

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護

重要事項説明書

社会福祉法人 伸こう福祉会

指定介護予防小規模多機能型居宅介護および指定小規模多機能型居宅介護

クロスハート幸・川崎 重要事項説明書

2024 年 10 月 1 日改訂

I クロスハート幸・川崎の概要

(1) 事業所の概要

施設名	クロスハート幸・川崎
所在地	〒212-0007 川崎市幸区河原町 1-37
電話番号	044-533-9410
FAX番号	044-533-9401
事業所番号	指定事業所番号 1495100206
開設年月日	平成25年5月1日
敷地・建物概要	(契約形態) 賃貸契約 (建物) 鉄筋コンクリート造4階建て1階部分 (床面積) 107.085 m ²
交通	JR 線 「川崎」 駅下車、徒歩15分

(2) 当施設の職員体制

職と氏名	資 格	常 勤 換 算	業務内容
管理者 吉田 哲也		1 名	介護従業者及び業務の管理
計画作成担当者 久保 竜子	介護福祉士 介護支援専門員	1 名	小規模多機能型居宅介護計画の作成
介護職員		8 名以上	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
看護職員		1 名(兼務)	
合 計		11 名以上	—
職員の勤務形態	① 早番 8:00～ 17:00 ② 日勤 9:00～ 18:00 ③ 遅番 10:00～ 19:00 ④ 夜勤 18:00～ 翌 8:00		

※職員の構成につきましては若干の変更がある場合もございます

(3) 当事業所の設備の概要

定員	登録定員 29人 通いサービス 18人 泊りサービス 6人	トイレ	共用スペースに車椅子対応 (2箇所)
居間兼食堂	61.066 m ²	居室面積	10.434 m ²
浴室	1ヶ所	居室内設備	エアコン、ベッド

2 当事業所の特徴等

(1) 運営の方針

法人の理念である「たくさんのよきものを人生の先輩たちと後輩たち、そして地域に捧ぐ」を基本とし、「好きな場所で好きなことを続けられるように」をモットーにサービス提供を行っております。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
認知症老人の介護経験者	管理者・介護支援専門員は認知症高齢者介護実務経験3年以上の者を雇用しております
従業員への研修の実施	入職時のOJTに加え、全体研修については年1回実施しています また外部講習を適宜受講させております
マニュアルの整備状況	スタッフマニュアル、ケアマニュアル、緊急時対応マニュアル等を整備しております

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

面会	・ 面会時間 午前9時～午後6時 ・ ただし緊急時や特別な事情がある場合はその限りではありません。 ・ 来訪者が宿泊を希望する場合は、事前に届出をお願いいたします。 ・ 食物等の差し入れをなさる際は、一言職員にもお声がけ下さい。 ・ 職員に対するお心付けは固くご辞退させていただきます。
飲酒・喫煙	・ 事業所内の所定の場所にてお願いいたします。
金銭、貴重品の管理	・ 事業所内への現金や貴重品の持ち込みについてはご相談ください。 ・ 事業所に管理を依頼する物品については、あらかじめ届出をいただけますようお願いいたします。尚、届出がなかった物品について、紛失や破損が合った場合の責任は負いかねますのでご了承ください。 ・ 預り金に関して事業所において管理いたしません。
所持品の持ち込み	・ ご利用者の日常生活上必要なものにつきましては、ご遠慮なくご相談ください。

設備、器具の利用	・ 事業所内のエアコンやトイレにつきましては、維持管理を事業所が行います。利用方法につきましては職員よりご説明いたします。
医療的処置について	・ <u>当事業所は生活上の援助・介護を目的とした事業所であるため、事業所内における医療処置は行いません。</u> ・ 利用者の健康管理は、協力医もしくは利用者の主治医によって実施され、<u>治療が必要な場合は外部医療機関を受診していただくこととなります。</u>

3 サービスの内容

種類		内 容
通いサービス	食事	・ 昼食 午後12時～ 夕食 午後5時～ ・ 食事の提供及び食事の介助をいたします。 ・ 食事は食堂にて召し上がっていただくようにいたします。 ・ 身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供いたします。 ・ 調理・配膳等を介護従事者とともに行うこともできます。
	入浴	・ 利用者の状況に応じ、衣類の着脱や身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。
	排泄	・ 利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
	洗濯	・ 通い利用時に、汚れた衣類を洗濯、乾燥します。
	機能訓練	・ 利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止し、維持に努めます。（専門職は配置していません）
	健康チェック	・ 血圧測定、体温測定等の利用者の健康状態の把握に努めます。
	送迎	・ 利用者の希望により、ご自宅と施設間の送迎を行います。
訪問サービス		・ 利用者のご自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の支援をいたします。
宿泊サービス		・ 事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の支援をいたします。

4 利用料金

(1) 月額利用料 単位数×10.88

介護度	単位	介護保険適用時の 1月あたりの 1割自己負担額	介護保険適用時の 1月あたりの 2割自己負担額	介護保険適用時の 1月あたりの 3割自己負担額
要支援1	3,450 単位	3,754 円	7,508 円	11,261 円
要支援2	6,972 単位	7,586 円	15,171 円	22,757 円
要介護度1	10,458 単位	11,379 円	22,757 円	34,135 円
要介護度2	15,370 単位	16,723 円	33,445 円	50,168 円
要介護度3	22,359 単位	24,327 円	48,653 円	72,980 円
要介護度4	24,677 単位	26,849 円	53,697 円	80,546 円
要介護度5	27,209 単位	29,604 円	59,207 円	88,810 円

①小規模多機能型居宅介護利用料

通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべて含んだ1月単位の包括費用の額。利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）です。上記料金表によって、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）をお支払い頂きます。（利用者の要介護度に応じて自己負担額は異なります。）

注）月ごとの包括料金となりますので、利用者の体調不良や状態の変化等により小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、または利用が多かった場合でも、日割りでの割引又は割増は致しません。

加算名	サービス利用料	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
②初期加算	326 円	1 日 33 円	1 日 66 円	1 日 98 円
	初期加算は、利用を開始（退院後の再利用を含む）した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。			
②認知症加算（Ⅱ）890 単位 【該当の方のみ】	1 月 9,683 円	1 月 969 円	1 月 1,937 円	1 月 2,905 円
	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合			
③認知症加算（Ⅳ）460 単位 【該当の方のみ】	1 月 5,004 円	1 月 501 円	1 月 1,001 円	1 月 1,502 円
	従来の認知症加算（Ⅱ）が該当 要介護状態区分が要介護2である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合			
④総合マネジメント加算（Ⅰ） 1200 単位	サービス利用料	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
	1 月 13,056 円	1 月 1,306 円	1 月 2,612 円	1 月 3,917 円
	地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な			

主体とともに利用者を支える仕組みづくりを担う為に加算します。				
⑤訪問体制強化加算 1000 単位 【要介護認定の方】	サービス利用料	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
	1 月 10,880 円	1 月 1,088 円	1 月 2,176 円	1 月 3,264 円
	訪問を担当する従業者を 2 名以上配置しており、事業所における訪問回数が 1 月当たり 200 回以上の場合に算定いたします。			
⑥認知症行動・心理症状緊急対応加算 【該当の方のみ】	サービス利用料	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
	1 日 2,176 円	1 日 218 円	1 日 436 円	1 日 635 円
	医師が、認知症の行動等が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行った場合に 7 日間を限度として算定。			
⑦口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位/回 【該当の方のみ】	サービス利用料	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
	1 回 217 円	1 回 22 円	1 回 44 円	1 回 66 円
	利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態や栄養状態について確認を行い、情報を担当する介護支援専門員に提供した場合に算定。			
⑧科学的介護推進体制加算 40 単位/月	サービス利用料	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
	1 月 435 円	1 月 44 円	1 月 87 円	1 月 131 円
	全利用者の心身に関する基本情報を、LIFE のデータベースに提供し、LIFE から得られるフィードバックを活用。データベースの情報をもとにサービス内容を検証し、ケアプラン、サービス計画を見直すなど、PDCA サイクルを回すことで算定。LIFE へのデータ提出頻度について、他の LIFE 関連加算と合わせ、少なくとも「3 月に 1 回」見直す。			
⑨短期利用居宅介護費	事業所の登録定員に空きがあること等を要件とする登録者以外の短期利用（短期利用居宅介護費）について、登録者のサービス提供に支障がないことを前提に、宿泊室に空きがある場合には算定可能とする。			
⑩介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護現場で働く人にとって、令和 6 年度に 2.5%、令和 7 年度に 2.0% のベースアップへと確実につながるよう加算率の引上げを行う。介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた 4 段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。			
⑪生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10 単位/月	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保およ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行っている。見守り機器等のテクノロジーを 1 つ以上導入していること。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（オンラインによる提出）を行う。			

⑬介護保険サービス以外の利用料

食事の提供（食事代）	朝食300円、昼食600円、間食110円、夕食640円 利用した場合のみいただきます。
衣類の洗濯（洗濯代）	通い利用時、汚れた衣類を洗濯・乾燥します。1回350円、利用した場合のみいただきます。
宿泊に要する費用	3,000円／一泊
通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する交通費	通常の事業の実施地域から5キロメートル以上 1,000円 通常の事業の実施地域外にお住いの利用者が対象です。
その他	・オムツ代、個人で使用する日常品、個人の嗜好により専用に購入する食品や物品は実費でご負担いただきます ・医療（薬や受診費用）に関わる費用は実費でご負担いただきます ・外部でのサービス(病院付き添い等)を利用する場合は、実費にてご負担いただきます。 ・レクリエーション等で外部外出など特別な行事は実費負担いただく場合がございます。

(2) 料金の支払方法と請求・領収書について（問題が無ければWEB明細を推奨しています）

毎月、20日頃に前月分の請求書を送付いたします。WEB明細の場合はご家族が登録したURLにログインしていつでも確認できます。（過去分も参照可能です。）お支払い方法は、口座自動引落しをお願いいたします。領収書は次月の請求書と一緒に送付いたします。

① 請求書の発行 毎月末に清算し、翌月20日迄にご指定のご家族宛に郵送いたします。

② お支払方法

横浜銀行より自動引き落としさせていただきます。大変お手数ですが、預金口座振替依頼書を記入・捺印の上で、利用開始時に施設に提出をお願いいたします（口座振替成立までに3ヶ月程度かかる場合がありますので、その間は指定口座にお振込みをお願いいたします）。

指定口座（振り込む場合はこちらからお願いします）
横浜銀行 茅ヶ崎支店 普通 1663189 77)シンコウフクシカイ

振替銀行： 横浜銀行（浜銀ファイナンス）

引落日： 毎月27日（土・日・祝日の場合は銀行翌営業日）

通帳表示： シンコウフクシカイ

③ 領収書の発行

前月分の領収書を翌月の請求書に同封してお渡しいたします。領収書を紛失された場合は、1回のみ再発行させていただきますのでお申し出ください。

請求書送付先（以下どちらかに☑を入れてください）	
☐WEB 明細を利用する（WEB 明細の場合メールアドレスを記載・ログイン合言葉は「クロスハート」）	
_____@_____	
☐書面での明細を利用する（☐契約書の利用者と同一であれば記載必要無し）	
住所 〒 _____ - _____	
利用料金支払い者名 _____	支払い者の利用者との続柄 _____

5 サービスの利用方法

（１） サービスの利用開始

①電話等申込→	②見学および説明→	③訪問調査→	④契約→	⑤利用開始
来所での申し込みも承ります。電話や来所時に「相談受付」を記載していただき、困りごとをお聞きます。	※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、ご利用にあたり、事前に担当の介護支援専門員とご相談なさることをお勧めいたします。	お申し込みに必要な書類を受領後、訪問調査にて状態の確認をさせていただきます。	契約後、利用開始日を双方協議の上で決定いたします	利用開始 ・通所時の鞆 ・連絡帳 ・薬 ・衣類等のご準備をお願いします

（２） サービスの終了

①利用者からの申し出によるサービスの終了。お客様のご都合でサービスを利用中止する場合は希望する日の３０日前までにお申し出ください。

②サービスの自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・ お客様の要介護認定区分が、「非該当（自立）」と認定された場合。
- ・ お客様が亡くなった場合

③その他

- ・ お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者及び他のご利用者様に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の３０日前に文書で通知し、利用を中止していただく場合があります。
- ・ お客様が病院又は診療所に入院し、明らかに３０日以内に退院できる見込みがない場合又は入院後３０日を経過しても退院できないことが明らかになった場合、また事業所内で対応ができない常時の医療処置が必要となった場合。

6 サービス内容に関する苦情対応、苦情処理、苦情相談窓口

(1) 苦情対応

- ①利用者は、提供されたサービス等について、苦情を申し出ることができます。その場合事業所は、速やかに事実関係を調査し、その結果改善の必要性の有無並びに改善方法について、利用者またはその家族に報告するものとします。サービスの提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じます。
- ②提供したサービスに関し、市町村が行う文書その他の物件提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。

② 当施設のお客様相談・苦情窓口

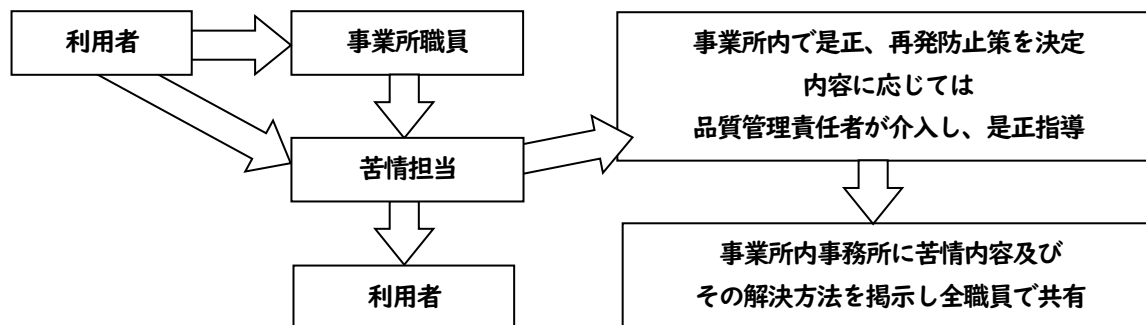
担当者 小規模多機能型居宅介護クロスハート幸・川崎 管理者 吉田 哲也
電 話 044-533-9410 (FAX) 044-533-9401
メール t-yoshida@skfch.com
受付日 年中無休
受付時間 9時～18時

④ 伸こう福祉会お客様ご意見・ご相談センター

電 話 0120-283-027
受付日 月～金 12時～21時、土・日・祝 9時～17時 (但し年末年始 12/29～1/4を除く)

(2) 苦情処理体制

- ①お気づきになったことを職員にお申し付け下さい
- ②法人内の適切な部門にて是正をいたします
- ③行った対応と再発防止策を管理者より報告いたします



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます

① 幸区役所高齢・障害課

044-556-6666 (代表)

受付時間 8時30分～17時00分 (土日・祝日・年末年始除く)

② 川崎市健康福祉局 長寿社会部 高齢者事業推進課

044-200-2469

受付時間 8時30分～17時00分 (土日・祝日・年末年始除く)

③ 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課

045-329-3447

受付時間 8時30分～17時00分（土日・祝日・年末年始除く）

7 緊急時の対応方法

- （1）サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記に記載のある主治医もしくはご家族へ連絡をいたします（*説明確認欄と異なる場合のみ記載）

主治医	病院名 科目名			
	氏名		電話番号	
緊急連絡先 ①	氏名	続柄)		
	住所		自宅電話 携帯番号	
緊急連絡先 ②	氏名	続柄)		
	住所		自宅電話 携帯番号	

- （2）事業所の職員は、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供中に、利用者の心身の状況に異常、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告します。
- （3）主治医との連絡及び指示が得られなかった場合には事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに受診等の適切な処置を講じます。

8 事故発生時の対応

- （1）利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、利用者の家族等に対して連絡を行う等必要な措置を講じるものとします。
- （2）事故が発生した場合には、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- （3）当施設において、利用者に生じた損害については、施設は直ちに必要な措置を講ずるとともに、法的な責任を負う場合は、相当因果関係の範囲内において賠償するものとします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合、又は利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

9 協力医療機関等（利用者の主治医によって実施され、治療が必要な場合は外部医療機関を受診する）

提携医療機関	社会医療法人財団 石心会 川崎幸クリニック 住所 川崎市幸区南幸町 1-27-1 電話 044-544-1020
--------	--

10 非常災害対策

防災設備	スプリンクラー、火災報知器、煙感知器、火災受信機、消火器、避難誘導灯
防災訓練	年に2回、昼と夜を想定して実施
防火責任者	吉田 哲也

11 秘密の保持について

- (1) 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
- (2) 事業所は、業務上知り得た契約者、利用者並びにその家族に関する個人情報並びに秘密事項については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合、正当な権限を有する官憲の命令による場合並びに別に定める文書(情報提供同意書)により同意がある場合に限り第三者に開示するものとし、それ以外の場合は、契約中及び契約終了後においても第三者に対して秘匿します。
- (3) 職員は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。また、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するものとして、その旨を職員との雇用契約の内容に含むものとします。

12 身体拘束等の禁止

- (1) 事業所は、利用者の身体拘束、その他利用者行動を制限する行為は行いません。万一、利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には家族の同意を受けた時にのみ、その条件と期間内にて身体拘束を行うものとします。
- (2) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合その日々の様態、時間、心身の状況、緊急やむを得ない理由等について記録し、身体拘束を廃止するための委員会において身体拘束の解除を目的としたカンファレンスを行い、検討します。

13 保証人の役割

- (1) ご利用者が傷病等により意思決定できない場合において、利用者の代理人である保証人に対し意思決定を求めます。
- (2) 利用者の個人情報を第三者(利用者の親族を含む)に対して開示する場合は、個人情報保護法第23条1項各号に定める事由による場合を除き、保証人の承諾を得た上で情報開示を行います。
- (3) 緊急時における連絡・報告・相談を保証人に致します。
- (4) 病院への定期的な通院・入院の際の手続きを保証人にお願いします。
- (5) ご利用者のご利用になる当該事業に対する債務について、保証人は連帯債務者となっていただきます。
- (6) 保証人には、契約終了時等に利用者又はその関係者が持ち込んだ物品等を引き取っていただきます。

※保証人と後見人については同一人物ではなくても構いません。

<参考>

[個人情報保護法 第23条第1項]

個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

1：法令に基づく場合 2：人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。3：公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。4：国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

14 運営法人の概要

名 称	社会福祉法人 伸こう福祉会
代表者名	理事長 高田 益江
法人所在地 連絡先	横浜市栄区公田町1020-5 電話 045-896-1234 FAX 045-896-1235
実施事業の概要	特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜 特別養護老人ホーム クロスハート幸・川崎 入所者生活介護・（介護予防）短期入所生活介護 グループホーム クロスハート田谷・栄 グループホーム クロスハート金沢・横浜 グループホーム クロスハート宮前・川崎 グループホーム クロスハート二階堂・鎌倉 グループホーム クロスハート港南・横浜 グループホーム クロスハート本鵜沼・藤沢 グループホーム クロスハート南・横浜 グループホーム クロスハート円行・藤沢 グループホーム クロスハート十二所・鎌倉 グループホーム クロスハート鶴見・横浜 グループホーム クロスハート本牧・横浜 （介護予防）認知症対応型共同生活介護 クロスハート栄・横浜 クロスハート金沢・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート湘南台二番館 通所介護・（介護予防）通所介護 クロスハート湘南台・藤沢 （介護予防）特定施設入居者生活介護 クロスハート石名坂・藤沢 クロスハート湘南台二番館 （介護予防）特定施設入居者生活介護 （介護予防）短期入所生活介護 クロスハート藤沢本町 サービス付き高齢者向け住宅 クロスハートヘルパーステーション栄・横浜 （介護予防）訪問介護 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ

	横浜市野七里地域ケアプラザ クロスハート藤沢本町 居宅介護支援事業所 クロスハート野七里・栄 地域密着型介護福祉施設 (介護予防) 短期入所生活介護 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ 横浜市野七里地域ケアプラザ 地域ケアプラザ運営 クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート鶴見・横浜 クロスハート幸・川崎 (介護予防) 小規模多機能施設 看護小規模多機能型居宅介護クロスハート港南・横浜 看護小規模多機能型居宅介護 訪問看護クロスハート港南・横浜 訪問看護クロスハート藤沢本町 (介護予防) 訪問看護 キディ 鶴沼・藤沢本園 キディ 鶴沼・藤沢分園 キディ 百合丘・川崎 キディ 湘南 C-X キディ 古市場保育園 キディ 石川町・横浜 キディ 鈴木町・川崎 キディ 元住吉・川崎 キディ 大倉山・川崎 認可保育園 キディニ子・川崎 川崎認定保育園 子育てキディ・洋光台 子育て支援拠点 キディ 湘南台二番館 企業主導型保育事業 クロスハートハイツ東蒔田 クロスハートハイツ南太田 クロスハートハイツ矢部 クロスハートハイツ上倉田 クロスハートハイツ戸塚南 クロスハートハイツ和泉が丘 障がい者グループホーム クロスハートワーク戸塚 障がい者就労支援
--	--

個人情報の取り扱いについて

社会福祉法人伸こう福祉会、小規模多機能型居宅介護クロスハート幸・川崎は個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表いたします

1 使用目的

- (1)介護サービス計画書作成のため
- (2)介護サービスの提供を受けるにあたって開催される「サービス担当者会議」等において、利用者の状態、家族の状況を把握するため
- (3)外部のサービス提供事業者、行政機関との調整のため
- (4)ご家族等への利用者の心身状況の説明のため
- (5)かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合
- (6)事故・災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため
- (7)介護保険の給付管理に関わる事務及び会計事務のため
- (8)介護認定の申請、更新、変更及び要介護(要支援)認定調査のため
- (9)業務の維持改善のための基礎資料として

2 個人情報第三者への提供について

当事業所では、ご利用者又は保証人の同意を得ることなく、ご利用者の個人情報を第三者に提供することはありません。ただし、法令に基づく場合（介護保険法における不正受給者に係わる市町村への通知等 P8 12. 保証人の役割（2）に該当する場合）、はこの限りではありません。

3 個人情報の取り扱いを外部の業者に委託する場合について

当事業所が保有する個人情報について、外部の業者に委託するときは、必要な契約を締結し適切な管理・監督を行います。

4 個人情報の開示、苦情の申し立てについて

当事業所が保有する個人情報に関する開示、訂正、削除、利用停止、提供拒否及び苦情につきましては、下記の窓口で受け付けいたします。

個人情報受付担当	吉田 哲也
個人情報管理責任者	管理者 吉田 哲也
電話番号	044-533-9410
FAX 番号	044-533-9401

5 安全管理

当事業所では、個人情報の漏洩、滅失、毀損、改ざんを防止し、安全管理を徹底いたします。また職員教育を継続し、個人情報の適切な取り扱いを指導してまいります。

個人情報使用について

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用目的

- (1) 介護サービス計画書作成のため
- (2) 介護サービスの提供を受けるにあたって開催される「サービス担当者会議」等において、利用者の状態、家族の状況を把握するため
- (3) 外部のサービス提供事業者、行政機関との調整のため
- (4) ご家族等への利用者の心身状況の説明のため
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合
- (6) 事故・災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため
- (7) 介護保険の給付管理に関わる事務及び会計事務のため
- (8) 介護認定の申請、更新、変更及び要介護(要支援)認定調査のため
- (9) 業務の維持改善のための基礎資料として

2 使用する期間

サービスの利用申し込みを行ってからサービスの提供を受けている期間、契約終了時まで

3 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う
- (2) 個人情報を使用した会議、出席者、個人情報利用の内容等の経過を記録する

	使用する項目についての可・不可（必要項目に✓）	可	不可
1	名札・食席等の表示(基本的には表示させていただいています)		
2	外部からの取材や見学の写真撮影やインタビュー		
3	法人内での広報誌・パンフレット・HP・SNS等の写真撮影・使用		
4	外部からの利用照会（連絡を取りたくない親族等の有無）		
5	日常の様子や介護記録を代理人以外の家族が閲覧する(〃)		
6	複数名の方と映った写真の他利用者様への提供について		

高齢者の心身状況におけるご説明

- 1 アルツハイマー症やパーキンソン病等の脳神経系の既往歴をお持ちの方につきましては症状の進行に伴い、歩行困難、嚥下困難、活動性の低下、体重の減少等が自然に生じます。
- 2 脳血管疾患や心臓の持病をお持ちの方は、加齢に伴い再発の可能性が非常に高くなります。これらの発症により、利用者の心身状態の急激な悪化が予測されます。
- 3 加齢に伴う歯の抜け落ちや、疾患の進行により食物を噛み砕く力や飲み込んだりすることに障害が起こりやすくなります。水分でおせこんだり、食事をしても喉や気管に入ってしまうことにより、自然と肺炎を発症しやすくなります。また、自分で食事をしても知らず知らずのうちに喉に詰まらせてしまう危険性も増大します。
- 4 筋力の低下と共に骨ももろくなり、歩行時に足がふらついて転倒すると、強い衝撃でなくても骨折したり、特に骨粗しょう症等のお病氣をお持ちの方は自分の身体の重みで骨折してしまうようなこともあります。また皮膚も加齢と共に変化し、表皮が薄く弾力性に乏しくなります。そのため、外部刺激にも弱くなり、少しぶつけただけでアザになったり、皮膚がむけてしまったりします。
- 5 歩行が難しい状態で車椅子から立ち上がったり、ベッドや車イスからずり落ちる等の行為により、骨折をするリスクが高まります。特に、住環境が大きく変わる利用開始直後も含め、転倒・骨折は非常に多い傾向にあります。
- 6 他の利用者との人間関係の中で、しばしば不穏になったり、これまでご自宅ではなかったような症状が現れることがあります。

私ども職員は、大切な方のお手伝いをご家族から託されているという意識を常に持ち、最善の見守り・介護を努力いたしますが、どうしても人員の制約上、特に夜間については対応が遅れることもあるということをご理解下さい。 またこのような状況が発生した場合は速やかにご家族に連絡をすると共に、主治医の指示を仰ぐものといたします。

利用者の急変時について

当事業所は、高齢の方が在宅での生活を継続できるように、職員が必要な介護サービスを提供しながら側面支援していくことを目的とした施設です。

したがって、医療専門職による医療処置や治療が必要な方につきましては、お手伝いを行うことができません。

もし利用中に予期せぬ状態で容態が急変した場合は、以下の対応を望みます：

Ⅰ 利用者が呼吸困難、意識喪失、心臓麻痺等により急激に容態悪化（心肺停止の危機）に陥った場合について（該当するものに✓をした上で、必要事項を記入）

（１）☐ 救急搬送をする（必ず主治医・家族に連絡します）

☐ 家族ならびに主治医に連絡をし、事業所内で看取することを希望

（２）上記の（１）で救急搬送を希望する場合の希望搬送先

☐ ７緊急時の対応方法と同様

☐ 異なる病院

異なる病院の場合 _____ 病院に救急車搬送を希望

☐ 救急隊員に任せる

（３）緊急時の連絡先

☐ 緊急連絡先①と同じ

☐ 緊急連絡先②と同じ

☐ 緊急連絡先と異なる（７緊急時の対応方法と異なる場合は下記記載）

氏名	続柄)
住所	〒 -
電話番号	昼間 早朝・夜間

２ 家族に連絡がつかない場合（該当するものに○）

（１）☐ 救急車搬送の判断、手続き、移送を事業所に一任する

→搬送先での延命治療（気管挿管等）の実施【希望する・希望しない】

☐ 連絡がとれるまでは事業所内に待機とする

【説明確認欄】

小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明し交付しました。

事業者所在地 川崎市幸区河原町 1-37
 名 称 小規模多機能型居宅介護 クロスハート幸・川崎

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 _____

本書面に基づく重要な事項の説明（P1～P16）と交付を受け、利用の開始に同意いたします。また、個人情報使用について（P12）利用者の急変時について（P16）についても承諾し、同意いたします。

記載者	記載内容	
ご利用者	住所	
	氏名	
代筆	氏名	続柄
保証人	住所	
	氏名	続柄
	電話	
後見人	住所	
	氏名	
	電話	

（注）保証人は、本人とともに契約書ならびに重要事項の内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整を行える方がいる場合に記載してください

成年後見人制度を利用中の方は、後見人の方が記入してください