

1. 事業所概要

事業所名称	医療法人財団明理会 山形ロイヤル病院
所在地	山形県東根市大森二丁目3番6号
代表者氏名	理事長 中村 哲也
管理者	熱 海 裕 之
電話番号	0 2 3 7 (4 3) 8 0 8 0
F A X 番号	0 2 3 7 (4 3) 8 2 2 7
事業所番号	0 6 1 1 7 1 0 4 0 1

2. 事業目的と営業方針

★事業目的

*要介護・要支援状態の利用者に対し、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心身機能の維持・向上と利用者家族の負担軽減を図ることを目的とします。

★運営方針

- ①リハビリテーションは「心身機能」「活動」「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないというリハビリテーションの基本理念のもと、サービスの提供に努めます。
- ②要介護・要支援状態の利用者の心身の特性を踏まえ、リハビリテーションを通して日常生活動作の維持・改善を図ると共に、明るく生き生きとした生活の確保を重視した在宅生活が1日でも長く継続出来るよう支援します。
- ③利用者に適切なサービスが提供出来るように関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を密に行うことに努めます。

3. 職員体制と業務内容

職種	人員配置	業務内容
管理者	1名(医師と兼務)	従業員の管理・指導
医師	1名以上	利用者への医学的対応等
看護職員	1名以上	看護および医師の指示による医療行為
理学療法士	1名以上	機能訓練の実施および介護職員への指導等
作業療法士	1名以上	
言語聴覚士	1名以上	
管理栄養士	1名以上	食事管理、栄養指導等
介護職員	5名以上	介護等
相談員	1名以上	相談、苦情受付等

4. 営業日時

- *営業日 : 月曜日 ~ 土曜日(祝祭日含む)。ただし、12月31日~1月2日までを除く。
*営業時間 : 午前 9:30 ~ 午後 5:30
*サービス提供時間: 居宅サービス計画による。

5. 利用定員

*1日の定員は45名(介護予防通所リハビリテーション含む)とします。

6. サービス内容

- (1) 通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）計画立案
- (2) 健康状態の確認
- (3) 機能訓練サービス
- (4) 日常生活上の援助（食事介助・排泄介助・清潔介助・入浴介助等）
- (5) レクリエーション・クラブ活動等
- (6) 口腔機能向上サービス
- (7) 栄養改善サービス
- (8) 送迎サービス
- (9) 給食サービス
- (10) 利用者および介護者の相談・支援

7. 利用料および利用者負担

*利用者負担金は、介護保険法の法定利用料に基づく金額のとおりです（料金表）。

- (1) 請求単位：1ヶ月ごと（1日～月末まで）
- (2) 請求日：翌月の10日以降、利用日にお渡しいたします。
- (3) お支払い：毎月27日（土日・祝祭日の場合、翌平日）口座引落としになります。
※指定口座引落とし日、前日まで残高確認をお願いいたします。
※領収書は、口座引落としの翌月となりますので、ご了承ください。
- (4) 臨時的な医療：請求書をお渡しいたしますので、現金にてお支払いください。

8. 通常の事業の実施地域

*東根市・一部を除く村山市（楯岡荒町、楯岡五日町、楯岡大沢川、楯岡新高田、楯岡新町、楯岡楯、楯岡俵町、楯岡十日町、楯岡中町、楯岡馬場、楯岡東沢、楯岡笛田、楯岡二日町、楯岡晦日町、楯岡、一本柳、小松沢）

9. サービス利用に当たっての留意事項

- *通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション含む）利用のキャンセルについては、前日か、当日8時45分までに事業所へ連絡をください。なお、当日の食事キャンセルについては午前11時半以降はできかねますので、ご了承ください。
- *介護予防通所リハビリテーション利用月に他事業所にて、短期入所された場合は、同月内の利用料金は日割り計算となり、割り引きされます。
- *事業所と家族の連絡は、指定の連絡帳を使用してください。
- *緊急時の場合、事業所の指示に従ってください。
- *敷地内禁煙です。

10. サービス提供記録の記載と開示

- *通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）を提供した際には、その提供日および内容、当該サービスについて、利用者に代わって支払いを受ける介護報酬の額、その他必要な事項を記録します。
- *サービス提供記録の開示請求を受けた場合は提示いたします。ただし、開示請求可能な者は、本人または、法定代理人もしくは任意代理人とします。

1 1. 苦情・相談

- * 相談窓口：医療法人財団明理会 山形ロイヤル病院 Ⅱ0237（43）8080
- * 担当者：川部 伸宏
- * 受付日時：月曜日～土曜日（祝祭日含む）。ただし、12月31日～1月2日までを除く。
午前 9：00 ～ 午後 5：30
- * 「お住まいの（加入している）市町村の介護保険担当窓口」および「山形県国保連合会介護サービス苦情処理室」でも受付けております。

1 2. 事故発生時の対応

- *利用者に対する通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者または地域包括支援センターに連絡を行うと共に必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合は、協議し損害賠償を速やかに行います。

1 3. 衛生管理

- *事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、指針を整備し、必要な措置を講じます。
- *従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

1 4. 緊急時の対応と連絡先

- *通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）の提供中に、利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、利用を中止し速やかに山形ロイヤル病院にて応急処置を行い、利用者の連絡先に連絡します。専門外の場合には利用者の主治医に連絡し、その対処方法を相談します。

1 5. 非常災害対策

- *通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）事業者は、消防法に規定する防火管理者を設置して消防計画を作成するとともに、当該消防計画に基づく次の業務を実施します。
 - (1) 消火、通報および避難の訓練(年2回)
 - (2) 消防設備、施設等の点検および整備
 - (3) 従業者の火気の使用または取扱いに関する監督
 - (4) その他防火管理上必要な業務
 - (5) (1)に規定する訓練の実施にあたり、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

1 6. その他運営に関する重要事項

- *通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）事業者は、職員の資質向上を図るため研修の機会を設けます。
- *業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。なお、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持します。

【 個人情報の取り扱いについて 】

事業所は、通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）の提供にあたり、利用者およびその家族の個人情報を取得し保有しております。この書面は、個人情報の保護と取り扱いにつきまして、個人情報保護法の趣旨に従い説明するものです。

1. 個人情報に対する当事業所の基本姿勢

事業所は、個人情報保護法の趣旨を尊重し、「個人情報保護方針」を定め、利用者およびその家族の皆様個人情報を厳重に管理いたします。

2. 当事業所が保有する個人情報の利用目的

事業所は、通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）の申込み、およびサービスの提供を通じて収集した個人情報は、利用者およびその家族への心身の状況説明、個人記録・台帳の作成等といったサービスの提供のために必要に応じて利用いたします。

利用者およびその家族の個人情報は、通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）提供以外にも以下のような場合、必要に応じて第三者に提供することがあります。

- ① 病院、診療所、薬局およびその他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所等とのカンファレンス等による連携、照会への回答。
- ② 特別養護老人ホーム等の介護保険施設入所時の照会への回答。
- ③ 審査、支払い機関へのレセプト提出。
- ④ 保険者への相談、届出および照会への回答。
- ⑤ 学生等の実習、研修への協力のため。

3. 事業所が保有する個人情報の保存

収集した個人情報は、法律に定められた期間、保存することを義務付けられています。

4. お問い合わせ先

開示請求・苦情・利用停止等は、下記にお申し出ください。

苦情・相談窓口 医療法人財団明理会 山形ロイヤル病院
担当者 川部 伸宏
TEL 0237（43）8080
FAX 0237（43）8227

【 契 約 者 】

契約締結日 年 月 日

当事業所は、通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）の提供にあたり契約書および重要事項説明書、利用者およびその家族の個人情報の取り扱いについて説明しました。契約が成立したことを証するため、本契約書を2通作成し、各自1通を保有するものとします。

事業所名称	医療法人財団明理会 山形ロイヤル病院
所在地	山形県東根市大森二丁目3番6号
代表者氏名	理事長 中村 哲也 ㊟
説明者	相談員 川部 伸宏

私および私の家族は、通所リハビリテーション（または介護予防通所リハビリテーション）の利用開始にあたり、契約書および重要事項説明書、利用者およびその家族の個人情報の取り扱いについて説明を受け十分理解のうえ同意し、契約が成立したことを証します。

利用者	住所	〒	
	氏名	㊟	
家族 (代理人)	住所	〒	
	氏名	㊟	(続柄)