

# (介護予防)通所リハビリテーション「ぽっかぽか」

## 重要事項説明書

＜ 令和 8 年 6 月 1 日 現在 ＞

### 1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 0480-90-5666      デイケアセンターぽっかぽか  
(午前9:00～午後6:00)      管理者 伊藤 真介

### 2. 施設の概要

#### (1) 施設の名称及び所在地等

|                |                                              |
|----------------|----------------------------------------------|
| 施設名称           | デイケアセンター ぽっかぽか                               |
| 開設年月日          | 平成14年10月1日                                   |
| 所在地            | 埼玉県白岡市上野田357-1                               |
| 電話番号<br>FAX 番号 | 0480-90-5666<br>0480-90-5665                 |
| 介護保険指定番号       | 介護老人保健施設(1150580027号)                        |
| 通常の事業の<br>実施地域 | 白岡市、蓮田市、久喜市、春日部市<br>南埼玉郡宮代町、北足立郡伊奈町<br>さいたま市 |

#### (3) 同センターの職員体制

|             | 常勤 | 非常勤 | 業務内容                                                                 | 計   |
|-------------|----|-----|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 医師          | 1名 | 0   | 施設従業員の管理及び<br>業務の管理を一元的に<br>行う                                       | 1名  |
| 介護職員        | 9名 | 10名 | 利用者の日常生活全般<br>にわたる介護業務                                               | 19名 |
| 支援相談員       | 1名 | 0名  | 利用者及び家族からの<br>相談に応じ、必要な助言<br>を行うと共に職員に対<br>する技術指導、関係機関<br>との連絡調整等を行う | 1名  |
| 理学、作業、言語療法士 | 3名 | 0名  | 利用者に対する<br>リハビリを行う                                                   | 3名  |
| 管理栄養士       | 1名 | 0名  | 給食の献立の作成、利用<br>者の栄養指導、調理員の<br>指導等を行う                                 | 1名  |
| 事務職員        | 1名 |     | 人事、会計、庶務に関す<br>る事務棟を行う                                               | 1名  |

(4) 利用定員数 50名

(5) サービス時間等

- ・ 営業日 日曜日、1月1日～3日定休日

午前9:00～午後6:00

- ・ サービス提供時間 午前9:00～午後4:00

＊時間延長サービス体制対応可

### 3. サービス内容

(介護予防)通所リハビリテーション計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練  
その他必要な介護を行います。

### 4. 利用料金

(1) 介護予防通所リハビリテーション利用料金

#### ① 基本利用料

| 1月あたりの負担額      |         |        |        |           |       |        |
|----------------|---------|--------|--------|-----------|-------|--------|
|                | 単位      | 地域単価   | 金額(円)  | 利用者負担額(円) |       |        |
|                |         |        |        | 1割        | 2割    | 3割     |
| 要支援1<br>(週1利用) | 2,268単位 | 10.33円 | 23,428 | 2,342     | 4,685 | 7,028  |
| 要支援2<br>(週2利用) | 4,228単位 |        | 43,675 | 4,367     | 8,735 | 13,102 |

#### ② 加算

| 1月当たりの料金         |      |        |       |           |     |     |
|------------------|------|--------|-------|-----------|-----|-----|
| サービス名            | 単位   | 地域単価   | 金額(円) | 利用者負担額(円) |     |     |
|                  |      |        |       | 1割        | 2割  | 3割  |
| 科学的介護<br>推進体制加算  | 40単位 | 10.33円 | 413   | 41        | 82  | 123 |
| 栄養アセスメン<br>ト加算   | 50単位 |        | 516   | 51        | 103 | 154 |
| サービス提供<br>体制加算Ⅲ1 | 24単位 |        | 247   | 24        | 49  | 74  |
| サービス提供<br>体制加算Ⅲ2 | 48単位 |        | 495   | 49        | 99  | 148 |

処遇改善加算Ⅱ(ロ)介護職員等の賃金改善等の為所定単位数の10.8%が加算されます。

#### ③ サービスの利用状況による加算

| サービス名             | 単位     | 地域単価   | 金額(円) | 利用者負担額(円) |     |       |
|-------------------|--------|--------|-------|-----------|-----|-------|
|                   |        |        |       | 1割        | 2割  | 3割    |
| 栄養改善加算            | 月200単位 | 10.33円 | 2,066 | 206       | 413 | 619   |
| 一体的サービス提供<br>体制加算 | 月48単位  |        | 4,958 | 495       | 991 | 1,487 |

|                       |            |  |       |     |       |       |
|-----------------------|------------|--|-------|-----|-------|-------|
| 口腔栄養<br>スクリーニング<br>加算 | 1 回 5 単位   |  | 51    | 5   | 10    | 15    |
| 口腔機能向上加算Ⅱ             | 月 160 単位   |  | 1,652 | 165 | 330   | 495   |
| 若年性認知症<br>利用者受入加算     | 月 240 単位   |  | 2,478 | 247 | 495   | 743   |
| 生活行為向上<br>リハ加算        | 月 562 単位   |  | 5,805 | 580 | 1,161 | 1,741 |
| 退院時<br>共同指導加算         | 1 回 600 単位 |  | 6,298 | 629 | 1259  | 1,889 |

(2)通所リハビリテーション料金

①基本料金

|         | 1 回 あ た り の 料 金 |          |          |            |          |       |       |
|---------|-----------------|----------|----------|------------|----------|-------|-------|
| 提 供 時 間 | 要介護度            | 単 位      | 地域<br>単価 | 金 額<br>(円) | 利用負担額(円) |       |       |
|         |                 |          |          |            | 1 割      | 2 割   | 3 割   |
| 1 時間以上  | 要介護 1           | 357 単位   | 10.33 円  | 3,687      | 368      | 737   | 1,106 |
|         | 要介護 2           | 388 単位   |          | 4,008      | 400      | 801   | 1,202 |
|         | 要介護 3           | 415 単位   |          | 4,286      | 428      | 857   | 1,285 |
| 2 時間未満  | 要介護 4           | 445 単位   |          | 4,596      | 459      | 919   | 1,378 |
|         | 要介護 5           | 475 単位   |          | 4,906      | 490      | 981   | 1,471 |
| 2 時間以上  | 要介護 1           | 372 単位   |          | 3,842      | 384      | 768   | 1,152 |
|         | 要介護 2           | 427 単位   |          | 4,410      | 441      | 882   | 1,323 |
|         | 要介護 3           | 482 単位   |          | 4,979      | 497      | 995   | 1,493 |
| 3 時間未満  | 要介護 4           | 536 単位   |          | 5,536      | 553      | 1,107 | 1,660 |
|         | 要介護 5           | 591 単位   |          | 6,105      | 610      | 1,221 | 1,831 |
| 3 時間以上  | 要介護 1           | 470 単位   |          | 4,855      | 485      | 971   | 1,456 |
|         | 要介護 2           | 547 単位   |          | 5,650      | 565      | 1,130 | 1,695 |
|         | 要介護 3           | 623 単位   |          | 6,435      | 643      | 1,287 | 1,930 |
| 4 時間未満  | 要介護 4           | 719 単位   |          | 7,427      | 742      | 1,485 | 2,228 |
|         | 要介護 5           | 816 単位   |          | 8,429      | 842      | 1,685 | 2,528 |
| 4 時間以上  | 要介護 1           | 525 単位   |          | 5,423      | 542      | 1,084 | 1,626 |
|         | 要介護 2           | 611 単位   |          | 6,311      | 631      | 1,262 | 1,893 |
|         | 要介護 3           | 696 単位   |          | 7,189      | 718      | 1,437 | 2,156 |
| 5 時間未満  | 要介護 4           | 805 単位   |          | 8,315      | 831      | 1,663 | 2,494 |
|         | 要介護 5           | 912 単位   |          | 9,420      | 942      | 1,884 | 2,826 |
| 5 時間以上  | 要介護 1           | 584 単位   |          | 6,032      | 603      | 1,206 | 1,809 |
|         | 要介護 2           | 692 単位   |          | 7,148      | 714      | 1,429 | 2,144 |
|         | 要介護 3           | 800 単位   |          | 8,264      | 824      | 1,164 | 2,480 |
| 6 時間未満  | 要介護 4           | 929 単位   |          | 9,596      | 959      | 1,919 | 2,878 |
|         | 要介護 5           | 1,053 単位 |          | 19,877     | 1,987    | 3,975 | 5,963 |

|         | 1 回 あ た り の 料 金 |          |          |            |           |       |       |
|---------|-----------------|----------|----------|------------|-----------|-------|-------|
| 提 供 時 間 | 要介護度            | 単 位      | 地域<br>単価 | 金 額<br>(円) | 利用者負担額(円) |       |       |
|         |                 |          |          |            | 1 割       | 2 割   | 3 割   |
| 6 時間以上  | 要介護 1           | 675 単位   | 10.33 円  | 6,972      | 697       | 1,394 | 2,091 |
|         | 要介護 2           | 802 単位   |          | 8,284      | 828       | 1,656 | 2,485 |
|         | 要介護 3           | 926 単位   |          | 9,565      | 956       | 1,913 | 2,869 |
| 7 時間未満  | 要介護 4           | 1,077 単位 |          | 11,125     | 1,112     | 2,225 | 3,337 |
|         | 要介護 5           | 1,224 単位 |          | 12,643     | 1,264     | 2,528 | 3,792 |
| 7 時間以上  | 要介護 1           | 714 単位   |          | 7,375      | 737       | 1,475 | 2,212 |
|         | 要介護 2           | 847 単位   |          | 8,749      | 874       | 1,749 | 2,624 |
|         | 要介護 3           | 983 単位   |          | 10,154     | 1,015     | 2,030 | 3,046 |
| 8 時間未満  | 要介護 4           | 1,140 単位 |          | 11,776     | 1,177     | 2,355 | 3,532 |
|         | 要介護 5           | 1,300 単位 |          | 13,429     | 1,342     | 2,685 | 4,028 |

②加算

| サービス名                                    | 単位        | 地域<br>単価 | 金 額<br>(円) | 利用者負担額(円) |       |        |
|------------------------------------------|-----------|----------|------------|-----------|-------|--------|
|                                          |           |          |            | 1 割       | 2 割   | 3 割    |
| リハビリテーション<br>提供加算                        | 1 日 28 単位 | 10.33 円  | 289        | 28        | 57    | 86     |
| リハビリテーション<br>マネジメント加算Ⅰ<br>(同意日から 6 カ月以内) | 月 593 単位  |          | 6,125      | 612       | 1,225 | 11,837 |
| リハビリテーション<br>マネジメント加算Ⅱ<br>(同意日から 6 カ月超)  | 月 273 単位  |          | 2,820      | 282       | 564   | 846    |
| 事業所の医師が利用者等<br>に説明同意を得た場合                | 月 270 単位  |          | 2,789      | 278       | 557   | 836    |
| 科学的介護<br>推進体制加算                          | 月 40 単位   |          | 413        | 41        | 82    | 123    |
| 栄養アセスメント加算                               | 月 50 単位   |          | 516        | 51        | 103   | 165    |
| サービス提供体制加算Ⅲ                              | 1 日 6 単位  |          | 61         | 6         | 12    | 24     |

処遇改善加算Ⅱ(ロ)介護職員等の賃金改善等の為所定単位数の 10.8%が加算されます。

③サービスの利用状況による加算

| サービス名             | 単位        | 地域<br>単価 | 金 額<br>(円) | 利用者負担額(円) |     |       |
|-------------------|-----------|----------|------------|-----------|-----|-------|
|                   |           |          |            | 1 割       | 2 割 | 3 割   |
| 入浴介助加算            | 1 回 40 単位 | 10.33 円  | 413        | 41        | 82  | 123   |
| 栄養改善加算            | 月 200 単位  |          | 2,066      | 206       | 413 | 619   |
| 一体的サービス<br>提供体制加算 | 月 480 単位  |          | 4,958      | 495       | 991 | 1,487 |
| 口腔栄養<br>スクリーニング加算 | 1 回 5 単位  |          | 51         | 5         | 10  | 15    |

|                   |            |  |       |     |       |       |
|-------------------|------------|--|-------|-----|-------|-------|
| 口腔機能向上加算Ⅱ         | 月 160 単位   |  | 1,652 | 165 | 330   | 495   |
| 若年性認知症<br>利用者受入加算 | 月 240 単位   |  | 2,479 | 247 | 495   | 743   |
| 生活行為向上<br>リハ加算    | 月 562 単位   |  | 5,805 | 580 | 1,161 | 1,741 |
| 退院時<br>共同指導加算     | 1 回 600 単位 |  | 6198  | 619 | 1,239 | 1,859 |

|                      |         |
|----------------------|---------|
| 延長加算 [8 時間以上 9 時間未満] | 5 1 円   |
| [9 時間以上 10 時間未満]     | 1 0 3 円 |
| [10 時間以上 11 時間未満]    | 1 5 4 円 |
| [11 時間以上 12 時間未満]    | 2 0 6 円 |
| [12 時間以上 13 時間未満]    | 2 5 8 円 |
| [13 時間以上 14 時間未満]    | 3 0 9 円 |

### (3) 自己負担分

①昼食材料費 1 食につき 8 6 0 円 (おやつ含む)

おやつのみ 5 0 円

②日用品費 1 日当たり 1 1 0 円

内容 (石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、バスタオルやおしぼり等の費用であり、  
施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。)

③教養娯楽費 1 日 1 1 0 円

内容 (倶楽部やレクリエーションで使用する折り紙、粘土等の材料や、風船、輪投げ等の  
遊具またビデオ机等の費用であり施設で用意するものをご利用いただく場合  
にお支払いいただきます。)

### (4) その他の料金

- ・オムツを使用した場合 紙オムツ (テープタイプ) 1 枚 1 0 0 円  
紙オムツ (パンツタイプ) 1 枚 1 0 0 円  
尿取りパット 1 枚 4 0 円

### (5) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ① ご利用日の午前 5 時までにご連絡頂いた場合→無料
- ② ご利用日の午前 8 時までにご連絡頂いた場合→3 0 0 円
- ③ ご利用日の午前 8 時までにご連絡が無かった場合→5 0 0 円

#### (6) 支払方法

毎月20日までに前月の請求書を通知させて頂き、その月の28日に口座振替（自動引き落とし）させて頂きます。

#### 4. 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康のチェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止を行うことがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。
- ③ 利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。

#### 5. 事故発生時の対応について

利用者の予期せぬ事故が発生したときは、下記の通り迅速かつ適切な対応により円滑かつ円満な解決に努めます。

- (1) 当該事業所の利用者に対する事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 事故が生じた場合には、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。

#### 5. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（電話0480-90-5666）

要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、事務所に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

なお、苦情・相談については、お住まいの市町村または埼玉県国民健康保険団体連合会でも受け付けております。

☆サービス相談窓口☆

電話番号 0480-90-5666 デイケアセンターぽっかぽか

（受付時間 午前9：00～午後6：00）

苦情相談解決 第三者委員 柴崎栄一（048-839-7341）

近藤博昭（048-772-1073）

なお、お住まいの市町村または埼玉県国民健康保険団体連合会でも受け付けております。

白岡市役所 高齢介護課

電話番号 048-775-6473（.直通）

|        |         |      |                   |
|--------|---------|------|-------------------|
| 蓮田市役所  | 長寿支援課   | 電話番号 | 048-768-3111 (代表) |
| 久喜市役所  | 介護保険課   | 電話番号 | 0480-22-1111 (代表) |
| 春日部市役所 | 介護保険課   | 電話番号 | 048-736-1111 (代表) |
| 宮代町役場  | 介護保険課   | 電話番号 | 0480-34-1111 (代表) |
| 杉戸町役場  | 高齢介護課   | 電話番号 | 0480-33-1111 (代表) |
| 伊奈町役場  | いきいき長寿課 | 電話番号 | 048-721-2111 (代表) |
| さいたま市  | 介護保険課   | 電話番号 | 048-829-1264      |

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 相談窓口  
電話番号 048-824-2568 (直通)

令和 年 月 日

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の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 社会福祉法人 大樹会  
デイケアセンターぽっかぽか

説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から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介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

契約者  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印