CH：06-21-10
みぶ例幣使

第一号通所介護重要事項説明書

社会福祉法人　星風会

星風会デイサービスセンターみぶ例幣使

（2024.7）

「星風会デイサービスセンターみぶ例幣使」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
（栃木県指定第　0972301386 号）

当施設は契約者に対して第一号通所介護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
3. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
5. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
6. 緊急時の対応　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
7. サービス提供における事業者の義務・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
8. 非常災害対策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
9. 虐待の防止のための措置について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
10. サービス利用に関する留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
11. 損害賠償について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
12. サービス利用を中止する場合（契約の終了等について）・・・・・・・・・・・・・9
13. 連帯保証・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
14. 第三者評価の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

※この重要事項説明書は、「指定居宅サービス等事業の人員、設備及び運営に関する基準」に基づき、第一号通所介護利用契約締結に際して、利用申込者及び代理人、連帯保証人への重要事項説明のために作成したものです。

１．経営法人

(1) 法 人 名	社会福祉法人　星風会
(2) 法人所在地	栃木県栃木市田村町 928 番地
(3) 電話番号	0282－27－3969
(4) 代表者氏名	理事長　早川　武憲
(5) 設立年月	昭和 51 年 10 月 20 日

２．事業所の概要

(1) 事業所の種類	指定通所介護 平成 25 年　4 月 1 日指定　栃木県 0972301386 号 第一号通所介護 平成 30 年　4 月 1 日指定　壬生町・栃木市
(2) 事業所の目的	指定通所介護・第一号通所介護は、介護保険法令に従い利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に通所介護・第一号通所介護サービスを提供します。
(3) 事業所の名称	星風会デイサービスセンターみぶ例幣使
(4) 事業所の所在地	栃木県下都賀郡壬生町大字壬生甲 2620 番地
(5) 電話番号	0282 - 81 - 2810
(6) 管　理　者	中澤　正代
(7) 当施設の運営方針	地域住民のニーズに応えられるよう、きめ細かいサービスの展開を図り、ケアの経験や専門性を持った職員による利用者への対応を行います。
(8) 開設年月日	平成 25 年　4 月　1 日
(9) 通常事業の実施地域	壬生町、栃木市
(10)営業日及び営業時間	営業日 月曜日～土曜日（年末年始を除く） サービス提供可能時間　8 時 30 分～17 時 30 分
(11)利用定員	30 名

３．職員の配置状況

当事業所では、契約者に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

（主な職員の配置状況）

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	職 員 数	指定基準
1.管理者	1 名	1 名
2.介護職員	4 名以上	4 名以上
3.生活相談員	1 名以上	1 名以上
4.看護職員	1 名以上	1 名以上
5.機能訓練指導員（看護師兼務）	1 名以上	1 名以上

（主な職種の勤務体制）

職　　種	勤　務　体　制
1. 管理者	勤務時間　8 時 30 分～17 時 30 分
2. 介護職員	勤務時間　8 時 30 分～17 時 30 分
3. 生活相談員	勤務時間　8 時 30 分～17 時 30 分
4. 看護職員 （兼務：機能訓練指導員）	※併設特養看護職員と連携をしています

（常勤職員は 4 週 8 休制で勤務）

４. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

① 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険負担割合証どおり）
② 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合があります。（介護保険外）

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

・以下のサービスについては、通常 9 割が介護保険から給付されます。

(サービスの概要)

① 入　浴

・状態に応じて入浴又は清拭を行います。

② 排　泄

・排泄の自立を促すため、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 機能訓練

・機能訓練指導員（看護職員）により、契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 健康管理

・職員が、健康状態の観察（バイタルチェック等）を行います。

⑤ 栄養管理

・栄養士が、個々の栄養状況及び嗜好を考慮して食事を提供します。

⑥ 送　迎

・契約者の自宅まで送迎します。

① 第一号通所介護

1 単位＝10.14 円

	利用回数	1 ヵ月単位数	備　考
要支援 1	週 1 日	1,798 単位／月	利用するにあたり、基本となる単位です。
要支援 2	週 2 日	3,621 単位／月	要支援度により異なります。

② 加算等項目一覧

なし

③ 介護職員等処遇改善加算

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	1 ヶ月分の合計単位数に 0.09 を乗じた単位（端数四捨五入） ※介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的とした加算

月の利用料金の計算方法

＜総単数の出し方＞

要支援 1 の方　1,798 単位／月　　要支援 2 の方　3,621 単位／月　（月単位数）

＜③介護職員処遇改善加算の単位の出し方＞

月単位数　×　0.09　＝　介護職員処遇改善加算単位（端数四捨五入）

＜介護保険利用料金１０割分の計算方法＞

（　月単位数　＋　③　）×　10.14　＝介護保険利用料金 10 割分（端数切捨て）

※＜介護保険利用料金（自己負担分）の計算方法＞

介護保険利用料金 10 割分×**0.9～0.7**＝介護保険利用料金 **9～7** 割分（端数切捨て）

介護保険利用料金 10 割分－介護保険料金 **9～7** 割分＝介護保険利用料金 **1～3** 割分（自己負担分）

※介護保険負担割合により 0.9（1 割）0.8（2 割）0.7（3 割）の数字に変わります。

※　介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が契約者の負担となります。

（サービスの概要と利用料金）

①　食　事

・当事業所では、献立表により栄養並びに契約者の身体の状況、及び嗜好を考慮した食事を提供します。契約者に提供する食事の材料と調理にかかる費用です。

料　金：　1 食 700 円（おやつ代含）

②　通常の事業実施区域外への送迎

・通常の事業実施区域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合はお住まいと当事業所との間の送迎費用として、下記料金をいただきます。

事業所から片道概ね 5ｋｍ未満/300 円　事業所から片道概ね 5ｋｍ以上/500 円

③　レクリエーション・クラブ活動

・契約者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただきます。

利用料金：材料費等の実費をいただきます。（月 100 円）

⑤　複写物の交付

・契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき：10 円（※カラーコピーは 1 枚につき 20 円）

⑥　日常生活上必要となる諸費用実費

・契約者の日常生活に要する費用で、契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：実　費

⑦　理美容サービス

・理容師・美容師の出張による理髪・美容サービスを利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費（カット代 2,000 円～）

※　経済状況の著しい変化・その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1)、(2）の料金・費用は、翌月請求書受取り後お支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、契約者の都合によりサービスの中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

※　サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を利用者に提示して協議するものとします。

５．苦情の受付について

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受付けます。

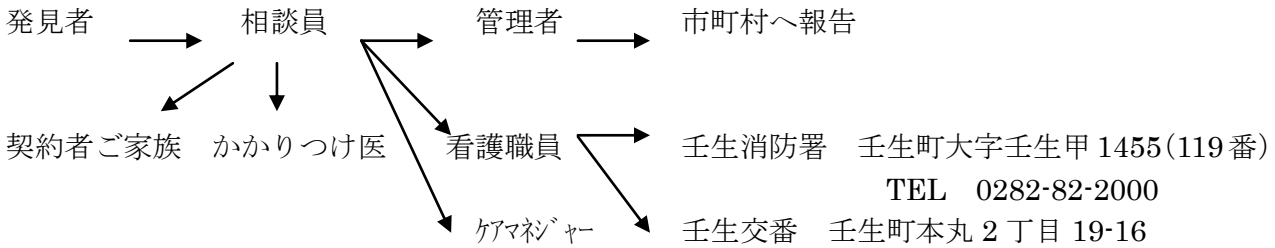
苦情解決責任者	中澤　正代	（管　理　者）	TEL 0282－81－2810
苦情受付担当者	佐藤　郁美	（生活相談員）	TEL 0282－81－2810
	小藤　典子	（生活相談員）	
第三者委員	日向野兵造	（星風会監事）	TEL 0282－22－3106
	青山　一郎	（星風会評議員）	TEL 0282－27－3960
壬生町健康福祉課介護保険係			TEL 0282－81－1876
栃木県国民健康保険団体連合会			TEL 028－643－2220
栃木県運営適正化委員会			TEL 028－622－2941

６．緊急時の対応

利用時に、契約者の具合が悪くなった場合、その他必要な場合には速やかに家族に連絡し、必要な措置を講じます。

下記に従いまして、対応させていただきます。

【容態急変・火災・地震・事故】



壬生消防署　壬生町大字壬生甲 1455（119 番）
TEL　0282-82-2000
壬生交番　壬生町本丸 2 丁目 19-16
TEL　0282-82-0105

緊急時の連絡先・・・デイサービス　0282-81-2810
小規模特養　0282-81-2800

※但し、状況によっては変更する場合もあります。

7. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、契約者に対しサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

① 契約者の、生命・身体・財産の安全確保に配慮します。

② 契約者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、契約者から聴取・確認します。

③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、契約者に対して、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。

④ 契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに契約者又は代理人の請求に応じて、閲覧させ複写物を交付します。

⑤ 契約者へのサービス提供時において、契約者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置をいたします。

⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、通所介護サービスを提供するにあたって知り得た契約者又は家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩いたしません。
（守秘義務）但し、利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に契約者の心身等の情報提供をします。又、契約終了に伴う援助を行う際には、予め文書にて契約者の同意を得ます。

⑦ 個人情報保護法に基づき、個人情報を適切に取り扱う為、契約者から個人情報の使用に係る同意書について説明し、同意を頂きます。

8. 非常災害対策について

施設の消防計画書に基づき訓練計画を立て、火災・地震等の非常災害に備えるため定期的に避難・誘導・救出その他の訓練を行います。

9. 虐待防止のための措置について

契約者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけ、虐待防止、早期発見に加え、虐待等が発生した場合は再発防止に努めます。

10. サービスの利用に関する留意事項

(1) 事業所・設備の使用上の注意

※事業所・設備・敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

※故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、事業所・設備を壊したり汚したりした場合には、契約者の自己負担により原状に回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

※当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことは出来ません。

(2) 喫　煙

事業所内、全面禁煙となっております。

11. 損害賠償について

1　事業者は、本契約に基づくサービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。第 9 条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して、相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

2　損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。

とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

一　契約者、家族等（内縁関係等の関係者を含む）ないし代理人、連帯保証人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合

二　契約者、家族等（内縁関係等の関係者を含む）ないし代理人、連帯保証人が、通所介護サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合

三　契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施した第一号通所介護サービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合

四　契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

五　契約者及びその家族等自身の事象が専ら起因して損害が発生した場合

12. サービスの利用を中止する場合（契約の終了等について）

契約期間満了の 2 日前までに契約者から終了の申し入れがない場合には、自動更新されるものとします。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

① 契約者が死亡した場合
② 要介護認定により、契約者の心身の状況が「自立」「要介護」と判定された場合
③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
④ 事業所の滅失や重大な毀損により、契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
⑥ 災害時等こちらの都合でサービスの提供を中止する場合があります。
・自然災害等（台風、大雨、洪水、大雪等）
・道路状況等（道路の破損、工事等）

(1) 契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、契約者から利用契約を解約することができます。
その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書を提出して下さい。
但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除することができます。

① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合
② 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
③ 契約者が入院された場合
④ 契約の「介護予防ケアプラン」が変更された場合
⑤ 事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく、本契約に定める第一号通所介護サービスを実施しない場合
⑥ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
⑦ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失により、契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑧ 他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合

(2) 事業者から契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

① 契約者、家族等（内縁関係等の関係者を含む）ないし代理人、連帯保証人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
② 契約者、家族等（内縁関係等の関係者を含む）ないし代理人、連帯保証人によるサービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
③ 契約者、家族等（内縁関係等の関係者を含む）ないし代理人、連帯保証人が故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④ 契約者、家族等（内縁関係等の関係者を含む）ないし代理人、連帯保証人が故意に法令

違反その他著しく常識を逸脱する行為を事業所に対して行い、事業所の再三の申し出にも関わらず改善の見込みがなく、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

(3) 契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し必要な援助を行うよう努めます。

13. 連帯保証

代理人兼連帯保証人は本契約において生じた契約者の一切の責任について連帯保証するものとします。

尚、利用料金の滞納が発生した場合、事業所への支払いの極度額は 10 万円とします。

14. 第三者評価の実施状況

当施設は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

上記の同意を証するため、本書２通を作成し、契約者、代理人、連帯保証人、事業者が記名の上、各１通を保有するものとします

年　　月　　日

第一号通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説 明 者　　職　種　　生活相談員
　　氏　名　　印

事 業 者　　所 在 地　　栃木県下都賀郡壬生町大字壬生甲 2620 番地
　　事業者名　　社会福祉法人　星風会
　　星風会デイサービスセンターみぶ例幣使
　　管理者名　　中澤　正代　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、第一号通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契 約 者　住　所

　　氏　名

代 理 人　住　所

　　氏　名
　　（続 柄：　　）

連帯保証人 住　所

　　氏　名
　　（続 柄：　　）