

重要事項説明書

社会福祉法人 日生会
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 ステラの風

重要事項説明書

(令和 6 年 6 月 1 日 現在)

1 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 日生会
代表者	佐土原 護
事業開始日	平成30年11月15日
経営主体	社会福祉法人 日生会
所在地・連絡先	住 所 熊本県熊本市東区小山町1781 電話番号 (096) 389-5177 FAX番号 (096) 380-7037

2 事業所の概要

事業所名	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 ステラの風
事業所番号	4390102418
管理者名	大久保 恵
登録定員	9名
所在地・連絡先	住 所 熊本県熊本市南区並建町758 電話番号 (096) 228-3040 FAX番号 (096) 228-3041

3 施設理念

共 生 … 利用者とともに今日を生きる。今日一緒に働く仲間たちとともに生きる。

共 育 … 利用者、家族、上司、部下、同僚みんながともに向上しあうことを大切にします。

共 学 … 今！に満足せず常に利用者にとって新しい今！を学び全員で共有します。

4 (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所の目的

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風 (以下「事業所」という。) は利用者に対し、共同生活住居において家庭的な環境の下、地域住民としての活動へ参加をし利用者が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ことを目的とします。

5 運営方針

- ・ 安心して日常生活が送れる事を支援し、地域に密着し、望まれる福祉施設となる。
- ・ 事業所の理念を柱として介護の本質を高め、利用者様の持てる力を活かした生活を日々支援する。

6 営業日

営業時間	24時間
営業日	365日
休日	年中無休

7 職員体制・職務内容

1.管理者・・・・・・1名

事業所の業務を統括します。

2.計画作成担当者・・・・・・1名

利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護職員と協議の上、援助の目的、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画作成を行います。

3.介護職員・・・・・・3名以上

利用者の介護にあたります。また利用者の日常生活の相談援助等を行います。

4.看護職員・・・・1名以上

利用者の健康管理に従事します。また、通常及び特に利用者の状態悪化時における主治医との連絡・調整を行います。

8 職員の主な勤務体制

職 種	勤 務 体 制	職 種	勤 務 体 制
管理者	11:00～13:00／12:00～14:00 14:00～16:00／15:00～17:00	計画作成担当者	8:30～17:30
看護職員	8:00～17:00／9:00～18:00 10:00～19:00／11:00～20:00	介護職員	8:00～17:00／9:00～18:00／ 10:00～19:00／11:00～20:00／ 19:00～8:00

9 認知症対応型共同生活介護計画の作成

1.管理者は介護支援専門員に（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画書の作成に関する業務を担当させるものとします。

2.（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めます。

3.介護支援専門員は利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の（介護予防）認知症対応型共同生活介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成し、その内容を利用者又はその家族に説明し同意を得たうえで、利用者に交付します。

10 サービス内容に関する苦情等相談窓口

受付手段		解決責任者	佐土原 護
場所	当事業所相談室	受付担当者	大久保 恵
TEL	096-228-3040	対応時間	午前9:00から午後4:00まで
受付方法	電話、面接、職員へお申し出ください 苦情相談箱へ投書(相談室横に設置)	※受付担当者不在時対応について	
		対応した職員が連絡先をお尋ねして、担当者が 戻り次第こちらから連絡致します。	
※「苦情解決の方法」、「苦情処理」は別紙1にくわしく記載いたしております。			

11 非常災害時の対策

非常災害対策	1. 消防管理規定計画にのっとり対応を行います。 2. 消防計画にのっとり年2回総合避難訓練を実施します。 3. 消防計画にのっとり年6回避難訓練を実施します。	
防災設備名称	煙探知器 スプリンクラー設備 避難誘導灯	自動火災通報装置 ガス漏れ火災警報設備

12 サービス利用に当たっての留意事項

- 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。
これに反してご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 私用目的の送迎はご遠慮ください。
- ご家族での外出時（食事を摂らない場合、外泊される場合）ご連絡ください
- 危険物などの持込はご遠慮ください。
- 飲食物の持込や利用者間でのやり取りはご遠慮ください。
- 利用者間での電話番号及び住所等のやり取りはご遠慮ください。

13 地域との連携

(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所ステラの風では、事業所が地域から閉鎖的で周りから見えなくなる危険性を回避する為、また、地域の方々と事業者が協議する場の提供する目的の為に、2ヶ月に1回運営推進委員会を開催致します。

サービス内容説明書

(当事業所が提供するサービスは以下の通りです。)

1 基本サービス内容

ステラの風は、利用者が住み慣れた地域で生活を継続することが出来るように、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、利用者がその有する能力に応じ施設において自立した日常生活を営むことが出来るよう支援(サポート)いたします。

- | | |
|-----------------------|--|
| 1 【食事サービス】 | 旬の食材を生かし、季節感のある家庭的な食事を提供させていただきます。 |
| 2 【入浴サービス】 | お風呂は、自立した生活に繋げて頂く為に、家庭用(普通浴2ヶ所)を使用しております。また、男性は男性スタッフが介護を行い、女性は女性スタッフが介護を行います。 |
| 3 【生活指導】 | 利用者が自立した日常生活を営むことが出来るよう、利用者または家族に対して、相談援助等の生活指導を行います。 |
| 4 【健康チェック】 | その日の体温・血圧・脈拍のチェックを行い、また、利用者に応じて週または月に1度の体重測定を行います。 |
| 5 【口腔ケア】 | 口腔機能の向上を目的とし個別的に、口腔ケアの指導を行い、摂取・嚥下機能に関する訓練の指導・実施を行い、利用者の心身の維持管理に努めます。 |
| 6 【日常動作訓練】 | 病院等で行われる機能回復訓練とは異なり、病気の治療や改善を目的とするのではなく、お客様の生活全般を活性化する機能訓練指導を行います。 |
| 7 【苦情相談】 | 利用者からの苦情及び要望などの相談に応じます。
相談室横に設置しています「相談箱」も活用されて下さい。
※詳しくは別紙1に記載しております。 |
| 8 【レクリエーション活動】 | ・各種レクリエーションを実施します。
・季節に応じた外出計画や地域行事への参加をします。
・ボランティア交流で余興などの計画を行い楽しく過ごせる時間を作ります。 |
| 9 【認知症対応型共同生活介護計画書作成】 | ・当事業所の計画作成者が作成した施設サービス計画に従い、当事業所の担当者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、認知症対応型共同生活介護計画書を作成します。サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を記載しております。 |

※サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、緊急時連絡先(ご家族等)等へ連絡を致しますので、必ず緊急時等における連絡先にご記入ください。(別紙2)

2 (介護予防)認知症対応型共同生活介護

保険の自己負担額（介護保険制度では、要介護認定による要介護により料金が異なります。図1は1ヶ月31日とした場合の自己負担分です。）

図1

【介護度】	【単 価】		【利用者自己負担金】
・ 要支援2 . . .	761 円	→ 1ヶ月(31日) あたり	23,591 円
・ 要介護1 . . .	765 円		23,715 円
・ 要介護2 . . .	801 円		24,831 円
・ 要介護3 . . .	824 円		25,544 円
・ 要介護4 . . .	841 円		26,071 円
・ 要介護5 . . .	859 円		26,629 円

※ ①(介護予防)認知症対応型共同生活介護を利用した日から、起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定の単位が加算されます。

②30日を超える病院又は診療所への入院の後に当該事業所に再び入所した場合も初期加算を算定します。

日額	30 円
----	------

◆ 医療連携体制加算（要介護のみ）

- ・ 重度化した場合の指針を定め、入居の際に利用者又は家族等に対して内容を説明し同意を得ます。
- ・ 事業所の職員である看護師、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、24時間連絡できる体制を確保しています。

☐ I イ…事業所の職員として看護師を常勤換算で1名以上配置している場合に算定します。

日額 57円

☐ I ロ…事業所の職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置している場合に算定します。

日額 47円

☐ I ハ…事業所の職員として、又は、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上確保している場合に算定します。

日額 37円

☐ II…医療連携加算Iのいずれかを算定し、算定日が属する月の前3月間において、喀痰吸引の実施等、該当の医療ニーズを有する入居者が1名以上の場合に算定します。

日額 5円

◆ 入院時費用加算

病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、利用者及びその家族の希望を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該事業所に円滑に利用を開始することができる体制を確保しています。利用者が病院又は診療所への入院を要した時には、1ヶ月に6日を限度として算定します。

日額 246円

◆ 看取り介護加算（要介護のみ）

- 1.管理者を中心として、看護職員・介護職員・介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ます。
- 2.医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議のうえ、当該事業所の看取り実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行います。
- 3.看取りに関する職員研修を行っています。
- 4.医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者。
- 5.医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者(以下「医師等」という。)が、共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から当該計画の内容の説明を行い同意を得ます。
- 6.看取りに関する指針に基づき、利用者の状態または家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護について、利用者又はその家族に説明をし同意を得た上で介護を行います。
- 7.看取り介護の実施に当たっては、終末期の身体症状の変化に対する介護等について、療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化に対するケアについて、看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づいたアセスメントと対応について、介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師等による適切な情報共有に努めます。
- 8.利用者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容を等を記載するとともに、同意を得た旨を記載します。
- 9.利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれないような場合も、医師等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っていることと認められる場合には適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておくことで算定をします。
- 10.なお第9項の場合、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていきます。
- 11.医療連携体制加算を算定している場合に算定します。
- 12.「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容にあった取り組みを行っています。

死亡日以前31日以上45日以下	日額 72円
-----------------	--------

死亡日以前4日以上30日以下	日額 144円
----------------	---------

死亡日以前2日または3日	日額 680円
--------------	---------

死亡日	日額 1280円
-----	----------

◆ 夜間支援体制加算(I)

- 1.夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1名配置することに加えて、常勤換算方法で1名以上の夜勤を行う介護従業者又は宿直勤務を行う者を1名以上配置しています。
- 2.夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2名以上配置しています。
- 3.見守り機器の利用者に対する導入割合が10%以上の場合、常勤換算方法で0.9名以上の夜勤職員を配置している場合にも算定します。その場合、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、必要な検討等を行います。

日額 50円

◆ 退居時相談援助加算

利用期間が1月を超える利用者が退居し、その居宅において居宅サービス又は地域密着サービスを利用する場合に、退去時に利用者とその家族等に退居後のサービスについて相談援助を行った場合に算定します。

1回 400円

◆ 退居時情報提供加算

医療機関へ退居する利用者について、退居後の医療機関に対して利用者を紹介する際、利用等の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、利用者1人につき1回に限り算定します。

1回 250円

◆ サービス提供体制強化加算

- I・・・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上の場合、又は10年以上勤続職員のうち介護福祉士の占める割合が25%以上の場合に算定します。

日額 22円

- II・・・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上の場合に算定します

日額 18円

- III・・・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上の場合、又は看護介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上の場合、又は利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年以上勤続職員の割合が30%以上の場合に算定します。

日額 6円

◆ 口腔衛生管理体制加算

- 1.歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護従事者に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っています。
- 2.歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔ケアマネジメントに係る計画を作成しています。

月額 30円

◆ 口腔・栄養スクリーニング加算 ※6ヶ月に1回を限度とします。

利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する計画作成担当者に文書で共有しています。

1回 20円

◆ 栄養管理体制加算

管理栄養士（外部との連携含む）が、日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行っています。

月額 30円

◆ 科学的介護推進体制加算

- 1.利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出しています。
- 2.必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用します。

1回 40円

◆ 協力医療機関連携加算

協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催しています。

- 1.利用者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保しています。
- 2.高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保しています。

協力医療機関が1、2の要件を満たす場合 月額 100円

協力医療機関が1、2の要件を満たさない場合 月額 40円

◆ 高齢者施設等感染対策向上加算

- (I)… 1. 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保しています。
2. 協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応しています。
3. 診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加しています。

月額 10円

- (II)… 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けています。

月額 5円

◆ 認知症チームケア推進加算

- (I)… 1. 事業所又は施設における利用者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上の場合。
2. 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいます。
3. 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施しています。
4. 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っています。

月額 150円

- (II)… 認知症チームケア推進加算(I)の1.3.及び4.の要件に加え、認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいます。

月額 120円

◆ 新興感染症等施設療養費

入居者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定します。

月額 240円

◆ 生産性向上推進体制加算

- (I)… 1. 生産性向上推進体制加算(II)の要件を満たし、(II)のデータにより業務改善の取組による成果が確認されています。
2. 見守り機器等のテクノロジーを複数導入しています。
3. 職員間の適切な役割分担（介護助手の活用等）の取組等を行っています。

月額 100円

- (II)… 1. 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行っています。
2. 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入しています。
3. 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行います。

月額 10円

◆ 身体拘束廃止未実施減算

身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じます。

- 1.身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- 2.身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。
- 3.身体的拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- 4.介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

上記4項について実施していなかった場合減算します。

※ 第2項については、運営推進会議を活用する場合があります。

基本報酬の10%減算

◆ 業務継続計画未実施減算

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、以下の措置を講じます。

- 1.感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定します。
- 2.当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

上記2項について実施していなかった場合減算します。

基本報酬の3%減算

◆ 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、以下の措置を講じます。

- 1.虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- 2.虐待の防止のための指針を整備しています。
- 3.従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施しています。
- 4.上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

上記4項について実施していなかった場合減算します。

基本報酬の1%減算

◆ 介護職員等処遇改善加算（令和6年5月31日まで）

介護職員等処遇改善加算は、サービス別の基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別算率を乗じた単位数で算定致します。

各利用者により介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）11.1%算定

◆ 介護職員等特定処遇改善加算（令和6年5月31日まで）

介護職員等特定処遇改善加算は、サービス別の基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別算率を乗じた単位数で算定致します。

各利用者により介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）2.3%算定

◆ 介護職員等ベースアップ等支援加算（令和6年5月31日まで）

介護職員等ベースアップ等支援加算は、サービス別の基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別算率を乗じた単位数で算定致します。

各利用者により介護職員等ベースアップ等支援加算 2.3%算定

◆ 介護職員等処遇改善加算（令和6年6月1日から）

介護職員等処遇改善加算は、サービス別の基本サービス費に各種加算減算を加えた1ヶ月あたりの総単位数にサービス別算率を乗じた単位数で算定致します。

各利用者により介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）18.6%算定

各利用者により介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）17.8%算定

各利用者により介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）15.5%算定

各利用者により介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）12.5%算定

◆ 介護保険を適用されない利用料金	
介護保険を適用されない利用料金は全額利用者負担になります。	実 費
3 介護保険以外の利用者負担金	
◆ 食材費	
・ 朝食分	
利用された日数分だけ徴収いたします。	1食あたり 350円
・ 昼食分（軽食込）	
利用された日数分だけ徴収いたします。	1食あたり 550円
・ 夕食分	
利用された日数分だけ徴収いたします。	1食あたり 550円
◆ 家 賃	
※入所退所の場合は日割りにて徴収いたします。	
※入院された場合は家賃が発生いたします。	日額 1,750円 / 月額 54,250円
◆ 光熱費	
電気、ガス、水道代として徴収いたします。	
※入所退所の場合は日割りにて徴収いたします。	日額 484円 / 月額 15,000円
◆ オムツ・パンツ代	
施設が用意しておりますオムツ等を使用された場合にお支払いください。	個人負担(実費)
◆ おしりふき代	
施設が用意しておりますおしりふきを使用された場合にお支払いください。	個人負担(実費)
◆ 退所時の費用	
※退所時に畳・カーテン等の破損・汚れがひどい場合に、かかる交換並びに清掃にかかる費用を徴収いたします。	個人負担(実費)
◆ レクリエーション材料費	
行事・教室・趣味活動等で個人用の材料費がかかる場合はお支払いください。	個人負担(実費)
◆ 理容・美容代	
※美容・理容業者への直接お支払いになります。	個人負担(実費)
◆ 医療機関への診察代	
※各医療機関への直接お支払いになります。	個人負担(実費)
◆ 補助食品代	
補助食品が必要になった場合にお支払いください。	個人負担(実費)
◆ 浴衣代	
施設でお亡くなりになり、施設で用意した浴衣を使用された場合にお支払いください。	1セット 4,500円
◆ その他費用	
上記以外の費用が発生する場合には利用者と協議し徴収いたします。	個人負担(実費)

※ お客様の負担金の説明は別紙3により詳しく説明を行います

4 利用料等のお支払い方法

○金融機関自動引き落とし

振替日	毎月 20 日
口座名義	本人またはご家族
手数料	0円
手 続	口座振替依頼書
金融機関	口座振替依頼書に記載

- ※ 入金確認後、領収書を発行致します。(郵送の方は翌月の請求書と一緒に同封します。)
- ※ 上記の場合が難しい方はご相談ください。
- ※ 当施設では毎月、月末に締め10日以降にお客様に請求書を発行致しますので、20日までにお支払いください。
- ※ 契約終了の場合は、契約終了時に精算致します。

5 第三者評価の実施状況

・実施日 令和 年 月 日

・評価機関

・評価結果の開示 あり

利用者負担 同意書

事業者

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風は
令和 年 月 日に(介護予防)認知症対応型生活介護計画作成、
重要事項説明書及び、サービス内容について説明を行いました。

事業所(法人)名	社会福祉法人 日生会	
事業所名	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風	
事業所番号	4390102418	
代表者	佐土原 護	印
管理者	大久保 恵	
電話番号	096-228-3040	
住 所	熊本市南区並建町758	
説明者名		印

利用者

私は令和 年 月 日に(介護予防)認知症対応型共同生活介護
契約書、重要事項説明書及びサービス内容について担当者より説明を受
け、(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風のサービスを利用
した場合に、これらの対価として(介護予防)認知症対応型共同生活介護
ステラの風の定める料金を支払う事に同意します。

☐ 利用者負担割合証の負担割合に応じた利用料金を支払う事に同意します。

利用者名		印
住 所		

利用者との続柄		
代理人名		印
住 所		

別紙1 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

措置の概要

- 1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
 - ① 利用者及びその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口を相談室に設けます。
 - ② 管理者は苦情、相談の窓口担当者を選任し、該当担当者が苦情、相談の対応に当たります。

苦情、相談窓口

場所	(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風 相談室
住所	熊本市南区並建町758
T E L	(096)-228-3040
受付日	月曜日から日曜日
対応時間	午前9:00 ~ 午後4:00まで
受付方法	電話、面接、職員へ直接お申し出ください
解決責任者	佐土原 護
受付担当者	管 理 者 大久保 恵
受付担当者不在時対応	対応した職員が連絡先をお尋ねして、担当者が戻り次第こちらから連絡します。

- 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
 - ①利用者等から苦情等の申し出があった場合、まず上記受付担当者が訪問等により事実を確認します。
 - ②当事業所において、管理者を含めた会議を開き、苦情解決の為の対応策を検討し、検討結果を、上記受付担当者が利用者へ説明し同意を得ます。また、居宅介護サービス計画(ケアプラン)に対する苦情等又は変更希望については「利用者の希望」、「サービスの提供状況」または「心身状況」を十分に調査検討したうえで、介護支援専門員が計画の変更を速やかに検討します。上記によって利用者の同意が得られ苦情が解決された場合は、その後も、両者と常時連携を図り、同様な苦情が再発しないように十分配慮します。
 - ③上記によっても、利用者の同意が得られず苦情が解決しない場合は、利用者が希望すれば他の介護事業所を選択してもらう等の措置を講じます。
 - ④上記で解決が困難な場合は、当該苦情を市町村の介護保険担当窓口、熊本市 健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課 (TEL:096-328-2793) または、熊本県国民健康保険団体連合会 (TEL:096-214-1101) 等に苦情申し立て出来る旨を伝え、本人が市町村の介護保険担当窓口や、熊本県国民健康保険団体連合会等に対し、苦情申し立てを希望する場合には、それに協力します。
 - ⑤苦情・相談の処理過程を記録し、再発防止策を作成します。
 - ⑥苦情・相談の受付は、窓口への直接訪問や電話による受付の他、アンケートなどを行い利用しやすい環境を作ります。

3 その他の参考事項

- ①当事業所は、提供したサービスに関し、法第23条の規定により県市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め、または当該県市町村の社員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して県市町村が行う調査に協力するとともに、県市町村から指導または助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。
- ②当事業所は、提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して熊本県国民健康保険団体連合会が行う法第176条第1項第2号の調査に協力するとともに、熊本県国民健康保険団体連合会から同号の指導または助言を受けた場合においては、当該指導または助言に従って必要な改善を行います。
- ③当事業所が提供したサービスにより、利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償します。

別紙 2

緊急時等における連絡先

令和 年 月 日現在

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにかかりつけ医、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡を致しますので、必ずご記入ください。

1. かかりつけ医

病院名

住所

担当医

電話番号

2. 緊急連絡先（ご家族等）①

（ご家族等）②

氏名

氏名

続柄

続柄

住所

住所

電話番号

電話番号

協力医療機関

（介護予防）認知症対応型共同生活介護 ステラの風は、利用者の病状の急変等に備えるため協力医療機関を定めております。

1. 内科・胃腸科

病院名	和田医院
担当医	和田 敏
住所	熊本市南区川口町 2017-1
電話番号	096-223-0019

2. 歯科

病院名	ピュアデンタルクリニック 新大江歯科診療所
担当医	菅鉢 孝治
住所	熊本市中央区新大江 2-11-9
電話番号	096-373-8020

別紙 3

利用料金・同意説明書

(1ヶ月31日とした場合)

1.令和 年 月 日現在の利用者情報

利用者名	様	要介護度	要介護3
有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日

2.令和 年 月 日現在の利用者負担額

介護保険内費用	区 分	単位	単 価	1ヶ月あたりの利用料金
	基本料金	1日あたり	824 円	25,544 円
	医療連携体制加算Ⅰイ	1日あたり	57 円	1,767 円
	夜間支援体制加算	1日あたり	50 円	1,550 円
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 回	20 円	20 円
	口腔衛生管理体制加算	1ヶ月あたり	30 円	30 円
	栄養管理体制加算	1ヶ月あたり	30 円	30 円
	科学的介護推進体制加算	1ヶ月あたり	40 円	40 円
	協力医療機関連携加算	1ヶ月あたり	100 円	100 円
	生産性向上推進体制加算Ⅱ	1ヶ月あたり	10 円	10 円
	看取り介護加算 死亡日以前31日以上45日以下	1日あたり	72 円	- 円
	看取り介護加算 死亡日以前4日以上30日以下	1日あたり	144 円	- 円
	看取り介護加算 死亡日の前日及び前々日	1日あたり	680 円	- 円
	看取り介護加算 死亡日	1日あたり	1280 円	- 円
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月あたり	17.8%	5,178 円
①	介護保険適用分の1ヶ月あたりの合計			342,690 円
②	介護保険適用分 (90 /100)			308,421 円
③	その他の公費負担分 (/100)			円
④	(④=①-②-③) 介護保険適用分の1ヶ月あたりの合計額利用者 1 割負担額			34,269 円

介護保険外費用	区 分	単位	単 価	1ヶ月あたりの利用料金
	家賃	1ヶ月	54,250 円	54,250 円
	水道光熱費	1ヶ月	15,000 円	15,000 円
	朝食代	1食あたり	350 円	10,850 円
	昼食代		550 円	17,050 円
	夕食代		550 円	17,050 円
⑤	介護保険適用分外の1ヶ月あたりの合計額利用者負担額			114,200 円

⑥	1ヶ月あたりの利用者負担額 (⑥ = ④ + ⑤)	148,469 円
---	-----------------------------	-----------

※お客様が介護保険の更新により介護度が変わられた場合は利用者負担額が変わりますので、ご了承ください（事前に担当職員が説明致します）。

※1日あたりの利用者負担額は上記のとおりとなります。但し、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。

その場合、お客様は1ヶ月につき利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収書を発行致します。

同意・説明日	令和 年 月 日	説明者	㊞
利用者名	㊞	身元引受人/ 代理人	㊞

個人情報保護に対する基本方針

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風(以下、「事業所」という)は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。

当事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報保護を図ることをここに宣言します。

記

1、個人情報の適切な取得、管理、開示、委託

- ① 個人情報の取得にあたり、利用目的を開示した上で、必要な範囲を取得し、利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用します。
- ② 個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、本人の同意を得ることとします。

2、個人情報の安全性確保の措置

- ① 当事業所は、個人情報保護の取り組みを全社員等に周知徹底させるために、個人情報保護に関する規定類を整備し、必要な教育を継続的に行います。
- ② 個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失、またはき損の予防及び是正のため、当法人内において規定を整備し安全対策に努めます。

3、個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除等への対応

当事業所は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除等の申し出がある場合には、速やかに対応します。これらを希望される場合には、こちら(個人情報相談窓口 電話 096-228-3040)までお問い合わせください。

4、苦情の処理

当事業所は、個人情報取扱に関する苦情に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。

なお、この個人情報保護方針は、当法人のホームページ(<https://www.k-nisseikai.jp>)で公表するとともに、要望に応じて紙面にて公表いたします。

社会福祉法人 日生会
理事長 佐土原 護
(介護予防)認知症対応型共同生活介護
ステラの風
管理者 大久保 恵

個人情報を用いる同意書

【目的】

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風では、業務上知り得た利用者及びその後見人又は家族の秘密及び個人情報を用いる必要がある場合には、利用者及びその後見人又は家族に下記の使用目的等を説明し同意を得なければ使用いたしません。

記

【使用目的】

1. 運営委員会、サービス担当者会議等
2. サービス計画作成及び評価の会議
3. 認知症対応型共同生活介護計画の作成及び評価の会議
4. 熊本市役所 介護保険課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は他のサービス事業所との連携時において
5. 緊急時において主治医、協力医への連絡を行う場合。
6. 主治医、協力医に心身状況等の把握を行う場合。
7. 当事業所が発行する HP (ホームページ) 又は新聞に、写真(活動風景等)への掲載。(はい・いいえ)

【事業者】

(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ステラの風は令和 年 月 日に使用目的の説明を行いました。

説明者 _____ (印)

住 所 熊本市南区並建町758

事業者名 社会福祉法人 日生会

事業所名 (介護予防)認知症対応型共同生活介護
ステラの風

事業所番号 4390102418

代表者名 佐土原 護 (印)

管理者名 大久保 恵

【利用者】

私は令和 年 月 日に個人情報を用いる使用目的について説明者より説明を受け、個人情報を用いる事に同意します。

利用者氏名 _____ (印)

家族代表氏名 _____ (印)

[代理人を選任した場合]

氏 名 _____ (印)