

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書



社会福祉法人 伸こう福祉会
クロスハート南・横浜

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

グループホーム クロスハート南・横浜 重要事項説明書

2025 年 8 月 1 日改訂版

1. グループホーム クロスハート南・横浜の概要

(1) 事業所の概要

施設名	グループホーム クロスハート南・横浜
所在地	〒232-0011 横浜市南区日枝町 1-5
電話番号	045-260-0566
FAX 番号	045-260-0567
事業所番号	1490500178
開設年月日	2010 年 2 月 1 日
敷地・建物概要	契約形態：賃貸借契約 建 物：鉄筋コンクリート造 5 階建て 2・3 階部分 床 面 積：553.07 m ²
交通	京浜急行「黄金町」駅下車、徒歩 5 分 地下鉄「吉野町」駅下車、徒歩 5 分
第三者評価の実施の有無	有（直近の評価日 2025 年 1 月 18 日） ・ 無

(2) 当施設の職員体制

職と氏名	資 格	員数	業務内容
管理者	介護福祉士	1 名（常勤）	介護従業者及び業務の一元的管理
計画作成担当者	実践者研修修了 介護支援専門員	1 名以上	認知症対応型共同生活 介護計画の作成
介護職員		Aユニット 常勤換算 5.8 以上 Bユニット 常勤換算 5.8 以上	入浴・排せつ・食事等生 活全般に係わる援助
合計		12 名以上	—
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） ④夜勤 16：00～翌10：00（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	共有スペースに3箇所 （うち2箇所は車椅子対応）
居間兼食堂	36.67 ～ 47.52 m ²	居室面積	8.89 ～ 11.84 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

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、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 - 但し、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します。 - 食物等の差し入れをなさる際は、職員にお声かけ下さい。 - 職員に対するお心付けは、固く辞退させていただきます。
外出・外泊	職員の付き添い無しに外出・外泊なさる際には、必ずあらかじめ行き先と帰宅時間を職員にお伝え下さい。
飲酒・喫煙	施設内の所定の場所にてお願いします。
金銭、貴重品の管理	- 室内への現金や貴重品の持ち込みは、ご相談下さい。 - 施設に管理を依頼する物品は、あらかじめ届出をしていただきますようお願いいたします。尚、届出が無い物品の紛失や破損があった場合、責任を負いかねますのでご了承下さい。
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。 - 手引きに記載の無いもので、入居者の日常生活上必要なものにつきましては、ご遠慮無くご相談下さい。
設備、器具の利用	居室内のエアコンやトイレの維持管理は施設が行います。 利用方法につきましては職員より説明します。
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。 - 入居者の健康管理は、嘱託医もしくは入居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きます。

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5時～ 入居者に調理へ参加していただくため、お食事開始時間に若干の差異が生じることをご容赦下さい。
入浴	週に少なくとも2回入浴していただけるよう、誘導・介助します。
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担当者・ユニット長が相談を受けます。
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します。
健康管理	- 緊急時や治療が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又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があります。（その場合は予め相談いたします）

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
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日までに前月ご利用分の請求書を送付します。お支払い方法は、口座自動引落としにてお願いします。領収書は次月の請求書と一緒に送付します。

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様宛に郵送します。

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、入居時に施設に提出をお願いします。（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します）

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下さい。

請求書送付先： 住所 _____

利用料金支払い者名（支払口座名義）： _____

支払い者の入居者との続柄： _____

請求先のメールアドレス _____ @ _____

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します。

② 当施設の職員が施設の案内ならびに概要の説明をいたします。

※ 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します。

※ お申し込みにあたり、所定の申込書の他、健康診断書（半年以内のもの）の提出が必要です。

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 施設の「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します。

(2) サービスの提供記録

入居者に対する（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、入居者又は代理人の請求に基づいてこれを閲覧させ、または実費負担にて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

- ・利用者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

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が他の介護保険施設に入居した場合
- ・利用者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
- ・利用者が亡くなられた場合

③ その他

- ・利用者やご家族等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。
- ・利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに30日以内に退院出来る見込みが無い場合又は入院後30日を経過しても退院出来ないことが明らかになった場合、また施設内で対応出来ない常時の医療処置（詳細は別添「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。

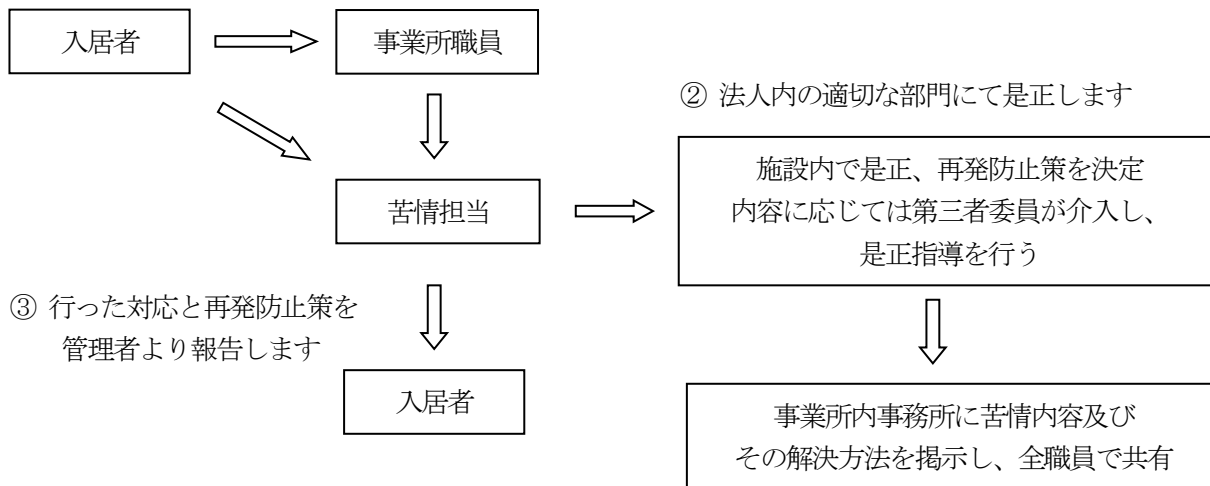
6. サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担 当 者：クロスハート南・横浜 施設長 川野 正枝（不在の場合はユニット長）
電 話：045-260-0566 FAX：045-260-0567
メー ル：kawano-m@skfch.com
受 付 日：年中無休
受付時間：午前9時～午後6時

(2) 苦情対応体制

① お気付きになったことを職員にお申し出下さい



○伸こう福祉会法人本部お客様ご意見・ご相談センター 0120-283-027

(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 横浜市健康福祉局 介護事業指導課 | 045-671-2356 |
| ② 横浜市 浦舟地域ケアプラザ・地域包括支援センター | 045-261-3315 |
| ③ 南区高齢・障害支援課 | 045-341-1138 |
| ④ 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 |

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します。(以下、ご記入下さい)

主治医	氏名			
	所属		電話番号	
緊急連絡先	氏名			
	自宅電話		携帯電話	
緊急連絡先	氏名			
	自宅電話		携帯電話	

※ 主治医は入居後も継続受診を希望される場合のみ記入して下さい。

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、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。
- (2) 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、再発を防ぐための対策を講じます。
- (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

提携医療機関	医療法人リファインネット 馬車道本町クリニック 医師名：新海 正典 住 所：〒231-0005 横浜市中区本町 3-24-2 ニュー本町ビル 2 階 電 話：045-228-8613
歯科	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：八尾 有紀 住 所：〒247-0014 横浜市栄区公田 251-6 電 話：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	川野 正枝

11. 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、正当な理由無くその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 利用者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、必要な範囲内で利用者及びご家族の個人情報を用います。

12. 保証人の役割

- (1) 入居者が傷病等により意思決定出来ない場合において、入居者の代理人である保証人に対し意思決定を求めます。
- (2) 入居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) 保証人に緊急時における連絡・報告・相談をします。
- (4) 病院への定期的な通院・入院の際の手続きを保証人をお願いします。
- (5) 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、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。
※ 保証人と後見人は同一人物ではなくても構いません。

13. 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。

14. 身体拘束の禁止

原則として、利用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。

但し、緊急やむを得ない場合は、事前に利用者及びそのご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、その際の利用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 公衆衛生の向上等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。

15. 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及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（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の実施します。
- 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おこないます。

16. 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為の指針を整備するとともに感染対策委員会を設置し概ね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はかります。
また、従業者全員に研修及び訓練を定期的に（年2回以上）行います。
- 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、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。

17. 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もの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』と言う）を設置し、概ね2月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受けるとともに必要な要望・助言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。

18. 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→実施無し（運営推進会議にて外部評価を実施している）

19. 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 遠藤 健
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 クロスハート二階堂・鎌倉 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 グループホーム クロスハート上郷・栄 (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 デイサービス クロスハート金沢・横浜 デイサービス クロスハート本鵜沼・藤沢 デイサービス 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ デイサービス クロスハート十二所・鎌倉 デイサービス クロスハート湘南台二番館 デイサービス クロスハート飯島・栄 デイサービス 通所介護・第1号総合事業 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 ファミリーユ湘南 ミソノピア 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 訪問介護・第1号総合事業 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

	居宅介護支援 クロスハート藤沢本町 居宅介護支援 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 クロスハート上郷・栄 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 クロスハート港南・横浜 (介護予防) 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 親子ひろば子育てキディ・洋光台 子育て支援拠点 キディ腰越保育園 公私連携型保育所 放課後デイサービス ファンファンキディ 児童発達支援 キディ湘南台二番館 企業主導型保育園事業 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ヶ丘 障害者グループホーム事業 クロスハートワーク戸塚 障害者就労支援B型事業所
--	--

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）

横浜市地域単価（2 級地）1 単位＝10.72 円

要介護度	2 ユニット以上 施設の場合	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
要支援 2	749 単位	803 円	1,606 円	2,409 円
要介護 1	753 単位	807 円	1,614 円	2,421 円
要介護 2	788 単位	845 円	1,690 円	2,535 円
要介護 3	812 単位	870 円	1,740 円	2,610 円
要介護 4	828 単位	888 円	1,776 円	2,664 円
要介護 5	845 単位	906 円	1,812 円	2,718 円

(2) 初期加算 1 日につき 30 単位を加算

初期加算は、入居(医療機関に 30 日を超える入院後、再入居した場合も含める)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（Ⅰ）ハ、（Ⅱ）

医療連携体制加算（Ⅰ） 1 日につき 37 単位

入居者の日常的な健康管理及び入居者の状態を判断し、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 の方は該当しません）

医療連携体制加算（Ⅱ） 1 日につき 5 単位

- ・イ・ロ・ハのいずれかを算定していること
- ・算定日が属する月前 3 月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が一人以上であること
 - 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を行われている
 - 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 人工膀胱または人工肛門の処理を実施している
 - ⑧ 褥瘡に対する処置を実施している
 - 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

(4) 口腔衛生管理体制加算 1 ヶ月につき 30 単位を加算

歯科医師又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かかる技術的助言及び指導を受け必要な口腔衛生管理を行います。

- (5) **口腔・栄養スクリーニング加算** 6 か月ごとに 20 単位
利用開始時及び利用中 6 か月ごとに利用者の口腔内の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に加算する。
- (6) **栄養管理体制加算 (I)** 1 月に 30 単位を加算
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、従事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 月につき所定単位を加算する。
- (7) **科学的介護推進体制加算** 1 月に 40 単位を加算
利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用します。
- (8) **協力医療機関連携加算** 1 月に 100 単位を加算
協力医療機関との間で、入所者などの同意を得て病歴などの情報を共有する会議を定期で開催していること
協力医療機関が
(1) ①②要件を満たす場合 100 単位/ 月
(2) それ以外の場合 40 単位/ 月
①入所等の病状が急変した場合等において、医師又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こと
- (9) **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 歳未満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
- (10) **認知症専門ケア加算 (1)** 1 日につき 3 単位
認知症介護実践者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の実施いたします
- (11) **サービス提供強化体制加算 (III)** 1 日につき 6 単位を加算
介護職員の総数のうち雇用形態が正規職員か非正規職員かは関係なく勤続 3 年以上のものの占める割合が 100 分の 7 割以上であることが加算算定の条件となります。
- (12) **看取り加算**
① 死亡日の 31 日前～45 日前 1 日につき 72 単位を加算
② 死亡日の 30 日前～3 日前 1 日につき 144 単位を加算
③ 死亡日の 2 日前～1 日前 1 日につき 680 単位を加算
④ 死亡日当日 1,280 単位を加算
医師が医学的知見に基づき回復の見込みが無いと診断した利用者に対して、ご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。

(13) 入退院支援の取り組みについて 1 日あたり 246 単位を加算

(※1 月に 6 日間を限度、月をまたがる場合は 12 日間)

入院後 3 ヶ月以内に退院が見込まれる方について、ご本人・ご家族の希望等を伺い円滑に再入居出来る体制を確保した場合

(14) 退居時情報提供加算 1 回につき 250 単位

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 1 人につき 1 回に限り算定いたします。

(15) 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)

介護職員の資質向上の支援計画を策定し、研修の実施または研修の機会を確保する事及び介護職員の賃金の改善を行う目的で、1 カ月当たりの総単位数に 17.8% を乗じた単位数を算定いたします。

※介護サービスのご利用負担金額につきまして別添 2、ご利用料金表をご参照ください。

(16) 新興感染症等施設療養費 1 回につき 240 単位

入所者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いたします。

※現時点において指定されている感染症はありません。

(17) 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) (Ⅱ)

高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 1 月につき 10 単位

※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。

※協力医療機関との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生等の対応を取り決めるとともに感染症の発生時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抑制等に係る実地指導を受けていること

(18) 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) 1 月につき 5 単位

※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抑制に係る実施指導を受けていること

※上記内容に該当した場合、加算をいただきます。

(19)食材料費

朝食：330 円、昼食：330 円、夕食：430 円、間食：110 円

月あたり 36,000 円

※ 入院・外泊等はいただきません。

(20)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 2,733 円（月あたり 82,000 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 1,000 円（30 日あたり 30,000 円） 入院・外泊時等で 0 時～24 時の 24 時間不在の時はいただきません
管理費	1 日 967 円（月あたり 29,000 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

総単位 (加算を含む) × 地域単価 = 〇〇〇〇円 (端数切捨て)	
A	B
①	ご利用料金総額 (①)
ご利用料金総額	国保請求額
① - (① × 0.9、0.8 または 0.7) = 利用者負担額	

ご利用料金総額より国保請求額 (総額の 7～9 割) を引いた差額が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

(入居者の介護度に応じた単位 + 加算単位)

_____ 単位 + _____ 単位 = _____ 単位

入居者の介護度に応じた単位

要介護度	2 ユニット以上 施設の場合	介護保険適用時の 1 日あたりの自己負担額		
		1 割	2 割	3 割
要支援 2	749 単位	803 円	1,606 円	2,409 円
要介護 1	753 単位	808 円	1,615 円	2,422 円
要介護 2	788 単位	845 円	1,690 円	2,535 円
要介護 3	812 単位	871 円	1,741 円	2,612 円
要介護 4	828 単位	888 円	1,776 円	2,663 円
要介護 5	845 単位	906 円	1,812 円	2,718 円

※ 加算単位

- ・ サービス提供加算 (Ⅲ) 6 単位 (1 日につき)
- ・ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) 総単位の 17.8%
- ・ 医療連携加算 (Ⅰ) ハ 37 単位 (1 日につき)

他に、入居時の「初期加算」、看取り時の「看取り加算」、65 歳未満の方対象の「若年性認知症ケア加算」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

横浜市・・・2 級地 10.72

A. 総単位

B. 地域単価

ご利用料金総額 (①)

_____ 単位 × _____ 10,72 円 = _____ 円

介護サービス 1 日当たりの利用者負担額

① _____ 円 - (① × 0.9 または 0.8 または 0.7) = _____ 円

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 クロスハート南・横浜は個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表します：

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、ご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、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。

但し、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）、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、提供拒否及び苦情は、下記の窓口で受け付けます。

個人情報受付担当	A棟：清水 孝郎 B棟：大津 賢二
個人情報管理責任者	管理者 川野 正枝
電話番号	045-260-0566
FAX 番号	045-260-0567

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、ご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) 業務の改善維持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無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、入居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。
5. 歩行が難しい状態で車椅子から立ち**上がられたり**、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**なられたり**、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入居者の心身状態に変化が見られた場合は、以下の対応をします：

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、提携先の訪問看護ステーションの看護師を通じて、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報告します。
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、ご家族に連絡・相談させていただきます。）
4. 定期受診（受診日が決まっている受診）におきましては、ご家族のお付き添いをお願いいたします。しかしながら、ご家族のお付き添いが困難な場合はご相談下さい。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）
 - ・ 但し、10,000円を上限とします。
5. もし、入居中に容体が呼吸困難、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します。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

※ 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出来る場合を除きます。
7. リハビリについては、介護職員が日常生活の中で実施出来る散歩等は施設で行えますが、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される場合は、主治医・ご家族・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出来ません。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でご逝去された場合（施設内もしくは病院にて）、別添資料「1. 利用料金（8）看取り加算」記載の加算額が発生します。

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) 入居者に危険の無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) 施設内で用意出来る療養食の準備（お粥や柔らかく煮た食事等）
- (7) 医師・ご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、ご遠慮無くお申し出下さい。
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 回ホームに来訪し、入居者の日常的な健康管理及び入居者の状態を判断し、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 の方は該当しません）別添資料「1. 料金表（3）医療連携体制加算」をご参照下さい。

入居者の急変時について

年 月 日

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下さい。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下さい。

1. 救急搬送先病院について どちらかに○をつけて下さい

- (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下さい

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ご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、入居者・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あたり、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。

尚、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、ご本人又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、ご家族の面会、付き添い等もご相談を受けます。

【説明確認欄】

認知症対応型共同生活介護の利用契約にあたり、利用料の詳細な支払方法を含め本書面に基づいて、重要な事項を事前に説明し、交付しました。

事業者所在地：横浜市南区日枝町 1-5

名 称：グループホーム クロスハート南・横浜

説明年月日 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（P. 1～P. 23）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承諾し、同意いたします。

- ・個人情報使用について
- ・重度化した場合の対応に係る指針について
- ・看取りの指針について

（ご利用者） 住所： _____

氏名： _____

（代筆の場合は代筆者と入居者との続柄を記載）

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入して下さい。

成年後見人制度を利用中の方は、後見人の方が記入して下さい。

貴重品保管依頼書

グループホーム クロスハート南・横浜

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 (該当するものに○をして下さい。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		
預 け た 日	年 月 日	
預 か っ た 者		
最 終 返 却 日	年 月 日	受取者確認サイン