

## ディサービスセンター楽々むら重要事項説明書

令和7年12月1日改定

当施設は介護保険の指定を受けています

指定通所介護事業所

兵庫県指定2874400902号

介護予防通所型サービス（独自）事業所

豊岡市指定2874400902号

当事業所はご利用者に対し、通所介護サービス及び介護予防通所型サービス（独自）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とおり説明します。

### 1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 あまのほ
法人所在地	兵庫県豊岡市城崎町楽々浦字深原419番1
連絡先	Tel (0796) 32-0161 Fax (0796) 32-0171
代表者名	理事長 西村 肇
設立年月日	平成17年12月1日

### 2. 運営方針

施設、在宅サービスの一元化のもとに連絡調整を密にし、個々の生活リズムを大切に、ご利用者がいきいきと和やかに安心していただける毎日を目指します。

### 3. 施設の概要

ディサービスの構造	鉄筋コンクリート3階建1階部分
建物の延べ床面積	4,803.30m <sup>2</sup> ディサービス床面積220,635m <sup>2</sup>
ディサービスの周辺環境	山陰海岸国立公園内の風光明媚なところに立地し、目の前は、楽々浦湾が広がり、更に近くには城崎温泉があります。

### 4. 事業所の説明

当事業所は特別養護老人ホーム楽々むらに併設されています。

施設の目的	介護保険法令に従い、ご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事ができるように支援する事を目的として、ご利用者に日常生活を営むため必要な共用施設等をご利用いただき、通所介護サービスを提供します。
施設の名称	ディサービスセンター 楽々むら
施設の所在地	兵庫県豊岡市城崎町楽々浦字深原419番1
交通機関	JR城崎温泉駅下車、東へ徒歩15分
連絡先	Tel (0796) 32-0161 Fax (0796) 32-0171
メールアドレス	<a href="mailto:rakurakumura@amanoho.com">rakurakumura@amanoho.com</a>
管理者	施設長 佐藤 昌夫
併設事業	介護老人福祉施設、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護、居宅介護支援事業所、認知

	症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護
開設年月日	平成18年12月20日
定員	29名
通常の実施地域	豊岡市のうち旧豊岡市と城崎町地域
営業日及び営業時間	営業日：月～金曜日（1月1日～3日を除く）・サービス提供時間：9時15分～16時30分 受付時間：9時～17時

## 5. 契約締結からサービス提供までの流れ

### ① 要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

↓

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成  
介護予防計画（ケアプラン）の作成

↓

- 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

### ② 要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

↓

要介護と認定された場合

非該当と認定された場合

↓

居宅サービス計画（ケアプラン）を作成して  
いただきます。必要に応じて、居宅介護支援  
事業者の紹介等必要な支援を行います。

契約は終了します。  
既に実施されたサービスの利用  
料金は全額自己負担となります。

↓

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

↓

- 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。

要支援に認定された場合は地域包括支援センターで介護予防計画を作成してもらい、介護予防通所型サービス（独自）事業の利用ができます。

## 6. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用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＞

	配置人員	指定基準	職務体制
1. 管理者	1名（兼）	1名	8:30～17:30
2. 生活相談員	1名以上	1名	8:30～17:30
3. 介護職員	5名	4名	8:30～17:30
4. 看護職員	1名（兼）	1名	8:30～17:30
5. 機能訓練指導員	1名（兼）	1名	8:30～17:30

### ＜配置職員の職種＞

職種	内 容
1. 介護職員	ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
2. 生活相談員	ご利用者の日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
3. 看護職員	主にご利用者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活上の介護、介助等もおこないます。
4. 機能訓練指導員	ご利用者の機能訓練を担当します。

## 7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

- 利用料金が介護保険から給付される場合については、9割～7割の給付があります。
- 利用料金の全額をご利用者に自己負担いただく場合があります。

### （1）介護保険の給付の対象となるサービス

#### ＜サービスの概要＞

食事	当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただく事を原則としています。 (食事時間) 12:00
入浴	入浴又は清拭を行います。 寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
排泄	ご利用者の排泄の介助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じ、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

## サービス利用料金表

### ＜通所介護事業＞（1日につき）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1. サービス利用料金	6,580 円	7,770 円	9,000 円	10,230 円	11,480 円
2. 自己負担額 (1割負担の場合)	658 円	777 円	900 円	1,023 円	1,148 円
(2割負担の場合)	1,316 円	1,554 円	1,800 円	2,046 円	2,296 円
(3割負担の場合)	1,974 円	2,331 円	2,700 円	3,069 円	3,444 円

### ＜介護予防通所型サービス（独自）＞（1ヶ月定額）

	要支援1	要支援2
1. サービス利用料金	17,980 円	36,210 円
2. 自己負担額 (1割負担の場合)	1,798 円	3,621 円
(2割負担の場合)	3,596 円	7,242 円
(3割負担の場合)	5,394 円	10,863 円

### ＜加算＞

加算	1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要介護）	22 円/日	44 円/日	66 円/日
（要支援1）	88 円/月	176 円/月	264 円/月
（要支援2）	176 円/月	352 円/月	528 円/月
入浴介助加算Ⅰ（要介護）	40 円/日	80 円/日	120 円/日
個別機能訓練加算Ⅰ（□）（要介護）※	76 円/日	152 円/日	228 円/日
個別機能訓練加算Ⅱ（要介護）	20 円/月	40 円/月	60 円/月
運動機能向上加算（要支援）	225 円/月	450 円/月	675 円/月
送迎を行わない場合（要介護）	-47 円（片道）	-94 円（片道）	-141 円（片道）
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	9.2%		

※個別機能訓練加算Ⅰ□の要件を満たさない場合は個別機能訓練加算Ⅰイの算定になります。（機能訓練指導員の数）： 1割負担 56 円 2割負担 112 円 3割負担 168 円（いずれも 1 日あたり）

注1) 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

注2) ご利用者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については、上表と異なることがあります。

注3) 通常の実施地域以外の送迎については、地域以外の実費をご負担していただくことになります。

注4) ご利用者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

注5) 個別機能訓練（運動機能向上）加算について、機能訓練指導員の不在（主に日曜・祝祭日）時は個別指導が実施できないため算定致しません。

## （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、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ①介護保険給付の支給限度額を超えてサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前記のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません）が必要となります。

#### ② レクリエーション・クラブ活動

ご利用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くことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

#### ③ 通常の事業実施地域以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、実施地域の境界線から、お住まいまでの交通費用として、下記の料金をいただきます。

○実施地域の境界から片道 10km未満・・・・・・・・ 400円

○実施地域の境界から片道 10km以上～20km未満・・・ 800円

○実施地域の境界から片道 20km以上の場合は 1km毎に 40円加算します。

#### ④ 複写物の交付

ご利用者は、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は実費をご負担いただきます。

白黒 10円/枚 カラー 30円/枚

#### ⑤ 食費

昼食代 800円（おやつ 含む）

#### ⑥ その他日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。（例）紙おむつ等

## （3）料金の支払い時期と支払い方法について

利用料金、その他の費用は1カ月毎に利用日数に基づいて計算し、請求させていただきます。翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

### 1. 「楽々むら」受付窓口にて現金支払い

### 2. 下記口座へ振り込み

口座名義 社会福祉法人 あまのほ 理事長 西村 肇

○但馬信用金庫 城崎支店（普通）0215703

○但馬銀行 城崎支店（普通）7121678

○JA たじま 城崎支店（普通）0043067

○ゆうちょ銀行 四三八（普通）88247491

### 3. 口座振替 ご利用者の但馬信用金庫、但馬銀行、JA たじま、ゆうちょの指定の口座より自動振り替え

## （4）利用の中止、変更、追加

○ 利用予定日の前にご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、若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。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等の正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日の午後6時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日の午後6時までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

○サービス利用の変更・追加の申出に対して、事業所の稼働状況によりご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、他の利用可能日時をご利用者にご提案させていただきます。

## 8. 契約の終了について

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以降も同様となります。

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事ができますが、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ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用者の心身の状況が非該当と認定された場合
- 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場合
- ④施設の減失や重大な毀損によりご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設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ご利用者から解約又は契約解除の申出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑧支え合いサービス事業の利用が可能な方

### （1）ご契約者からの解約・契約解除の申出

契約の有効期間内であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部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・解除届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外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ご利用者が入院された場合（一部解約は出来ません）
- ④ご利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解除は出来ません）
- ⑤事業者若しくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑥事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

職員若しくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・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

⑦他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

## (2) 事業者からの契約解除の申出

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。その場合、契約解除の1ヶ月前に理由を含めて文書で通知します。

- ①ご利用者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ご利用者による、サービス利用料金の支払いが最低3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた文書による催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

## (3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、当事業所はご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。

## 9. サービス提供における事業者の義務

当事業所は、サービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、次のことを守ります。

- ① ご利用者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご利用者の体調、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、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご利用者及びご家族に限り、請求に応じて閲覧し、複写物を交付します。
- ④ ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、ご利用者又は他のご利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はご家族への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を予め文書で同意を得ない限り（個人情報使用同意書）、第三者に漏洩しません（守秘義務）。
- ⑦ 重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合には、重要事項が変更された場合に、ご利用者及びそのご家族に変更内容を以下の方法により行います。
  - (ア) 書面による事前の説明（書類をお渡し口頭で説明又は郵送による通知）
  - (イ) 書面による同意の確認

## 10. サービス利用に関する留意事項

### (1) 施設・設備の使用上の注意

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により原状に復していただかずか、又は相当の対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、営利活動などを行う事はできません。

### (2) 悪天候等におけるサービス提供時間等の変更

サービス利用当日、悪天候（台風、大雪等）又は交通事情等により、やむを得ずサービス提供時間の変更、事業中止を御願いしなければならない事が生じる場合がありますが、必ず事前にお知らせいたしますのでご了承ください。尚、このような場合にはキャンセル料は必要ありませんし、サービス提供時間を短縮した場合には時間に応じた利用料金となります。

### (3) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

## 1 1. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を配慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を免じる場合があります。

## 1 2. 損害賠償保険の加入について

保険会社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	賠償責任保険

内容等につきましては、当事業所事務所にて開示しております。

## 1 3. 苦情の受付について

### (1) 苦情受付体制の整備

事業所は、サービスの提供に係る利用者及び家族からの苦情に適切に対応するため、苦情解決責任者及び苦情受付担当者を配置するとともに、苦情解決にあたり社会性及び客觀性を確保するため第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備しています。

#### ①当施設における苦情解決責任者

苦情解決責任者	管理者 佐藤 昌夫
受付時間	毎週月曜日から金曜日（午前8時30分から午後5時30分） 1月1日から3日を除く

#### ②当施設における苦情受付担当者

苦情受付担当者	安達ゆかり 湯口亜由美 尾嶋 友
受付時間	毎週月曜日から金曜日（午前8時30分から午後5時30分） 1月1日から3日を除く

#### ③行政機関その他苦情受付機関

豊岡市健康福祉部 社会福祉課	所在地 豊岡市立野町 12 番 12 号 月曜日から金曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分 (国民の祝日、12 月 29 日から 1 月 3 日を除く) Tel 0796(24)7033 Fax 0796(24)4516
兵庫県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター内 月曜日から金曜日 午前 10 時から午後 4 時 (国民の祝日、12 月 29 日から 1 月 3 日を除く) Tel 078(242)6868 Fax 078(271)1709

#### ④第三者委員

苦情解決にあたり、社会性及び客觀性を確保するとともにサービス利用者の立場や状況に配慮した適切な対応を図るため、第三者委員を設置しています。連絡先は以下のとおりです。

谷垣 英夫（元評議員）	住所 〒669-6101 豊岡市城崎町湯島 662 Tel 0796-32-3312
守山 道子（現評議員）	住所 〒668-0043 豊岡市桜町 23-15 Tel 0796-23-5175

#### (2) 苦情受付方法

○苦情は、面接・電話・書面・電子メールなど、利用者が選びやすい方法で隨時受け付けます。

○施設内に「意見箱」などを設置し、匿名でも意見や苦情が伝えられる仕組みを設けます。

#### (3) 苦情への対応

○苦情申し出がなされた場合、受付は苦情受付担当者が対応します。また、第三者委員へ直接申し出ることもできます。（第三者委員の助言・立ち合いを希望される場合は申し出てください。）

○苦情受付担当者は、受付した苦情内容を苦情解決責任者及び第三者委員へ報告します。

○苦情解決責任者は、速やかな苦情解決に向け、迅速に事実関係の調査を行います。

○事実関係の調査結果に基づき苦情受付担当者と苦情解決責任者で対応策の協議を行います。

○苦情解決責任者は、苦情申出との話し合いによる解決に努めます。

○苦情申出者に対しては、苦情解決責任者がその経過及び結果を説明します。

#### (4) 記録と保存

苦情の内容、対応状況、結果については「苦情処理記録」として文書に記録し、5年間保管します。

#### (5) 再発防止とサービス向上

苦情の内容を分析し、職員への教育・研修に活用することで、サービスの質の向上と苦情の再発防止に努めます。

指定通所介護サービスおよび、介護予防通所型サービス（独自）の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分
説明場所	

説明者 生活相談員	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、指定通所介護サービス及び介護予防通所型サービス（独自）の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者（利用者） 住所	印
氏名	

私は利用者が事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス及び介護予防通所型サービス（独自）の提供開始に同意したことを見認めたので、私が利用者に代わって署名を代行します。

署名代行者 住所	印
氏名 (利用者との続柄 )	

## 顔写真掲載・作品掲示等の意向確認書

### 【写真使用の場合】

社会福祉法人あまのほの事業や取り組みを紹介するために、ご利用者の映像や写真を使用することがあります。

### 【作品展示の場合】

書道や手芸等の作品を特養棟、ホーム棟のロビーに展示。または、福祉祭りなどに展示することがあります。

#### 上記について

(いずれかに○印をお願いします)

- ・ インターネット上の使用を含めて同意します
- ・ インターネット上を除いた使用に同意します
- ・ 同意しません

※その他の理由で使用する場合は、別途お知らせし了解をいただくものとします。

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人あまのほ 楽々むら施設長様

【住所】

【ご利用者氏名】

印

【代理人】

印