

指定認知症対応型共同生活介護
指定介護予防認知症対応型共同生活介護
重 要 事 項 説 明 書

有限会社ヴァンヴェール

令和7年4月1日

グループホーム しんぐう

《 グループホーム しんぐう 》

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています

当事業所はご契約者に対して指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供します。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明致します。

1. 事業者

法人名	有限会社 ヴァンヴェール
代表者名	取締役 馬 渡 定 巳
設立年月日	平成 1 5 年 1 2 月 1 日
法人所在地	本店 佐賀県佐賀市大財1丁目8番40号
指定事業の種類	I（指定認知症対応型共同生活介護事業所） II（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）
事業所所在地	I～II 〒811-0112 福岡県糟屋郡新宮町下府1丁目4-12
電話番号	0 9 2 - 9 4 1 - 5 7 1 0

2. 事業の概要

(1) 事業の種類

指定認知症対応型共同生活介護事業所

指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

事業所番号 4094200070

(2) 事業の目的

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所は、介護保険法令に従い、認知症によって自立した生活が困難になった高齢者に対し、家庭的な環境のもと日常生活の介助を通じて、その有する能力に応じ安心した尊厳のある日常生活を営む事が出来るように支援することを目的として、必要な介護サービスを提供します。

(3) 事業の方針

利用者の認知症の症状利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ妥当適切に行います。利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境のもとで日常生活ができるように配慮します。

認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮します。

当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。

事業者自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。

(4) 開設年月日 令和7年4月1日

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

＊管理者2人（常勤・兼務）

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。また他の従業員と協力して認知症対応型共同生活介護計画の管理等を行う。

＊介護支援専門員1人（非常勤・兼務）

介護支援専門員は、利用者の生活の向上を図るため適切な相談、援助その他指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を行う。

＊計画作成担当者（1名）

計画作成担当者は、利用者・ご家族・管理者・介護支援専門員・介護職員・訪問看護師・かかりつけ医等と協力して認知症対応型共同生活介護計画の作成を行う。

＊介護職員 利用者3名につき1人（夜間は利用者9名につき1人）

介護職員は、介護その他の指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たる。

【主な職員の勤務体制】

＊昼間の体制 日中の活動時間における利用者3対1

＊夜間の体制 利用者9人に付き1人

4. 設備の概要

（1）構造等：鉄骨造2階建て 述べ床面積 597.20平方メートル

（2）居室：1階9室（個室 9室） 11.66～12.52 平方メートル

：2階9室（個室 9室） 11.66～12.52 平方メートル

（1階・2階 全室エアコン・照明器具・カーテン付）

（3）主な設備：1階 食堂1ヶ所 トイレ3ヶ所

台所1ヶ所 洗面台2台 浴室1室

：2階 食堂1ヶ所 トイレ3ヶ所

台所1ヶ所 洗面台2台 浴室1室

(4) 防災設備等 (1階・2階 各ユニット)

消火器・非難誘導灯・スプリンクラー設備

自動火災報知設備・消防機関へ通報する火災報知設備

5、当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

【サービスの概要】

①食事介助

- ・ご契約者の身体の状況、及び嗜好を考慮した食事を提供しています。
- ・自立支援のため、できる限りご自身での食事摂取を促します。
- ・ご自身で摂取出来ない方は介助を行います。

《食事提供時間目安》

朝食：7時 昼食：12時 夕食：17時

②入浴介助

- ・入浴に支障がないかバイタルサインをチェックし、入浴又は清拭を行ないます。

③排泄介助

- ・必要に応じて、排泄の介助を行います。また、排尿・排便の状態をチェックします。

④機能訓練（日常生活リハビリテーション）

- ・心身等の状況に応じて、日常生活を送る為に必要な機能の維持またはその減退を防止するための訓練を行ないます。

＜サービス利用料＞

①下記の料金表によって、要支援・要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付

費（１割～３割自己負担分）をお支払いください。ただし、省令により変動があります。

サービス内容	介護保険負担金 (1 割)	介護保険負担金 (2 割)	介護保険負担金 (3 割)
介護予防認知症共同生活介護Ⅱ2	749 円	1, 498 円	2, 247 円
介護予防認知症対応型初期加算※1	30 円	60 円	90 円
認知症対応型入院時費用※2	246 円 (1 月に 6 日を限度)	492 円 (1 月に 6 日を限度)	738 円 (1 月に 6 日を限度)
介護予防認知症対応サービス提供体制 加算(Ⅰ)	22 円	44 円	66 円
介護予防認知症対応型処遇改善加算 (Ⅱ)	所定単位数に 224/1000 を乗じた額	所定単位数に 224/1000 を乗じた額	所定単位数に 224/1000 を乗じた額

サービス内容	介護保険負担金 (1 割)	介護保険負担金 (2 割)	介護保険負担金 (3 割)
認知症共同生活介護Ⅱ1	753 円	1506 円	2259 円
認知症共同生活介護Ⅱ2	788 円	1576 円	2364 円
認知症共同生活介護Ⅱ3	812 円	1624 円	2436 円
認知症共同生活介護Ⅱ4	828 円	1656 円	2484 円
認知症共同生活介護Ⅱ5	845 円	1690 円	2535 円
認知症対応型初期加算※1	30 円	60 円	90 円
認知症対応型処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に 224/1000 を乗じた額	所定単位数に 224/1000 を乗じた額	所定単位数に 224/1000 を乗じた額

※1 認知症対応型初期加算

登録または利用再開後30日以内、医療機関に1か月以上退院した場合

(2) 保険外利用料

- ① 家 賃 (月額) 56, 100 円
- ② 管 理 費 (水道光熱費を含む) 16, 600 円 (但し居室の電気代は除く)
- ③ 食材料費 (日額) 朝/370 円 昼/500 円 夕/500 円
- ④ 茶菓子費 (実費)
- ⑤ その他日常生活において通常必要となる費用
(利用者が負担する事が適当と認められる費用) 実費

※生活保護受給者は家賃(部屋代)を月 32, 000 円、管理費を月 21, 400 円とする

② レクリエーション活動

ご希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用

日常生活上、必要な費用はご契約者の負担となります。

利用料金：実費

(おむつ代は介護保険給付対象外となっています。)

(3) 利用料金のお支払い方法

毎月、20日までに前月分の請求書をご送付いたします。

お支払い方法は、口座振替及び請求書記載の銀行口座に当月末までにお振込みください。

6、緊急時の対応

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護従事者は、緊急な事態が生じた場合又は必要があると判断した場合は、緊急時マニュアルに応じて対応し、必要な措置を講じます。

7、事故発生時の対応

(1) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所は、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により事故が発生した場合は、久留米市健康福祉部介護保険課、当該利用者の家族、当該利用者に係わる関係者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

(3) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者に対する介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8、協力医療機関等

【協力医療機関名】

- ・ 医療法人すずらん会 たろうクリニック
- ・ 竹村歯科小児歯科

9、提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	玄関に掲示

10、苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けています。

苦情解決責任者

【職名】 管理者

受付時間 9：00～17：00

また、苦情受付ボックスを玄関に設置してあります。

(2) 行政機関その他苦情受付場所

福岡県国民健康保険連合会介護サービス苦情相談 092-642-7859

福岡県介護保険広域連合 092-643-7055

令和 年 月 日

【重要事項説明書】に基づいて、説明を受けたことを確認します。

利用契約者名

利用者代理人

_____ (続柄)

重要事項説明者

氏名 _____