

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護・短期共同生活介護事業

令和 8 年 8 月 1 日以降用

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護・短期共同生活介護サービスを提供するに際し、今治市地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年今治市条例第 43 号）第 128 条により準用する第 9 条に基づいて、当事業所が利用者に説明すべき重要事項は以下のとおりです。

1. 事業者の概要

事業所名称	社会福祉法人 日親会
所在地	愛媛県今治市菊間町浜 1 4 5 3 番地 1
代表者氏名	理事長 渡 部 恭 彰
電話番号	0 8 9 8 - 5 4 - 5 6 7 8

2. 事業所

事業所の名称	グループホーム ラ・ファミーユ
介護保険事業者番号	3 8 7 0 2 0 1 2 8 6
所在地	愛媛県今治市菊間町浜 1 4 5 3 番地 1
管理者	上田 哲久
電話番号	0 8 9 8 - 5 4 - 5 6 7 8

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	要支援 2 または要介護状態で認知症のある方に、家庭的な環境の共同生活住居において、入浴・食事・排泄等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことを目的とする。
運営方針	利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立った適切なサービスを、安心と信頼に基づいて提供できるよう努める。

4. 敷地の概要

(1) 敷地面積及び建物

敷地面積		6 0 0 m ²
建物	構造	鉄骨造 2 階建
	延べ床面積	8 8 7 . 3 0 m ²
	利用定員	1 8 名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積	1 人当りの面積
食 堂	2 ヶ所	162.55 m ²	9.03 m ²
浴 室	2 ヶ所	14.62 m ²	0.81 m ²
便 所	10 ヶ所	10.78 m ²	0.59 m ²
居 室	18 室	279.48 m ²	15.52 m ²
畳 間	2 ヶ所	38.52 m ²	2.14 m ²

- ※ ・各個室の配置並びに構造についてはパンフレットをご参照下さい。
 ・各個室、廊下、居間は床暖房及びエアコンを完備しております。

5. 職員体制

職員の職種	人数等
管理者	1 人以上
計画作成担当者	1 人以上
介護職員	8 人以上

6. 職員の勤務体制

従業員の職種	勤 務 体 制 ※	休 暇
管 理 者	日勤 (8:30～17:30)	4 週 9 休
介護職員	日勤 (8:30～17:30) 夜勤 (16:00～9:00) 早出 (7:00～16:00) 遅出 (11:00～20:00) 早出・日勤・遅出・夜勤の 4 交代制です。	〃
計画作成担当者	日勤 (8:30～17:30)	〃

7. 施設サービスの概要

(1) 介護保険サービス

種 類	内 容
排 泄	・ 入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行なうと共に、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。
入 浴	・ 年間を通じて最低週 2 回の入浴又は清拭を行ないます。
離床、着替え	・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

整容等	・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。 ・シーツ交換は、最低2週間に1回は行ないます。 (※ 汚れ、季節的な環境も考慮する。)
機能訓練	・入居者の状況に適合した生活リハビリを行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ・当施設の保有するリハビリ器具を利用した身体機能の維持を図ります。
相談・援助	・当施設は、入居者及びその家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行なうよう努めます。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
食 事	・ 季節感に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7 : 30 ~ 8 : 30 昼食 12 : 00 ~ 13 : 00 夕食 18 : 00 ~ 19 : 00 食材料費 朝食 380 円 昼食 520 円 夕食 460 円 単価 おやつ代含 む 1 日 1,360 円
社会生活上の便宜	・ 行政機関に対する手続きが必要な場合、入居者及びご家族の状況によって行います。
健 康 管 理	・ 緊急時等必要な場合には、主治医或いは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 ・ 入居者が外部の医療機関に通院する場合には、その介添えについてできるだけ配慮します。 ・ 入居者等の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体的拘束や行動の制限を致しません。
レクリエーション施設の利用その他の生活サービス	・ 各種行事を行ないます。 ・ 施設外へのレクリエーション等に出かけます。

金 銭 管 理	・ 自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。 詳細は次のとおりです。 管理する金銭の限度額：5万円までとします。 保 管 場 所：通帳等は事務室金庫にて保管します。 保管管理者：ホーム管理者と事務員が責任を持って管理します。
---------	--

8. 利用料金

(1) 保険給付サービス利用料金

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護費 (Ⅱ)

要介護度	基本単位数 ／日	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 2	749	7,490 円	749 円	1,498 円	2,247 円
要介護 1	753	7,530 円	753 円	1,506 円	2,259 円
要介護 2	788	7,880 円	788 円	1,576 円	2,364 円
要介護 3	812	8,120 円	812 円	1,624 円	2,436 円
要介護 4	828	8,280 円	828 円	1,656 円	2,484 円
要介護 5	845	8,450 円	845 円	1,690 円	2,535 円

(介護予防) 短期利用 (Ⅱ)

要介護度	基本単位数 ／日	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 2	777	7,770 円	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護 1	781	7,810 円	781 円	1,562 円	2,343 円
要介護 2	817	8,170 円	817 円	1,634 円	2,451 円
要介護 3	841	8,410 円	841 円	1,682 円	2,523 円
要介護 4	858	8,580 円	858 円	1,716 円	2,574 円
要介護 5	874	8,740 円	874 円	1,748 円	2,622 円

(2) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

【認知症対応型共同生活介護】

加 算	基本 単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	

要介護度による区分なし	初期加算	30	300 円	30 円	60 円	90 円	入所後 30 日間に限り算定する 1 日当たりの加算料金です。
	医療連携体制加算（Ⅰ）ハ	37	370 円	37 円	74 円	111 円	事業所の職員として、又は病院若しくは訪問看護ステーションとの連携により看護師を 1 名以上確保し、日常的な健康管理や、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合に算定する 1 日当たりの加算料金です。
	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)イ	所定単位数の 20.2%	左記単位数×地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	当該加算の算定要件を満たす場合の 1 月当たりの加算料金です。

【介護予防認知症対応型共同生活介護】

加 算		基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
				1 割負担	2 割負担	3 割負担	
要支援度による区分なし	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)イ	所定単位数の 20.2%	左記単位数×地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	当該加算の算定要件を満たす場合の 1 月当たりの加算料金です。

(3) その他の費用

① 食材料費（保険対象外）

1 日あたり

1, 3 6 0 円

② 家賃（保険対象外）

1 ヲ月あたり

4 0, 0 0 0 円

(1) 緊急時における対応

事業所の職員等は、サービス提供時に利用者に症状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行なう等の必要な措置を講じます。

(2) 事故発生時の対応等

事業所は、サービス提供により事故が発生した場合には速やかに市長村、利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行なうとともに、賠償すべき事故については、損害賠償を行ないます。

1 1. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人あおのクリニック	医療法人 菊間歯科医院
所在地	今治市菊間町浜 1 0 0 1 番	今治市菊間町浜 722
電話番号	0 8 9 8 (5 4) 5 1 1 5	0 8 9 8 (5 4) 5 6 0 1
診療科目	内科・外科・消化器科	歯科
入院設備	有り	無し

1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「グループホーム ラ・ファミーユ消防計画」に則り対応を行ないます。
近隣との協力関係	消防署との近隣防災協定を締結し、常時の相互の応援を約束しております。
平常時の訓練等	別途定める「グループホーム ラ・ファミーユ消防計画」に則り、年 2 回夜間及び昼間を想定した非常訓練を実施します。

防災設備	設備名称	有無(個数)	設備名称	有無(個数)
	非常階段	有	防災扉	無
	スプリンクラー	有	屋内消火栓	無
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有		
	ガス漏れ報知器	有		
	カーテン等は防災加工のものを使用しています。			

1 3. 利用に際しての留意事項

面 会	来られた時に、職員にお申し出下さい。(お約束)をご参照ください。
外出・外泊	行き先と帰宅時間をお申し出下さい。
居室・設備 器具の使用	本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損した場合、賠償していただくことがございます。
所持品の 管理	ご本人が管理されることが原則です。場合によっては、事務所にてお預かりいたしますのでお申し出ください。

現金等の 管理	事務所にて、お預かりできますのでお申し出ください。
------------	---------------------------

1 4. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施あり

直近の実施時期 令和7年11月11日

実施した評価機関の名称 JMACS

評価結果の開示状況 WAMNETにて公開

1 1. 虐待防止について

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者 管理者・上田 哲久

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針を整備しています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

令和 年 月 日

重要事項説明の証明及びサービス提供受諾同意書

（介護予防）認知症対応型共同生活介護・短期共同生活介護サービスの開始に際し、本書面に
に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 日親会
説明者 グループホーム ラ・ファミーユ

氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、（介護予防）認知症対応型共
同生活介護・短期共同生活介護サービスの提供の開始に同意しました

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____

利用者家族代表 住 所 _____

続柄 氏 名 _____