

重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 03-5915-2677 (午前8時30分～午後5時30分)

FAX 03-5915-2688 (24時間受付)

担当 支援相談員

* ご不明な点は、何でもお尋ねください

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称・所在地等

・事業所名	板橋ロイヤルケアセンター
・開設年月日	平成12年9月1日
・所在地	東京都板橋区前野町三丁目46-3
・電話番号	03-5915-2677
・ファックス番号	03-5915-2688
・代表者	理事長 中村 哲也
・介護保険事業所番号	1371912138

(2) 事業所の目的

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します。

(3) 事業所の職員の職務内容

①管理者	1人
②理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1人以上 (介護老人保健施設等と兼務)
③事務員	1人 (介護老人保健施設等と兼務)

(4) 営業日、営業時間

営業日 : 月曜日から土曜日

但し、年末年始の12月31日から1月2日までを除きます。

営業時間 : 午前8時30分から午後5時30分まで

但し、12月30日は午前8時30分から午後12時30分まで。

3 サービス内容

- ① 在宅生活支援の観点から、必要に応じたリハビリテーションを行います。
- ② 日常生活での注意点、改善点等のアドバイスを行います。

4 利用料金

【重要事項説明書別紙】を参照ください。

5 通常の事業の実施区域

板橋区、北区とします。

6 支払い方法

毎月12日頃に前月分の請求をいたしますので、27日以内にお支払いください。

お支払方法は原則口座引落としとさせていただいております。それ以外の支払い方法をご希望の方はご相談ください。

7 協力医療機関

・板橋中央総合病院 : 東京都板橋区小豆沢 2-12-7

03-3967-1181

8 サービスの特徴等

(1) 運営の方針

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り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ります。

2 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と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います。

3 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、地域の保健・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ます。

9 事業所利用にあたっての留意事項

① 到着時間の連絡

利用開始にあたり、概ねの時間をお知らせいたします。また、変更の際には、事前にお知らせいたします。なお、天候や道路事情等により到着時間が前後する場合があります。予めご了承ください。

② 体調確認

当日、ご利用の際に職員が血圧測定などの体調確認を行います。

③ 体調不良によるサービスの中止・変更

当日の体調確認の結果、体調が悪い場合は責任者等の判断によりサービス内容の変更または中止することがあります。その際、連帯保証人へ連絡のうえ、適切に対応します。

④ 時間の変更

利用者様のご都合による利用時間の変更があった場合も規定の利用料金をご負担いただきます。継続的に利用時間を変更される場合は、居宅サービス計画の変更が生じます。事前に当事業所または担当の介護支援専門員にご相談ください。

⑤ 連帯保証人等への連絡等

利用者及び連帯保証人並びにその関係者が、上記留意事項をお守り頂けない場合は、利用者に関わる連帯保証人またはその関係者へ連絡を行います。

10 第三者評価

第三者評価は実施しておりません。

1 1 緊急時の対応方法

ご利用者の容態に変化等あった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講じます。必要に応じて速やかに家族、主治医、救急隊、居宅介護支援事業者等に連絡をいたします。なお、連絡先は本契約書の連帯保証人に連絡いたします。

主治医	医療機関名	
	医 師 名	
	住 所	
	電話番号	

1 2 事故発生時の対応について

サービス提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに連帯保証人や区に連絡と報告をすると共に、必要な措置を講じます。事故内容については状況等を記録し、再発防止に努めます。事故が事業者側の故意過失による場合は損害賠償します。故意過失によらない場合はこの限りではありません。

1 3 高齢者虐待の発生又はその再発を防止するための対策について

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知する。

(2) 虐待の防止のための指針を整備する。

(3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

(4) 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 前項第一号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

1 4 契約の解除

利用者は、当施設に対して終了希望日の14日前までに文書等で通知することにより、この契約を解除することができます。但し、利用者の病変や急な入院等なやむを得ない事情がある場合には、即時契約を解除することができます。

2 身元引受人も前項と同様に訪問リハビリテーション利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

3 次の事由に該当した場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対して、14日間の予告期間において文書等で通知することにより、この契約を解除することができます。尚、④⑤⑥について即時利用終了とし、この契約を解除することができます。

① 利用者及び身元引受人が、サービス利用料金の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、利用料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合

② 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用いただくことができない場合

③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な訪問リハビリテーションサービスを提供することが困難な場合

- ④ 利用者又はその身元引受人が、当施設やサービス従事者に対して、この契約を継続し難いほどの重大な背信行為(セクハラ、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為)を行った場合
- ⑤ 利用者の行動がサービス従事者の生命、身体、健康に影響を及ぼす恐れがあり、又は、利用者が自傷行為を起こす等この契約の継続がし難い事情が生じた場合
- ⑥ 契約書の第3条第4項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。

1.5 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 1階事務所付近意見箱

(2) 当事業所の相談・苦情および高齢者虐待の受付窓口 事務室で受け付けています。

〔担当職員〕 施 設 長
 看 護 部 長
 支 援 相 談 員
 電 話 03-5915-2677

(3) 苦情・相談等に対応するための体制・手順

1. 支援相談員が、利用契約時に利用者及び家族に対して苦情・相談等の申し出方法について説明する。
2. 寄せられた苦情・相談等は支援相談員が受け付け、必要に応じ、施設長、看護部長、事務長に報告する。
3. 支援相談員は関係職員に事実確認・再発防止策の立案・実施をさせるとともに、当該利用者・家族との話し合いの場を設けるなど、問題解決に取り組む。
4. 支援相談員はその内容や経過などを記録する
5. 支援相談員は月1回開催のサービス向上委員会（緊急性・重要性の高いケースについては臨時開催）にて、苦情・相談等の内容を報告し、問題解決に取り組む。
6. 必要に応じて、東京都福祉保健局や板橋区、その他関係機関への報告、連携し、問題解決に取り組む。

(4) その他

区役所、国保連の介護保険の窓口でもご相談いただけます。

◇板橋区役所 健康生きがい部介護保険苦情相談室
 〒173-8501 東京都板橋区板橋二丁目66番1号
 TEL: 03-3579-2079
 ◇東京都国民健康保険団体連合会 介護保険課
 〒102-0072 千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階
 TEL: 03-6238-0177 (大代表) FAX: 03-6238-0022

1.6 その他運営に関する重要事項

- (1) 事業所は、職員の資質向上を図る為の研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備します。
 - 一 採用時研修 採用後6ヶ月以内
 - 二 継続研修 年2回以上
- (2) 職員は、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- (3) 職員であった者に、職務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させる為、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。

1.7 当法人の概要

法人名	医療法人社団 明 芳 会
代表者役職・氏名	理事長 中 村 哲 也
法人所在地	東京都板橋区小豆沢2丁目12番7号
法人電話番号	03-3967-1181
定款の目的に定めた事業	1. 病院の経営 2. 診療所の経営 3. 介護老人保健施設の経営 4. その他これに付随する業務 訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 看護学校 その他

重要事項説明書 別紙

1 利用料金

(1) 訪問リハビリテーション利用料

サービス内容略称	基本 サービス 費	自己負 担額 (1割)	自己負 担額 (2割)	自己負 担額 (3割)	備 考
訪問 リハビリテーション費	308 単位 /回	342 円 /回	684 円 /回	1,026 円 /回	1 回あたり 20 分以上の実施につき
短期集中リハビリ テーション実施加算	200 単位 /日	222 円 /日	444 円 /日	666 円 /日	退院（所）日又は認定日から起算し て 3 月以内。 (1 回あたり 20 分以上の実施につ き)
認知症短期集中リハビ リテーション実施加算	240 単位 /日	267 円/ 日	533 円/ 日	800 円/ 日	退院（所）日又は訪問開始日から 3 月以内
リハビリテーションマ ネジメント加算（イ）	180 単位 /月	200 円 /月	400 円 /月	600 円 /月	・リハビリテーション会議を開催し、 会議内容を記録する。※医師のリハ ビリテーション会議の出席（テレビ 電話等使用可）。 ・医師が利用者又は家族に計画の説 明を行い、同意を得た場合。 ・理学療法士等が介護支援専門員に 対して利用者に必要な支援方法及び 日常生活上の留意点等に関する情報 提供を行った場合。
リハビリテーション マネジメント加算 （ロ）	213 単位 /月	237 円 /月	473 円 /月	710 円 /月	・3 月ごとにリハビリテーション計 画を更新等・リハビリテーション計 画を定期的に評価見直しを行った場 合。 ・理学療法士等が、利用者の居宅を 訪問し、その家族に対し必要な指導 や助言等を行った場合。 ・リハビリテーションの実施にあた り医師が詳細な指示を行った場合。 ・ロはリハビリテーション計画書等 の情報を厚生労働省に提出し適切か つ有効に活用している場合。

訪問リハマネジメント 加算 3	270 単位/ 月	300 円/ 月	600 円/ 月	900 円/ 月	事業所の医師が利用者又はその家族 に対して説明し、利用者の同意を得た 場合 1 月につき
事業所の医師が診療を 行わなかった場合の減算	▲50 単 位/回	▲56 円 /回	▲111 円 /回	▲167 円 /回	・当事業所の医師の診察を受けずに訪 問リハビリテーションを行った場合。
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	6 単位/回	7 円/回	14 円/回	20 円/回	・訪問リハビリテーションを実施す る理学療法士等のうち、勤続年数 7 年以上の者がいる場合。
口腔連携強化加算	50 単位/ 回	56 円/回	111 円/ 回	167 円/ 回	都道府県へ届出しており口腔の健康 状態の評価及び共有しかつ体制を確 保している等
退院時共同指導加算	600 単位 /回	666 円/ 回	1,332 円/回	1,998 円/回	理学療法士等が医療機関の退院前カ ンファレンス等に参加し共同指導を 行った場合、1 回のみ算定
移行支援加算	17 単位/ 日	19 円/日	38 円/日	57 円/日	訪問リハビリテーション終了者のう ち指定通所介護等を実施した者の占 める割合が 100 分の 5 を超えている 場合等
《交通費》通常の事業 実施区域を超えて、概ね 往復 1km 以上超えた場 合	1km あ たり	15 円（1km あたり）			
診断書・診療情報提供 書		6,000 円/1 通			他施設へ転所する際等に作成いたし ます。別途消費税。
生命保険用診断書（保 険給付金等）		12,000 円/1 通			別途消費税
施設書式による証明 書		4,000 円/1 通			医師以外が作成するもの。 提出先から用紙を指定されている場合 はご相談ください。別途消費税。
コピー代（実費）		30 円（1 枚あたり）			別途消費税

(2) 介護予防訪問リハビリテーション利用料

介護予防訪問リハビリテーション費	基本サービス費	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)	備 考
予 防 訪 問 リハビリテーション費	298 単位 /回	331 円 /回	662 円 /回	993 円 /回	1 回あたり 20 分以上の実施につき
短期集中リハビリ テーション実施加算	200 単位 /回	222 円 /回	444 円 /回	666 円 /回	退院（所）日又は認定日から起算して 3 月以内。
事業所の医師が診療を行わなかった場合の減算	▲ 50 単位 /回	▲ 56 円 /回	▲ 111 円 /回	▲ 167 円 /回	・ 当事業所の医師の診察を受けずに訪問リハビリテーションを行った場合
サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）	6 単位/ 回	7 円/ 回	14 円/ 回	20 円/ 回	・ 訪問リハビリテーションを実施する理学療法士等のうち、勤続年数 7 年以上の者がいる場合。
口腔連携強化加算	50 単位/ 回	56 円/ 回	111 円/ 回	167 円/ 回	都道府県へ届出しており口腔の健康状態の評価及び共有しかつ体制を確保している等
退院時共同指導加算	600 単位 /回	666 円/ 回	1,332 円/ 回	1,998 円/ 回	理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンス等に参加し共同指導を行った場合、1 回のみ算定
移行支援加算	17 単位/ 日	19 円/ 日	38 円/ 日	57 円/ 日	訪問リハビリテーション終了者のうち指定通所介護等を実施した者の占める割合が 100 分の 5 を超えている場合等
《交通費》通常の事業 実施区域を超えて、概ね 往復 1km 以上超えた場合		15 円（1km あたり）			
診断書・診療情報提供書		6,000 円/1 通			他施設へ転所する際等に作成いたします。 別途消費税
生命保険用診断書（保険 給付金等）		12,000 円/1 通			別途消費税
施設書式による証明書 書		4,000 円/1 通			医師以外が作成するもの。 提出先から用紙を指定されている場合はご相談ください。別途消費税。
コピー代（実費）	-	30 円（1 枚あたり）			別途消費税

※（1）および（2）については、端数処理をしていますので回数等により自己負担の金額が変わる場合があります

ます。

(3) キャンセル料

利用者の都合でサービス利用を中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の前日の営業日 17時30分までに ご連絡いただいた場合	0円
② ご利用日の前日の営業日 17時30分以降に ご連絡いただいた場合	500円（非課税）
③ ご利用当日サービスを提供するまでにご連絡が なく、訪問しても不在等によりサービスを提供で きなかった場合	3,418円（非課税） （（介護予防）訪問リハビリテーショ ン費の10割）

*ご利用日が月曜日の場合は土曜日までとなるためご注意ください。

(4) 支払い方法

毎月12日頃に前月分の請求をいたしますので、27日以内にお支払いください。

お支払方法は原則口座引落としとさせていただいております。それ以外の支払い方法をご希望の方はご相談ください。