

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 クロスハート栄・横浜 重 要 事 項 説 明 書

2024 年 2 月 1 日作成

2025 年 5 月 17 日改定

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 (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 クロスハート本鵠沼・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 （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 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
--	--

	キディ鶴沼・藤沢 本園 キディ鶴沼・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 川崎認定保育園 キディ二子・川崎 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	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 クロスハート栄・横浜
事業の目的	介護保険法の規定に基づき、事業所の介護福祉士または訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）に対し、適正な定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを提供することを目的とする。
事業の運営方針	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持ちます 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	2024年2月1日
事業所番号	1493500480
所在地	〒247-0014 横浜市栄区公田町 1020-5
電話・FAX番号	電話：045-894-5515 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
サービスの実施地域	栄区 戸塚区（下倉田町のみ） 金沢区（釜利谷西5丁目から6丁目、大道1丁目のみ） 港南区（港南台5丁目、6丁目、日野南7丁目のみ）

3. 職員体制

従業員の職種		員数	区分		常勤換算後の人数	職務内容
			常勤兼務	非常勤兼務		
管理者		1	1	—	—	事業所の管理
計画作成責任者		3	3	—	3	サービスの調整と管理。 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成。
オペレーター	介護福祉士	5	4	1	5	通報の受付と対応。 適切な相談及び助言。
訪問介護員	介護福祉士	1	1	—	1	定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に沿った巡回。 オペレーター指示による随時対応。
	介護職員初任者研修修了者等	4	4	—	4	
事務職員等		1	1	—	1	—

4. 事業所の営業日

営 業 日	365 日
営 業 時 間	24 時間（ただし、利用相談等は月曜日～日曜日の 9:00～17:00）

5. サービス内容

事業所は、介護保険法令に定める下記のサービスを提供するものとします。

定期巡回サービス	● 居宅サービス計画に基づき、計画作成責任者が作成した訪問計画にしたがって定期的に居宅を巡回訪問し、サービスを提供します。
随時対応サービス	● オペレーターが利用者または家族からのコールを受け、利用者の心身状況や対応履歴等の情報を参照しながら、会話を通じて利用者の状況を把握し、随時訪問サービスの必要性を判断し、必要に応じて訪問介護員に出動を要請します。また、ご希望に合わせ利用者の居宅に操作の簡単なケアコール端末及びその付属品を設置します。 ● 通報の内容によっては、必要性に応じ看護師に助言を得る等、利用者の生活に支障がないように努めます。 ● 随時の訪問の必要性が同一時間帯に頻回に生じる場合には、利用者の心身の状況を適切に把握し、定期巡回サービスに組み替える等の対応を行います。
随時訪問サービス	● 随時対応サービスにおける訪問の判断により、利用者の居宅を訪問し訪問介護サービスを提供します。概ね 30 分以内には駆けつけられる体制の確保には努めますが、時に複数の利用者の随時訪問の必要性が生じた場合には、適切なアセスメントの結果に基づき緊急性の高い利用者を優先して訪問することがあります。
訪問看護との連携	● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護業務の一部を、連携先の訪問看護事業所と連携し、以下の業務内容を委託します。 (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書作成におけるアセスメント及びモニタリングの実施 (2) 随時対応サービス対象者のサービス提供における連絡体制の確保 (3) その他必要な指導及び助言

6. 費用

(1) 介護保険対象サービス	厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該（介護予防）短期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。
(2) 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 25 円
(3) 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（緊急通報装置含む）等の費用は利用者の負担となります。
(4) 利用料等のお支払い方法	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。

7. サービスの利用に関する留意事項

- (1) サービス提供にあたり、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供することをあらかじめご了承ください。
- (2) 定期巡回サービスの訪問予定時間は、交通事情、緊急を要する随時訪問の事情等により前後する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- (3) 契約者は「5. サービス内容」で定められたサービス以外の業務をサービス従事者に依頼することはできません。
- (4) 次のようなサービスは、公的介護保険適用サービスとして定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供することはできませんのであらかじめご了承下さい。
 - ① 「本人の援助」に該当しないもの
 - ② 指定訪問介護、指定夜間対応型訪問介護を併せて受けること
 - ③ 医療行為となること
- (5) サービス提供の際の事故及びトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
 - ① サービス従事者は、預金通帳、キャッシュカード等は、お預かりすることができません。また、現金や貴重品は、室内に放置せず、目に見えない場所や金庫等に保管してください。
 - ② サービス従業者に対する贈り物や飲食等のご配慮は、遠慮させていただきます。
- (6) 利用者の居宅においてサービスを実施するために必要な電気、水道又はガス等の使用を、サービス従業者に無償で許可するものとします。
- (7) 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、定期巡回訪問ができないことがあります。そのような場合は、ご家族や関係者様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。

8. 緊急時の対応

- (1) 事業者は、現に各サービスを提供しているときに利用者の状況に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに家族または、担当ケアマネジャー、主治医等に連絡をとる等の措置を講じます。
- (2) 家族または担当ケアマネジャー、主治医等との連絡及び指示が得られなかった場合でも、事業者が必要と判断した場合は救急車の要請を行う等、適切な処置を講じます。

9. 苦情相談窓口

事業所相談窓口	担当者氏名： 桜井孝和 電 話： 045-894-5515 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： 045-894-8547
	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
	神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 〒220-0003 横浜市区西橋町 27-1 電話： 045-329-3447

10. 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および従業員の技術指導や知識の充実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。

ご利用料金表

2024 年 6 月 1 日改正版
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
クロスハート栄・横浜



定期巡回・随時対応型訪問介護看護

地域加算：(2 級地) 11.12 円

算定項目	定期巡回・随時対応型訪問介護看護費 (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）	
	ロ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）					
	（一） 要介護 1	5446	6,665	14,822	22,234	
	（二） 要介護 2	9720	13,229	26,458	39,688	
	（三） 要介護 3	16140	21,967	43,935	65,902	
	（四） 要介護 4	20417	27,788	55,577	83,366	
	（五） 要介護 5	24692	33,607	67,215	100,823	
	加算項目					
☐	ターミナルケア加算	2,000	2,224	4,448	6,672	死亡月につき
☒	初期加算	30	34	67	100	1日につき
☐	退院時共同指導加算	600	668	1,335	2,002	1回につき
	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）	（介護報酬総単位数※1×22.4%）※2×11.12				
	医師の指示により訪問看護を利用する場合					
	要介護1～4の方	2,961	4,029	8,059	12,089	
	要介護5の方	3,761	5,118	10,237	15,355	

※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))

※4 負担割合は 1 割負担の場合：0.9、2 割負担の場合：0.8、3 割負担の場合：0.7

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円 (1 円未満切り捨て)

〇〇円－(〇〇円×負担割合※4 (1 円未満切り捨て))＝△△円 (利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1 か月のサービス合計単位数により計算します。

	その他の費用		
	交通費	当事業所の通常の事業の実施地域（栄区、戸塚区の一部、金沢区の一部、港南区の一部）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超えた所から、 片道 1 Km あたり 25 円	

(1) 月途中からの利用開始や月途中での利用中止の場合、日割り日額を乗じた利用料となります。

(2) 月の途中で入院された場合は、入院の期間に関わらず月額単位となります。ただし、2か月以上の入院となる場合は、退院日が日割り単価になります。

(3) 通所系サービスを利用された場合は、要介護度により定められた額を減算、短期入所系サービス利用時については、日割りにするものとします。

減算と日割りの考え方

	通所利用時の1日あたりの減算	短期入所利用時の日割り単価
要介護1	▲62単位	179単位
要介護2	▲111単位	320単位
要介護3	▲184単位	531単位
要介護4	▲233単位	672単位
要介護5	▲281単位	812単位

(4) 介護保険給付の区分支給限度基準額を超える場合は、その限度を超えた額が全額自己負担となります。

(5) 利用者は、負担割合に応じてサービス料金を支払うものとします。

利用料金の加算については、以下の通りです

個人情報 の 取 り 扱 い に つ い て

1. 使用目的

- (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書の作成のため
- (2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護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
- (10) ご家族の情報について
利用者の緊急時等の連絡先として、ご家族の情報を関係機関に共有する場合

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： 045-894-5515

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】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護クロスハート栄・横浜
電話：045-894-5515

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】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護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：定期巡回・随時対応型訪問介護看護クロスハート栄・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

定期巡回・随時対応型訪問介護看護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。