

グループホーム ケアクオリティ輝

重要事項説明書

令和 7 年 4 月 1 日改訂

1. 事業主体概要

名称	株式会社ケアクオリティ
代表者	代表取締役 野中 康弘
所在地	静岡県静岡市葵区水道町 98 番地
連絡先	Tel 054-272-0357 Fax 054-272-0356

2. グループホーム概要

名称	グループホーム ケアクオリティ輝
目的	利用者である認知症高齢者に対して、認知症の緩和に有効な環境と、自立性を維持するための密度の高い介護を提供することで、利用者の安定した日常生活を支援する。
運営方針	<p>要支援者又は要介護者であって認知症の状態にあるもの(当該認知症に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該認知症に伴って著しい行動障害がある者並びにその者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。以下同じ。)について、共同生活住居において、地域との連携の下、家庭的な環境の中で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとする。</p> <p>また、サービス提供にあたり、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとする。</p> <p>当事業は、各共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室などを利用し、短期間の指定認知症対応型共同生活介護(以下「短期利用認知症対応型共同生活介護」という。)を提供する。</p>
管理者	吉見 直美
開設年月日	平成 26 年 9 月 1 日
介護保険指定事業者番号	2294201351
所在地	静岡市葵区昭府 1 丁目 22-6
電話等	Tel 054-273-0220 Fax 054-273-0225
もよりの交通機関	静鉄バス 昭府 1 丁目
敷地概要	800.93 m ²
建物概要	1F 335.09 m ² 2F 243.24 m ² 建物面積 578.33 m ²
居室	計 18 室 全室個室 室内法面積 10.87 m ² ～10.89 m ² 1 ユニットあたり 9 室
共用設備	1 階食堂・談話室 35.60 m ² 2 階食堂・談話室 35.60 m ² 脱衣室・浴室、トイレ・洗面所等
非常災害設備	消火器・誘導灯・非常警報設備・自動火災報知設備
緊急対応	緊急時は、協力病院、消防署との連携により対応。
損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社

ケアクオリティ輝

3. 職員体制

職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			介護福祉士 介護支援専門員	認知症介護実践者研修修了 認知症介護実践リーダー研修修了 認知症対応型サービス事業管理者 研修修了
計画作成担当者	2		2			介護福祉士	認知症介護実践者研修修了
介護従業者	12人以上					介護福祉士 初任者研修修了 等	

4. 勤務体制

昼間の体制	計6人（各ユニット3人）	早番	7：00～15：30
		中番	8：30～17：00
		遅番	10：30～19：00
夜間の体制	計2人（各ユニット1人）	夜勤者	16：30～ 8：30

（ 日中時間帯 6：00～21：30 ）

5. 利用料等

保険給付サービス		食事・排泄・入浴・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談援助等 上記について包括的に提供され、要介護度別に定められた介護報酬の1割、2割または3割が下記のように自己負担となります。	
		基本料金 1日の自己負担分 （30日の自己負担分） ＊ 6級地単価 1単位＝10.27円	
1割	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護	要支援2 749単位 (749単位×30日×10.27円×1割(自己負担率)=23,077円/月)	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	要介護1 753単位 (753単位 ×30日×10.27円×1割(自己負担率)=23,200円/月) 要介護2 788単位 (788単位 ×30日×10.27円×1割(自己負担率)=24,279円/月) 要介護3 812単位 (812単位 ×30日×10.27円×1割(自己負担率)=25,018円/月) 要介護4 828単位 (828単位 ×30日×10.27円×1割(自己負担率)=25,511円/月) 要介護5 845単位 (845単位 ×30日×10.27円×1割(自己負担率)=26,035円/月)	
2割	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護	要支援2 749単位 (749単位×30日×10.27円×2割(自己負担率)=46,154円/月)	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	要介護1 753単位 (753単位 ×30日×10.27円×2割(自己負担率)=46,400円/月) 要介護2 788単位 (788単位 ×30日×10.27円×2割(自己負担率)=48,557円/月) 要介護3 812単位 (812単位 ×30日×10.27円×2割(自己負担率)=50,036円/月) 要介護4 828単位 (828単位 ×30日×10.27円×2割(自己負担率)=51,022円/月) 要介護5 845単位 (845単位 ×30日×10.27円×2割(自己負担率)=52,069円/月)	
3割	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護	要支援2 749単位 (749単位×30日×10.27円×3割(自己負担率)=69,230円/月)	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	要介護1 753単位 (753単位 ×30日×10.27円×3割(自己負担率)=69,600円/月) 要介護2 788単位 (788単位 ×30日×10.27円×3割(自己負担率)=72,835円/月) 要介護3 812単位 (812単位 ×30日×10.27円×3割(自己負担率)=75,054円/月) 要介護4 828単位 (828単位 ×30日×10.27円×3割(自己負担率)=76,532円/月) 要介護5 845単位 (845単位 ×30日×10.27円×3割(自己負担率)=78,104円/月)	

1 割	<input type="checkbox"/> 介護予防短期利用 認知症対応型共同生活介護	要支援 2 777 単位 (777 単位 ×10.27 円×1割(自己負担率)=798 円／日)
	<input type="checkbox"/> 短期利用認知症対応型共同生活介護	要介護 1 781 単位 (781 単位 ×10.27 円×1割(自己負担率)=802 円／日) 要介護 2 817 単位 (817 単位 ×10.27 円×1割(自己負担率)=839 円／日) 要介護 3 841 単位 (841 単位 ×10.27 円×1割(自己負担率)=864 円／日) 要介護 4 858 単位 (858 単位 ×10.27 円×1割(自己負担率)=882 円／日) 要介護 5 874 単位 (874 単位 ×10.27 円×1割(自己負担率)=898 円／日)
2 割	<input type="checkbox"/> 介護予防短期利用 認知症対応型共同生活介護	要支援 2 777 単位 (777 単位 ×10.27 円×2 割(自己負担率)=1,596 円／日)
	<input type="checkbox"/> 短期利用認知症対応型共同生活介護	要介護 1 781 単位 (781 単位 ×10.27 円×2 割(自己負担率)=1,604 円／日) 要介護 2 817 単位 (817 単位 ×10.27 円×2 割(自己負担率)=1,678 円／日) 要介護 3 841 単位 (841 単位 ×10.27 円×2 割(自己負担率)=1,728 円／日) 要介護 4 858 単位 (858 単位 ×10.27 円×2 割(自己負担率)=1,763 円／日) 要介護 5 874 単位 (874 単位 ×10.27 円×2 割(自己負担率)=1,795 円／日)
3 割	<input type="checkbox"/> 介護予防短期利用 認知症対応型共同生活介護	要支援 2 777 単位 (777 単位 ×10.27 円×3 割(自己負担率)=2,394 円／日)
	<input type="checkbox"/> 短期利用認知症対応型共同生活介護	要介護 1 781 単位 (781 単位 ×10.27 円×3 割(自己負担率)=2,406 円／日) 要介護 2 817 単位 (817 単位 ×10.27 円×3 割(自己負担率)=2,517 円／日) 要介護 3 841 単位 (841 単位 ×10.27 円×3 割(自己負担率)=2,592 円／日) 要介護 4 858 単位 (858 単位 ×10.27 円×3 割(自己負担率)=2,644 円／日) 要介護 5 874 単位 (874 単位 ×10.27 円×3 割(自己負担率)=2,693 円／日)
加算	<input type="checkbox"/> 入居後、または 30 日を超える入院後の再入居の際には、30 日に限り初期加算として 1 日 30 単位が加算されます。また、3 か月以内の退院が見込まれる入院を要した場合は、入院時費用として 1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて 1 日につき 246 単位を算定します。 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅰ)として 1 日 22 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅱ)として 1 日 18 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅲ)として 1 日 6 単位が加算されます。 ※サービス提供体制強化加算は、上記ⅠⅡⅢのいずれかの算定、又は算定なしです。また、施設の体制状況により、年度ごとに算定区分が変わる場合があります。変更になった場合は、都度通知します。 <input type="checkbox"/> 看護体制を確保しているとして、医療連携体制加算(Ⅰ)として 1 日 37 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> 一定期間医療的ケアが必要な者を受け入れている体制を確保している場合は、医療連携体制加算(Ⅱ)として 1 日 5 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> 相談・診療を行う体制を確保している協力医療機関と連携している場合は、各連携先の体制により協力医療機関連携加算として、1 月に 100 単位または 40 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> ご自宅へ退居する際に、居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用する場合の相談援助等を行った場合は、退居時相談援助加算として1回に限り 400 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> 医療機関へ退居する際に、生活支援上の留意点等の情報提供を行った場合は、退居時情報提供加算として1回に限り 250 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算として1日 120 単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> ICT 等テクノロジーを活用し、業務改善の取り組みを継続的に行い、データ提供を行った場合は、生産性向上推進体制加算(Ⅱ)として 1 月に 10 単位加算されます。 <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)として、所定単位数の合計に 18.6%の率を乗じた単位が加算されます。 <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)として、所定単位数の合計に 17.8%の率を乗じた単位が加算されます。 ※介護職員等処遇改善加算は上記ⅠⅡのいずれかの算定です。また、施設の体制状況により、年度ごとに算定区分が変わる場合があります。変更になった場合は、都度通知します。	

<p>上記は、1 ヶ月あたりの目安を示したものです。計算にあたり、日数及び、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。</p> <p>また、上記料金は負担割合率により、1 割・2 割・3 割の自己負担となります</p>		
保険対象外サービス	<p>下記のサービスは、各個人の利用に応じて利用者負担となります。</p> <p>料金改定がある場合は、理由を付して事前に連絡されます。</p>	
	居室費 (家賃)	<p>70,000 円 / 月 (日額 2,333 円)</p> <p>月の途中の入退居については日割り計算とします。利用者が入院などによって一定期間不在となる場合も、正式な退居をしない限り徴収いたします。</p>
	食材費	<p>1,000 円 / 日</p> <p>(日額 1,000 円 朝食 200 円 昼食 400 円 夕食 400 円)</p> <p>(食費は、外泊等により利用者から食事提供の停止依頼があった場合、あるいは入院等によって明らかに利用者が不在である場合については該当食事数について徴収しません。)</p>
	水道光熱費	<p>18,000 円 / 月 (日額 600 円)</p> <p>(水道光熱費は、居室部分と共用部分を含むものであり個人消費部分を勘案しがたいため、1 週間以上の不在が続く場合にのみ、その不在期間の2分の1の日数分について水道光熱費を徴収しないものとします。)</p>
	その他	<p>その他、下記は利用者負担となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護において提供される便宜のうち、おむつ等の実費等、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの。 ● 医療費、個人的な買い物、他の余暇施設等の入場料等 ● 通常損耗補修特約として、退居時に係る居室全体の清掃・洗浄・消毒(クリーニング)費用。

※生活保護受給者の方は、別途個別に料金設定させていただきます。

- 短期利用認知症対応型共同生活介護(ショートステイ)とは定員の範囲内で、空室を利用するもので1ユニット1名を上限とし、30日以内の利用期間で運用します。
- 短期利用認知症対応型共同生活介護の利用者の利用料は下記表にて徴収致します。
- 認知症対応型共同生活介護の利用者が入院等のために、長期にわたり不在となる場合は、利用者及び家族の同意を得て、短期利用共同生活介護の居室に利用する事があります。なお、この期間の室料及び光熱水費については認知症対応型共同生活介護の利用者ではなく、短期利用認知症対応型共同生活介護の利用者が負担するものと致します。

短期保 険外	宿泊費	3,000 円 / 日
	食材費	1,000 円 / 日 (朝食 200 円 昼食 400 円 夕食 400 円)

6. 留意事項

- 訪問・面会・宿泊については、その都度職員に所定の届出書を提出してください。
- 外泊・外出の際は、行き先と帰宅時間を職員にお伝えください。
- 施設内の居室・設備は、本来の使用にしがってご利用ください。これに反し使用し破損等生じた場合には賠償していただく場合があります。
- 所持品の管理は、原則として自己管理をしていただきます。
- 現金の管理については、自己管理できる方は管理できる範囲のみの金額をお持ちくだ

さい。その場合の紛失等のトラブルは、当グループホームでは責任を負いかねます。

自己管理が困難な方は、立替金依頼書により依頼をすることにより、グループホームにて立替金出納帳で管理し、他料金と共に精算させていただきます。

- グループホーム内で、他の入居者に対する宗教活動ならびに政治活動はご遠慮ください。

7. 協力医療機関

- ・ 八木医院 静岡市葵区籠上 28 番 24 号 TEL054-271-2305
- ・ 音羽歯科クリニック 静岡市葵区音羽町 20-12 TEL054-251-3011

8. 苦情相談窓口

グループホーム ケアクオリティ輝	ホーム長	TEL 054-273-0220
静岡県国保連合会	静岡市春日町 7-4-34	TEL 054-253-5530
静岡市役所	介護保険課	TEL 054-221-1088

9. 苦情処理手順

- 担当者は、利用者ならびに家族より苦情を受けた際は、ただちに事実関係を確認する。
- 管理者は、職員による検討会議を招集し、その対策・改善策を協議する。
- ただちに改善できない場合は、短期・中期・長期の計画をたて、その実行を職員に指示する。
- 管理者は、苦情当事者に対して、その対応策・改善策を説明し同意を得る。
- 苦情の内容と対応の結果は、苦情処理台帳に記録する。
- その記録は、利用者や第三者評価委員の求めに応じて随時公開する。

10. 事故発生時の対応策

事故を現認した職員は、別紙(1)「緊急時の対応マニュアル」、別紙(2)「火災時の対応マニュアル」によって対応するものとする。

11. 第三者による評価の実施状況

1 あり	評価確定日	令和 5 年 9 月 25 日
	評価機関名称	一般社団法人静岡県介護福祉士会
	結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし		

別紙(1)

「緊急時の対応マニュアル」

容態急変時

意識消失-----名前を呼んでも覚醒しない場合は、救急車を要請する。身体を強く動かすことはしないよう注意する。呼びかけをくりかえしたり、指先の爪の間に自分の爪をくいこませたりして反応をみる。救急車到着まで特別な場合(看取り等)を除き一時救命処置を行う。

発熱-----検温の結果 38 度以下であれば、水分を多めに摂取させ、クーリングして様子を見る。38 度以上である場合は、上記の処置を行ったうえ協力医療機関等の医師に連絡して指示を仰ぎ対応する。

嘔吐-----口腔洗浄をし、誤嚥、窒息に注意する。安静にし、意識の有無・痛みの有無を確認する。意識消失や痛みの訴えあれば、医師に連絡し指示を仰ぎ対応する。

窒息-----口腔内や咽頭部に詰まっている食物等を可能範囲で取り除く。自身での咳払いが出来ない場合、背部叩打法もしくはハイムリッヒ法を試みると共に救急車を要請。

出血-----少量であれば応急処置をし、医療職の指示を仰ぐ。多量の場合、直接圧迫止血を行い、受診もしくは救急車要請する。

下痢-----便の状態、痛みの有無を確認する。痛みあれば医師に連絡する。痛みがない場合は、水分を多めに摂取し様子を見る。

転倒-----打撲の部位、痛みの有無、骨折の有無を確認する。頭部の打撲で意識がない場合は、ただちに救急車を要請する。骨折についても同様とする。意識がある場合は、安静にし、状態を観察する。その際、嘔吐などの有無について注意する。

不穏傾向-----事前常態を確認する。本人及び他の入居者に対して危険がないよう対処する。落ち着きがみられないようであれば、管理者等に連絡し、指示を仰ぐ。

救急車等で搬送する場合は、家族等に連絡する。

火災時の対応マニュアル

火災発生時

火災報知器を確認のうえ、火災の場所等を確認する。

1名はただちに初期消火をおこなう。

他の職員は、避難誘導をおこなう。

夜間の場合、夜勤者1名は入居者の避難誘導をおこなう。

他の1名は、火災通報ボタンを起動し、管理者に連絡する。

同時に消火器による初期消火をおこなう。

初期消火が困難と判断した場合(炎が天井付近まで達しているなど)は、ただちに避難誘導をおこなう。

多数の職員の協力が必要な場合は緊急連絡網により連絡する