

介護予防通所リハビリテーションサービスにかかる重要事項説明書

1. 事業者 JA 長野厚生連 長野松代総合病院 （住所）長野市松代町松代 183

2. 事業の目的と運営方針

（目的）

介護支援が必要と認定されたご利用者の予防ケアプランに基づき、当事業所のリハビリテーションスタッフ等による介護予防通所リハビリテーションサービスを実施します。リハビリテーションスタッフ等は、介護支援が必要と認定されたご利用者の特性を踏まえて、利用者の自立を支援するとともに、生活の質の向上をはかり、家族と安心して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サービスを通じて支援を行います。

（方針）

- ご利用者に必要なリハビリテーション個別計画を立て、自立して生活するために必要な身体機能の維持・向上を目的にサービスを提供します。
- ご利用者に喜ばれ、一人ひとりを大切にサービスを提供します。
- 人間らしく生きることを大切にサービスを提供します。
- ご利用者本位のサービスを提供します。
- 目配り、気配りを忘れず笑顔あふれるサービスを提供します。

3. サービス提供事業（ご利用事業所）

介護予防 通所リハ ビリテー ション	介護保険事業所番号	2010117246 号	
	住 所	長野市松代町松代 183	
	管理者名・連絡電話番号	宮原 隆成	TEL:026-278-2031
	サービス提供地域	長野市(事業所での送迎なし)	

4. ご利用事業所の職員体制等

職種	人 員	職種	人 員
管理者	1 名（兼務）	作業療法士	1 名（兼務）
理学療法士	2 名（兼務）	言語聴覚士	1 名（兼務）

5. 営業日・営業時間

営業日は、長野松代総合病院診療日と同様に毎週月曜日～金曜日です。第2・4土曜日の診療日も営業します。営業時間は午前8時40分から午後5時です。但し、土曜日は午前8時40分から午後12時です。

6. ご利用事業所の設備

機能訓練室 401.48 m²／ 診察室

7. サービス利用基本料金および利用者負担

- (1) 通所リハビリテーション：利用者負担金は、介護保険関係法令で定める次の介護給付費の1割を負担していただきます。ただし一定以上所得のある場合は2割または3割負担となります。

要支援 1		要支援 2	
22,680 円（2,268 円） 1 年以降 1,200 円（120 円）の減算		42,280 円（4,228 円） 1 年以降 2,400 円（240 円）の減算	
各種加算	科学的介護推進体制加算＝400 円（40 円） サービス提供体制強化加算Ⅲ＝要支援 1 240 円（24 円）要支援 2 480 円（48 円） 退院時共同指導加算＝6,000 円（600 円）/回		

(2) 介護保険給付限度額超過の場合

要支援度別に定められている介護保険給付限度額を超過するサービス提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

(3) 利用者負担金等の支払

原則として、現金払いとなります。やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額を事業者支払い、利用者はその後、市町村から保険給付分（9割）を受け取るようになります。

(4) キャンセル

利用者がサービスの利用日を変更するなどの場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

キャンセル連絡先	TEL 026-278-2031
----------	------------------

8. 健康上の理由により中止となった場合

- ① 風邪などの病気にかかっている時には、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 利用当日の健康チェックの結果体調不良と判断された場合、またはご利用中に体調が悪くなった場合には、サービス内容の変更もしくは中止させていただく場合があります。その場合には、ご家族に連絡の上、必要に応じた主治医・歯科医師に連絡を取る等の措置を講じます。
- ③ サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日振替えることができます。ただし、予約が満員の日には振替えができませんのでご了承ください。

9. 介護予防通所リハビリテーション計画の作成とサービス記録

- ①事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。
- ②事業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成後、実施状況の把握を行い、利用者又は家族等の同意を得て必要に応じて計画の変更を行います。

10. 苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

介護予防通所リハビリテーション相談窓口	TEL:026-278-2031
長野市役所 介護保険担当課	TEL:026-224-7871
国民健康保険団体連合会	TEL:026-238-1580

11. 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、主治医、救急、親族、介護予防支援専門員等へ連絡を致します。

主治医 (かかりつけ医)	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

年 月 日

○利用者（または代理人）

私は、重要事項説明書及びサービス内容説明書の説明を受けました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

○説明者 所属事業所 長野松代総合病院 介護予防デイケア

氏 名 _____ 印

初回説明事項からの変更

変更事項： _____ 月 _____ 日 説明

変更事項： _____ 月 _____ 日 説明

変更事項： _____ 月 _____ 日 説明

変更事項： _____ 月 _____ 日 説明