

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 重要事項説明書

2025 年 4 月 1 日改定

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設について

施設名： クロスハート野七里・栄
指定番号： 1493500100
所在地： 横浜市栄区野七里1-2-31
管理者の氏名： 鈴木 恵美理
電話番号： 045-897-3456
FAX 番号： 045-897-3457
指定を受けた地域： 横浜市

(クロスハート野七里・栄は下記の施設のサテライト施設です)

施設名： クロスハート栄・横浜
指定番号： 1473500153
所在地： 横浜市栄区公田町1020-5
電話番号： 045-896-1234
FAX 番号： 045-896-1235

(1) 施設の従業者体制

職種	職務の内容	員数
管理者	業務の一元的な管理	1 名（常勤）
医師	健康管理及び療養上の指導	1 名(嘱託)
生活相談員	生活相談及び指導	1 名（常勤）
介護職員	介護業務	12 名以上
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	1 名以上 (うち 1 名は常勤)
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	1 名以上（兼務）
機能訓練指導員	機能訓練の実施	1 名以上

*職員構成については、若干の変更がある場合がございます。

(2) 施設の概要

①定員 26 名

②居室 26 室（全室個室）

各居室には、ベッド・ナースコール・枕元灯・トイレ・洗面台・床暖房・空調設備を備えています。

③食堂及び共同生活室

2 階	201～210 号室	A ユニット	30.64 m ²
	211～219 号室	B ユニット	19.01 m ²

3階 301～310号室 Cユニット 30.64㎡

食堂及び共同生活室にはユニットキッチン、テレビ、ダイニングテーブル、椅子、ソファ、洗面台を備えています。

④浴室など

2階	特殊浴槽を備えた浴室	1か所	ユニットバス	1か所
3階	一般浴槽を備えた浴室	1か所	リフト機能付きユニットバス	1か所

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

①食事

- それぞれの方の身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮しながら、栄養士が作成した献立に基づいた食事の提供に努めます。食事場所や主食もお選び頂けますのでご相談ください。

②入浴

- 入浴又は清拭を週2回行います。
- 重度の障害がある利用者についても、身体状況に応じた設備を使用して入浴介助をいたします。

③排泄

- 排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④自立への支援

- 自立支援のために離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- 重度化防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
- 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容を行う援助します。
- シーツの交換は、週1回、寝具の消毒および交換は、年1回以上実施します。

(2) その他のサービス

① 理美容

- 施設内または本体施設において理美容サービスを受けられる機会を設けておりますので、ご希望の方はお申出ください。(料金は理美容サービス提供者へ実費を直接お支払いいただきます)

② 所持品の管理

- 保管できるスペースに限りがございますので、お持込みは最小限にお願い致します。

③ レクリエーション

- 年間を通して施設内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費（実費）がかかるものがございます。

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。その他の利用料は別紙に定めるとおりです。

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ご利用中に体調の変化があった際には施設の従業者にお知らせください。
- 施設内の機械及び設備の利用を希望される際は、あらかじめ従業者に声をかけてください。

- 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、固くご辞退させていただきます。

6. 退所

(1) 退所手続き

利用者からの申し出により、施設を退所することができます。事前に退所希望日をお知らせください

(2) 当施設の利用者が以下の状態になった場合、施設および利用者双方からの通知を行うことなく、自動的にサービスの提供を終了します。

- 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- お客様がお亡くなりになった場合
- 重要な感染症が発見された場合
- 他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

(3) 当施設の利用者が以下の状態になった場合、利用者の心身の状況や退所後の環境等を十分に検討したうえで横浜市特別養護老人ホーム入退所指針に基づき、サービスの提供を終了いたします。

- 要介護認定において、「自立」、「要支援1・2」と認定された場合
- 要介護1又は2であって特例入所の要件に該当しなくなった場合

※平成27年3月31日までに入所した場合は除く

【特例入所の要件】

ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。

イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。

ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全の確保が困難な状態である。

エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

- 要介護状態の改善が認められ、かつ、次に掲げる要件にある場合
 - ① 家庭における介護力・介護環境の改善が認められ、入所者・家族が退所を希望している場合
 - ② 要介護認定において介護認定審査会の意見が付された場合
- 医学的管理の必要性が増大し、施設での介護が困難と認められる場合
- 入院後3ヵ月以内に退院される際、医師等の判断により再入所が可能であると判断された場合は再び施設に入所することができます。(別表の通り、月に6日を限度として外泊時費用を算定させていただきます)

7. 非常災害対策

施設は、非常災害その他の緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上入所者及び従業員等の訓練を行います。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他の必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関、各関係機関への連絡等必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、法的な賠償責任を負う場合は、相当因果関係範囲内において賠償をするものとします。

10. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知りえた入所者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

11. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のための業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

12. 身体拘束の禁止

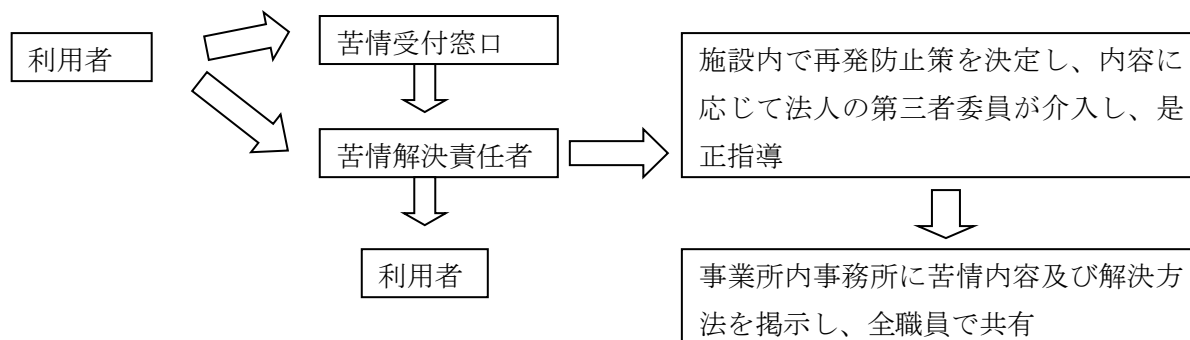
原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない場合は、事前に入所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、その際の入所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。

13. 苦情相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します：

苦情解決責任者：	施設長	鈴木 恵美理
苦情受付窓口：	相談員	亀石 由美子
ご利用時間：	月～日曜日	午前9時～午後6時
ご利用方法：	電話	045-897-3456
	Eメール	e-suzuki@skfch.com



また、次の公的機関においても、苦情の申し立てができます：

横浜市栄区役所 高齢障害支援課

電話： 045-894-8547

受付時間： 8時45分～17時15分（土日、祝日、年末年始を除く）

横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課

電話： 045-671-3923

受付時間： 8時45分～17時15分（土日、祝日、年末年始を除く）

神奈川県国民健康保険団体連合会介護保険課

電話： 045-329-3447（介護保険相談課）

受付時間： 9時00分～5時00分（土日、祝日、年末年始を除く）

14. 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

名称： 恩賜財団済生会 横浜市南部病院
住所： 横浜市港南区港南台3-2-10
電話： 045-832-1111
診療科目： 内科・神経科・循環器科・小児科・外科・整形外科・形成外科・
脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽
喉科・放射線科・リハビリテーション科・歯科口腔外科・血液内科
施設からの距離： 約4キロ（所要時間は車で10分）

名称： ホームケアクリニック横浜港南
住所： 横浜市港南区港南台3-17-12
ルミナスシティー港南台1F
電話： 045-832-5433
診療科目： 内科・精神科・皮膚科
施設からの距離： 約6キロ（所要時間は車で15分）

名称： マーメイド歯科クリニック
住所： 横浜市栄区公田町251-6
電話： 045-892-1000
診療科目： 歯科・訪問歯科
施設からの距離： 約4キロ（所要時間は車で10分）

15. 緊急時の連絡先

入所者の体調不良や急変などの緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

16. 損害賠償について

当施設において、入所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、法的な賠償責任を負う場合は、相当因果関係範囲内において賠償をするものとします。

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、入所者に故意又は過失が認められた場合には、入居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。

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの利用契約締結に当たり、入所者に対して利用料金の詳細な支払い方法、別紙の内容を含め、本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

<施設>

所在地 神奈川県横浜市栄区野七里 1-2-3 1

施設名 クロスハート野七里・栄

管理者名 鈴木 恵美理

説明者 亀石 由美子

私は、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用契約締結に当たり、本書面により、施設から利用料金の詳細な支払い方法、別紙の内容を含め、重要事項の交付・説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

<入所者>

住所

氏名

<入所者代理人>

住所

氏名

(続柄)

(別紙1)

○料金表

1. 食費・居住費

(1)介護保険負担限度額認定者以外

料金の種類	金額	備考
食事の提供に要する費用	1,800円/日	
居住に要する費用	3,250円/日	

(2) 介護保険負担限度額認定者

料金の種類	金額	備考
食事の提供に要する費用	第1段階 300円/日	
	第2段階 390円/日	
	第3段階① 650円/日	
	第3段階② 1,360円/日	
居住に要する費用	第1段階 880円/日	
	第2段階 880円/日	
	第3段階①② 1,370円/日	

2. ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費

横浜市地域単価 10.72 円で計算

区分	項目	金額				備考
基本	介護度	単位	1割負担	2割負担	3割負担	
	要介護1	682	732円/日	1,463円/日	2,194円/日	
	要介護2	753	808円/日	1,615円/日	2,422円/日	
	要介護3	828	888円/日	1,776円/日	2,663円/日	
	要介護4	901	966円/日	1,932円/日	2,898円/日	
	要介護5	971	1,041円/日	2,082円/日	3,123円/日	

※は対象となる利用者のみ

項目		単位	1割負担	2割負担	3割負担
初期加算 ※		30/日	33円/日	65円/日	97円/日
外泊時費用 ※		246/日	264円/日	528円/日	792円/日
看取り介護加算Ⅰ ※	(1)	72/日	78円/日	155円/日	232円/日
	(2)	144/日	155円/日	309円/日	463円/日
	(3)	680/日	729円/日	1458円/日	2187円/日
	(4)	1280/日	1373円/日	2745円/日	4117円/日
看護体制加算Ⅱイ		23/日	25円/日	50円/日	74円/日
夜勤職員配置加算Ⅱイ		46/日	50円/日	99円/日	148円/日
療養食加算 ※		6/日	7円/日	13円/日	20円/日
科学的介護推進体制加算Ⅰ		40/月	43円/月	86円/月	129円/月
栄養マネジメント強化加算 ※		11/日	12円/日	24円/日	36円/日
経口維持加算Ⅰ ※		400/月	429円/月	858円/月	1287円/月

認知症ケア加算Ⅰ ※	3/日	4円/日	7円/日	10円/日
褥瘡マネジメント加算Ⅰ ※	3/月	4円/月	7円/月	10円/月
若年性認知症入所者受入加算 ※	120/日	129円/日	258円/日	386円/日
排せつ支援加算Ⅰ	10/月	11円/月	22円/月	33円/月
自立支援促進加算	280/月	301円/月	601円/月	901円/月
協力医療機関連携加算※	5/月	6円/月	11円/月	16円/月
退所時情報提供加算※	250/回	268円/月	536円/月	804円/月
退所時栄養情報連携加算※	70/回	75円/月	150円/月	225円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5/月	6円/月	11円/月	16円/月
新興感染症等施設療養費※	240/日	258円/月	515円/月	772円/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数の13.6%×10.72の1割・2割・3割(介護負担による)/月			

介護保険の性質上、月単位で計算した際に1～2円の誤差が生じる場合があります。

3. その他の費用

料金の種類	金額	備考
事務管理手数料	1,500円/月	立替金管理にかかる費用
テレビ使用料	50円/日	電気代
冷蔵庫使用料	50円/日	電気代
特別な食事の費用	実費	ご入居者の希望による
レクリエーション費	実費	クラブ活動、外出費用等
理美容代	実費	月1回 訪問美容

※ 事務管理手数料は立替金が発生した月に請求させていただきます。

4. その他

- (1) 施設が法定代理受領サービスに該当する施設サービスを提供した場合の利用料の額は、介護保険法による介護報酬の告示上の額とする。
- (2) 施設は、法定代理受領サービスに該当する施設サービスを提供した場合には、その利用者から利用料の一部として、指定介護老人福祉施設サービスに係わる施設介護サービス費用基準額から施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得た額の支払いを受けるものとする。
- (3) 施設は、上に掲げる費用の額に係わるサービスの提供に当たっては、予め利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ることとする。なお、やむをえない事情等により当該内容及び費用の変更がある場合には予め利用者又はその家族に対し説明を行い、利用者の同意を得ることとする。
- (4) 施設は、上に掲げる費用の支払を受けた場合は、当該サービスの内容と費用の額その他必要と認められる事項を記載した領収書を入所者に対して交付することとする。

高齢者の心身状況におけるご説明

- アルツハイマー病やパーキンソン病、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。
- 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。
- 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。水分での咽込み、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。
- 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が生じ、特に骨粗しょう症等のお病気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。
- 歩行が難しい状態で車椅子から立ち上がる、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所後半年間の転倒・骨折は非常に多い傾向にあります。
- 他の利用者との人間関係の中で、しばしば不穏が見られ、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。

同意欄

※本紙（別紙2）の同意については、6頁に記入いたします。

(別紙3)

容 態 悪 化 時 の 施 設 対 応 に つ い て の ご 説 明

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、施設の嘱託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、施設内に常備している薬を服薬いただき、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をいたしますので、ご家族は病院に直接お出で下さい）またご家族の付き添いが困難な場合はご相談に応じます
4. 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
5. 施設内で可能な範囲の介護を受けながら、入所の継続を希望する場合は、主治医・家族・その他の関係者・施設職員間での話し合いの上で「ターミナルケア」を実施いたします

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：

- 車椅子やベッドからの移動介助
- 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
- 利用者に危険のない範囲での入浴介助・清拭
- 食事介助
- おむつ交換等の排泄介助
- 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）
- 医師・家族への定期的な報告

同意欄

※本紙（別紙3）の同意については、6頁に記入いたします。

利 用 者 の 急 変 時 に 関 す る 承 諾 書

当施設は、要介護状態の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。

もし入所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：

1. 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）に陥った場合は：（該当するものに○をした上で、必要事項を記入）

1) 家族ならびに主治医に連絡をし、施設内で看取することを希望

2) _____ 病院に救急車搬送を希望

3) 家族に連絡をして、その指示に従っての対応を希望

氏名 _____ 続柄 _____

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、移送を施設に一任する

→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

2) 連絡がとれるまでは施設内に待機とする

年 月 日

記入者) 住所

氏名 _____

本人との続柄 _____

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、クロスハート野七里・栄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「入所判定会議」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	生活相談員 亀石 由美子
個人情報管理責任者	施設長 鈴木 恵美理
電話番号	045-897-3456
FAX 番号	045-897-3457

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。

個人情報使用同意書

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「入所判定会議」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・見学時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) 外部よりの入所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

同意欄

※本紙（別紙6）の同意については、6 頁に記入いたします。