

重 要 事 項 説 明 書

(認知症対応型共同生活介護)

1 事業者

事業者の名称	メディカルケア御所ノ内株式会社
主たる事業者の所在地	京都市下京区西七条南月読町98番地1
法人種別	株式会社
代表者名	武田 敏之
電話番号	075-326-6071

2 ご利用施設

施設の名称	御所ノ内ホーム
施設の所在地	京都市下京区西七条南月読町102番地1
施設長名	門脇 勸聖
電話番号	075-326-6071
ファクシミリ番号	075-326-6070

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		事業者指定		利用定数	備考
		指定年月日	指定事業者番号		
施設	小規模多機能型居宅介護	平成25年10月16日	2690400060	25人	令和7年2月28日 廃止

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	認知症の悪化防止、家族の負担軽減、認知症理解への啓発活動等を行う。
施設運営の方針	「その人らしさ」を大切に、家庭的な雰囲気の中で安心出来る暮らしを支えます。

5 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		6 1 3 . 6 5 m ²
建物	構造	鉄骨造 3 階建 (耐火建築物)
	延べ面積	9 1 1 . 1 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
食堂兼居間	2 室	151. 70 m ² (有効)	8. 42 m ² /人
機能訓練室	0 室		
浴室	2 室	8. 0 m ² (有効)	4. 0 m ² /室
便所	6 箇所	24. 0 m ² (有効)	4. 0 m ² /箇所
居室	1 8 室 (定員 1 8 名)	149. 42 m ² (有効)	

(注 1) 食堂等の指定基準は、1 人あたり 3 m²です。

(注 2) 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパンフレットを参照してください。

6 職員体制 (主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				常勤換算 後の人員	事業者の 指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務			
管理者	1		1			1	1	介護福祉士 1 名
生活相談員					1			介護支援専門員
介護職員	166	6	2	8			12以上	介護福祉士 9 名
看護師	2	1		1				看護師 2 名
計画作成担当者	2		2				1 以上	介護支援専門員 1 名

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（０８：３０～１７：００）常勤で勤務	４週８休
生活相談員		
介護職員	・早出（７：３０～１６：００） ・日勤（８：３０～１７：００） ・遅出（１０：００～１８：３０） ・夜勤（１６：３０～翌９：００） ・夜間（１９：３０～７：３０）は、原則として職員１名あたり入所者９名のお世話をします。	原則 ４週８休
看護職員	・１名以上	
計画作成担当者	・各ユニットに１名	

8 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9 施設サービスの概要と利用料

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事の介助	・入居者の意向をお聞きし、栄養と入居者の身体状況に配慮した食事を提供します。（食事の提供に要する費用については「食費」として別途徴収します） ・可能な限り、献立の作成、買物、調理などに入居者参加の形を採ります。 （食事時間） 朝食 ７：３０～８：３０ 昼食 １２：００～１３：００ 夕食 １８：００～１９：００

排せつの介助	・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつ、パット類を使用する方に対しては、定期的な交換、誘導だけではなく随時の交換も行います。
入浴の介助	・週2～3回の入浴を基本にその方に合った入浴介助を行います。体調不良などで入浴できない場合は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
着替え等の介助	・個人の能力やペースに合わせて適切な介助を心掛けます。 ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換は必要に応じて、随時実施します。
健康管理	・京都武田病院グループの訪問診療により、月2回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 病院名：七条武田クリニック 診療科：内科・整形外科・循環器など 診察日：毎月2回 9：00～10：00（多少時間の前後があります）
相談および援助	・入居者およびそのご家族からの相談については誠意をもって応じ、必要な援助を行うよう努めます。 （相談窓口）施設長 門脇 勸聖

※ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）のご利用には介護度別に1割及び2割、3割負担（負担割合は収入に拠る）があります。また、介護保険上で認められた加算による負担も御座います。

10. 45円／単位（1日につき）※参考一月額30日として

介護度・加算名	単位数	自己負担分（1割負担）	
要介護1	753単位	787円	※23,607円
要介護2	788単位	824円	※24,704円
要介護3	812単位	849円	※25,457円
要介護4	828単位	866円	※25,958円
要介護5	845単位	883円	※26,491円

介護度・加算名	単位数	自己負担分（2割負担）	
要介護1	7 5 3 単位	1,574 円	※47,213 円
要介護2	7 8 8 単位	1,647 円	※49,408 円
要介護3	8 1 2 単位	1,697 円	※50,913 円
要介護4	8 2 8 単位	1,731 円	※51,916 円
要介護5	8 4 5 単位	1,766 円	※52,982 円

介護度・加算名	単位数	自己負担分（3割負担）	
要介護1	7 5 3 単位	2,361 円	※70,820 円
要介護2	7 8 8 単位	2,471 円	※74,112 円
要介護3	8 1 2 単位	2,546 円	※76,369 円
要介護4	8 2 8 単位	2,596 円	※77,874 円
要介護5	8 4 5 単位	2,649 円	※79,473 円

その他の加算

- ・ 初期加算は、当事業所に入居した日から 30 日以内の期間について算定します。

初期加算（1日30単位）

- ・ 当事業所内の従業者体制により、看護師を配置し、24 時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の対応指針を定めるなど、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに適切に対応できる体制を整備している場合に算定されます。主に事業所内部での医療連携体制の充実を評価する加算です。

医療連携体制加算Ⅰイ（1日57単位）

- ・ 当事業所の従業者に加え、病院や訪問看護ステーション等の外部医療機関との連携により、看護師を配置し、24 時間の連絡体制や利用者が重度化した場合の対応指針を定めるなど、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに適切に対応できる体制を整備している場合に算定されます。外部との連携を含めたより高度な医療対応体制を評価する加算です。

協力医療機関連携加算Ⅰ（1月100単位）

- ・ サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、利用者に対して(介護予防)認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。

サービス提供体制強化加算Ⅲ（1日6単位）

- ・ 利用者の口腔の健康保持・増進のため、歯科医師や歯科衛生士と連携し、定期的な口腔ケア計画の作成・実施、口腔衛生状態の記録・管理を行う体制を整備している場合に算定されます。

口腔衛生管理体制加算（1月30単位）

- ・ 及び介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資

質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

介護職員等処遇改善加算Ⅱ（所定単位数に11.1%を乗じた単位数）

- ・ 利用者が病院又は診療所に入院後、3月以内に退院することが明らかに見込まれる場合に退院後再び当事業所に円滑に入居できるような体制等を整えている場合、1月に6日を限度として246単位を算定します。
- ・ 利用者が退居する際に、円滑に在宅生活や他の施設等での生活へ移行できるよう、利用者やその家族に対して必要な相談援助を行った場合に、利用者1人につき1回に限り400単位を算定します。
- ・ 医療機関へ退所する利用者について、退所後の医療機関に対して利用者を紹介する際、利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、利用者1人につき1回に限り250単位を算定します。

※ 他に介護保険上の各加算が認められる場合があります。

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
おむつの提供	・ 利用者のご希望に応じて提供します。	実費
行政手続きの代行	・ 介護保険関係の申請など可能なものは手続きの代行やお手伝いを実施します。	手続き先手数料、書類作成費などは実費
食事の提供	・ 利用者の嚥下、咀嚼機能に合わせた食事形態で提供します。（消費税込み）	（内訳）朝食321円 昼食642円 おやつ115円 夕食642円 月額 51600円
理美容サービス	・ 毎月1回（第 水曜日）株式会社「ヘアーフェイス」の出張理容による理髪サービスをご利用いただけます。	・ 理美容サービス カット2500円等
嗜好品	町内への買物は無料です。	購入実費
レクリエーション行事	・ 行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。	・ レクリエーションについて実費（交通費・入場料等）
ベッド	施設で御用意します	負担なし
搬入費など	ベッド搬入費など	〃

(3) その他の経費

種 類	内 容	利用料
敷金	家賃の2カ月分	220000円
家賃	110000円	月額110000円
共益費	25000円	月額 25000円
その他		

10 運営推進会議について

- (1) 事業所関係者は構成員としてではなく、運営推進会議に報告をし、評価を受ける立場として参加する。また、利用者（身元引受人を含む）代表の他、地域包括支援センター等、福祉介護に精通した第三者等で運営推進会議を組織し、定期的な会議を行うこととします。（2カ月に1回以上）
- (2) 会議の内容は入居者の状況、サービスの状況やそれに伴う費用の収支等の報告や入居者からの意見要望の吸収の場、地域福祉の推進の場として活用するものとします。

11 苦情等申立先と対応について

苦情相談窓口	窓口担当者 施設長 門脇 勸聖 苦情解決責任者 施設長 門脇 勸聖 ご利用時間 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 075-326-6071 面接 電話にて日時を御相談下さい 意見箱（玄関に設置）
下京区健康長寿推進課	電話 075-371-7228
京都市国民健康保険団体連合会	電話 075-354-9090

（苦情対応）

苦情の対応については誠実且つ迅速に対応し、苦情の申し立てを行った事を理由として、事業者が申し立て者に不利益となるような処置をとる事は致しません。 また、必要に応じて「苦情解決第三者委員会」を設置するなどし、苦情解決に事業者一丸となって取り組みます。

12 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	有
【実施した直近の年月日】	2024年10月25日
【第三者評価機関名】	一般社団法人ば・まる
【評価結果の開示状況】	有

13 協力医療機関

医療機関の名称	京都武田病院
理事長	武田 敏也
所在地	京都市下京区西七条南衣田町11（御所ノ内ホーム東隣）
電話番号	075-312-7001
診療科	内科、整形外科、呼吸器科、循環器科、その他
入院設備	ベッド数240床
救急指定の有無	有
契約の概要	京都武田病院グループ内での全面的なバックアップ。入居者の健康管理、訪問診療、急変対応など。
医療機関の名称	本田歯科クリニック
理事長	本田 顕哲
所在地	京都市伏見区深草北新町631-1
電話番号	075-645-7070
診療科	歯科
入院設備	無
救急指定の有無	無
契約の概要	入居者の歯科治療及び、口腔衛生の向上に協力。

14 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「御所ノ内ホーム消防計画及び災害時マニュアル」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める「御所ノ内ホーム 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入居者も参加して実施します。			
防災設備 (小規模多機能施設含む)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	6個所
	避難階段(※)	2個所	屋内消火栓	なし
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	13個所	漏電火災報知機	なし
	ガス漏れ報知機	なし	非常用電源	あり
	カーテン等は消防法適用の難燃性のものを使用しております (※) 建築基準法上の避難階段ではありません			

消防計画等	消防署への届出日：平成25年9月24日 防火管理者：門脇 勸聖
-------	------------------------------------

15 事故対応

事故が起きた場合には、提携する京都武田病院の協力、救急搬送など必要な措置を速やかに取ると共に、身元引受人若しくは身元引受人の指定する代理人に連絡をします。

事故発生時の対応	・当事業所が利用者に対して行う認知症対応型共同生活介護サービスの提供により事故が発生した場合、速やかに利用者の家族・市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また当事業所が利用者に対して行った認知症対応型共同生活介護サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。 ・事故については事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析再発防止のための取り組みを行います。
利用者の病状急変等 緊急時の対応	・認知症対応型共同生活介護サービスの提供中に、利用者の体調悪化時や病状の急変等の緊急時には、利用者の主治医又は協力医療機関へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。また利用者の家族に速やかに連絡させていただきます。 ・病状等の状況によっては事業者の判断により救急車による搬送を要請することがあります。

16 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず事前に許可を得てください。
外出	外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。
嘱託医師以外の 医療機関への受診	協力医療機関以外への受診、本人または家族の意向による受診は要相談となります。但し、協力医療機関医師が必要と認めた医療については円滑な受診が出来るよう努めます。
居室・設備・器具の 利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は近隣敷地を含め一切お断りしております。飲酒はできません（行事にて認める場合あり）
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むや

	みに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。他の入居者との共同生活に支障を来たす行為を反復された場合、ご退去頂くことがあります。
所持品の管理	他の入居者と混合しないよう出来るだけ記名をお奨めします。また、高価な所持品の持ち込みは御遠慮下さい。
現金等の管理	日用品購入に必要な少額は事務所でお預かりし、管理します。入居者お手元の現金については一切責任を持ちません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名_____氏名_____印）から上記重要事項の説明を受けたことを確認し、各事項について同意の上、1部を受領します。

西暦_____年_____月_____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____