

通所介護及び通所型サービス O・日常生活支援総合事業  
重要事項説明書

社会福祉法人 伸こう福祉会  
クロスハート十二所・鎌倉

目次	1P
1. クロスハート十二所・鎌倉の概要	2P
2. 当施設の特徴	2P
3. サービスの内容	3P
4. サービスの利用開始、終了	4P
5. サービス内容に関する苦情	4P
6. 事故発生時の対応	5P
7. 非常災害対策	5P
8. 運営法人の概要	5・6P
9. サービスのご利用にかかる費用	7・8P
10. 高齢者の心身の状況	9P
11. 容態悪化時の対応方法	9P
12. 秘密の保持について	10P
13. 個人情報の取扱いについて	10P
14. 写真掲載について	11P
15. 個人情報使用同意書	12P
16. 説明確認書	13P

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番地8
電話番号	0467-53-8963
FAX番号	0467-53-8964
事業所番号	指定事業所番号 1472102365号
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階部分 (床面積) 206㎡
営業日	12/31 から 1/3 を除いた月曜日から土曜日の毎日
サービス提供日	12/31 から 1/3 を除いた月曜日から土曜日の毎日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時30分 (デイサービス)
サービス実施地域	<鎌倉市> 十二所 浄明寺1丁目～6丁目 二階堂 雪ノ下 1丁目3丁目～5丁目 小町1丁目～3丁目 御成町 大 町1丁目～7丁目 材木座1丁目～6丁目 <逗子市> 久木1丁目～9丁目 小坪1丁目～3丁目6丁目7丁目 新宿3 丁目4丁目 逗子1丁目～7丁目 山の根1丁目2丁目 とする。
第三者評価の実施の有無	有(直近の評価日 年 月 日) ・ 無

2) 当施設の職員体制

職種	資格	員数	業務内容
管理者	社会福祉主事	1名(常勤)	業務の一元的管理・相談員を兼務
生活相談員	社会福祉主事 介護支援専門員	2名以上	通所介護計画の作成 送迎・入浴・排せつ・食事等の援助
介護職員	介護福祉士他	2名以上	入浴・排せつ・食事・送迎等に係る 援助
看護職員	看護師	2名以上	服薬介助、バイタルチェック等

※ 人員体制につきましては、職員の入・退職により若干の差異が生じる場合がございます

3) 当事業所の設備の概要

定員	19名	トイレ	共有スペースに2箇所 (うち1ヶ所は車椅子対応)
面積	58.71㎡	静養室	あり(1ベッド)
浴室設備	一般浴槽	設備	トイレ、洗面、エアコン、床暖 房、送迎車3台

## 2. 当施設の特徴等

### 1) 運営の方針

法人の理念である「たくさんのお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、「杖の代わりに」をモットーにサービス提供を行っております。

### 2) サービス提供のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	入職時の研修に加え、全体研修を月に1回実施しています。 また外部講習を適宜受講させています。
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. サービスの内容

### 1) 提供するサービス内容

サービス	内 容
食事	昼食 午後12時00分～ おやつ 午後3時～ 通常のお食事の他に柔らかいお食事をご用意しています。(特別なお食事が必要な方は、予めお申し出下さい)
入浴	湯河原の温泉を使用しています。 ご本人の体調に応じて入浴介助を実施いたします。
排泄	お身体のご状態にあわせた排泄介助を実施いたします。
健康管理	健康管理のため、ご家族や担当のケアマネージャーと連携を図ります。
衛生管理	事業所は、利用者の使用する食器その他の設備、または飲用に供する水について、管轄の保健所の指導に従い衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じます。 また、事業所においては、感染症が発生・または蔓延しないよう、必要な措置を講ずるよう努めます。
生活相談	ご利用にあたっての各種ご相談、日常生活上(ご自宅での生活を含む)についてのご相談に応じます。ご遠慮なく生活相談員までお申し出下さい。
アクティビティ	施設内でのアクティビティや外出機能訓練を適宜実施します。外出アクティビティ時、ご相談の上、実費負担いただく場合もございます。
通所介護計画書の作成	ご利用開始時には居宅介護計画書(ケアプラン)にもとづいた通所介護計画書を作成し、その内容に沿った介護をいたします。 通所介護計画書の内容については、必要に応じて見直しをいたします。

## 2) サービスの利用に当たっての留意事項

送迎	原則として、ご自宅の玄関から当施設までの送迎を行います。
食事	昼食ならびにお茶、お茶菓子をご用意いたします。
飲酒・喫煙	デイサービス利用中は禁煙、禁酒です
金銭、貴重品の管理	紛失や破損の責任は負いかねますので、お持ちにならないようにしてください。
ご用意いただくもの	入浴時に使用するもの（化粧品・電動髭剃り・整髪料など）着替え、オムツ・パット類（必要な方のみ）持ち物の記名をお願いいたします。
入浴について	身体のご状態によって、当日の入浴の可否を判断させていただきます。
医療的処置について	服薬の援助、医療的処置が必要な場合は予めご相談ください。

## 4、サービスの利用方法

### 1) サービスの利用開始

- ① 契約日当日から利用開始可能となります。

### 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終了する場合は書面にてご連絡をお願いいたします。

- 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、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。
- ・ お客様がサービス利用料金の支払を2ヶ月以上滞納し、料金を支払うようお願いしたにもかかわらず14日以内にお支払いいただけない場合は、7日前までに文書で通知し、利用を中止していただく場合がございます。

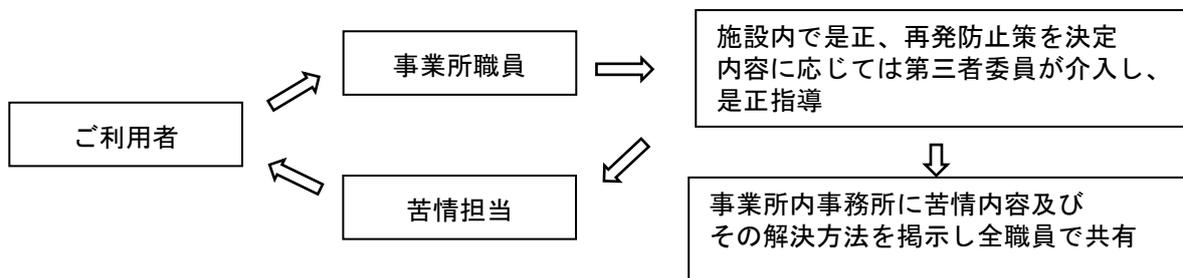
## 5、サービス内容に関する苦情

### 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 管理者 北崎 智子  
電 話 TEL0467-53-8963 FAX0467-53-8964  
メール kitazaki-t@skfch.com  
受付日 年中無休  
受付時間 8:30～17:30

## 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。

鎌倉市健康福祉部介護保険課介護保険担当	電話	0467-61-3950
逗子市介護保険課	電話	046-873-1111(代)
かながわ福祉サービス運営適正化委員会	電話	045-311-8861
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課	電話	045-329-3447

## 6、事故発生時の対応

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ なお、当事業所の介護サービスにより、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。

## 7、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
防火管理責任者	油井 朝美

8、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	<p>介護付有料老人ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クロスハート湘南台・藤沢</li> <li>・クロスハート石名坂・藤沢</li> <li>・ミソノピア</li> </ul> <p>サービス付き高齢者向け住宅</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クロスハート藤沢本町</li> </ul> <p>グループホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クロスハート田谷・栄</li> <li>・クロスハート二階堂・鎌倉</li> <li>・クロスハート港南・横浜</li> <li>・クロスハート南・横浜</li> <li>・クロスハート十二所・鎌倉</li> <li>・クロスハート本牧・横浜</li> </ul> <p>特別養護老人ホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クロスハート栄・横浜</li> <li>・クロスハート野七里・栄</li> </ul> <p>通所介護（デイサービス）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クロスハート栄・横浜</li> <li>・クロスハート本鵜沼・藤沢</li> <li>・クロスハート十二所・鎌倉</li> <li>・クロスハート飯島・栄</li> </ul> <p>小規模多機能施設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・クロスハート十二所・鎌倉</li> <li>・クロスハート幸・川崎</li> </ul> <p>ケアプラザ、介護予防支援、居宅介護支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・横浜市野七里地域ケアプラザ</li> <li>・横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ</li> <li>・クロスハート藤沢本町</li> <li>・居宅介護支援クロスハート港南・横浜</li> </ul> <p>訪問介護</p>	

- ・クロスハート・ヘルパーステーション栄・横浜

訪問看護・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

認可保育園

- |              |              |
|--------------|--------------|
| ・キディ鶴沼・藤沢 本園 | ・キディ鶴沼・藤沢 分園 |
| ・キディ湘南 C-X   | ・キディ石川町・横浜   |
| ・キディ古市場保育園   | ・キディ鈴木町・川崎   |
| ・キディ元住吉・川崎   | ・キディ百合丘・川崎   |
| ・キディ大倉山・横浜   |              |

公私連携型保育所

- ・キティ腰越保育園

子育て支援

- ・親子広場 子育てキディ洋光台
- ・腰越子育て支援センター子育てキディー腰越

児童発達支援・放課後等デイサービス

- ・ファンファンキディー湘南台・藤沢

障害者グループホーム

- |               |                |
|---------------|----------------|
| ・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上倉田 | ・クロスハートハイツ矢部   |
| ・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 |

障害者就労支援

- ・クロスハートワーク戸塚

9、サービスのご利用にかかる費用

1) 利用料金

① 通所介護及び通所型サービス O 利用料 (1 単位=10.68 円)

通所型サービス O		単位	介護保険 1 割適用時 自己負担額	介護保険 2 割適用時 自己負担額	介護保険 3 割適用時 自己負担額
	要支援 1	1,798 単位/月		1,921 円/月	3,841 円/月
要支援 2 (8 回未満の場合)	3,621 単位/月 447 単位/回		3,868 円/月	7,735 円/月	11,602 円/月
通所介護	要介護度 1	658 単位/日	703 円/日	1,406 円/日	2,109 円/日
	要介護度 2	777 単位/日	830 円/日	1,660 円/日	2,490 円/日
	要介護度 3	900 単位/日	962 円/日	1,923 円/日	2,884 円/日
	要介護度 4	1,023 単位/日	1,093 円/日	2,185 円/日	3,278 円/日
	要介護度 5	1,148 単位/日	1,226 円/日	2,452 円/日	3,678 円/日

② 加算

項目	単位	介護保険 1 割適用時 自己負担額	介護保険 2 割適用時 自己負担額	介護保険 3 割適用時 自己負担額
入浴加算 I (要介護の方のみ)	40 単位/回	43 円/回	86 円/回	129 円/回
口腔機能向上加算 II (算定月 2 回まで)	160 単位/回	170 円/回	340 円/回	410 円/回
送迎減算 (要介護の方のみ)	-47 単位/回 (片道)	-51 円/回	-101 円/回	-151 円/回
介護職員処遇 改善加算 (II) ※	所定単位数×0.09	所定単位数×0.09 ×10.68 の 1 割	所定単位数×0.09 ×10.68 の 2 割	所定単位数×0.09 ×10.68 の 3 割
科学的介護推進 体制加算	40 単位/月	43 円/月	86 円/月	129 円/月

※所定単位数は基本サービス費 (通所型サービス O・通所介護利用料) に処遇改善加算を除く各種加算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度額の算定から除外します。

③ その他

食事代	昼食 710 円 (1 食あたり)	間食 100 円 (1 日あたり)
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お客様のご希望により室内アクティビティや外出行事に参加していただく事ができます。その際、材料費などの実費をいただく場合があります。</li> <li>・通常の事業の実施地域を越えて行う送迎に係る費用は、実施地域を超えた地点から片道 1 キロ毎に 35 円。</li> </ul>	

\*介護保険の計算上、上記金額に多少の差異が生じることがございます。

【1ヶ月のご利用料概算】

ご利用曜日 月・火・水・木・金・土	a : 1日利用 単位・円	b : 月の 利用回数	c : 合計単位/月 (a × b)
一日のご利用料 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	単位	回	単位
入浴加算	40 単位	回	単位
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位	回	単位
送迎減算	-47 単位	回	単位
科学的介護推進体制加算	40 単位		単位
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	上記で算定する単位の合計の 1000分の90単位		単位
単位合計	d :		単位
d × 10.68 円	e :		円
e × 0.9 又は 0.8 又は 0.7 (介護保険分)	f :		円
e - f (自己負担分)	g :		円

昼食 (710 円)	710 円	回	h : 円
間食 (100 円)	100 円	回	i : 円

:

1ヶ月のご利用料金(概算)	g + h + i =	円
---------------	-------------	---

2) 請求書の発行

- 毎月末に精算して、翌月10日から15日の間にお渡しします。  
郵送を希望される方は下記記入お願いいたします。

請求書送付先 住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

3) 料金の支払方法

- 横浜銀行から自動引き落としさせていただきます。(自動払込利用申込書記入をお願いします)
- お支払終了後、領収書を発行いたします。

4) キャンセル料について

- 利用をお休みされる場合は、当日の午前8時30分までに施設までご連絡をお願い致します。
- ご連絡なきキャンセルの場合は、1日の食事代相当分として請求させていただきます。  
但し、お客様の体調不良など正当な事由がある場合は、この限りではありません。

## 10. 高齢者の心身の状況

- ・ 加齢により、食物を噛み砕く力や飲み込む力に障害がおこりやすく、水分、食物が気管に入り誤嚥性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る危険性も増大します。
- ・ 加齢とともに筋力低下し転倒しやすくなります。骨ももろくなり、強い衝撃でなくても骨折をしてしまったり、骨粗しょう症などの病気をお持ちの方は自分の体重の重みで骨折してしまったりします。また皮膚も薄くなり、弾力性がなくなります。それに伴い、少しぶつけただけでもあざになったり、皮がむけてしまったりすることがあります。
- ・ 体力、抵抗力全般が低下して、持病の悪化や新たな病気の発症する事が多く急激に状態が悪化することがあります。
- ・ 職員一同、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、介護の提供に努めますが、デイサービスご利用中に容態が悪化する可能性があることをご理解ください。

## 11. 容態悪化時の対応方法

- ・ 発熱、活動性の低下、食欲不振等の急を要さない体調不良が見られた場合はご家族または介護支援専門員に連絡させていただきます。
- ・ 呼吸困難や意識消失、心肺停止などの危機的急変に陥った場合は施設の判断で救急搬送いたします。

緊急連絡先 2 件 搬送希望病院（希望病院があるとき）の記入をお願いいたします。

第 1 緊急連絡先	氏名	続柄 ( )		
	自宅 電話番号		携帯番号	
第 2 緊急連絡先	氏名	続柄 ( )		
	自宅 電話番号		携帯番号	
搬送希望 病院	病院名			
	電話番号		診察券番号	

## 12. 秘密の保持について

- 1) 当該事業所の従事者ならび退職した従事者は、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の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。

### 13. 個人情報の取扱いについて

社会福祉法人伸こう福祉会、クロスハート十二所・鎌倉デイサービス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 サービス計画の立案のため。
- ② 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- ③ サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- ④ ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- 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係る事務及び会計事務のため。
- ⑧ 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	北崎 智子
個人情報管理責任者	北崎 智子
電話番号	0467-53-8963
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。

### 4. 写真掲載について

- 1) デイ通信（毎月1日に発行）や日々の御利用者様のご様子を掲載した物を配布しております。掲載を控えた方がいい方はその旨をお知らせください。

## 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、社会福祉法人伸こう福祉会クロスハート十二所・鎌倉デイサービスが、下記の利用目的の必要最小限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

### 1. 利用目的

- 1) サービス計画の立案のため。
- 2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- 3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- 4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- 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係る事務及び会計事務のため。
- 8) 業務の維持改善のための基礎資料として。
- 9) 法人内の広報誌やパンフレット等、施設内の広報誌掲載のため

### 2 使用する期間

- 1) サービスの利用申し込み開始時から契約終了時まで

### 3 使用条件

- 1) 個人情報の提供は必要最低限とし関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について、経過を記録し、請求があれば開示すること。

年 月 日

(ご利用者)

住所

氏名

印

代筆の場合は代筆者名と利用者との続柄

氏名

続柄

(ご家族)

住所

氏名

印

(保証人・法定後見人) 住所

氏名

印

※ ご家族または保証人・法定後見人いずれか1名以上がご記入下さい  
(保証人とご家族が同一の場合は、ご家族欄のみで結構です。)

## 説 明 確 認 書

通所介護及び通所型サービス O の利用契約締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、あらかじめ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。

説明年月日 年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_ 印

通所介護及び通所型サービス O の提供開始にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本書面に基づく重要な事項の説明と交付を受け、利用の開始に同意いたします

同意年月日 年 月 日

(ご利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆の場合は代筆者名と利用者との続柄

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

保証人・法定後見人（どちらかに○をお付けください）

住 所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 保証人または法定後見人については、「通所介護契約書」第 3 条（保証人または法定後見人）をご参照の上で該当する場合のみご記入ください。