

特別養護老人ホーム
クロスハート栄・横浜

介護老人福祉施設
重要事項説明書

2024 年 11 月 1 日改訂

特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜
介護老人福祉施設 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、介護老人福祉施設において適正な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： 特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜
 指定番号： 1 4 7 3 5 0 0 1 5 3
 所在地： 横浜市栄区公田町 1 0 2 0 - 5
 管理者の氏名： 勘里 絵利奈
 電話番号： 0 4 5 - 8 9 6 - 1 2 3 4
 FAX 番号： 0 4 5 - 8 9 6 - 1 2 3 5
 指定を受けた地域： 横浜市

(1) 施設の従業者体制

	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1 名	-	1 名
医師	健康管理及び療養上の指導	0 名	4 名	4 名
生活相談員	生活相談及び指導	2 名	0 名	2 名
介護職員	介護業務	3 : 1 以上		
看護職員	心身の健康管理、保健衛生管理	2 名以上		
介護支援専門員	ケアプラン作成	2 名以上		
管理栄養士	栄養管理業務	1 名以上		
機能訓練指導員	機能訓練業務	2 名以上		

(2) 施設の概要

① 定員 1 1 2 名

② 居室等 多床室：9 7 床（5 1 . 8 7 m²） 個室：1 5 床（1 4 . 2 5 m²）

各居室には、ベット・ナースコール・枕元灯・空調設備を備えています。

食堂にはキッチン、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。

③ 浴室など

2 階 特殊浴槽を備えた浴室 1 か所

3 階 一般浴槽を備えた浴室 1 か所 個浴 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。

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。
- 清潔で快適な生活のため、適切な整容が行われるよう援助します。
- 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

- 施設内において理美容サービスを受けられる機会と設備を設けております。

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。
- 貴重品や特別な配慮が必要な持ち込みを希望される場合は、あらかじめご相談ください。

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）がかかる場合がございます。

4. 利用料金

(1) 料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設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。

(2) お支払

ご利用月の翌月に請求書をお送りし、毎月27日に引き落としとなります。入金の確認をさせていただいたうえで領収書を発行いたします。

5. サービス利用に当たっての留意事項

- 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、固く辞退させていただきます。
- 入院や外泊等により長期間居室を空けられる場合、緊急的な要請によるショートステイのために居

室を利用させていただく場合があります。

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いたします。

- 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
- 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 日までに入所した入所者は除く

【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・安心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、次に掲げる要件のある場合
 - 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
- 入院が 3 カ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

※入院後 3 カ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いたします。

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

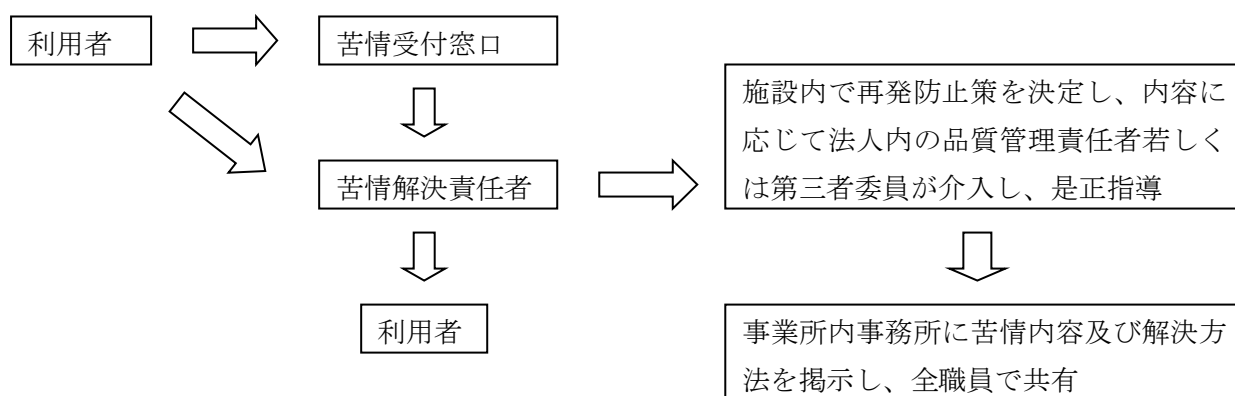
原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

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：

苦情受付担当：	生活相談員	佐藤 弘子	(h-satou@skfch.com)
苦情解決責任者：	管理者	勘里 絵利奈	(e-kanzato@skfch.com)
ご利用時間：	月～日曜日	9時～18時	
ご利用方法：	電話	045-896-1234	
	FAX	045-896-1235	
	Eメール	随時受け付けております	



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：

横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 高齢施設課

電話： 045-671-3923 (代表)

受付時間： 9時00分～17時00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 介護苦情相談係

電話： 045-329-3447

ナビダイヤル 0570-022-110

受付時間： 8時30分～17時15分 (土日、祝日、年末年始を除く)

1 4. 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: 医療法人 沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院
住所: 鎌倉市岡本1370番1
電話: 0467-46-1717
診療科目: 内科（総合内科）・心療内科・神経内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・アレルギー科・リウマチ科・小児科・外科・整形外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・呼吸器外科・消化器外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・肛門外科・産科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・気管食道外科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・病理診断科・腎臓内科・血液内科・糖尿病代謝内科・救急科内科・神経科・循環器科・整形外科

施設からの距離: 約6キロ（所要時間は車で20分）

名称: 医療法人コムニカ 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3-22-15
電話: 045-374-4454
診療科目: 内科・高齢者内科・緩和ケア内科・泌尿器科・皮膚科・精神科
診察: 基本的に施設への往診にて診察

名称: 医療法人社団 若葉会 湘南食サポート歯科
住所: 藤沢市本藤沢1-10-14
電話: 0466-84-2000
診療科目: 歯科
診察: 基本的に施設への往診にて診察

1 5. 緊急時の連絡先

利用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。

1 6. 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、入所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。

【説明確認欄】

指定介護老人福祉施設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本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

年 月 日

<施設>

所在地 神奈川県横浜市栄区公田町1020-5

施設名 特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜

管理者名 勘里 絵利奈 印

説明者 印

私は、指定介護老人福祉施設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本書面に基づいて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。

年 月 日

<入所者>

住所 〒

氏名 印

<入所者代理人>

住所 〒

氏名 印
(続柄)

緊急連絡先

利用者に容体の変化があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族（代理人）の方に速やかに連絡いたします。（必ずご連絡の取れる電話番号をご記入ください）

緊急連絡先①

氏名(フリガナ)

〒

住所

電話番号

携帯電話

メールアドレス

続柄

緊急連絡先②

氏名(フリガナ)

〒

住所

電話番号

携帯電話

メールアドレス

続柄

(別紙１) 料金表

１．施設サービス費

区分	項目		金額				備考
			単位数	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
基本	要介護 1		5 8 9	6 3 2 円／日	1 2 6 3 円／日	1 8 9 5 円／日	
	要介護 2		6 5 9	7 0 7 円／日	1 4 1 3 円／日	2 1 2 0 円／日	
	要介護 3		7 3 2	7 8 5 円／日	1 5 7 0 円／日	2 3 5 5 円／日	
	要介護 4		8 0 2	8 6 0 円／日	1 7 2 0 円／日	2 5 8 0 円／日	
	要介護 5		8 7 1	9 3 4 円／日	1 8 6 8 円／日	2 8 0 2 円／日	
加算	初期加算		3 0	3 3 円／日	6 5 円／日	9 7 円／日	
	安全対策体制加算		2 0	2 2 円／日	4 3 円／日	6 5 円／日	入所日のみ
	外泊時費用		2 4 6	2 6 4 円／日	5 2 8 円／日	7 9 2 円／日	月 6 日限度
	看取り介護 加算 I	(1)	7 2	7 8 円／日	1 5 5 円／日	2 3 2 円／日	死亡日以前 3 1 日以上 4 5 日以下
		(2)	1 4 4	1 5 5 円／日	3 0 9 円／日	4 6 3 円／日	死亡日以前 4 日以上 3 0 日以下
		(3)	6 8 0	7 2 9 円／日	1 4 5 8 円／日	2 1 8 7 円／日	死亡日以前 2 日又は 3 日
		(4)	1 2 8 0	1 3 7 3 円／日	2 7 4 5 円／日	4 1 1 7 円／日	死亡日
	配置医師 緊急時 対応加算	朝夜深夜以外	3 2 5	3 4 9 円／回	6 9 7 円／回	1 0 4 6 円／回	
		早朝・夜間	6 5 0	6 9 7 円／回	1 3 9 4 円／回	2 0 9 1 円／回	
		深夜	1 3 0 0	1 3 9 4 円／回	2 7 8 8 円／回	4 1 8 1 円／回	
	若年性認知症入所者受入加算		1 2 0	1 2 9 円／日	2 5 8 円／日	3 8 6 円／日	
	協力医療機関連携加算		5	6 円／月	1 1 円／月	1 6 円／月	
	退所時情報提供加算		2 5 0	2 6 8 円／回	5 3 6 円／回	8 0 4 円／回	一人につき 1 回限度
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）		5	6 円／月	1 1 円／月	1 6 4 円／月	
	新興感染症等施設療養費		2 4 0	2 5 8 円／日	5 1 5 円／日	7 7 2 円／日	
	看護体制加算（Ⅰ）ロ		4	5 円／日	9 円／日	1 3 円／日	
	看護体制加算（Ⅱ）ロ		8	9 円／日	1 7 円／日	2 6 円／日	
	個別機能訓練加算（Ⅰ）		1 2	1 3 円／日	2 6 円／日	3 9 円／日	
	個別機能訓練加算（Ⅱ）		2 0	2 2 円／月	4 3 円／月	6 5 円／月	
	夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ		1 3	1 4 円／日	2 8 円／日	4 2 円／日	
	栄養マネジメント強化加算		1 1	1 2 円／日	2 4 円／日	3 6 円／日	
	日常生活継続支援加算（Ⅰ）		3 6	3 9 円／日	7 7 円／日	1 1 6 円／日	
	経口維持加算（Ⅰ）		4 0 0	4 2 9 円／月	8 5 8 円／月	1 2 8 7 円／月	
	口腔衛生管理加算（Ⅰ）		9 0	9 7 円／月	1 9 3 円／月	2 9 0 円／月	
	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）		4 0	4 3 円／月	8 6 円／月	1 2 9 円／月	
	排せつ支援加算（Ⅰ）		1 0	1 1 円／月	2 2 円／月	3 3 円／月	
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）		1 2 0	1 2 9 円／月	2 5 8 円／月	3 8 6 円／月	
	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）		3	4 円／月	7 円／月	1 0 円／月	
	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）		1 3	1 4 円／月	2 8 円／月	4 2 円／月	
	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）		1 0	1 1 円／月	2 2 円／月	3 3 円／月	
	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）		総単位数の 13.6%×10.72 の 1 割・2 割・3 割（負担割合証による）				

※１０． ７２とは横浜市の地域加算(２級地加算)です

2. 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 6 5 0 円／日	
居住に要する費用	多床室 9 1 5 円／日	
	個 室 1 6 4 0 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	第一段階 3 0 0 円／日	
	第二段階 3 9 0 円／日	
	第三段階① 6 5 0 円／日	
	第三段階② 1 3 6 0 円／日	
居住に要する費用	第一段階 多床室 0 円／日	
	個室 3 8 0 円／日	
	第二段階 多床室 4 3 0 円／日	
	個室 4 8 0 円／日	
	第三段階 多床室 4 3 0 円／日	
	個室 8 8 0 円／日	

3. その他の費用

料金の種類	金額	備考
事務代行手数料	1 5 円／日	立替金管理にかかる費用
テレビ・冷蔵庫使用料	1 0 0 円／日	電気代
理美容（カットのみ）	1 3 0 0 円	
（ヘアカラー）	3 0 0 0 円	
（パーマ）	3 0 0 0 円	
特別な食事の費用	実費(入所者のご希望による)	
レクリエーション費	実費	クラブ活動、外出費用等

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、介護保険負担割合証に定める割合の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、当該サービスの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。

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 特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜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身体状況の説明のため
- (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係る事務及び会計事務のため
- (8) 介護認定の申請、更新、変更およ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、利用者の同意を得ることなく、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、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) 佐藤 弘子
個人情報管理責任者	(管理者) 勘里 絵利奈
電話番号	0 4 5 - 8 9 6 - 1 2 3 4
FAX 番号	0 4 5 - 8 9 6 - 1 2 3 5

4 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。

以 上

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 特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜が、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) 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) 介護認定の申請、更新、変更およ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 使用条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最低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もに漏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

西暦 年 月 日

社会福祉法人伸こう福祉会 特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜 御中

(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

(利用者の家族) 住所

又は※

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

高齢者の心身状況及び容態悪化時の 施設対応についてのご説明

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り、ベッドや車イスからずり落ちたりする等の行為により、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。
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たりすることがあります。

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。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さない体調不良が見られた場合は、利用者の指定する主治医また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、様子観察や処方薬の服用を指示した場合は、施設内にて指示通りの対応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、外部医療機関での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外部医療機関を受診していただきます。但し、医師が緊急受診の必要を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動作の中で実施できる機能訓練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. 老化や慢性疾患等により、医師が回復の見込みがないと判断した状態になられた時、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

上記の説明を受けました

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____

利 用 者 の 急 変 時 に つ い て

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（緊急連絡先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

西暦 年 月 日

クロスハート栄・横浜 施設長 殿

住所 _____

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____