

# 地域密着型通所介護重要事項説明書

〈令和7年1月1日 現在〉

## 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 047-704-1021 (午前9時30分～午後4時30分まで)  
担当 弘中 真弓

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2. デイサービスの概要

### (1) 提供できるサービスの領域と地域

名称	ポピンズ 京葉デイサービスいちかわ
所在地	市川市市川南 1-1-1 ザ・ターズイスト 212
介護保険指定番号	1270802539
サービスを提供する対象地域	市川市にお住まいの方

### (2) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
生活相談員	介護福祉士 社会福祉主事	2名		2名
機能訓練指導員	看護師		3名	3名
事務職員				
介護 看 護 職 員	看護師			
	介護福祉士	1名		1名
	実務者研修修了者			
	初任者研修修了者	1名	1名	2名
	その他			
調理師				

### (3) 設備の概要

定員	10名	静養室	1 室
食堂兼機能訓練室	45.7m <sup>2</sup>	相談室	1 室
浴室 (一般浴)	1人浴槽・2 槽	送迎車	3 台

### (4) 営業時間

月曜日～日曜日	午前9時30分～午後4時30分
休日	年末年始

### 3. サービス内容

サービス種別	内 容
入 浴	・利用者の状態に応じて、一般浴により入浴サービスを提供します。
食 事	・栄養と利用者の身体状況に配慮し手作りの食事を計画的に提供します。
送 迎	・利用者の希望により、自宅から当施設まで専用車等で送迎を行います
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
着替え・整容等	・入浴の際など着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。 ・入浴後には、適宜、髭剃り、爪切り等の整容を行います。
機能訓練	・機能訓練指導員により、利用者の状況に適合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。 ・生活リハビリの観点から、各種リクリエーションを通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理と緊急時の対応	・看護職員が血圧、体温のチェックを行い、健康状態をチェックします。 ・施設内にて事故等が発生した場合には、速やかにご利用者の家族等に連絡するとともに、応急手当、病院への搬送、救急車の手配等を行います。
相談及び援助	・利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持ってこれに応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

### 4. (1) 利用料金

#### ① 地域密着型通所介護利用料金

	1日あたりの利用料金 (1単位 10.45円)		介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護度 1	(753単位)	7,869円	787円	1,574円	2,361円
要介護度 2	(890単位)	9,301円	931円	1,861円	2,791円
要介護度 3	(1032単位)	10,784円	1,079円	2,157円	3,236円
要介護度 4	(1172単位)	12,247円	1,225円	2,450円	3,675円
要介護度 5	(1312単位)	13,710円	1,371円	2,742円	4,113円
■入浴加算	(40単位)	418円	42円	84円	126円

② 昼食代 1回 昼食につき 700円 (自己負担となります)  
(おやつ代を含む)

③ その他 おむつ代等に係る費用は自己負担となります。

④ 処遇改善加算 ※令和6年6月～

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 9.2%	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割/2割/3割
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 9.0%	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割/2割/3割
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 8.0%	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割/2割/3割
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の 6.4%	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割/2割/3割
介護職員処遇改善加算（Ⅴ） (1)～(14)	所定単位数の 3.3～8.1%	左記の単位数 ×地域区分	左記の1割/2割/3割

(2) キャンセル料

お客様のご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 ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の当日にご連絡いただいた場合	ご利用料の自己負担額

(3) 支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、現金集金または指定口座からの自動引き落としのいずれかをご契約の際に選べます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの提供

- ・ サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- ・ 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう必要な援助を行なうものとしします。
- ・ 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「地域密着型通所介護計画」を作成します。なお、作成した「地域密着型通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

- ・ サービス提供は「地域密着型通所介護計画」に基づいて行います。なお、「地域密着型通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

## (2) サービスの終了

### ① お客様のご都合で サービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し込みください。

### ② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合
- ・ 市川市の介護保険の被保険者で無くなった場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

### ④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合があります。

## 6. 当デイサービスの特徴等

### 運営の方針

1. 利用される方の心身の特性を踏まえ、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、入浴、排泄、食事の介護、その他の日常生活全般にわたる援助及び機能訓練を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
2. 心身の状況やその環境に応じて、利用される方の意向を尊重し、適切なサービスが効率的に提供されるよう配慮して行うとともに、居宅介護支援事業者及び、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

## 7. 緊急時の対応方法

- ① 地域密着型通所介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。又、介護支援専門員に速やかに連絡を取る事とします。
- ② 利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町、利用者家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

主治医	主治医名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

## 8. 非常災害対策

防火管理についての責任を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、全ての従業員に周知します。又、非常災害に備えるため定期的に避難、救出、その他必要な訓練を実施します。

## 9. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるよう努めます。

1. 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行う事ができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
2. 従業員に対し、高齢者虐待防止の知識・技術、システムの習得、向上を目的として、研修を定期的実施する。
3. 事業所における虐待防止のための指針を整備する。
4. 虐待防止の措置を講じるための担当者を置く。
5. サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 10. サービス内容に関する苦情

- ① 当センターご利用者相談・苦情担当  
担当 弘中 真弓 電話 047-704-1021
- ② 千葉県国民健康保険団体連合会 電話 043-254-7409
- ③ 市川市介護保険課 電話 047-334-1111

## 11. 衛生管理等

1. 指定地域密着型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
2. 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次の各号に掲げる措置を講じます。
  - (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
  - (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
  - (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 12. 業務継続計画の策定

1. 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定地域密着型通所介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
2. 全職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。
3. 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 13. 個人情報の保護

利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な扱いに努めます。又、従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとします。

## 14. 第三者評価の実施

実施しておりません。

## 15. 地域との連携等

- ① 事業の運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流を図ります。
- ② 当事業所が行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、運営推進会議を設置します。
- ③ 運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヶ月に1回以上開催します。

- ④ 事業者は、運営推進会議において活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。
- ⑤ 事業者は、報告、評価。要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

16. 当社の概要

名称	京葉興業株式会社
代表者役職・氏名	代表取締役 松本 康裕
所在地・電話番号	千葉県市川市大野町2-648-2 TEL. 047-337-9116

定款の目的に定めた事業

施設・拠点等

地域密着型通所介護事業所 (ポピンズ京葉デイサービスいちかわ)

地域密着型通所介護事業所 (ポピンズ京葉デイサービスなかやま)

居宅介護支援事業所 (ポピンズ京葉ケアステーション)

居宅介護支援事業所 (ポピンズ京葉ケアステーションいちかわ)

令和 年 月 日

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	ポピンズ京葉デイサービスいちかわ		
代表取締役	松本 康裕	印	
所在地	千葉県市川市市川南 1-1-1 サ <sup>®</sup> タワースイースト 212		
説明者氏名		印	

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護について重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印
(代理人)	住所	
	氏名	印