

介護老人保健施設リハビリセンターあゆみ
訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）重要事項説明書
(令和7年9月1日)

1 事業者（法人）の概要

法人種別・名称	社会福祉法人真寿会
代表者	理事長 谷 智之
設立年月日	平成2年8月27日
所在地・連絡先	(住所) 東近江市新宮町547番地 (電話) 0748-43-6355 (FAX) 0748-43-6350

2 施設の概要

施設の名称	介護老人保健施設 リハビリセンターあゆみ
所在地・連絡先	(住所) 東近江市新宮町558番地 (電話) 0748-42-3355 (FAX) 0748-42-0111
開設年月日	平成8年10月1日
事業所番号	2550580035（介護保険指定番号）
施設長の氏名	高田 穰（医師）

3 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練・生活行為向上訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも長く在宅生活が送れるように支援します。また、（介護予防）短期入所療養介護・（介護予防）通所リハビリ・（介護予防）訪問リハビリといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

(2) 運営の方針

- ①利用者が要介護状態等となった場合においても、心身の状況、病歴を踏まえて利用者が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、生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において理学療法・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、利用者の心身の維持、回復を図るものとします。
- ②利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行います。
- ③利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに常に利用者の家族、市町並びに居宅介護支援事業所その他

保健医療サービス及び福祉サービスを提供する機関等との連携を図るもの
とします。

4 施設の職員体制

管理者（医師）	1 人	（兼務）
理学療法士	1 人以上	（兼務）
作業療法士	1 人以上	（兼務）
言語聴覚士	1 人以上	（兼務）

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図るために必要なリハビリテーション及び指導を行います。

5 営業時間及び事業実施地域

（１）営業日等について 月～土（年末年始 12/30～1/3 を除く）

9：00～17：00

（２）通常の事業実施地域

- ・東近江市（旧能登川町、旧五個荘町（国道 8 号線より西側））
- ・近江八幡市（安土中学校区）
- ・彦根市（稲枝中学校区）

（３）通常の事業の実施地域外

- ・通常の事業の実施地域を越えた地点から片道10km未満
- ・通常の事業の実施地域を越えた地点から片道10kmを超える場合
※利用料金表（別紙）参照

6 サービス内容

（１）医師の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション計画書を作成するとともに、訪問リハビリテーション計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供します。

（２）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、訪問日、提供したリハビリテーションの内容等を診療録に記載します。

＊ご本人が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るように支援する観点から、ご本人が出来る事は自ら進んで行って頂くように支援する事をご了承下さい。

7 要望及び苦情等の相談

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

≪社会福祉法人 真寿会≫

要望・苦情受付責任者 岡田 拓也

要望・苦情受付窓口 端 将芳・徳田 和輝

受付時間 平日 10時～17時まで

連絡先 0748-42-3355

また、玄関窓口横に管理者宛へのポストがありますのでご利用下さい。

《第三者委員》

村川 くに子 ・ 堤 久江 ・ 脇 和彦

《公的な相談・苦情窓口》

運営適正化委員会 (あんしん・ なっとく委員会)	〒520-0072 滋賀県草津市笠山七丁目 8-138 県立長寿社会福祉センター内 TEL：077-567-4107 FAX：077-561-3061
国民健康保険団体連合会 (国保連)	〒520-0043 滋賀県大津市中央四丁目5番9号 TEL：077-510-6605 FAX：077-510-6606
東近江市 健康福祉部長寿福祉課	〒527-8527 滋賀県東近江市八日市緑 10 番5号 TEL：0748-24-5645 FAX：0748-24-5693
近江八幡市 介護保険課	〒523-0082 滋賀県近江八幡市土田町 1313 番地 TEL：0748-33-3511 FAX：0748-31-2037
彦根市 高齢福祉推進課	〒522-0041 滋賀県彦根市八坂町 1900-4 番地 TEL：0749-24-0828 FAX：0749-24-5870

○健康福祉サービス評価

- ・健康福祉サービスの質の向上を図るとともに、利用者によるサービス選択に資することを目的として、自らのサービスについて評価する「自己評価」を実施しております。
- ・当施設は第三者の評価機関が評価する「第三者評価」の実施はありません。

8 利用者負担金

(1) 利用者負担金は、

①介護保険の給付対象となるサービス ※介護度により異なります

②介護保険の給付対象外のサービス

に分かれます。※利用料金表（別紙）参照

②の実費負担金について料金が増減した場合には、変更日以降は増減後の料金をご負担いただきます。変更する場合は前もってお知らせいたします。

(2) 支払方法

前記①、②を1か月ごとに計算し、翌月20日までに請求しますので、指定の期日までにお支払いください。お支払いは、口座振替でお願いしております。手数料は本人の負担となり、ご指定頂いた金融機関で異なります。なお、振替ができない

場合も引落手数料をご負担いただきますので、振替日前日までに残高の確認をお願い致します。（金融機関休業日の場合、翌営業日に振替となります）

また、手続きの関係上、初回は現金振込となる場合がございます。（提携外金融機関は2か月分）その際に発生する振込手数料は利用者の負担となりますのでご了承ください。

その際に発生する振込手数料は、本人の負担となりますのでご了承ください。

支払期日から1ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

（3）請求書・領収書について

請求書・領収書は電子アプリにて発行しておりますので端末（Android スマートフォン・タブレット/iPhone/iPad）のご準備をお願いいたします。端末のご準備が困難などの諸事情がある場合は、別途相談に応じます。

請求書はご利用月翌月の20日までに配信し、領収書は入金確認後に随時配信させていただきます。

9 サービス利用に当たっての留意事項

*事故のリスクについて

利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るように支援する観点と、身体拘束未実施施設として、利用者の介護事故は避けることが出来ない状況です。高齢者は、内服薬の影響を受けやすく受傷転機の不明瞭な骨折や、特に血栓予防薬では内出血が起こる可能性が高くなります。また、睡眠導入剤、向精神薬などを服用する方は転倒するリスクが高くなります。ご理解、ご協力をよろしくお願い致します。

*事故発生時の対応について

サービス提供等により事故が発生した場合は、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

利用者に対し、当事業者が実施する訪問リハビリテーションでの対応が困難な状態、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。

また、当施設は利用者の家族等利用者又は契約者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

*急変・基礎疾患について

高齢者は重複した疾患をお持ちの方が多く、特に持病からの影響で全身状態が急激に悪化する事や、心臓・脳卒中の疾患で急変・急死する場合があります。

*利用のキャンセルについて

利用を中止される時はできるだけお早めにご連絡下さい。

*感染予防について

感染予防の観点から、ご利用前に検温することをお願いいたします。37.5℃以上の場

合はご利用を見合わせていただき、受診することをお勧めいたします。

また、利用時は可能な限りマスクの着用をお願いいたします。

***その他のお願い**

職員に対する御心づけは、固くご辞退させていただきます。

介護老人保健施設訪問リハビリテーション

(介護予防訪問リハビリテーション)重要事項説明同意書

介護老人保健施設リハビリセンターあゆみ（介護予防）訪問リハビリテーションのサービス内容等について、重要事項説明書により担当による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

本同意を証するため、本書の電磁的記録を作成し、利用者・事業者が電子署名を施したうえ、各自その電磁的記録を保管します。この場合、その電磁的記録を原本とし、同電磁的記録を印刷した文書はその写しとします。

説明者_____

利用者氏名_____

代理人氏名_____

（利用者との続柄）