

クロスハートヘルパーステーション栄・横浜

指定（介護予防）訪問介護及び

介護予防・日常生活支援総合事業における第1号訪問事業

（横浜市訪問介護相当サービス）

（横浜市訪問型生活援助サービス）

（藤沢市介護予防訪問型サービスⅠ,Ⅱ）

（鎌倉市訪問型サービスⅠ）

重要事項説明書

2025年5月17日改訂

1. 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：045-260-0568 F A X：045-260-0570
実施事業の概要	入所者生活介護・（介護予防）短期入所生活介護 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 （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) 特定施設入居者生活介護 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・ (介護予防) 短期入所生活介護 クロスハート石名坂・藤沢 クロスハート湘南台二番館 通所介護・(介護予防) 通所介護 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 クロスハート本鶴沼・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 (介護予防) 訪問介護・第1号訪問事業 クロスハートヘルパーステーション栄・横浜 居宅介護支援事業所 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 地域密着型介護老人福祉施設・(介護予防) 短期入所生活介護 クロスハート野七里・栄 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 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護施設 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
--	---

看護小規模多機能型居宅介護

クロスハート港南・横浜

訪問看護

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

訪問介護

クロスハートヘルパーステーション栄・横浜

定期巡回・随時巡回訪問介護看護クロスハート栄・横浜

サービス付き高齢者住宅

クロスハート藤沢本町

認可保育園

キディ鵠沼・藤沢 本園

キディ鵠沼・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

キディ腰越保育園

川崎認定保育園

キディ二子・川崎

企業主導型保育事業

キディ湘南台・二番館

子育て支援拠点

子育てキディ・洋光台

障がい者グループホーム

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 障がい者就労支援 クロスハートワーク戸塚
--	--

2. 事業所の概要

事業所名	クロスハートヘルプステーション栄・横浜
事業の目的	介護保険法の規定に基づき、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定（介護予防）訪問介護及び第１号訪問事業を提供することを目的とします。
事業所の運営方針	1. 利用者の立場に立って行動し、良き理解者になります。 2. 信用を無くすような行為は行いません。 3. 自己研鑽を積み、仕事に自信と誇りをもちます。 4. 地域性を尊重し、自ら創意工夫の努力をします。 5. 常に初心に戻り、謙虚な気持ちを持ちます。
事業所の責任者	管理者 桜井 孝和
開設年月日	2005年4月1日
事業所番号	1473500542
所在地	〒247-0014 横浜市栄区公田町 1020-5
電話・FAX番号	電話：045-342-4455 FAX：045-894-5516
第三者評価の実施の有無	有（直近の評価日 年 月 日）・ 無

3. 職員体制

従業員の職種		員数	区 分		常勤換算後の人数	職務の内容
			常勤 兼務	非常勤 兼務		
管 理 者		1	1	—	—	事業所の管理
サービス提供責任者		3	3	—	3	介護計画作成 居宅サービス提供
訪問 介護員	介護福祉士	5	3	2	3.3	居宅サービス提供
	ヘルパー2級 (初任者研修)	7	1	6	1.6	居宅サービス提供
事 務 職 員 等		—	—	—	—	
勤 務 の 体 制		(管理者) 月 ～ 日 9:00 ～ 18:00 (常勤) (サービス提供責任者) 月 ～ 日 9:00 ～ 18:00 (常勤) 但し、サービス提供時を除く (訪問介護員) サービス提供に合わせてシフト勤務				
事 業 の 実 施 区 域		横浜市栄区、戸塚区、港南区、金沢区、鎌倉市、藤沢市、				

4. 事業所の営業日

営 業 日	月曜 ～ 土曜 (祝日も営業)
営 業 時 間	9:00 ～ 18:00
サービス提供日	月曜 ～ 日曜 (祝日も営業)
サービス提供時間	7:00 ～ 20:00
営業しない日	12月31日 ～ 1月3日

5. サービス内容

サービス区分		サービス内容・手順
身体介護	① 起床介助	起床及びこれに伴う着替えや整容の介助等を行います。
	② 就寝介助	就寝のための着替え、おむつ着用等の介助等を行います。
	③ 排泄介助	おむつ交換、失禁の世話、採尿器や差し込み便器の介助、トイレやポータブルトイレへの移動介助又は見守り・誘導などを行います。
	④ 衣服の着脱介助	寝間着や日常着の着脱の介助を行います。
	⑤ 整容介助	身繕いを整えることを介助します。整髪、美容、爪切り等が含まれます。
	⑥ 身体の清拭・洗髪	身体を清潔に保つため、全身又は部分的に体を拭きます。洗髪、手浴、足浴など頭髪や手足を直接洗うことも含まれます。
	⑦ 入浴介助	浴室への誘導や見守り、入浴中の洗浄等を行います。
	⑧ 食事介助	食事の介助で、全介助、一部介助又は見守りを行います。配膳から後片づけまで含まれます。
	⑨ 体位変換	褥瘡の防止等のために、体位変換を行います。
	⑩ 服薬介助	医師の指示の下に服薬の介助を行います。
	⑪ 通院等の外出介助	病院への通院、買い物等のための外出の際に付き添います。利用者の身体状況によって車椅子での移動や歩行の介助を行います。
	⑫ 移動・移乗介助	室内の移動、移乗等の介助を行います。
	⑬ その他	
生活援助	① 調理	利用者のための食事の調理、配膳、食後の後かたづけ、食品の管理を行います。
	② 洗濯（補修）	日常的な衣類の洗濯、乾燥、洗濯物の取り込み整理、小物のアイロンがけのほか、ボタン付けや衣類のほつれの修繕など、専門的技術が必要なく、短時間でできる範囲内の補修を行います。
	③ 住居掃除・整理整頓	家屋内の掃除、ゴミ捨て、布団干し、日常生活用品等の整理整頓等を行います。住居内の場所は、利用者が日常生活に使用している居室、台所、トイレ、風呂場等です。
	④ 買い物	日用品や食料品など生活必需品の買い物をを行います。
	⑤ 薬の受け取り	病院等への薬の受け取りや、役所等への事務的な手続（連絡等）を行います。
	⑥ 衣服の整理・被服の補修	季節の変わり目の衣服の入れ替え、寝具の交換等を行います。
	⑦ ベッドメイク	利用者のベッドのシーツの取り替え、整理等を行います。
	⑧ その他	

6. 費用

(1) 介護保険対象サービス	介護保険の適用がある場合には、原則として別紙料金表の利用料金の介護保険負担割合証に記載の割合が利用者の負担額となります。	
(2) 介護保険給付対象外サービス	介護保険の区分支給限度額を超えてサービスを利用したい場合には、「自由契約訪問介護契約書」に基づく料金が利用者の負担となります。	
(3) 交通費	事業の実施区域に居住の方は無料です。その区域外に居住の方は、その区域を越えた所から公共交通機関を利用した実費を徴収させていただきます。尚、自動車を利用した場合の交通費は下記の実費をご負担いただきます。 ※ 通常の事業の実施地域を越えた所から、片道分を1キロメートルあたり 50 円	
(4) その他の費用	サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者の負担となります。	
(5) キャンセル料	利用者の都合によりサービスを中止する場合には、次のキャンセル料をいただきます。 ※要介護の方のみ	
	① 利用 2 日前の連絡	無料
	② 利用日前日の連絡	利用者負担金の 50%
	③ 利用日当日の連絡	利用者負担金の全額
(6) 利用料等のお支払い方法	毎月 27 日に前月分の利用料として利用者の口座から自動引き落としいたします。	
(7) 災害時の訪問サービスの中止について	台風・水害・地震・大雪など災害級の状況やそのような恐れがある場合、訪問が出来ないことがあります。そのような場合はご家族や関係者へ連絡いたしますので、対応のご協力をお願いいたします。また、大雪時、ヘルパーが利用者宅の除雪を行うことはできません。ご家族や近隣の方のご協力をお願いいたします。	

7. 苦情相談窓口

事業所相談窓口	担当者氏名： 桜井 孝和 電 話： 045-342-4455 F A X： 045-894-5516
外部苦情申立機関	横浜市健康福祉局 介護事業指導課 〒231-0017 横浜市中区港町 1-1 電話： 045-671-2356
	横浜市栄区 高齢・障害支援課 〒247-0005 栄区桂町 303-19 電話： 045-894-8415
	横浜市戸塚区 高齢・障害支援課 〒244-0003 戸塚区戸塚町 16-17 電話： 045-866-8452
	横浜市港南区 高齢・障害支援課 〒233-0003 港南区港南 4-2-10 電話： 045-847-8495
	横浜市金沢区 高齢・障害支援課 〒236-0021 金沢区泥亀 2-9-1 電話： 045-788-7868
	鎌倉市 高齢者いきいき課 〒248-8686 鎌倉市御成町 18-10 電話： 0467-61-3950
	藤沢市 福祉健康部 介護保険課 〒251-8061 藤沢市朝日町 1-1 電話： 0466-50-3527
	茅ヶ崎市 福祉部 高齢福祉介護課 〒253-8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-1-1 電話： 0467- 82-1111
	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 〒220-0003 横浜西区楠町 27-1 電話： 045-329-3447

8. サービス利用のために

事 項	備 考
高齢者介護実務経験者	管理者・サービス提供責任者は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。月 1 回の全職員会議の際に利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達また訪問介護員等の技術指導を目的とした内容を踏まえた研修を実施しています。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。

クロスハートヘルプステーション栄・横浜 訪問介護 料金表

2024年6月1日改訂版

1 訪問介護の介護報酬に係る費用

2級地 11.12 円

訪問介護費（1回につき）	単位数	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	利用者負担額 （3割）	
身体介護が中心である場合					
（1）所要時間20分未満の場合	163	182	363	544	
（2）所要時間20分以上30分未満の場合	244	272	543	814	
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	387	431	861	1,291	
（4）所要時間1時間以上の場合	567	631	1,261	1,892	
（4）に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごと	82	92	183	274	
生活援助が中心である場合					
（1）所要時間20分以上45分未満の場合	179	199	398	597	
（2）所要時間45分以上の場合	220	245	490	734	
身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上 の生活援助を行った場合（所要時間20分から計算して 25分を増すごとに）201単位を限度とする。	65	73	145	217	
緊急時訪問介護加算	97	108	216	324	1回につき
初回加算	200	223	445	668	1月につき
夜間・早朝加算（夜間18：00～22：00）（早朝6：00～8：00）	所定単位数×25％				
深夜加算（深夜22：00～6：00）	所定単位数×50％				
2名の訪問介護員が訪問・サービス提供した時間	所定単位数×200％				

介護職員処遇改善加算（1月につき）	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）※3	（介護報酬総単位数※1×22.4％※3）×11.12※2

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算等の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×11.12円＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

2 その他の費用

項目	金額	説明
交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域（栄区、戸塚区、港南区、金沢区、鎌倉市）にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を越えた所から、 片道 1kmあたり 50円

3 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割）

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬告示上の額と同額	区分限度額を超えてサービスを利用した場合など、介護保険枠外のサービス料金です。

クロスハートヘルパーステーション栄・横浜横浜市訪問介護相当サービス 料金表

2024年6月1日改訂版

1 横浜市訪問介護相当サービスの介護報酬に係る費用 2級地 11.12 円

横浜市訪問介護相当サービス費（1月につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
訪問型サービスⅠ	1,176	1,308	2,616	3,924	
訪問型サービスⅡ	2,349	2,612	5,224	7,836	
訪問型サービスⅢ	3,727	4,145	8,289	12,434	
訪問型サービスⅣ	268	298	596	894	1回につき
訪問型短時間サービス	167	186	372	558	1回につき
初回加算	200	223	445	668	1月につき
介護職員処遇改善加算（1月につき）					
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）※3		（介護報酬総単位数※1×22.4%※3）×11.12※2			

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算等の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×11.12円＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

2 その他の費用

項目	金額	説明
交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域（栄区、戸塚区、港南区、金沢区、鎌倉市）にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を越えた所から、 片道 1kmあたり 50円

3 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割）

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬告示上の額と同額	区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外のサービス料金です。

※利用料の日割りについて

契約期間が1ヶ月に満たない場合は、日割り計算とさせていただきます。

クロスハートヘルプステーション栄・横浜 横浜市訪問型生活援助サービス 料金表

2024年6月1日改訂版

1 横浜市訪問型生活援助サービスの介護報酬に係る費用 2 級地 11.12 円

横浜市訪問型生活援助サービス費（1月につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
生活援助サービスⅠ	1,058	1,177	2,353	3,530	
生活援助サービスⅡ	2,114	2,351	4,702	7,053	
生活援助サービスⅢ	3,354	3,730	7,460	11,189	
生活援助サービスⅣ	241	268	536	804	1回につき
初回加算	200	223	445	668	1月につき

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法
単位数×11.12円＝〇〇円（1円未満切り捨て）
〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）
*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。
ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

2 その他の費用

項目	金額	説明
交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域（栄区、戸塚区、港南区、金沢区、鎌倉市）にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を越えた所から、 片道 1kmあたり 50円

3 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割）

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬告示上の額と同額	区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外のサービス料金です。

※利用料の日割りについて
契約期間が1ヶ月に満たない場合は、日割り計算とさせていただきます。

個人情報取り扱いについて

1. 使用目的

- (1) 指定訪問介護計画書及び第1号訪問事業計画書作成のため
- (2) 指定訪問介護または第1号訪問事業のサービス提供を受けるにあたって開催される「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

4. 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。

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。

5. 個人情報管理責任者

管理者: 桜井 孝和

電話番号: 045-342-4455

FAX 番号: 045-894-5516

緊急時及び事故発生時の対応方法

1. 緊急時の対応

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	

※ 主治医については、総合的に状態を把握されている医師の連絡先をご記入下さい。

2. 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、再発生を防ぐための対策を講じます。
- (3) サービスの提供中において、利用者に生じた損害については、事業所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、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、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

【連絡先】

クロスハートヘルパーステーション栄・横浜

電話: 045-342-4455

※ 対応可能時間 9:00 ~ 18:00 (月 ~ 土)

利用者の急変時に関する意思確認書

当事業所のサービス提供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) _____ 病院に救急車搬送を希望

2) 家族に連絡をして、その指示に従っての対応を希望

① 氏名 _____ 続柄 _____
電話番号（昼間の連絡先） _____
携帯電話 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____
電話番号（昼間の連絡先） _____
携帯電話 _____

2. 家族・後見人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、移送を事業所に一任する

→ 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自宅内に待機とする

本書は利用者ご本人、保証人または法定後見人、いずれか意思決定が出来る方がご記入下さい

【説明確認欄】

訪問介護または第1号訪問事業のサービスの利用契約締結にあたり、利用料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。

事業所名：クロスハートヘルパーステーション栄・横浜

所在地：横浜市栄区公田町 1020-5

説明日：____年 ____月 ____日

説明者：____印

訪問介護または第1号訪問事業のサービスの利用契約締結にあたり、利用料を含め重要な事項の説明と交付を受け、利用の開始に同意します。

また、下記の項目についてもチェックのあるものに関しては承諾し、同意します。

☐ 個人情報の取り扱いについて ☐ 利用者の急変時に関する意思確認書

同意日：____年 ____月 ____日

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代筆の場合は代筆者と利用者の続柄を記載)

氏名 _____ 続柄 _____

保証人 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

後見人 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

注) 保証人は、本人と共に契約書ならびに重要事項説明書の内容を確認し、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いる場合に記載して下さい。

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。