

運営規程の概要

【介護予防通所リハビリテーション】

1. 事業所の名称等

- ・法人名 医療法人 生登会
- ・開設者名 理事長 寺 元 隆
- ・施設名 医療法人生登会 かわちながの介護老人保健施設 てらもと総合福祉センター
- ・開設年月日 平成10年3月16日
- ・所在地 大阪府 河内長野市 小山田町 1701番地の1
- ・電話番号 0721-52-7000 ・FAX番号 0721-50-3500
- ・管理者名 事業所長 西尾 正一
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2750780013 号)

2. 目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の従事者が要支援状態の利用者に対し、適正な指定介護予防リハビリテーションを提供することを目的とする。

3. 運営方針

1. 事業所の従事者は、利用者の心身の状況、病歴を踏まえて可能な限りその居宅において、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、介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、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ものとする。また、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
2. 事業の運営に当たっては、利用者の所在する市町村、介護予防支援事業者、在宅介護支援センター、他の介護予防サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとする。
3. 前2項のほか「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防の為の効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚労省令第35号）」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

4. 職員の配置状況及び勤務体制

職 種	常 勤	非常勤	早 出	遅 出
管理者（施設と兼務）	1 人			
医師（管理者含む）（施設と兼務）	1 人以上	人	人	人
看護・介護職員	6 人以上	人	(1) 人	(1) 人
理学療法士等	1 人以上	人	人	人
事務職員	若干名	人	人	人

日 勤：8:30～17:00（介護・看護職員）

早 出：8:00～16:30（介護職員） 遅 出：10:00～18:30（介護職員）

※（ ）書については、時間延長サービスの勤務体制である。

5. 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日（12月31日から1月3日除く）
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時00分

6. 利用定員及び通常の事業実施地域

定員 50名 通常の事業実施地域（河内長野市）

7. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の情報についても、同様の取り扱いといたします。事業者は、利用者及び家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとする。

8. サービス内容について

- ① 介護予防支援事業所の介護支援専門員が作成する介護サービス計画を元に当事業所での介護サービス計画を立案
- ② 利用上必要な事項についての説明及び指導
- ③ 食事
 - 昼食 12時00分～
 - 夕食 18時00分～
- ④ 入浴介助及び見守り等
- ⑤ 排泄介助及び見守り等
- ⑥ 着替え介助及び見守り等
- ⑦ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑧ 理美容サービス（通所リハビリ実施以外の時間帯に行い、理美容代は利用者が直接、業者に支払って下さい）
- ⑨ 送迎サービス
- ⑩ その他（各種加算体制等）

9. 利用料金

① 事業所は、法定代理受領サービスに該当する指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供した際には、利用者からの利用料の一部として、当該指定介護予防通所リハビリテーションサービスについて介護保険法第53条第2項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（告示上の額）から当該事業所に支払われる介護予防サービス費の額を控除して得られた額の支払を受ける。

② 事業所は、法定代理受領サービスに該当しない指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供した際に利用者から支払を受ける利用料の額と、前項の額との間に、不合理な差額が生じないようにする。

③ 事業所は、前2項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受ける。

一 食事の提供に要する費用	朝食	484円/回
	昼食（おやつ含む）	720円/回
	夕食	748円/回
	特別な食事（個人の嗜好）メイトランスミ	97円（税込）/本
二 おむつ代	尿取りパット	55円（税込）/枚
	尿取りパット（夜用）	65円（税込）/枚
	テープ止め M	175円（税込）/枚
	テープ止め L	208円（税込）/枚
	リハビリパンツML	197円（税込）/枚
三 文書料		1,100円（税込）/通
四 日用品費（フェイスタオル、シャンプー、リンス、石鹸、ティッシュ、歯磨き粉等）		70円/日
五 教養娯楽費（折紙、粘土、生花、書道等）		100円/回
六 学習療法教材費		2550円/月

④ 事業所は、前各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得る。

⑤ 事業所は、第3項各号に定める利用料について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、利用者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更する。

⑥ 利用料の支払いを受けたときは、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付する。

⑦ サービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用料並びにその他の利用料の内容及び金額に関し記した契約書を締結することとする。

10. 支払い方法

毎月10日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の20日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、現金、銀行振込の2方法があります。利用契約時にお選び下さい。

11. 協力医療機関等

事業所では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

・協力医療機関

・名称 医療法人 生登会 寺元記念病院
・住所 大阪府河内長野市古野町4番11号
・電話番号 0721-50-1111

・協力歯科医療機関

・名称 医療法人 生登会 寺元記念病院 歯科口腔外科
・住所 大阪府河内長野市古野町4番11号
・電話番号 0721-50-1111

12. 事業所利用に当たっての留意事項

① 持ち物には、全て名前をお書き下さい。また、必要以上の荷物の持ち込みはご遠慮下さい。

② 盗難・事故防止のため、金銭及び高価な品物の所持はお断りしています。なお、事業所内での金品の紛失については、当事業所として一切責任を負えません。

13. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者を定め定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

・防災設備 スプリンクラー、消火器、散水栓、火災受信機、非常放送設備
・防災訓練 年2回以上（内1回夜間または夜間想定）

14. 禁止事項

① 当事業所では、多くの方に安心して、また快適に療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

② 喧嘩もしくは口論をなし、または楽器等の音を大きく出して静穏を乱し、他の利用者に迷惑を及ぼすこと。

③ 故意に事業所もしくは物品に障害を与え、又はこれらを事業所外に持ち出すこと。

④ 事業所内の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること

⑤ 無断で備品の位置、又は形状を変えること。

⑥ 事業所及び職員に対する心遣い。

15. 他機関との連携

協力医療機関への受診：当事業所では、病院や歯科診療所に協力をいただいていますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようになっています。

16. 事故発生時、緊急時等における対応方法

サービス提供中に利用者に事故が発生する等の緊急の事態が発生した場合、市町村、利用者の家族及び介護予防支援事業所、主治医に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、サービス提供により損害を賠償すべき事故が発生した場合には損害を賠償します。但し、事業所の責任によらない理由によって損害が生じた場合はこの限りではありません。

家族連絡については、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

17. 要望又は苦情等の申出

利用者及び家族等は、当事業所の提供する介護予防通所リハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情等について、担当職員に申し出てくださいか又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出てください。