス提供時間

営業日：月～土曜日(午前9時～午後5時)

※日曜・祝日・年末年始 12/30～1/3 は営業いたしません。

理学療法士 常勤専任 7名(男性6名、女性1名)、 月曜日～土曜日(午前9時～午後5時)

作業療法士 常勤専任 4名(男性3名、女性1名) 月曜日～土曜日(午前9時～午後5時)

言語聴覚士 常勤専任 1名(男性)、兼務(男性1名) 月～木・土曜日(午前9時～午後5時)

※臨時に勤務体制が変更される場合があります。その際は事前にご相談させていただきます。

(3)サービス内容

- ①健康管理 病状の観察、血圧・脈拍等の測定
- ②機能訓練 リハビリテーション
- ③介護者の援助 介護方法の指導・健康管理・福祉サービスの紹介
- ④その他の相談

(4)通常の事業実施地域 ※記載以外の地域にお住まいの方はご相談ください。

羽村市(全域)・瑞穂町(全域)・福生市(全域)

青梅市(末広町、新町、今井、藤橋、今寺、谷野、木下、大門、河辺町、野上町、師岡町、東青梅、友田町、西分町)

あきる野市(草花、原小宮、平沢、二宮、雨間、野辺、菅生)

武蔵村山市(中原、残堀)

2. 利用料金

(1)利用料

介護保険から給付サービスを利用する場合は、原則として利用料金(料金表)の通りです。お住まいの自治体から発行される介護保険負担割合証に準じます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービスの利用は全額自己負担となります。お支払いいただく料金の単価は概ね以下のとおりです。地域区分による上乗せがあるため、実際は下記金額に 1.033 を掛けた金額になります。

【訪問リハビリテーション基本料金】

	利用料金 (1回につき)	1割負担	2割負担	3割負担
訪問リハビリテーション費 (要介護)	3080 円/回	308 円/回	616 円/回	924 円/回
介護予防訪問リハビリテーション費 (要支援)	2980 円/回	298 円/回	596 円/回	894 円/回

【加算】

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算 I ※1	60 円/回	6 円/回	12 円/回	18 円/回
移行支援加算※2	170 円/日	17 円/日	34 円/日	51 円/日
短期集中リハビリテーション加算※3	2000 円/日	200 円/日	400 円/日	600 円/日
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)※4	2130 円/月	213 円/月	426 円/月	639 円/月
医師による説明※5	2700 円/月	270 円/月	540 円/月	810 円/月
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算※6	2400 円/日	240 円/日	480 円/日	720 円/日
退院時共同指導加算※7	6000 円	600 円	1200 円	1800 円

※1 サービス提供体制強化加算

当事業所では、定められた基準を満たしている為、1回(20分)当たり 60 円(自己負担額 6 円)の加算が発生します。

※2 移行支援加算

当事業所では、利用者の社会参加支援を一定の基準以上行っている為、要介護 1～5 の方を対象に 1 日当たり 170 円(自己負担額 17 円)の加算が発生します。

※3 短期集中リハビリテーション加算

医師・理学療法士・作業療法士その他の職種が連携して、利用者ごとにリハビリテーション実施計画書を作成し、計画に基づいて理学療法士・作業療法士、言語聴覚士が個別に集中的なリハビリを行った場合、1日につき 2000 円(自己負担額 200 円)が加算されます。

(退院・退所又は認定日から起算して 3 ヶ月以内の要介護者・要支援者)

※4 リハビリテーションマネジメント加算(ロ)

3 ヶ月に 1 回以上のリハビリテーション会議の実施、継続的にリハビリテーションの質を管理している、居宅サービス事業所との情報共有、事業所の医師によるリハビリテーションの目的・実施中の留意点・リハビリテーションの中止基準・リハビリテーションの負荷量等の指示がある、ご家族に対して介護や日常生活についての工夫・留意点の助言を行う等を行った場合、1 月につき 2130 円(自己負担額 213 円)が加算されます。

※5 医師による説明

当事業所の医師よりリハビリテーションの計画の説明をした際に 1 月につき 2700 円(自己負担額 270 円)が加算されます。

※6 認知症短期集中加算

認知症と診断された方で、リハビリテーションで生活機能の改善が見込まれると医師が判断し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が集中的にリハビリを行った場合、1 日につき 2400 円(自己負担額 240 円)が加算されます。

(退院・退所又は訪問開始日から起算して 3 ヶ月以内の要介護者・要支援者)

※7 退院時共同指導加算

事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が医療機関で行われる退院時カンファレンスに参加し、在宅生活について共同で指導した場合に初回の訪問リハビリテーション実施時の 1 回のみ 6000 円(自己負担 600 円)が加算されます。

(2)交通費

通常の事業実施地域以外の地域の居宅において訪問リハビリテーションを実施した場合に要した交通費をご請求させていただくことがあります。

交通費	通常の事業実施地域	無料
	通常の事業実施地域を超えて 10km 以内	150 円
	上記より 5km 増すごとに	100 円加算

(3)サービスにかかる費用

必要に応じて公共施設や公共交通機関等の利用、買い物練習等のサービスを実施する場合は、サービス従業者にかかる費用も含めて全額負担していただきます。

3. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等が生じた場合は、主治医、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。緊急連絡先は急変時に必ず連絡が取れる番号をご記入ください。(勤務先番号・社内用携帯番号等)また訪問リハビリテーション職員は原則、救急車への同乗はできません。連絡が取れない場合は救急隊へ緊急連絡先をお伝えすることがあります。予めご了承ください。

主治医	主治医氏名	ご家族	氏名
	連絡先		緊急連絡先

4. サービスに対する相談・苦情の窓口

利用者相談・苦情担当

担当 吉岡 孝徳 電話 042-570-1181

また、御意見箱を羽村三慶病院受付正面、薬局カウンターに設置しております。その他、お住まいの市役所の介護保険課、もしくは東京都国民健康保険団体連合会苦情相談専用窓口(03-6238-0177：土日・祝祭日を除く午前9時から午後5時まで)へご相談下さい。

羽村市	福祉健康部高齢福祉介護課	042-555-1111
瑞穂町	高齢課高齢係	042-557-7623
福生市	福生市役所	042-551-1511
青梅市	健康福祉部高齢介護課	0428-22-3508
あきる野市	健康福祉部高齢者支援課	042-558-1111
武蔵村山市	健康福祉部高齢福祉課	042-590-1233
日の出町	高齢福祉係	042-597-0511

5. 診察について

訪問リハビリテーションは制度上、事業所所属の医師の診察から3ヶ月以内に実施できることになっています。3ヶ月毎に医学的管理を行っている医師より訪問リハビリテーション指示書が必要となります。3ヶ月を超えて診察が行われない場合、訪問リハビリが実施出来ません。ご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

6. その他

(1)後進育成

当事業所では、後進育成のため、新人職員や実習生の研修を行っており、訪問リハビリテーションの見学・実習をさせていただく可能性があります。その際は事前にご相談し、承諾を得てから実施いたします。

(2)交通事情による遅延

交通事情や、前の利用者様の状態・都合により、到着時間が 20 分程度前後する場合がございますのでご了承下さい。20 分以上時間が前後する場合は、電話にてご連絡差し上げますので、併せてご了承下さい。

(3)電話連絡

諸連絡は 042-570-1181 までご連絡をお願いします。事業所不在の場合は留守番電話へご用件を録音していただければ可能な限り即日対応いたします。また当日のキャンセルなど急を要する連絡の場合は、当日 9:00 までは 042-570-1181 へ、9:00 以降は各担当の携帯電話（留守電対応のこともあります）へご連絡下さい。

(4)担当変更

当事業所では、利用者ごとに担当を決め個別に訪問リハビリテーションを提供させていただきますが、事業所の都合により担当を変更させていただく事があります。ご了承ください。

契約をする場合は以下の確認をすること

年 月 日

訪問リハビリテーションの開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所・説明者

所在地 東京都羽村市羽字武蔵野 4207 番地
名称 羽村三慶病院訪問リハビリテーション

氏名 _____

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問リハビリテーションの重要事項の説明を受けました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

(代理人)

住所 _____

氏名 _____