

鷹匠の家ほっこり

1. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定小規模多機能型居宅介護事業所
平成31年2月1日指定 京都市 2690900515号
指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
令和7年9月17日指定 京都市 2690900515号
- (2) 事業所の目的
社会福祉法人・京都老人福祉協会が運営する「鷹匠の家 ほっこり」指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所(以下「事業所」という)が行う指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を図るため職員を配置し、管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護(以下「サービス」という)を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 鷹匠の家ほっこり
- (4) 事業所の所在地 京都市伏見区鷹匠町13番地1
- (5) 電話番号 075-622-9544
- (6) 当事業所の運営方針
1. 本事業所において提供するサービスは、介護保険法並びに関係する政省令の趣旨及び内容に沿ったものとする。
 2. 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに利用者及び家族のニーズを的確にとらえ、個別に居宅サービス計画・(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画(以下両者を合わせて「個別計画」という)を作成し、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
 3. 利用者またはその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について解りやすく説明する。
 4. 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
 5. 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
 6. 個別計画にそったサービスを提供する。
 7. 本事業所における事業運営に当っては地域との結びつきを重視し、市町村、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者(介護予防サービス事業者)その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。
- (7) 営業日及び営業時間
【営業日】 年中無休 【受付時間】 8時30分～17時00分
- (8) 登録定員と利用定員
登録定員 29名 通いサービスの利用定員 18名 宿泊サービスの利用定員 6名
- (9) 主な実施地域 京都市伏見区 板橋学区、南浜学区、住吉学区、桃山学区
下鳥羽学区(京阪国道1号線以東)
- (10) ・第三者評価最終受審日：令和6年12月25日
・実施した評価機関の名称：一般社団法人京都市老人福祉施設協議会
・「評価結果の開示状況」
京都 介護・福祉サービス第三者評価等支援機構ホームページにて開示。

2. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、
指定基準を遵守しています。

職 種	
管理者（兼務）	1 名
介護支援専門員（兼務）	1 名以上
介護職員（兼務含む）	7 名以上
看護職員	1 名以上

＜主な職員の勤務体制＞

職 種	時 間	
介護職員	日勤	8:30 ～ 17:30
介護支援専門員		* 基本時間
看護職員		8:30 ～ 17:30

3. サービスと利用料金

(1) 居宅における日常生活上の身体介護

ア、食事介助 イ、排泄の介助 ウ、移動の介助 エ、衣類着脱介助 オ、清拭・洗髪介助
カ、その他

(2) 居宅における日常生活上の生活援助

ア、調理 イ、洗濯・補修 ウ、掃除・整理整頓 エ、買物 オ、その他

(3) 健康状態の確認

(4) 機能訓練

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するための訓練並びに利用者の心身の活性化を図る。

ア、日常生活動作に関する訓練 イ、レクリエーション（アクティビティ）
ウ、グループワーク エ、行事的活動
オ、体操 カ、趣味活動

(5) 送迎

通常の事業の地域の場合、ご自宅まで送迎します。車いすの必要な方は、身体状況に合わせ、リフト付車で送迎します。

(6) 入浴

ご利用者の入浴の介助又は清拭を行います。身体の不自由な方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

(7) 食事（但し、食費は別途いただきます。）

当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。

また、ご利用者は、食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 朝食 8：00 ～ 昼食 12：00 ～ 夕食 18：00 ～

(8) 排泄

ご利用者の排泄の介助を行います。

(9) 居宅サービス計画及び(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画

（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスは、ご利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪

問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業者は、ご利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご利用者と協議の上で居宅サービス計画及び(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその実施状況进行评估します。評価に伴い計画内容が変更になった場合は、書面に記載しご利用者に説明の上交付します。

<サービス利用料金(1回あたり)> (契約書第8条参照)

下記の単位表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払い下さい。なお、京都市の場合、地域単価は1単位10.55円です。(上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

* 小規模多機能型居宅介護(1月あたり)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	10,458 単位	15,370 単位	22,359 単位	24,677 単位	27,209 単位
利用者負担額(1割)	11,033 円	16,215 円	23,588 円	26,034 円	28,705 円
利用者負担額(2割)	22,066 円	32,430 円	47,177 円	52,068 円	57,410 円
利用者負担額(3割)	33,099 円	48,646 円	70,766 円	78,102 円	86,116 円

* 介護予防小規模多機能型居宅介護(1月あたり)

	要支援1	要支援2
単位	3,450 単位	6,972 単位
利用者負担額(1割)	3,369 円	7,355 円
利用者負担額(2割)	7,278 円	8,710 円
利用者負担額(3割)	10,107 円	22,065 円

* 新規でご利用になった場合、初期加算として30単位/日が加算されます(利用開始日より30日間)。

* 認知機能やその症状により日常生活に介護が必要な場合、(Ⅰ)920単位/月、(Ⅱ)890単位/月、(Ⅲ)760単位/月、(Ⅳ)460単位/月のいずれかが加算されます(認知症加算)。

* 看護職員の配置基準を満たすことで、(Ⅰ)900単位/月、(Ⅱ)700単位/月、(Ⅲ)480単位/月のいずれかが加算されます(看護職員配置加算)。

* サービス提供体制強化加算として、(Ⅰ)750単位/月、(Ⅱ)640単位/月、(Ⅲ)350単位/月のいずれかが加算される場合があります(サービス提供体制強化加算)。

* 看取り期の対応及び体制の充実により、看護職員配置加算(Ⅰ)を算定している場合、死亡日から死亡日前30日以下まで64単位/日が加算されます(看取り連携体制加算)。

* 訪問サービスの機能強化により1,000単位/月が加算されます(訪問体制強化加算)。

* 総合マネジメント体制強化加算として(Ⅰ)1,200単位/月もしくは(Ⅱ)800単位/月が加算されます。

* 若年性認知症利用者受入れ加算として800単位/月が加算される場合があります。

* 生活機能向上連携加算として(Ⅰ)100単位(Ⅱ)200単位/月が加算される場合があります。

- * 口腔・栄養スクリーニング加算として、20 単位／回が加算される場合があります。
- * 認知症行動・心理症状緊急対応加算として、200 単位／日（7 日を限度）が加算される場合があります。
- * 科学的介護推進体制加算として、40 単位／月が加算されます。
- * 生産性向上推進体制加算として、（Ⅰ）100 単位/月もしくは（Ⅱ）10 単位/月が加算される場合があります。
- * 介護職員等処遇改善加算として、上記により算定した単位数に 14.9%を乗じた単位が加算されます。

* 食費（介護保険対象外）・・・食材料費と調理に関わる費用

朝食 390 円 昼食 690 円 夕食 565 円

* 宿泊費（介護保険対象外）・・・1 泊あたり 3000 円

* おむつ代（介護保険対象外）・・・実費

* 短期利用居宅介護費（1 日につき）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位	572 単位	640 単位	709 単位	777 単位	843 単位
利用者負担額(1 割)	603 円	675 円	747 円	819 円	889 円
利用者負担額(2 割)	1,206 円	1,350 円	1,495 円	1,639 円	1,778 円
利用者負担額(3 割)	1,810 円	2,025 円	2,243 円	2,459 円	2,668 円

利用日数については、原則 7 日以内です（やむを得ない事情により最長 14 日まで可能）。

但し、事業所の登録者数の状況等により、受け入れができない場合があります。

- * 生活機能向上連携加算として、（Ⅰ）100 単位/月、（Ⅱ）200 単位/月が加算される場合があります。
- * サービス提供体制強化加算として、(1) 25 単位/日、(2) 21 単位/日、(3) 12 単位/日のいずれかが加算される場合があります。
- * 介護職員等処遇改善加算として、上記により算定した単位数に 14.9%を乗じた単位が加算されます。

* 食費や宿泊費、おむつ代等の実費分については、上記小規模多機能型居宅介護と同様です。

利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
 イ. 下記指定口座への振り込み
 京都銀行 墨染支店 普通預金 3902875
 名義 京都老人福祉協会

4. 事故発生時の対応について

契約書第 14 条と第 16 条の記載の通り、事故発生時は、ご家族及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、保険者と連携しながら、誠意をもって必要な措置を講じます。

5. 緊急時の対応について

ご利用者に対するサービスの提供中に、ご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかにご家族、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、急を要する場合は、事業所の判断により、救急車両を要請するとともに、必要に応じて京都市・保険者へ連絡します。

6. 個人情報の保護

事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切に取り扱うものとする。

事業所が取り扱う利用者及び家族等の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族等の個人情報を用いる場合は当該家族等の同意をあらかじめ文書により得るものとする。

7. 虐待の防止・その他

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、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、市町村に通報するものとする。

8. 相談・要望・苦情及びサービス内容等は、下記窓口まで

- ①当事業所へのご相談等は、以下の専用窓口で受け付けます。

受付担当者名	立小川 剛	電話 075-622-9544
相談解決者名	山上 悟史	電話 075-622-9545

(担当者に変更があった場合は、ご連絡いたします)

- ②その他、当施設以外に区役所・京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

伏見区役所保健福祉センター健康長寿推進課	電話 075-611-2279
国民健康保険団体連合会 介護相談係	電話 075-354-9090
京都府社会福祉協議会 運営適正化委員会	電話 075-252-2152
第三者委員 井上 幸夫	電話 075-601-5390
高橋 猛	電話 090-4641-0777
田村 充子	電話 075-571-4181

令和 年 月 日

私は、重要事項説明書に基づいて事業者よりサービス内容及び重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

契約者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(署名代行者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(契約者との関係) _____

事業代表者

住 所 京都市伏見区深草大亀谷東古御香町 59 番地 60 番地 _____

事業代表者名 社会福祉法人京都老人福祉協会 理事長 馬場 協一郎 印 _____

説明者名 _____ 印 _____

個人情報の利用に関する同意書（本人）

私は、サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整などに必要な範囲において、契約者及び契約者の家族の個人情報を使用することに同意します。

令和 年 月 日

1、契約者(本人)住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印

契約者(本人)との関係 _____

個人情報の利用に関する同意書（家族等）

私は、サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整などに必要な範囲において、契約者及び契約者の家族等の個人情報を使用することに同意します。

令和 年 月 日

1、同意者(家族等) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

契約者(本人)との関係 _____

2、同意者(家族等) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

契約者(本人)との関係 _____