

花笑み愛成

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護

社会福祉法人 愛成会
花笑み愛成

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 愛成会
事業者の所在地	神奈川県横浜市瀬谷区瀬谷町4131-16
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 平本 千恵子
電話番号	045-300-0881
F A X 番号	045-300-0883

2. 施設

施設の名称	花笑み愛成
開設年月日	令和3年4月1日
事業者指定番号	1493600496
所在地	神奈川県横浜市泉区和泉町1003番1
管理者名	塚田 淳一
電話番号	045-719-5190
F A X 番号	045-719-5193

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	利用者が可能な限り、住み慣れた地域でその方らしい暮らしが実現できるよう、通い、訪問、宿泊等を柔軟に組み合わせることにより、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、必要な日常生活の援助を行い、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことが出来ることを目的とします。
運営の方針	花笑み愛成は、利用者の人権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、通いサービス、宿泊サービス、訪問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します。

4. 営業時間・事業実施地域・定員

営業日・営業時間	営業日：1年365日 営業時間：24時間		
サービス提供時間	通いサービス	宿泊サービス	訪問サービス
	9：00～17：00	17：00～翌9：00	24時間
事業実施地域	横浜市泉区 ※周辺の横浜市他区の方、応相談		
定員	登録定員	通いサービス定員	宿泊サービス定員
	29名	18名	9名

5. 施設の概要

①敷地および建物

敷地	1,114.83m ²	
建物	構造	木造 平屋建
	延べ床面積	279.90m ²

②主な設備

設備の種類	数	面積	一人当たりの面積
宿泊室	9室	78.3 m ²	8.7 m ²
居間・食堂	1室	56.44 m ²	3.13 m ²
台所	1室	9.94 m ²	
浴室	1室	6.34 m ²	
脱衣洗面所	1室	12.55 m ²	
トイレⅠ	1室	5.14 m ²	
トイレⅡ	1室	2.59 m ²	
トイレⅢ	1室	2.21 m ²	

6. 職員体制・勤務体制及び職務内容

①職員体制

職員の職種	員数	備考
管理者	1名	介護支援専門員兼務
介護支援専門員	1名以上	常勤または非常勤
介護従業者	13名以上	うち常勤4名以上
看護職員	1名	介護従業者兼務

②勤務体制及び職務内容

職員の職種	勤務時間	主な職務	
管理者	8:30~17:30	事業所の管理・運営	
介護支援専門員	常勤	8:30~17:30	ケアプラン、介護計画作成
	非常勤	9:00~15:45	サービス調整・相談業務・申請代行
介護従業者	日勤	7:00~20:00内8時間以内	日常生活の支援・相談業務
	夜勤	17:00~翌10:00	
看護職員	8:30~14:30	健康管理等医療に関わる業務・相談	

7. サービスの概要

通い・宿泊 サービス	介護サービス	①心身の状態に応じた移動・移乗支援 ②見守り・安否確認等
	食事支援	①食事の提供 ②状態に応じた食事形態での提供 ③必要に応じて食事摂取の介助
	排泄支援	①利用者の心身の状況に応じた適切な介助 ②適切な排泄用具の提案
	入浴支援	①必要に応じた入浴機会の提供 ②衣服の着脱・洗身・洗髪等の介助 ③必要に応じて清拭・部分浴（足浴・手浴）の提供 ④全身状態の観察
	健康管理	①体温・血圧測定・体調の確認 ②全身状態の把握に努める
	機能訓練	①能力に応じた日常生活動作を通じた訓練 ②軽体操や歩行訓練などの機会の提供
	送迎	希望により、自宅と事業所間の送迎
訪問サービス	利用者の自宅に於いて、心身の状況に応じて必要となる支援の実施	
相談・助言等	①利用者及びその家族の日常生活における介護に関する相談及び助言 ②介護保険に関する申請代行	

8. 協力医療機関

協力医療機関名称	医療法人大空会 瀬谷医院
所在地	横浜市瀬谷区瀬谷4-8-8
電話番号	045-303-1191
診療科目	総合内科

協力医療機関名称	医療法人水永会 eモール歯科
所在地	横浜市瀬谷区二ツ橋町309-1 eモール2階
電話番号	045-369-8148
診療科目	歯科

9. 緊急時対応・事故発生時の対応及び損害賠償

緊急時の対応	主治医または協力医療機関に連絡し、関係機関と連携して必要な措置を講じます。また、状況によっては事業所の判断により救急車による搬送を依頼することもあります。 対応後、速やかに家族または指定連絡先へ連絡いたします。
事故発生時の対応	市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 事故の状況及び事故に際して採った処置・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。
損害賠償	事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
損害賠償責任保険加入先	事業者は下記の損害賠償責任保険に加入しています。 あいおいニッセイ同和損保 損害賠償責任保険

10. 非常災害対策及び感染症・非常災害発生時の事業継続計画の策定

非常災害対策	①非常災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。 ②定期的に避難、救出その他必要な訓練を行い（年2回）、関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知します。
感染症・非常災害発生時の事業継続計画の策定	①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（事業継続計画）を策定し、当該事業継続計画に従って必要な措置を講じます。 ②従業員に対し、事業継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。 ③定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて事業継続計画の変更を行います。

11. 身体的拘束等

事業者は、サービスの提供に当たっては身体拘束ゼロを目指します。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（身体的拘束等）を行いません。

緊急やむを得ない事情により身体的拘束等を行う場合には、事前に当該利用者又はその家族に身体的拘束等の態様等を説明し、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

12. 虐待防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため必要な措置を講じます。また、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

13. 従業者の秘密保持

- ① 正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者、又はその家族の秘密、及び施設の情報を漏らしません。
- ② 退職後も正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者利用者、又はその家族の秘密、及び施設の情報を漏らしません。
- ③ 正当な理由がなく個人情報及び施設の情報を施設外へ持ち出しません。

14. 苦情相談窓口

事業所苦情相談窓口	管理者 神奈川県横浜市泉区和泉町1003番1 TEL 045-719-5190
行政機関	横浜市健康福祉局 介護事業指導課 神奈川県横浜市中区本町6丁目50番地の10市庁舎16階 TEL 045-671-2356
行政機関	泉区高齢・障害支援課 神奈川県横浜市泉区和泉町北5丁目1番1号 TEL 045-800-2436
外部苦情申し立て機関	神奈川県国民健康保険団体連合会（介護苦情相談係） 神奈川県横浜市西区楠町27番地1 TEL 045-329-3447

15. 従業者の研修

新入職時研修	入職後1か月以内実施する
継続研修	随時実施
その他研修	随時法人の主催する研修、および外部の研修に参加

16. 料金支払い

銀行口座引き落とし	当月1日から末日までの合計額を翌月27日頃にご指定の金融機関の預金口座より自動引落によるお支払となります。諸事情により引き落としが不能であった場合は下記口座にお振込みください。（引落とし手数料・振込手数料は利用者負担となります。）
振込先口座	横浜銀行 湘南台支店 普通 6219350 社会福祉法人 愛成会 花笑み愛成

17. 運営推進会議の設置・外部評価

運営推進会議の設置	（予防）小規模多機能型居宅介護サービスに関して、「通い」・「訪問」・「宿泊」サービスの提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議の委員から評価、要望、助言等を受け、サービスの質の確保および適切な運営ができるよう設置します。
委員の構成	利用者又は利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター（地域ケアプラザ）職員または横浜市泉区職員
開催時期	概ね2カ月に1回開催
外部評価	年度ごとに1回、運営推進会議において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。
前回実施日	令和6年3月15日

小規模多機能型居宅介護 料金表

花笑み愛成

令和7年1月1日以降版

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.88 円

※本事業所は、算定項目に☑のある項目について該当した場合に料金が発生します。

算定項目	小規模多機能型居宅介護費（1月につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
	イ 小規模多機能型居宅介護費					
	(1) 同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合					
☑	(一) 要介護1	10,458	11,379	22,757	34,135	
	(二) 要介護2	15,370	16,723	33,445	50,168	
	(三) 要介護3	22,359	24,327	48,653	72,980	
	(四) 要介護4	24,677	26,849	53,697	80,546	
	(五) 要介護5	27,209	29,604	59,207	88,810	
	ロ 短期利用居宅介護費					1日につき
☑	(一) 要介護1	572	623	1,245	1,867	
	(二) 要介護2	640	697	1,393	2,089	
	(三) 要介護3	709	772	1,543	2,314	
	(四) 要介護4	777	846	1,691	2,536	
	(五) 要介護5	843	918	1,835	2,752	
	加算項目					
☑	ハ 初期加算	30	33	66	98	1日につき(イを算定する場合のみ)
	ニ 認知症加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
	(1) 認知症加算(Ⅰ)	920	1,001	2,002	3,003	1月につき(イを算定する場合のみ)
☑	(2) 認知症加算(Ⅱ)	890	969	1,937	2,905	1月につき(イを算定する場合のみ)
	(3) 認知症加算(Ⅲ)	760	827	1,654	2,481	1月につき(イを算定する場合のみ)
☑	(4) 認知症加算(Ⅳ)	460	501	1,001	1,502	1月につき(イを算定する場合のみ)
☑	ホ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	218	436	653	7日を限度として、1日につき(ロを算定する場合のみ)
☑	ヘ 若年性認知症利用者受入加算	800	871	1,741	2,612	1月につき(イを算定する場合のみ)
	ト 看護職員配置加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
	(1) 看護職員配置加算(Ⅰ)	900	980	1,959	2,938	
	(2) 看護職員配置加算(Ⅱ)	700	762	1,524	2,285	
☑	(3) 看護職員配置加算(Ⅲ)	480	523	1,045	1,567	
☑	リ 訪問体制強化加算	1,000	1,088	2,176	3,264	1月につき(イを算定する場合のみ)
	ヌ 総合マネジメント体制強化加算					
☑	(1) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	1,200	1,306	2,612	3,917	1月につき(イを算定する場合のみ)
	(2) 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)	800	871	1,741	2,612	1月につき(イを算定する場合のみ)
☑	ヲ 科学的介護推進体制加算	40	44	87	131	1月につき(イを算定する場合のみ)
	カ 生産性向上推進体制加算					1月につき
	(1) 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	109	218	327	
☑	(2) 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	11	22	33	
	ヨ サービス提供体制強化加算					
	(1) イを算定している場合					1月につき
	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	750	816	1,632	2,448	
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	640	697	1,393	2,089	
☑	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	350	381	762	1,143	
	(2) ロを算定している場合					1日につき
	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	25	28	55	82	
	(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	21	23	46	69	
	(三) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	12	13	26	39	
	介護職員等処遇改善加算(1月につき)					
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×14.9%) ^{※2} ×		10.88	
☑	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×14.6%) ^{※2} ×		10.88	
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×13.4%) ^{※2} ×		10.88	
	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×10.6%) ^{※2} ×		10.88	

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数=〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円-(〇〇円×負担割合^{※4}(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※月途中から登録した場合または月途中にて登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払い下さい。なお、この場合「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・利用者が事業所と利用契約を結んだ日ではなく、入居され、サービスを実際に利用開始した日

登録終了(解約)日・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

※介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、自己負担金を変更させていただきます。

※自己負担金は、ご利用された翌月の27日前後にご指定の口座から引き落としをさせていただきます。

※引き落とし手数料は利用者負担となります。

※令和7年4月1日 改訂

介護予防小規模多機能型居宅介護 料金表 花笑み愛成

令和6年6月1日以降版

1 介護報酬に係る費用 2級地 10.88 円

※本事業所は、算定項目に☑のある項目について該当した場合に料金が発生します。

算定項目	介護予防小規模多機能型居宅介護費（1月につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
	イ 介護予防小規模多機能型居宅介護費					
	（1）同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合					
<input checked="" type="checkbox"/>	（-）要支援1	3,450	3,754	7,508	11,261	
	（-）要支援2	6,972	7,586	15,171	22,757	
	ロ 短期利用介護予防居宅介護費					1日につき
<input checked="" type="checkbox"/>	（-）要支援1	424	462	923	1,384	
	（-）要支援2	531	578	1,156	1,734	
	加算項目					
<input checked="" type="checkbox"/>	ハ 初期加算	30	33	66	98	1日につき(イを算定する場合のみ)
<input checked="" type="checkbox"/>	ニ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	218	436	653	7日を限度として、1日につき (ロを算定する場合のみ)
<input checked="" type="checkbox"/>	ホ 若年性認知症利用者受入加算	450	490	980	1,469	1月につき(イを算定する場合のみ)
<input type="checkbox"/>	ヘ 総合マネジメント体制強化加算					1月につき(イを算定する場合のみ)
<input checked="" type="checkbox"/>	（1）総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	1,200	1,306	2,612	3,917	
<input type="checkbox"/>	（2）総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	800	871	1,741	2,612	
<input checked="" type="checkbox"/>	リ 科学的介護推進体制加算	40	44	87	131	1月につき（イを算定する場合のみ）
<input checked="" type="checkbox"/>	ヌ 生産性向上推進体制加算					1月につき
<input type="checkbox"/>	（1）生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100	109	218	327	
<input checked="" type="checkbox"/>	（2）生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10	11	22	33	
	ル サービス提供体制強化加算					
	（1）イを算定している場合					1月につき
<input type="checkbox"/>	（-）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	750	816	1,632	2,448	
<input type="checkbox"/>	（-）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	640	697	1,393	2,089	
<input checked="" type="checkbox"/>	（-）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	350	381	762	1,143	
	（2）ロを算定している場合					1日につき
<input type="checkbox"/>	（-）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	25	28	55	82	
<input type="checkbox"/>	（-）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	21	23	46	69	
<input type="checkbox"/>	（-）サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	12	13	26	39	
	介護職員等処遇改善加算(1月につき)					
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×14.9%) ^{※2} ×		10.88	
<input checked="" type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×14.6%) ^{※2} ×		10.88	
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×13.4%) ^{※2} ×		10.88	
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇改善加算（Ⅳ）		(介護報酬総単位数 ^{※1} ×10.6%) ^{※2} ×		10.88	

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－(上記額×負担割合(1円未満切り捨て))

※4 負担割合は1割負担の場合:0.9、2割負担の場合:0.8、3割負担の場合:0.7

【利用者負担算出方法】

地域単価×単位数＝〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円－(〇〇円×負担割合^{※4}(1円未満切り捨て))＝△△円(利用者負担額)

※実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※月途中から登録した場合または月途中にて登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払い下さい。なお、この場合「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・利用者が事業所と利用契約を結んだ日ではなく、入居され、サービスを実際に利用開始した日

登録終了(解約)日・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

※介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、自己負担金を変更させていただきます。

※自己負担金は、ご利用された翌月の27日午後にご指定の口座から引き落としさせていただきます。

※引き落とし手数料は利用者負担となります。

2 その他の費用(予防・介護共通)

項 目		金額	説明
1	交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問や送迎をするための交通費(実費)がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を超えた所から、 片道 1Kmあたり 35円
2	食費	朝食 : 500円 昼食 : 700円 おやつ : 100円 夕食 : 700円	
3	宿泊費	1泊 : 3,000円	
4	おむつ代	実費	
5	教養娯楽費(レクリエーション等)	実費	
6	その他日常生活費	実費	

令和 年 月 日

(事業所)

施設名

花笑み愛成

所在地

横浜市泉区和泉町1003-1

説明者

印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意し、交付されたことを確認します。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(代理人)

住 所

氏 名

印

(身元引受人)

住 所

氏 名

印