



指定認知症対応型共同生活介護および指定介護予防認知症対応型共同生活介護

クロスハート十二所・鎌倉 重要事項説明書

令和6年 10月 1日 作成

1 「クロスハート十二所・鎌倉」の概要

(1) 事業所の概要

施設名	クロスハート 十二所・鎌倉
所在地	〒248-0001 鎌倉市十二所937-8
電話番号	0467-53-8961
FAX番号	0467-53-8964
事業所番号	指定事業所番号 1492100134
開設年月日	平成 24年 2月 1日
敷地・建物概要	(契約形態) 賃貸借契約 (建物) 木造 2階建て 1.2階部分 (床面積) 575.00 m ²
交通	JR 横須賀線 鎌倉駅より京急バスハイランド入口下車徒歩1分

(2) 当施設の職員体制

職と氏名	資 格	常勤	非常勤	兼 務	合計	業務内容
管理者 油井 朝美	介護支援専門員 または 介護福祉士	1名	—	あり	1名	介護従業者及び業務の 管理
計画作成担当者 A 柳澤敬子 B 柳澤敬子	介護支援専門員 または 介護福祉士	1名	—	あり	1名	認知症対応型共同生活 介護計画の作成 入浴・排せつ・食事等 生活全般に係わる援助
介護職員	介護福祉士	3名	1名	なし	4名	入浴・排せつ・食事等 生活全般に係わる援助
	実務者研修	1名	2名	なし	3名	
	ヘルパー2級	1名	1名	なし	2名	
	認知症基礎研修	2名	2名	なし	4名	
合計		9名	6名	—	15名	—
職員の勤務形態	① 早番 8:00 ～ 17:00 (ユニット毎に1人) ② 遅番 10:00 ～ 19:00 (ユニット毎に1人) ③ 夜勤 16:00 ～翌8:00 (ユニット毎に1人)					

※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	Aユニット 9 人 Bユニット 9 人 (計 18 人)	トイレ	各居室設置 共用スペースに車椅子対応 (1 箇所)
居間兼食堂	36.8 m ²	居室面積	11.1~12.2 m ²
浴室	各ユニットに 1 ヶ所	居室内設備	エアコン、クローゼット 床暖房、トイレ、洗面

2 当施設の特徴等

(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、「楽しく きれいに いつまでも」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
認知症高齢者の介護経験者	管理者・計画作成担当者（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。
外出・外泊	職員の付き添いなしに、外出・外泊なさる際には、必ず行き先と帰宅時間を職員にあらかじめお申し出ください。
飲酒・喫煙	施設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	・室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。 ・施設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。
所持品の持ち込み	・「グループホームご利用の手引き」をご参考をお願いいたします。 ・手引きに記載のないもので、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	居室内のエアコンやトイレにつきましては、維持管理を施設が行います。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	・当施設は生活上の援助・介護を目的とした施設であるため、施設内における医療処置は行えません。 ・利用者の健康管理は、嘱託医もしくは利用者の選択する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していただくこととなります。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食事	朝食 午前7時～ 昼食 午後12時～ 夕食 午後6時～ ・利用者に参加していただいて調理をしているため、開始時間に若干の差異が生じることをご容赦ください。
入浴	週に最低2回入浴していただけるよう、誘導・介助をいたします。
生活上の相談	日常生活における各種疑問やご心配なことについて、各ユニットの計画作成者（ユニット長）が相談をお受けいたします。
介護	ご状態に応じて、離床・着替え・排泄（誘導を含む）・入浴・食事・整容・シーツ交換や居室内清掃等の生活支援等をお手伝いいたします。
健康管理	・緊急時や治療を必要とされる状況になった場合は、ご家族指定の医療機関もしくは提携医療機関を受診し、入院加療していただきます。 ・日常的な健康管理（服薬援助等）は、施設内で主治医の指示に従って介護職員または提携先の協力医療連携機関が行います。
レクリエーション	・施設内でのレクリエーションや外出を適宜実施いたします。 ・外出時にはその費用を実費にてご負担いただく場合もございます。（その場合は予めご相談いたします。）

4. 利用料金

(1) 敷金

金額と支払い方法	200,000円 ・ 契約後、入居までに下記口座に振り込みをお願いいたします。 ・ 横浜銀行 茅ヶ崎支店 普通 1663189 社会福祉法人 伸こう福祉会 理事長 高田益江
使途と返金方法	・ 退居時の原状回復費としてお預かりし、退居時に未精算分を控除した後、契約終了日から3ヶ月後にご指定の口座に振り込みをいたします。
クーリングオフの適用	契約締結日から90日以内に入居契約を解除する場合は、契約時に支払った敷金の全額が返還されます。但し、契約締結から契約解除日までの入居期間の家賃、水光熱費、管理費、食費、利用料及び専用居室の原状回復に必要な費用はご負担いただきます。

(2) 月額利用料⇒別添資料1. 料金表をご参照下さい。

(3) 料金の支払方法

毎月、20日までに前月分の請求書（領収書）を作成しお届けいたします。（WEB 明細）
お支払いは、口座自動引落しをお願いいたします。

① 【領収書・請求書の発行】

毎月末に清算し、翌月20日迄にご指定のアドレス先へお届けします。

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。

（預金口座振替依頼書を記入・捺印）

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

請求書送付先メールアドレス	_____@_____
利用料金支払い者名（支払口座名義）	_____
支払い者の利用者との続柄	_____

（４）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おります。
- （６） 保証人には、退居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。

５ サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

- ① まずは、お電話等で見学のお申し込みをお願いいたします。
- ② 当施設の職員が施設のご案内ならびに概要のご説明をいたします。
※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。
※お申し込みにあたり、所定の申込書に加えて健康診断書（半年以内のもの）。
- ③ 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。
- ④ 法人の「入居判定委員会」にて入居受け入れ可否が決定されます（概ね１週間程度かかります）。
- ⑤ 契約後、入居日を双方協議の上で決定いたします。

（２）サービスの提供記録

利用者に対する（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に関する記録を作成し、それを適切に保管し、利用者または代理人の請求に基づいてこれを閲覧させ、またはその複写物を交付するものとします。

（３）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終了する場合は退居を希望する日の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）」もしくは「要支援1」と認定された場合。
- ・お客様が亡くなられた場合。

③ その他

- ・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者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、退居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、また施設内で対応ができない常時の医療処置（詳細については別添「重度化した場合の対応に係る指針」をご参照下さい）が必要となった場合。
- ・利用者に対するサービス提供の記録をサービス終了後5年間保管いたします。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者 クロスハート十二所・鎌倉

電 話 電話 0467-53-8961

メール a-ookawa@skfch.com

受付日 年中無休

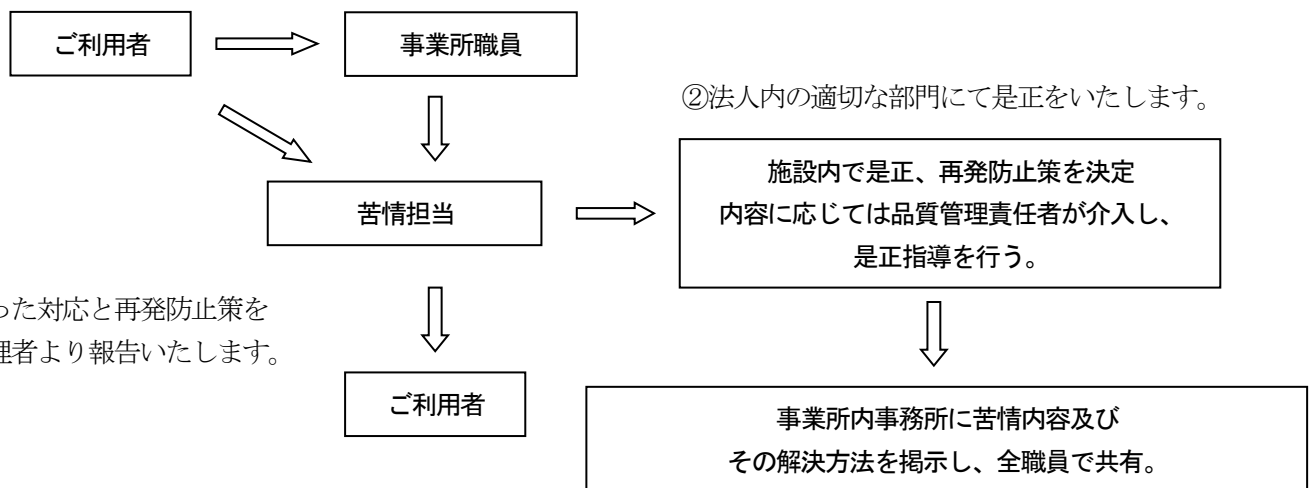
受付時間 午前 9時～午後 8時

管理者 油井 朝美（不在の場合は各ユニット長）

F A X 0467-53-8964

(2) 苦情対応体制

①お気づきになったことを職員にお申し付け下さい。



(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鎌倉市 高齢者いきいき課

0467-23-3000 (代表)

②国民健康保険団体連合会

介護苦情相談課

045-329-3447

7 緊急時の対応方法

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（以下、ご記入ください）。

主治医	氏名	佐伯 修二		
	所属	ホームケアクリニック 横浜港南	電話番号	045-832-5433
緊急連絡先	氏名			
	自宅 電話		携帯番号	
緊急連絡先	氏名			
	自宅 電話		携帯番号	

※ 主治医については、入居後も継続受診を希望される場合のみ記入下さい。

8 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。
- (2) また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (3) 当施設において、お客様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。
ただし、損害の発生について、お客様に故意又は過失が認められた場合又は、お客様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

提携医療機関	名称 ホームケアクリニック横浜港南 医師名 佐伯 修二 住所 〒234-0054 横浜市港南区港南台 3-22-15 電話番号 045-832-5433
歯科	名称 社会福祉法人 横浜来夢会マーメイド歯科クリニック 医師名 岡本 雄治 住所 〒247-0014 神奈川県横浜市栄区公田町 251-6 電話番号 045-892-1000

10 非常災害対策

消防用設備等	スプリンクラー設備、自動火災報知設備、煙感知設備、消火器具、避難設備灯
防災訓練	年に2回、昼と夜を想定して実施
防火管理者	油井 朝美

11 業務継続計画の策定について

1. 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護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、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
2. 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。
3. 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

12 衛生管理等

1. 衛生管理について
利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
2. 感染症予防と対策
ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアル及び感染症発生時の業務継続計画を整備し、従業者に周知徹底しています。
また、感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備するとともに感染症対策委員会を設置しおおむね6カ月に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。また、従業者全員に研修及び訓練を定期的（年2回以上）行う事とします。
3. 他関係機関との連携について
事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

13 地域との連携について

1. 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
2. （介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の市町村の職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、概ね2月に1回以上運営推進会議を開催します。
3. 運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

14 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

実施の有無 → 実施なし（運営推進会議にて外部評価を実施している）

15 秘密の保持について

- （１） 当該事業所の従事者ならびに退職した従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- （２） お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

16 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のための定期的な従業員教育を行います。

17 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない場合は、事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

<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。

18 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 小規模型特別養護老人ホーム クロスハート野七里・栄 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 クロスハート金沢・横浜 クロスハート二階堂・鎌倉 クロスハート宮前・川崎 クロスハート港南・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 クロスハート南・横浜 クロスハート円行・藤沢 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 クロスハート港南・横浜 看護小規模多機能型居宅介護 クロスハート港南・横浜 クロスハート藤沢本町 （介護予防）訪問看護 クロスハート湘南台・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 クロスハート石名坂・藤沢 （介護予防）特定施設入居者生活介護 クロスハート藤沢本町 サービス付き高齢者向け住宅 クロスハート栄・横浜 クロスハート金沢・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 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 通所介護及び指定第一号通所事業 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）小規模多機能型居宅介護 クロスハートヘルパーステーション栄・横浜 訪問介護 ・ 第一号訪問介護事業 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 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
キディ鵜沼・藤沢本園	
キディ鵜沼・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・横浜	
	認可保育園
キディ二子・川崎	
	川崎認定保育園
キディ洋光台	
	子育て親子広場事業
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	
	共同生活援助
クロスハートワーク戸塚	
	就労継続支援B型

別添資料 1. 料金表

① 認知症対応型共同生活介護費（1日につき）

	2ユニット 以上 施設の場合	介護保険適用時の 1日あたりの 1割自己負担額	介護保険適用時の 1日あたりの 2割自己負担額	介護保険適用時の 1日あたりの 3割自己負担額
要支援2	749 単位	800 円	1,600 円	2,400 円
要介護度1	753 単位	805 円	1,609 円	2,413 円
要介護度2	788 単位	842 円	1,683 円	2,525 円
要介護度3	812 単位	868 円	1,735 円	2,602 円
要介護度4	828 単位	885 円	1,769 円	2,653 円
要介護度5	845 単位	903 円	1,805 円	2,708 円

② 初期加算 1日につき30単位を加算

※初期加算は、入居（退院後の再入居を含む）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。

③ 医療連携体制加算 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ 医療機関連携体制加算（Ⅱ） 37 単位 / 日 5 単位/ 日

※利用者の日常的な健康管理及び利用者の状態を判断し、看護師が医療面から適切な指導、援助を行うものです。通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整連携を行います。

※該当者は要介護の方です。（要支援2の方に関しては該当いたしません。）

（算定要件等）

医療的ケア必要な方の受け入れ要件

・算定日が属する月前3月間に於いて次のいずれの実施状態に該当する入居者が一人以上いること

- (1) 喀痰吸引を実施している
- (2) 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている
- (3) 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している
- (4) 中心静脈栄養を実施している
- (5) 人工腎臓を実施している
- (6) 重篤な心機能障害、呼吸器障害により常時モニターを測定している
- (7) 人工膀胱又は人工肛門の処理を実施
- (8) 褥瘡に対する処置を実施
- (9) 気管切開が行われている
- (10) 留置カテーテルを使用している
- (11) インスリン注射を実施している

*医療連携体制加算（Ⅰ）のいずれかを算定していることが条件

- ④ 若年性認知症利用者受入加算 1日につき120単位を加算
 ※65歳以下の若年性認知症の方を受け入れた場合、対象者に対して算定
- ⑤ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 1日につき3単位を加算
 認知症介護実践リーダー研修修了者を1名以上配置し、職員間の認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的実施します。
- ⑥ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の11.1%を加算（令和6年5月まで）
 介護職員の資質向上の支援計画を策定し、研修の実施又は研修の機会を確保すること、及び、介護職員の賃金の改善を行う目的で、上記金額を加算させていただきます。
- ⑦ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） ※2019年 新設の加算（令和6年5月まで）
 基本サービス費に現行処遇改善加算を除く各種加算減算を加えた1月当たりの総単位数に2.3%を乗じた単位数を算定します。

↓令和6年6月から算定変更

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」に一本化を行います。

- （現）処遇改善加算（Ⅰ） 所定の単位数11.1% → 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）
 基本サービス費に現行処遇改善加算を除く各種加算減算を加えた1月当たりの総単位数に2.3%を乗じた単位数を算定
 ベースアップ加算 概ね3%
 （新）処遇改善加算（Ⅱ） → 所定の単位数17.8%

- ⑧ 科学的介護推進体制加算の算定 40単位／月
 ※定期的にご利用者の基本情報、心身機能の状態等を当事業所の職員にて確認させていただき（3ヶ月に1回の頻度）、内容を厚生労働省へ科学的介護情報システム（通称LIFEシステム）を用いて報告することといたします。
- ⑨ 栄養管理体制加算 30単位／月
 管理栄養士（当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。
- ⑩ 看取り加算
 （1）死亡日30日前～3日前 1日につき144単位を加算
 （2）死亡日の2日前～1日前 1日につき680単位を加算
 （3）死亡日当日 1280単位を加算
 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したご利用者様に対して、本人又はご家族等の同意を得た上で、看取りケア計画を策定し、医師、看護師、介護士等の協力のもと、ご本人又はご家族に説明を行い、同意を得た上で介護を行うことを条件に、上記金額を加算させていただきます。死亡月にまとめて算定されるため、入院・退居等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る自己負担額の請求を行う場合があります。

- ⑪ 入退院支援の取り組みについて 1日につき246単位を加算（最大6日間のみ）
- ・入院後3か月以内に退院が見込まれる方について、ご本人・ご家族の希望などを伺い円滑に再居できる体制を確保した場合。
- ⑫ 口腔衛生管理体制加算 1月につき30単位を加算
- ・歯科医師、または歯科医師に指導を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に算定可能
- ⑬ 退居時情報提供加算 > 250単位/回
- ・医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。
- ⑭ 高齢者施設等における感染症対応力の向上（高齢者施設等感染対策向上加算の創設）
- ・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 10単位/月（新設）
 - ・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5単位/月（新設）

<高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）>

- ・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ること。
- ・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ること。
- ・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回以上参加していること。

<高齢者施設等感染対策向上加算（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ること。

- ⑮ 施設内療養を行う高齢者施設等への対応（新興感染症等施設療養費の創設）

- ・新興感染症等施設療養費 240単位/日（新設）

（算定要件等）

- ・入所者等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する。

※ 現時点において指定されている感染症はない。

新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携

- ・利用者及び入所者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染者の診療等を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時における対応を取り決めるよう努めることとする。（努力義務）
- ・また、協力医療機関が協定締結医療機関である場合には、当該協力医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行うことを義務づける。（義務化）

⑯ 協力医療機関連携加算

協力医療機関が

(1) 下記の①、②の要件を満たす場合 100単位/月（新設）

- ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している。
- 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る。

(2) それ以外の場合 40単位/月（新設）

【算定要件等】

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

介護サービスのご利用者負担金額につきまして、(次ページ) 別添2. ご利用料金計算表をご参照下さい。

- ⑰ 食材料費 朝食 400円、昼食 400円、夕食 500円、間食 100円
 月あたり 42,000 円
 ※入院・外泊・外出時等はいただきません。

⑱ 介護保険サービス以外の利用料

月の途中で入退居される場合は、日割りにて請求させていただきます。

家賃	1日 3,300 円（月あたり99,000 円） 入院・外泊時も居室を確保する場合は全額お納めいただきます
光熱水費	1日 666 円（月あたり 20,000 円） 入院・外泊・外出時等はいただきません。
管理費	1日 1,000 円（月あたり 30,000 円） ・管理費は施設内の共有設備の維持管理に充当します ・入院・外泊時も居室を確保する場合は全額お納めいただきます
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

別添２．ご利用料金計算表 介護保険サービスご利用者負担金額

算定方法（1割負担の方の例）

総単位（加算を含む）×地域単価＝〇〇〇〇〇円（端数切捨て）

$$\begin{array}{ccc} \text{A} & & \text{B} \\ \text{①} & - & (\text{①} \times 0.9 \text{ または } 0.8) = \text{ご利用者負担額} \\ \text{ご利用料金総額} & & \text{国保請求額} \end{array}$$

ご利用料金総額より国保請求額（総額の9割）を引いた差額がご利用者負担額となります。

A. 総単位（加算を含む）の算定方法

（ご利用者様の介護度に応じた単位＋加算単位）

_____単位 + _____単位 = _____単位

ご利用者様の介護度に応じた単位

	2ユニット 以上 施設の場合	介護保険適用時の 1日あたりの 1割自己負担額	介護保険適用時の 1日あたりの 2割自己負担額	介護保険適用時の 1日あたりの 3割自己負担額
要支援2	749単位	800円	1,600円	2,400円
要介護度1	753単位	805円	1,609円	2,413円
要介護度2	788単位	842円	1,683円	2,525円
要介護度3	812単位	868円	1,735円	2,602円
要介護度4	828単位	885円	1,769円	2,653円
要介護度5	845単位	903円	1,805円	2,708円

他に、入居時の「初期加算」、看取り時の「看取り加算」、65歳以下の方対象の「若年性認知症利用者受入加算」などが場合に応じて加算されます。「別添1．料金表」をご参照下さい。

B. 地域単価

鎌倉市…10.68円

A. 総単位

B. 地域単価

ご利用料金総額（①）

_____単位 × _____円 = _____円

介護サービス1日当たりのご利用者負担額

① _____円 - (① × 0.9) = _____円

(または① × 0.8)

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、グループホーム クロスハート十二所・鎌倉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「入居判定委員会」ならびに「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

当施設では、ご利用者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る市町村への通知等）、ご利用者の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、ご利用者の同意を得ることが困難なとき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

当施設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

当施設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	管理者 油井 朝美
個人情報管理責任者	管理者 油井 朝美
電話番号	0467-53-8961
FAX 番号	0467-53-8964

5 安全管理

当施設では、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「入居判定委員会」ならびに「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
- (3) 名札・室札の表示は（可能・不可）とする
- (4) 外部からの取材・見学时に写真撮影に応じることを（可能・不可）とする
- (5) 法人内での広報誌やパンフレット等の写真撮影に応じることを（可能・不可）とする
- (6) 外部よりの入居照会や部屋番号の問い合わせについて回答することを（可能・不可）とする
- (7) 日常的なご様子や介護記録類を代理人以外の家族・訪問者へ閲覧（可能・不可）とする

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、ピック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。水分でむせこんだり、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、自分で食事をしてい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気を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入居後半年間の転倒・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いたします。

重 度 化 し た 場 合 の 対 応 に 係 る 指 針

加齢や症状の進行により利用者の心身状態に変化が見られた場合は、以下の対応をいたします：

1. 発熱や血中酸素濃度の低下、活動性の低下、食欲不振等の急を要しない体調不良が見られた場合は、提携先の協力医療連携機関の看護師を通じて、利用者の指定する主治医に電話連絡をして、症状の説明をした上で対応の指示を仰ぎます
2. 医師が、特に様子観察を指示した場合は、経過観察をさせていただきますが、その場合でもご家族にはご報告をいたします
3. 医師が、さらなる検査や治療が必要と判断した場合は、ご家族お付き添いの上で後日改めて外部医療機関を受診していただきます（但し緊急受診が必要と医師が判断した場合は職員が付き添いすると共に、ご家族にご連絡・ご相談をさせていただきます。
4. ただし、定期受診（受診日や診察時間が決まっている受診）につきましては、救急性が低いこともあり、原則ご家族による通院付添いをお願いしております。ご家族の付き添いが困難な場合はご相談ください。職員による付き添いを希望された場合は以下のように別途料金を頂きます。

付き添い1時間ごとに2,000円（人員基準を満たすための人件費として）
ただし10,000円を上限とします。

5. もし、入居中に様態が呼吸困難、意識喪失、心肺停止の危機等の急変に陥った場合には施設の判断にて救急搬送対応いたします。
6. 治療終了後、医師による帰ホームの許可が出た場合は、施設にて再受け入れをいたします。但し、施設内には医療専門の職員が常駐していないため、下記のような常時の医療行為が必要な方は受け入れいたしかねます

- (1) 24時間を通じた点滴やIVH（中心静脈栄養）等の輸液管理
- (2) 胃ろう、経鼻等の経管栄養
- (3) 気管切開等、人口呼吸器管理
- (4) 24時間を通じた頻回な痰の吸引

※ ただし、主治医の往診時や外部の訪問看護ステーション等の利用で十分な対応ができる場合を除きます

7. リハビリについては、介護職員が日常生活の中で実施できる散歩等は施設内で行えますが、より専門性の高い機能回復を目的としたリハビリについては出来かねます
8. 上記6のようなご状態になられた場合は、より高度な医療・療養施設（病院や老人保健施設、特別養護老人ホームなど）への転居について、可能な限りの支援を行います

9. 上記 6 の要件に当たらず、老衰等により施設でのお看取りを希望する場合は、主治医・家族・その他の関係者・協力医療連携機関の看護師・施設職員間での話し合いの上で対応が可能であると判断の後「ターミナルケア」を実施いたします。（話し合いの時期についてはホームからご案内させていただきますが、ご家族からのご相談も随時お受けしております）

ターミナルケアを実施するにあたって施設において苦痛等の緩和はできません。
苦痛等の緩和が必要な状況においてはご相談の上、医療機関に受診する場合があります。
窒息等急を要する場合には救急搬送することもあります。

ターミナルケアを実施する中にご逝去された場合（施設内もしくは病院にて）、別添資料「1. 利用料金 ⑨看取り加算」記載の加算額が発生いたします。

ターミナルケアにおいて施設内で行える介護は以下の通りです：

- (1) 車椅子やベッドからの移動介助
- (2) 床ずれを防止するための定期的な体位交換やその他の処置
- (3) 利用者に危険のない範囲での入浴介助・清拭
- (4) 食事介助
- (5) おむつ交換等の排泄介助
- (6) 施設内で用意できる療養食の準備（お粥や柔らかく煮た食事等）
- (7) 医師・家族への定期的な報告

10. 医療サービスについてはあくまでもご家族と医療機関間の契約によるものとなっておりますので、医療機関の選択や変更については、ご遠慮なくお申し出下さいませ
また施設の嘱託医以外の主治医を選択される場合は、緊急時の連絡体制等について、事前に担当の先生とご相談をさせていただきますのでご協力をお願いいたします
11. 医師との連絡調整を円滑にするにあたって外部の協力医療連携機関を利用させていただきます。週に 1 回ホームに来院し、利用者の日常的な健康管理を及び利用者の状態を判断し、看護師が医療面から適切な指導、援助を行うものです。
通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整連携を行います
※料金に関しては要介護の方が対象になります。（要支援 2 の方に関しては該当いたしません。）別添資料「1. 料金表 ④医療連携体制加算」をご参照ください。

利 用 者 の 急 変 時 に つ い て

当施設は、認知症状を持つ高齢の方の共同生活のために、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。

もし入居中に予期せぬ状態(終末期以外)で容態が急変した場合は、救急搬送をさせていただく場合がございます。病院の受け入れ体制状況により、ご希望が叶わないことがありますことをご了承ください。また下記記入事項に変更が生じた場合は施設長までご報告ください。

1. 救急搬送先病院について どちらかに○をつけてください

- (1) 希望病院、希望しない病院がある (2) 施設や救急隊に任せる

(1) に○をつけた方のみご記入ください

希望病院 _____

希望しない病院 _____

2. 緊急時の連絡先（緊急時の対応方法の項目にご記入いただいた方と重複しても構いません）

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 昼間 _____

早朝・夜間 _____

3. 搬送先での延命治療（気管挿管等）の実施についてどちらかに○をお願いします。 ご家族に連絡が取れなかった場合、救急隊に施設職員が聞かれることがあります。 あくまで記入日時点での意向というかたちで参考にさせていただきます。

- (1) 希望する (2) 希望しない

看取りに関する指針のご説明

1. 目 的

この指針は、看取り介護に関する事柄を取り決め、看取り介護の体制を確立し、ご利用者・ご家族の望む終末期ケアを、関係職種で連携協働して提供する事を目的とします。

2. 当ホームにおける看取り介護の考え方

看取り介護は、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛等を出来る限り緩和しながら、その方らしく日々の暮らしを営めるよう介助することを目的としています。尚、当ホームにおける看取りとは、住み慣れた環境で親しい人々に見守られながら、その死を早めることも遅らせることもせず、老化や慢性疾患によってごく自然に訪れる死を支えることであり、医療機関での対応の必要性が薄く、回復の見込みが無いと医師に判断された方を対象とします。

当ホームに入居しているご本人、ご本人が意思や判断を伝える事が困難な場合はご家族の意思により、当ホームを最期の場所として過ごすことを希望されたときに、看取り介護を提供するものといたします。

この指針は、将来看取りのご要望をいただいた場合における看取りに関する当ホームの取り決めや考え方を述べたものです。入居時に看取りの決断を迫るものではありません。

3. 看取り介護の体制

当ホームにおいて、看取り介護を実施するに当たり、以下の体制を整えます。

1) 当ホームにおける医療に関する体制

医療連携機関等と連携し、24時間の連絡体制を確保して、健康上の管理等に対応いたします。連携先とは緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制となっております。

2) 病状の変化に伴う緊急時の対応について

病状の変化に伴う緊急時には、協力医療機関に連絡を取り判断します。夜間においては介護職員が夜間緊急連絡体制に基づき連絡を取って緊急対応を行います。

なお、お身体の状態や病状に変化があり、医師より治療による回復の見込みがあると判断された場合で、ご本人またはご家族が望まれる場合には、医療機関での治療を受けられるよう対応いたします。

3) ご家族との、夜間を含めた連絡体制を確保します。

4) 看取り介護のためのホーム内整備

①尊厳ある安らかな最期を迎えるために居室の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするための環境の確保を図ります。

②ホームでの看取り介護に関して、家族の面会、付き添い等もご相談をお受けいたします。

【説明確認欄】

認知症対応型共同生活介護の利用契約締結にあたり、利用料の詳細な支払方法を含め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 鎌倉市十二所937-8
名 称 グループホーム クロスハート十二所・鎌倉

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 _____

認知症対応型共同生活介護の利用契約締結にあたり、利用料の詳細な支払方法を含め、本書面に基づく重要な事項の説明（P1～P19）と交付を受け、利用の開始に同意いたします。

また、下記項目についてもチェックのあるものに関しては承諾し、同意いたします。

☐個人情報使用について（P14） ☐利用者の急変時について（P18） ☐看取りの指針について（P19）

（ご利用者） 住所 _____

氏名 _____

（代筆の場合は代筆者と利用者との続柄を記載）

氏名 _____

続柄 _____

（保証人）

住 所 _____

氏 名 _____

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。

預 かり 金 ・ 貴 重 品 保 管 依 頼 書

グループホーム クロスハート 十二所・鎌倉 管理者 様

以下の貴重品について、管理を依頼します

管理を依頼する 貴重品の内容 と管理方法	介護保険証 健康保険証 後期高齢者医療被保険者証 健康手帳 介護保険負担割合証 印鑑 お薬手帳 (該当するものに○をしてください、これらについては最新版の管理となります)	
	管理を依頼する物品名と保管場所・方法	備 考
	依 頼 者 名 (お客様)	印
預 け た 日	令和 年 月 日	
預 か っ た 者 (施設)	印	
最 終 返 却 日	令和 年 月 日	受取後サイン (お客様)