

デイサービス ふるさとの家 郡山
 認知症対応型通所介護事業所
 (介護予防認知症対応型通所介護事業所)
 契約書および重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
 (鹿児島市指定 第4690100187号)

当事業所は利用者に対して指定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等について次の通り説明します。

1、事業者

法人名	社会福祉法人 正栄会
法人所在地	〒891-1102 鹿児島県鹿児島市川田町1090番地
電話・FAX	電話: (099) 298-8153 FAX: (099) 298-8726
代表者氏名	理事長 上片平 栄昭
設立年月	昭和55年8月21日

2、事業所の概要

事業所の種類	指定認知症対応型通所介護事業所 共用型 7～9時間 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所 介護保険事業所番号 (平成19年3月12日指定鹿児島市第4690100187号)
事業所の目的	在宅における要支援・要介護状態の高齢者に対し、グループホームにおいて入浴、食事等の介護、生活等についての相談・助言、健康状態の確認及び機能訓練を行い利用者の孤立感の解消や家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
事業所の名称	デイサービス ふるさとの家 郡山 認知症対応型通所介護事業所 デイサービス ふるさとの家 郡山 介護予防認知症対応型通所介護事業所
事業所の所在地	〒891-1102 鹿児島県鹿児島市東俣町3853
電話・FAX	電話: (099) 298-8118 FAX: (099) 298-8122

事業所長氏名	有馬慎一
当事業所の運営方針	要支援・要介護者であって認知症の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世話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の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ものでなければならない
開設年月日	平成19年 3月15日
利用定員	1日当たり3人

3、事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	鹿児島市
営業日及び営業時間	<ul style="list-style-type: none"> ・営業日：月曜日～土曜日 ・休業日：日曜日 12月29日～1月3日 ・受付時間：月～土 8:30～17:30 ・サービス提供時間：月～土 9:00～16:00

4、職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定認知症対応型通所介護事業及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業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	
1. 管理者	常勤 1名 (兼務)
2. 介護職員	常勤 1名 以上

5、当事業所が提供するサービスと料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供しています。当事業所が提供するサービスについて、

(Ⅰ)利用料金が介護保険から給付される場合
(Ⅱ)利用料金の全額をお客様に負担していただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスは、利用料の9割が介護保険から給付されます。

入浴	・入浴介助または清拭を行います。 ・特別浴槽による入浴介助も行います。
ご利用時間における その他必要な介護	・(例) 移動介助、排泄介助など

*** 指定認知症対応型通所介護事業 (1割負担の方)**

＜ サービス利用料 1回あたり ＞ 共用型 7~9時間

以下の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付額を除いた額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービスの利用料は、利用者の要介護度に応じて異なります。)(円)

1. 要介護度と サービス利用料	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	5,060	5,240	5,420	5,600	5,790
2. うち、介護保険 から給付される額	4,554	4,716	4,878	5,040	5,211
3. サービス利用 に係る自己負担 額(1-2)	506	524	542	560	579

＜ 共通の加算されるサービス利用料 ＞ (円)

1. サービス項目と 利用料	入浴 500
2. うち、介護保険から 給付される額	450
3. サービスに係る 自己負担額(1-2)	50

＜ 介護職員処遇改善交付金加算 ＞

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
処遇改善交付金 加算	38	39	40	41	43

(1日あたりのおおよその金額になります)

* 利用者に提供する食事の材料にかかる費用は別途いただきます。

* 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、利用者の負担額を変更します。

* 指定認知症対応型通所介護事業 (2割負担の方)

＜ サービス利用料 1回あたり ＞ 共用型 7~9時間

以下の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付額を除いた額(自己負担額)をお支払い下さい。
(サービスの利用料は、利用者の要介護度に応じて異なります。)(円)

1. 要介護度とサービス利用料	要介護 1 5,060	要介護 2 5,240	要介護 3 5,420	要介護 4 5,600	要介護 5 5,790
2. うち、介護保険から給付される額	4,048	4,192	4,336	4,480	4,632
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	1,012	1,048	1,084	1,120	1,158

＜ 共通の加算されるサービス利用料 ＞ (円)

4. サービス項目と利用料	入浴 500
5. うち、介護保険から給付される額	400
6. サービスに係る自己負担額(1-2)	100

＜ 介護職員処遇改善交付金加算 ＞

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
処遇改善交付金加算	38	39	40	41	43

(1日あたりのおおよその金額になります)

- * 利用者に提供する食事の材料にかかる費用は別途いただきます。
- * 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、利用者の負担額を変更します。

* 指定介護予防認知症対応型通所介護事業(1割負担の方)

＜ サービス利用料 1回あたり ＞

以下の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付額を除いた額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービスの利用料は、利用者の要介護度に応じて異なります。)(円)

1. 要支援度とサービス利用料	要支援 1 4,690	要支援 2 4,960
2. うち、介護保険から給付される額	4,221	4,464
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	469	496

＜ 共通の加算されるサービス利用料 ＞ (円)

7. サービス項目と利用料	入浴 500
8. うち、介護保険から給付される額	450
9. サービスに係る自己負担額(1-2)	50

＜ 介護職員処遇改善交付金加算 ＞

	要支援 1	要支援2
処遇改善交付金加算	35	37

* 指定介護予防認知症対応型通所介護事業(2割負担の方)

＜ サービス利用料 1回あたり ＞

以下の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付額を除いた額(自己負担額)をお支払い下さい。(サービスの利用料は、利用者の要介護度に応じて異なります。)(円)

1. 要支援度とサービス利用料	要支援 1 4,690	要支援 2 4,960
2. うち、介護保険から給付される額	3,752	3,968
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	938	992

入浴加算及び処遇改善加算は1割負担と同様

(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、利用料の全額がお客様の負担となります。

項目	内容	利用料
食事の材料費	利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。	1回当たり：400円
日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活品の購入など利用者の日常生活に要する費用は、ご利用者にご負担いただきます。	実費相当

(3) 利用料のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用はサービス利用終了時に、その都度お支払い下さい。

(4) デイサービスを休まれる場合

利用者の都合により、利用が出来ない場合は、当日の午前8:30までにご連絡下さい。

6、苦情の受付について

<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。

当事業所における苦情の受付窓口	苦情受付窓口(担当者) 電話:298-8118 計画作成担当者 石下谷夕子 受付時間 9:00~18:30
当事業所における苦情の解決責任者	苦情受付窓口(担当者) 電話:298-8118 管理者 有馬慎一 受付時間 9:00~18:30
行政機関その他苦情の受付機関	鹿児島市介護保険課 電話:099-216-1280 国民健康保険団体連合会 電話:099-213-5122 鹿児島県社会福祉協議会 (福祉サービス運営適正化委員会) 電話:286-2200

7、設備について

食堂兼機能訓練室 全館冷暖房完備

浴室 休憩室

8、事故発生時の対応及び賠償責任について

当事業所において、事業者の責任で提供したサービスにより賠償すべき事故が発生した場合、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うと共に、事業者の責任のおよぶ範囲において速やかにその損害を賠償いたします。

9、秘密保持及び個人情報に関する同意について

当事業所の職員は、正当な理由がなくその事実上知り得た利用者及び家族等に関する個人情報については内容を口外しません。ただしサービス担当者会議等において、個人情報を用いる場合がございますので前もってご承諾をお願いいたします。

10、記録の整備について

当事業所は認知症対応型通所介護サービスの提供に関する記録を作成し、これを5年間保管いたします。また、利用者は午前9時から午後6時までの間に事務所にて、当該利用者に関するサービス実施記録を閲覧できます。

平成 年 月 日

指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの開始に際し、本書面に基づき契約及び重要事項の説明を行いました。

説明者 職名 管理者 氏名 有馬慎一 印

私及び私の家族は、本書面に基ついて事業者から契約及び重要事項の説明を受け、指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護サービスの開始に同意し、交付を受けました。また、個人情報の提供についても承諾しました。

利用者又は代理人(利用者との続柄:)

住 所 氏名 印
同意が代理人の場合は利用者名を記入してください()

利用者家族(代表)

住 所 氏名 印