令和 8 年 6 月 1 日

「指定地域密着型サービス」重要事項説明書

梨雲苑デイサービスセンター

～認知症対応型通所介護～

～介護予防認知症対応型通所介護～

当事業所は介護保険の指定を受けています。
（富山県指定 第 1670100229 号）

当事業所はご契約者に対して認知症対応型通所介護サービス、介護予防認知症対応型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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 事業者 1
2. 事業所の概要 1
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 3
5. 損害賠償について 8
6. 苦情の受付について 8
7. 実習生・見学者について 9
8. 記録の開示について 9

1. 事業者

（1）法人名　　社会福祉法人　梨雲福祉会
（2）法人所在地　　富山県富山市吉作 1725 番地
（3）電話番号　　076-436-2002
（4）代表者氏名　　理事長　林　一 枝
（5）設立年月　　平成 2 年 6 月 19 日

2. 事業所の概要

（1）事業所の種類　　認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護）事業所
令和 8 年 4 月 1 日指定
富山県 1670100229 号
※当事業所は特別養護老人ホーム梨雲苑に併設されています。

(2) 事業の目的

梨雲福祉会は、福祉サービスを必要とする者が心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的として、それぞれの社会福祉事業を行う。

(3) 事業所の名称　　梨雲苑デイサービスセンター

(4) 事業所の所在地　　富山県富山市吉作 1725 番地

(5) 電話番号　　076-436-2002

(6) 事業所管理者　　松本　智子

(7) 当事業所の運営方針

ア. 認知症対応型通所介護

ご利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持なら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。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

イ. 介護予防認知症対応型通所介護

日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持や改善の可能性の高い軽度の要介護状態の利用者に対し「目標指向型アプローチ」を基本としたサービスを提供し、生活機能の改善、生活不活発病の予防に努める。

(8) 開設（サービス開始）年月日　　平成 3 年 6 月 15 日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

居宅介護支援事業　令和 2 年 4 月 1 日指定　富山県 1670100013 号

訪問介護事業　　令和 2 年 4 月 1 日指定　富山県 1670101722 号

(10) 通常の事業の実施地域

呉羽中学校区　及び　西部中学校区

(11) 営業日及び営業時間（認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護）

月～土（8 月 14 日～15 日、12 月 31 日～ 1 月 3 日を除く）

午前 8 時 30 分～午後 4 時 30 分

(12) 利用定員　　認知症対応型通所介護　　12 人（介護予防含む）

(13) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

理容　　2,500 円

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用金をご負担いただきます。

(14) 緊急時における対応方法

各サービスの提供中に、利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかにご家族に連絡をするとともに、主治医、あるいは協力医療機関に連絡し、適切な措置を講ずる。

（15）非常災害時の対応

各サービス提供中に火災その他の災害が発生した場合は、別途「防火規程」により対応いたします。なお、この防火規程及び防火管理者は、当事業所を管轄する消防署へ届出しています。また、消防署の指導の下、火災発生を想定した避難・通報・消火の総合的訓練を毎年定期的に実施しています。

3.職員の配置状況

当事業所では、ご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	地域密着型通所介護	
	常勤換算	指定基準
1.管理者（兼務）	1名	1名
2.介護職員	2名	2名
3.生活相談員	1名	1名
4.看護職員	（兼務）1名	0名
5.機能訓練指導員	（兼務）1名	1名
6.介護支援専門員		
7.医　師		

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、

1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職　種	通所介護
1.医師	―
2.介護職員	勤務時間　早番　8：00～16：40 日勤　8：30～17：10 ☆原則として職員1名あたり利用者3名のお世話をします。
3.看護職員	勤務時間　8：30～17：10
4.機能訓練指導員	勤務時間　8：30～17：10

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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

○　認知症対応型通所介護サービス
○　介護予防認知症対応型通所介護サービス

また、それぞれのサービスについて、

（1）利用料金が介護保険から給付される場合
（2）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（1）当事業所が提供する基準介護サービス（契約書第 4 条参照）

〈サービスの概要（認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業）〉

①食事：当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。

ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。当事業所では、サービス計画において食事の提供が予定されている方に限ります。（食事時間）　12：00～13：00

②入浴：入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄：ご契約者の排泄の介助を行います。

④機能訓練：機能訓練指導員により、ご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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤送迎：ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

※通常の事業の実施地域（呉羽中学校区　及び　西部中学校区）

〈サービス利用料金（１回あたり）〉（契約書第 7 条参照）

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

〇認知症対応型通所介護：１割負担の場合

※自己負担額は負担割合証に応じた額となります。

利用時間 5 時間以上 6 時間未満の場合	**要介護 1**	**要介護 2**	**要介護 3**	**要介護 4**	**要介護 5**
1. 認知症対応型通所介護費Ⅰii／回	771 単位	854 単位	936 単位	1,016 単位	1,099 単位
2. サービス利用料金／回	7,710 円	8,540 円	9,360 円	10,160 円	10,990 円
3. 介護保険から給付される金額／回	6,926 円	7,672 円	8,409 円	9,127 円	9,873 円
4. サービス利用に係る自己負担額／回	**784 円**	**868 円**	**951 円**	**1,033 円**	**1,117 円**
利用時間 6 時間以上 7 時間未満の場合	**要介護 1**	**要介護 2**	**要介護 3**	**要介護 4**	**要介護 5**
1. 認知症対応型通所介護費Ⅰii／回	790 単位	876 単位	960 単位	1,042 単位	1,127 単位
2. サービス利用料金／回	7,900 円	8,760 円	9,600 円	10,420 円	11,270 円
3. 介護保険から給付される金額／回	7,097 円	7,870 円	8,624 円	9,361 円	10,124 円
4. サービス利用に係る自己負担額／回	**803 円**	**890 円**	**976 円**	**1,059 円**	**1,146 円**
利用時間 7 時間以上 8 時間未満の場合	**要介護 1**	**要介護 2**	**要介護 3**	**要介護 4**	**要介護 5**
1. 認知症対応型通所介護費Ⅰii／回	894 単位	989 単位	1,086 単位	1,183 単位	1,278 単位
2. サービス利用料金／回	8,940 円	9,890 円	10,860 円	11,830 円	12,780 円
3. 介護保険から給付される金額／回	8,031 円	8,885 円	9,756 円	10,627 円	11,481 円
4. サービス利用に係る自己負担額／回	**909 円**	**1,005 円**	**1,104 円**	**1,203 円**	**1,299 円**

〇介護予防認知症対応型通所介護：１割負担の場合

※自己負担額は負担割合証に応じた額となります。

	要支援１		要支援２	
利用時間	**6～7 時間**	**7～8 時間**	**6～7 時間**	**7～8 時間**
1.介護予防認知症対応型通所介護費Ⅰii ／回	684 単位	773 単位	762 単位	864 単位
2.サービス利用料金／回	6,840 円	7,730 円	7,620 円	8,640 円
3.介護保険から給付される金額／回	6,145 円	6,944 円	6,846 円	7,762 円
4.サービス利用に係る自己負担額／回	**695 円**	**786 円**	**774 円**	**878 円**

〇共通（認知症対応型・介護予防認知症対応型）：１割負担の場合

※自己負担額は負担割合証に応じた額となります。

各種加算	**要支援１～２・要介護１～５**
5.個別機能訓練加算　（Ⅰ）27 単位／回 （Ⅱ）20 単位／月	【選択的サービス】（Ⅰ）28 円／回　（Ⅱ）21 円／月
6.入浴介助加算　40 単位／回	41 円
7. 口腔機能向上加算(Ⅱ)　160 単位／回	【選択的サービス】　163 円/月 2 回まで
8.サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18 単位／回	19 円
9.科学的介護推進体制加算　40 単位／月	41 円
10.送迎減算(家族送迎)　－47 単位／片道	－48 円
11.若年性認知症利用者受入加算 ／日 60 単位	62 円
12.中山間地域加算／月	5.0%（※1）
13.高齢者虐待防止措置未実施減算　／月	－1.0%（※2）
14.業務継続計画未策定減算　／月	－1.0%（※3）
15.介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ ／月	23.6%（※4）
16.食費（おやつ代含む）／回	700 円　（実費負担）

☆4～10 の料金計算は、各単位数×10.17(7 級地)×0.1(自己負担)となります。(金額は目安)

※1 中山間地域加算

通常の事業実施地域外からのご利用の場合所定単位数の 5%分の一割負担金をいただきます。

※2 高齢者虐待防止措置未実施減算

虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられない場合所定単位数の 1.0%を減算します。

※3 業務継続計画未策定減算

事業所が業務継続計画（BCP）の策定、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる、に適合していない場合所定単位数の 1.0%を減算します。

※4 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ

毎月算定した総単位の 23.6%分の一部負担金をいただきます。介護職員をはじめ介護サービスの提供に関わる職種を含む全体的な職場環境の改善とサービスの質の向上を目的とします。

☆ 食費は食材費と調理費並びにおやつ代を含んだものです。
☆ オムツ代は実費となります。
☆ ご契約者がま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。要支援又は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、ご契約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。
☆ 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、ご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（契約書第 5 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約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るサービス

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、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

② 複写物の交付

ご契約者は、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負担いただきます。

1 枚につき　　10 円

③ ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ、ｸﾗﾌﾞ活動

ご契約者の希望によりﾚｸﾘｴｰｼｮﾝやｸﾗﾌﾞ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。

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご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。

⑤ 寝具汚損洗濯料

ご契約者は、サービス利用中寝具類を汚損しクリーニングが必要になった時は次の費用をご負担いただきます。（寝具の汚損によらない定期交換時は除く）

羽毛掛布団	2,000 円	／ 回
羽毛肌布団	1,800 円	／ 回
枕	400 円	／ 回
ベットパット	800 円	／ 回

⑥ 理髪・美容［理髪サービス］

月に 2～3 回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。

利用料金： 1 回あたり 2,500 円（カット料金）

☆　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、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 7 条参照）

前記（1)、(2）の料金・費用は、次の通りお払い下さい。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
すべての金融機関に対応しております。(引落し手数料はご負担ください)

イ. 下記指定口座への振り込み
北陸銀行　呉羽支店　普通預金　6068437
社会福祉法人（シャカイフクシホウジン）　梨雲福祉会（リウンフクシカイ）　理事長（リジチョウ）　林（ハヤシ）　一枝（カズエ）
※恐れ入りますが振込手数料はご負担下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 8 条参照）

① 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、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。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出てください。但し、稼働状況によってはご希望に添えない場合があります。

② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提示して協議します。

③ 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。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 10%（自己負担相当額）

※食事代の実費分は発生する場合があります。

④ ご契約者の病気･怪我等の状態が思わしくない場合は､当日の介護サービスの提供を中止、もしくはサービス提供時間の短縮をさせていただく場合があります。

⑤ 当日の健康チェックの結果や利用中の体調不良などで、当日のサービス提供が困難と判断した場合はサービス内容の変更または中止、もしくはサービス提供時間を短縮させていただく場合があります。職員よりご家族にご連絡があった場合はできるだけ早急に利用者様をお迎えに来ていただきます。また、必要に応じてご家族と共同して主治医への連絡や救急車の要請等、必要な措置を講じます。

⑥ 台風、積雪または各種警報発令時、災害発令時は当日の介護サービスの提供を中止、もしくはサービス提供時間の短縮をさせていただく場合があります。台風や雪に関しましてはテレビ・ラジオ・インターネット等の気象予報等で事前の予測がある程度可能と思われますので、各ご家庭におかれましても気象予報をご確認の上、デイサービスが休みとなった際の対応を事前に協議していただきますようお願い致します。

⑦ お迎えにあがった際やサービス利用中にご契約者が飲酒をされている、著しい精神錯乱状態にある等で、事業所が提供するサービス内容を受けることができない状態、もしくは他

利用者の損益を損なう恐れのある状態の場合は当日の介護サービスの提供を中止、もしくはサービス提供時間の短縮をさせていただく場合があります。(ご利用の場合は主治医の許可を必要とする場合があります)

⑧ 職員や他利用者に対する各ハラスメント行為や暴力行為が認められる場合は介護サービスを中止させていただく場合があります。

※各ハラスメント行為に関しては事業所にてハラスメントの定義を策定しています。

（５）その他

① 送迎に関しては、時間等を事前に話し合い、決められた予定に従っていただきます。

② 貴重品や金銭について、必要以上の持ち込みはご遠慮下さい。持ち込まれる場合は原則としてご契約者の責任において管理していただきます。また、ご利用者同士の金銭の貸し借りや物のやりとりからのトラブルについては責任を負いかねますのでお控え下さい。

③ 事業所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や不備等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

④ 梨雲苑のホームページ・パンフレット・広報誌・掲示物・社内研修・広報活動などにご契約者の写真や映像等を使用する場合があります。(金銭的対価は発生しません)

5.損害賠償について

事業者の責任によりご契約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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合あるいは経年的な劣化が原因と認められる場合には、ご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限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名　　社会福祉法人　全国社会福祉協議会

保　険　名　　しせつの損害保険

6.苦情の受付について（契約書第23条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者	梨雲苑施設長	中村 春彦 TEL：076-436-2002
○苦情受付窓口	梨雲苑デイサービスセンター長	田村 洋志 TEL：076-436-2002
○受付時間	毎週月曜日～金曜日　(9：00～17：00)	
○梨雲苑 苦情相談員	呉羽地区民生委員会長	安念 忠信 TEL：076-436-0871
	呉羽地区長寿会連合会長	細野 恭孝 TEL：090-7089-0170
	呉羽地区自治振興会長	北森 正誠 TEL：076-436-5355
	五福校下自治振興会長	平井 賢一 TEL：090-3886-5677

また、苦情受付ボックスを梨雲苑カウンターに設置しています。

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理手順

①苦情の受付

面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受付け、詳しい事情を伺います。

②苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者は、サービス担当者、苦情解決責任者に苦情のあった内容について報告します。サービス担当者は内容を受けて場合によっては苦情処理検討会議を行い、事実確認・原因究明を行います。

③苦情解決のための話し合い

検討の結果、苦情受付担当者は速やかに具体的な対応（謝罪、今後への改善点）を行います。場合によって苦情受付担当者及び苦情解決責任者により、苦情申出人と誠意を持ち話し合い解決に努めます。

④本事業者で解決できない苦情は、行政機関、その他苦情受付機関等に申立てることもできます。

行政機関、その他苦情受付機関等

富山市福祉保健部介護保険課	所 在 地　富山県富山市新桜町 7 番 38 号 電話番号　076-443-2193 ＦＡＸ　076-443-2076
富山県国民健康保険団体連合会	所 在 地　富山県富山市下野字豆田 995 番地 3 電話番号　076-431-9833 ＦＡＸ　076-431-9834
富山県福祉サービス 運営適正化委員会	所 在 地　富山県富山市安住町 5 番 21 号 電話番号　076-432-3280 ＦＡＸ　076-432-6532

⑤苦情解決の記録、報告

苦情に関する記録は、苦情受付担当者が、苦情受付から解決までの経過と結果について記録し苦情処理台帳として保管します。

⑥再発防止

苦情についての改善事項は是正処置を行います。改善事項の実施状況は一定期間後に実施状況を確認し、再発防止に努めます。場合により苦情解決責任者から申出人に対し、改善事項の状況を一定期間後に報告をします。

⑦その他参考事項

法人全体で委員会を設置し、定期的に苦情に関する調査や解決策の検討を行います。

サービスを提供する前に十分な説明を行い、同意を得てサービスを利用していただくように心がけます。

7. 実習生・見学者について

当事業所において、人材養成のため、また社会教育の一環として実習生・見学者を受け入れしております。また、福祉活動の意志を尊重してボランティア活動を受け入れしております。当事業所においてご契約者と実習生等と接することもありますが、ご契約者の意思と、プライバシーの保護に万全をもって配慮いたしますのでご理解ください。

8. 記録の開示について

ご契約者から当事業所の記録について開示の請求があった場合は、ご契約者に関する事項についての記録については所定の手続きに基づき開示いたします。

指定居宅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。

9. 第三者評価の実施状況

実施しておりません。

指定居宅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。

令和　　年　　月　　日

説明者　職 名

氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、「梨雲苑デイサービスセンター」の居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

利用者　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿

代理者　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄　　）

＊この重要事項説明書は、平成 11 年厚生省令第 37 号及び平成 18 年厚生労働省令第 35 号の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。

通所介護サービスに係る個人情報の利用に関する同意

私は、居宅介護サービスを受けるために必要な私個人及び家族の情報を、梨雲苑デイサービスセンターが下記の遵守事項に沿って利用することに同意します。

遵守事項

1　梨雲苑デイサービスセンターは、保険者より提供された介護保険に関する認定情報及び、課題分析等で知り得た利用者又はその家族の個人情報を、居宅介護サービス以外の目的で使用しません。

2　梨雲苑デイサービスセンターは、個人情報を厳重に管理し適正な保管に努め、契約の終了等により所持する必要がなくなった個人情報は速やかに破棄します。

3　個人情報の使用に関して、利用者より利用の停止または返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

4　個人情報の漏洩により万一利用者に損害が生じた場合は、当事業所においてその賠償責任を負います。

令和　　年　　月　　日

本人署名　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理者　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄　　）

家族代表　住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄　　）