

**地域密着型通所介護
介護予防・日常生活支援総合事業
重要事項説明書**

＜令和 8 年 6 月 1 日現在＞

1 地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業運営会社（法人）の概要

名称・法人種別	大心 株式会社・営利法人
代表者名	代表取締役 古見山裕太
所在地・連絡先	(住所) 〒390-0833 長野県松本市双葉 3-31 南松本駅前ビル 6F (電話) 0263-27-4882 (FAX) 0263-87-0387

2 事業者の概要

(1) 事業者名称及び事業所番号

事業者名	リハビリデイサービスぽっかぽか塩尻
所在地・連絡先	(住所) 〒399-0738 長野県塩尻市大門七番町 8-12 (電話) 0263-31-3271 (FAX) 0263-31-3278
事業所番号	2071500900
管理者の氏名	樋口晴香
利 用 定 員	地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業（14 名）

(2) 事業所の職員体制

（地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業）

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		事業所の管理
生活相談員	1 以上	1		相談・生活指導等
介護職員	1 以上	2		介護全般
機能訓練指導員	1 以上		3	運動に関する相談・指導等
看護師	1 以上		1	看護全般

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	毎週土、日
生活相談員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０） 常勤で勤務	毎週土、日
介護職員	正規の勤務時間帯（８：００～１７：００） 常勤で勤務	毎週土、日
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（８：００～１７：００） 常勤で勤務	毎週土、日
看護師	正規の勤務時間帯（８：００～１７：００） 非常勤で勤務	毎週土、日
歯科衛生士	正規の勤務時間帯（８：００～１７：００） 非常勤で勤務	毎週土、日、他

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	塩尻市
---------	-----

(5) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	午前８時３０分 ～ 午後５時３０分

サービス提供時間	① 午前９時 ～ 午後０時１５分 ② 午後１時３０分 ～ 午後４時４５分
----------	---

営業しない日	毎週土、日 １２月３０日から１月３日まで
--------	----------------------

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
機能訓練	リハビリトレーナーにより利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。特に身体機能の低下防止の為、機械を使用したパワーリハビリテーションを重点的に取り組んでいます。 またサービス種類に応じてパワーリハビリテーション以外にも機械を使用した筋力トレーニング、ボールやチューブ、ダンベルを使用した運動を実施します。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ ・コンパクト トorsoフレックス（酒井医療） 1 台 ・コンパクト ローイング（酒井医療） 1 台 ・コンパクト ヒップ（酒井医療） 1 台 ・コンパクト レッグプレス（酒井医療） 1 台 ・バイオステップ2 1 台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割、2割、3割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】令和8年6月1日改正
(地域密着型通所介護・介護予防・日常生活支援総合事業利用料)

○通所型サービス

現行相当 (1ヶ月のご利用料)

通所型サービス 1 要支援 1 事業対象者 (週 1 回程度) 18,231円	通所型サービス 2 要支援 2 事業対象者 (週 2 回程度) 36,716円
--	--

サービス A (1 回のご利用料)

3,640円

○地域密着型通所介護

所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護1 4,218円	要介護2 4,846円	要介護3 5,475円	要介護4 6,084円	要介護5 6,722円
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

○加算

種 類	利 用 料	回 数	対 象
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月利用単位の 12.5%	1ヶ月	要介護 要支援・事業対象者 (サービス A は除く)
科学的介護推進体制加算	405円	1ヶ月	
個別機能訓練加算(Ⅰ)口	760円	1回	要介護
個別機能訓練加算(Ⅱ)	202円	1ヶ月	要介護
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1,622円	月 1 回程度	要支援・事業対象者(サービス A を除く)
		月 2 回まで	要介護
送迎未実施減算	- 476円	1回(片道)	要支援・事業対象者(サービス A を除く)

○限定的な加算

種 類	利 用 料	回 数	対 象
通所介護等の事業所規模別の報酬 等に関する対応 ※災害や感染症の影響により利用 者数が減少した場合	基本報酬に 3%の加算	対象の期間	要介護 要支援・事業対象者 (サービス A は除く)

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。発行されたサービス提供証明書と領収書を保険者介護保険窓口を持参すると、9割分、8割分または7割分が返還されます。
- ・ 事業所により加算が異なりますのでご確認ください。
- ・ 上記金額の1割、2割、3割が自己負担金となります。（介護負担割合による。）

（２）介護保険給付対象外サービス

○ その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

○ キャンセル料

無料です。

（３） 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

その他のお支払い方法についてはご相談ください。

4 事業所の特色等

○リハビリフィットネスのご提供

実績あるリハビリプログラムとリハビリ機器を揃えています。個人差はありますが、介護度の改善や生活の自立など、生活の向上を多くの方に実感いただけるよう努めてまいります。

○無理をしないでマイペースに

機能訓練は個人のペースに合わせて行うことが大切です。無理せず少しずつ、生活の質の向上をお手伝いします。

○午前、午後の半日型

当デイサービスは、午前、午後の半日ごとの単位となり、機能訓練に重点を置いているのが特徴です。サービス提供時間が短いのでお気軽にご利用いただけます。

5 その他

事項	内容
地域密着型通所介護計画・地域支援事業計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画・地域支援事業計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年１２回、技術から制度・接遇の研修を行っています。
第三者評価の実施の有無	実施なし

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 樋口晴香 ご利用時間 ８：３０～１７：３０ ご利用方法 電話（０２６３－３１－３２７１） 面接（当事業所相談室）
保険者介護保険課窓口	塩尻市役所 長寿課 住所 塩尻市大門七番町３番３号塩尻市役所 電話 ０２６３－５２－０２８５ ご利用時間 ９：００～１７：００
国保連相談窓口	住所 長野市西長野加茂北１４３－８ 長野県自治会館５階 電話 ０２６－２３８－１５５５ FAX ０２６－２３８－１５８１ ご利用時間 ９：００～１７：００

7 事故発生時における対応方法

乙は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

発生した事故は、内容によっては基準に基づき、保険者への報告を行います。

前項において、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

8 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住所	
	電話番号 携帯番号	

9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年1回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	なし	防火扉・シャッター	なし
	避難階段	なし	屋内消火器	あり
	自動火災報知機	なし	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	1箇所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証、居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票、お薬手帳を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。
これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合がございます。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 他のご利用者の個人情報の保護にご協力ください
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 施設内で転倒や怪我が無い様充分ご留意ください。
- 疾患によっては運動がお体の負担になり過ぎる、痛みの増加や疾患が悪化する場合
がございますので、運動をご遠慮いただく場合がございます。運動前に体調や病歴
を良くお聞かせ願います様宜しくお願い致します。

10 写真掲載承諾について

当事業所では、日々の活動を幅広く地域の方々にご理解頂くために、サービス時の様子などをホームページやブログ、事業所おたよりなどでご報告しております。
つきましては利用者様の活動中の写真などをホームページやブログ、おたより等に
掲載することをご本人様・家族様に承諾いただければ幸いです。掲載の可否について
ご希望をご記入下さい。(いずれかを○で囲んで下さい。)

写真が掲載されることを

- 1. 承諾します
- 2. 承諾しません
- 3. 条件付きで承諾します
(後姿・集団・顔以外・その他)