

# 重要事項説明書

事業者名	株式会社シノケンウェルネス
事業所名	アップルケア福岡ケアプランセンター
事業種類	居宅介護支援・介護予防支援



# 重要事項説明書

## 1. 事業者概要

事業者名	株式会社シノケンウェルネス（以下「当社」といいます。）
代表者	三浦 義明
所在地	〒105-0013 東京都港区浜松町二丁目3番1号
資本金	1,000万円
事業所数	2カ所（2026年2月現在における居宅介護支援事業所数）
法人の理念	<ol style="list-style-type: none"> <li>真心と誠実さをもって謙虚な心でご利用者様に接し、自立支援のために高度なサービスを提供する。</li> <li>ご家族の皆様安心していただけるように万全の管理体制でのぞみ、ご利用者様の安心を創造する。</li> <li>関連するすべての人々の幸せを確保するために誠意をもって会社を運営し、地域社会に貢献する。</li> </ol>

## 2. 事業所の概要

事業所名	アップルケア福岡ケアプランセンター（以下「事業所」といいます。）		
所在地	〒813-0016 福岡市東区香椎浜3丁目3-3		
連絡先	電話	092-662-8377	FAX 092-662-8388
管理者氏名	[渡木 大輔]		
開設年月日	2024年10月1日	事業所番号	4070806205
事業の目的	要支援・要介護状態にある利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。		
事業の実施地域	福岡市（離島を除く） ※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。		
営業日時	月曜日～金曜日（祝祭日、8/13～8/15、年末年始 12/29～1/3 を除く） 午前 9時00分 ～ 午後 18時00分		
サービス提供時間	午前 9時00分 ～ 午後 18時00分		
損害賠償責任保険加入先保険会社	東京海上日動火災保険株式会社		

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

運営方針	<p>(1) 指定居宅介護支援および指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。</p> <p>(2) 指定居宅介護支援および指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービスおよび指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。</p> <p>(3) 事業の実施に当たっては、市区町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者もしくは指定介護予防支援事業者、介護保険施設等、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携に努めます。</p> <p>(4) 感染予防及びその蔓延予防に努め、利用者の健康と生命を護ります。</p> <p>(5) 利用者の安全と人権擁護の観点から、適正な支援を実施し、利用者の自立と社会参加のための支援を妨げることのないようにし、虐待の防止を図ります。</p>
------	--

### 3. サービスの内容

#### ＜サービス提供の標準的な流れ＞

居宅サービス計画または介護予防サービス・支援計画書作成等サービス利用申込み



当社に関すること、居宅サービス計画または介護予防サービス・支援計画書作成等の手順及びサービスの内容に関して大切な説明を行います



#### 居宅サービス計画または介護予防サービス・支援計画書等に関する契約締結

※利用者は役所へ【居宅サービス計画作成依頼届出書】または【介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書】の提出を行っていただきます。

(提出代行可能)



介護支援専門員が自宅を訪問し、利用者の解決すべき課題を把握します

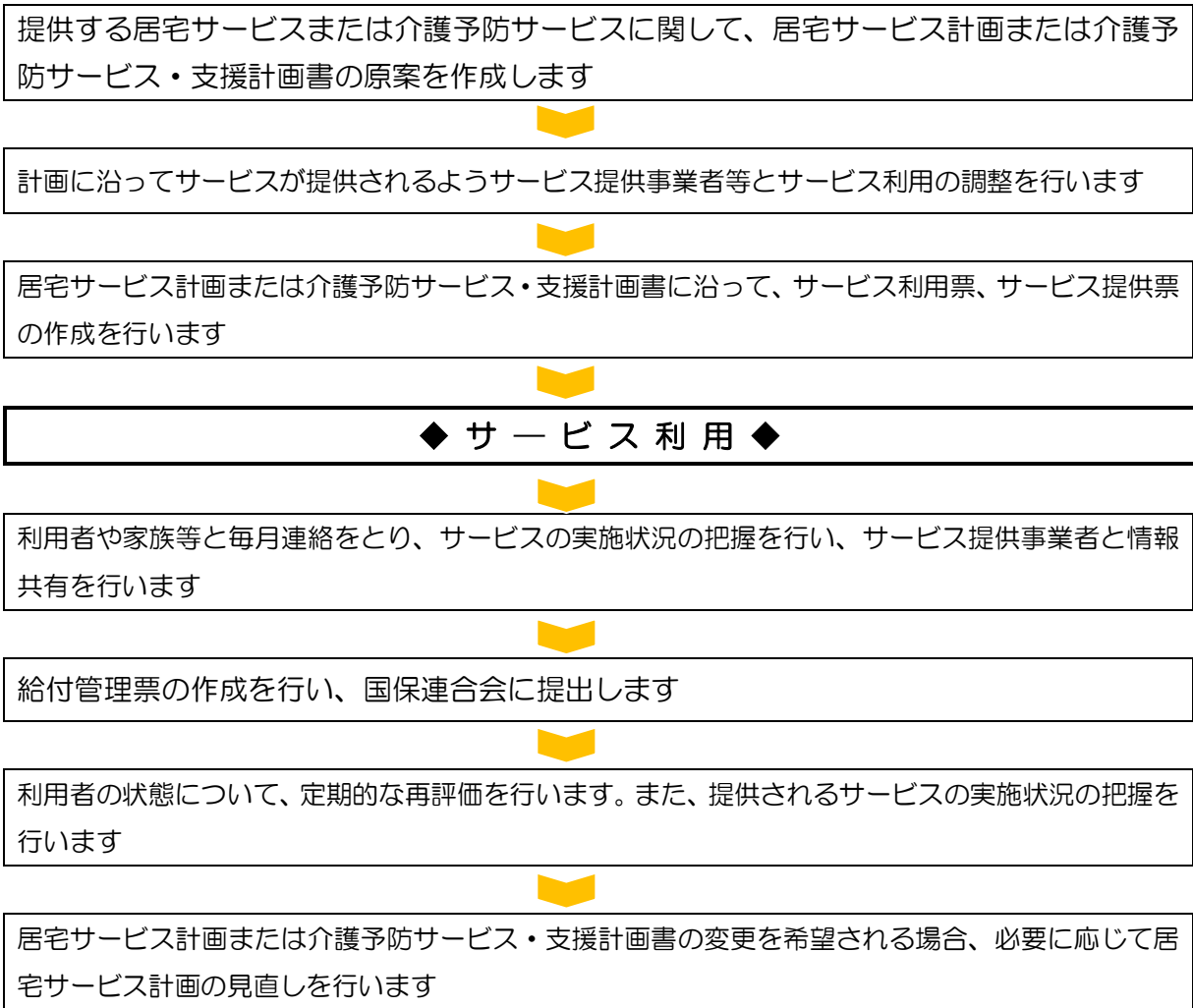


地域の複数のサービス提供事業者の概要や、料金等をお伝えし、利用者やご家族の意向に合ったサービス（提供事業者）を選んでいただきます

又、地域の複数のサービス提供事業者の紹介を求めることができます



【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】



#### ＜サービス提供事業者の選択の自由＞

上記の「サービス提供の標準的な流れ」でも触れていますように、サービス提供事業者を利用者やその家族の意思で自由に選択していただけます。また、一度、決定したサービス提供事業者を変更することも可能です。（詳しくは締結されるサービス提供事業者との契約書や重要事項説明書を参照ください。）

サービス提供事業者を選定する際に担当の介護支援専門員に対し、要望するサービス提供事業者の条件を伝えていただくと介護支援専門員はその条件を満たしうるサービス提供事業者を紹介いたします。

何度でも紹介することができますので紹介のあったサービス提供事業者の担当者との面談等を通じ満足されるサービス提供事業者を選定してください。

#### 4. 勤務体制

従事者の職種	勤務体制	出勤日・休憩
管理者	介護支援専門員兼務	ローテーションによる
介護支援専門員	1名管理者兼務	ローテーションによる

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

## 5. 従業者の体制（〔2026〕年2月〔1〕日現在）

従事者の職種	人数 (名)	区分		常勤換算後 の人数(名)	職務の内容
		常勤 (名)	非常勤 (名)		
管理者	〔1〕	〔1〕	〔0〕	〔0.5〕	・従事者及び業務の一元的な管理 ・従事者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令等
介護支援専門員	〔3〕	〔2〕	〔1〕	〔1.6〕	・利用の申込みに係る調整 ・居宅サービス計画の作成・説明・交付等

## 6. 急変・緊急時の対応

利用者の容態に急変、又は状態に著しい悪化がみられ、医師の医学的判断若しくは技術、又は医療従事者の関与が必要と判断される場合には、救急隊の出動を要請するほか、協力医療機関等と連絡を取ることで、利用者に必要な処置を受けることができるように対応するとともに、後見人及び家族等に速やかに連絡します。

※ 当事業所では、緊急連絡体制を整えるとともに、『介護事故防止及び発生時対応マニュアル』を備えています。

## 7. 事故発生時等の対応方法

事故及び感染症等が発生し、利用者の身に危害が及んだ場合には、利用者の家族及び施設所在役所に連絡のうえ、適時適切に対応して行きます。

また、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。

※1 当社では、『感染症対策マニュアル』ほか、事故防止・抑止を目的とした『介護事故防止及び発生時対応マニュアル』を整備し、事故の未然防止・抑止に努めています。

※2 当社では、損害賠償責任保険に加入しています。しかしながら、この保険は、当社側に過失が認められる場合に限り保険金が支払われるものであるため、サービスの結果発生した事故に起因するすべての損害に対して保険金が支払われるというわけではありません。又、利用者に故意又は過失がある場合、損害賠償責任額が減額あるいは免責されることもあります。

## 8. 感染症の発生及び蔓延予防対策

事業所は、事業所において感染症が発生し又はまん延しないように必要な措置を講じます。

- ① 必要に応じ保健所の助言、指導を求め、助言等に応じた対応を行います。
- ② 事業所は、感染症予防マニュアルを整備し、従業者に周知徹底します。また、従業者への衛生管理に関する研修及び訓練を適宜行います。
- ③ 事業所は、感染症の予防及び蔓延防止のために対策を検討する「感染予防対策委員会」を設け、六月に1回以上これを開催し、その結果をすべての従業者に周知徹底させます。

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

## 9. 介護サービス・介護予防サービス料金

介護保険から全額給付されますので、利用者負担金は原則ありません。(法定代理受領)ただし、介護保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなった場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂くことになります。

(1) 居宅介護支援費 (5級地【料金表】2024年6月1日改定) 一単位の単価：10.7円

算定項目	要介護度	基本単位数	料金の額
居宅介護支援費Ⅰ	要介護1	1,086 単位	11,620 円
	要介護2		
	要介護3	1,411 単位	15,097 円
	要介護4		
	要介護5		
居宅介護支援費Ⅱ	要介護1	544 単位	5,820 円
	要介護2	704 単位	7,532 円
	要介護3		
	要介護4		
	要介護5		
居宅介護支援費Ⅲ	要介護1	326 単位	3,488 円
	要介護2	422 単位	4,515 円
	要介護3		
	要介護4		
	要介護5		

加算項目	加算単位数	加算額	算定単位
初回加算	300 単位	3,210 円	1 月につき
特定事業所加算Ⅰ	519 単位	5,553 円	1 月につき
特定事業所加算Ⅱ	421 単位	4,504 円	1 月につき
特定事業所加算Ⅲ	323 単位	3,456 円	1 月につき
特定事業所加算 A	114 単位	1,219 円	1 月につき
特定事業所医療介護連携加算	125 単位	1,337 円	1 月につき
入院時情報連携加算Ⅰ	250 単位	2,675 円	1 月につき
入院時情報連携加算Ⅱ	200 単位	2,140 円	1 月につき
退院・退所加算Ⅰイ (入院期間中1回を限度に算定)	450 単位	4,815 円	1 回につき
退院・退所加算Ⅰロ (入院期間中1回を限度に算定)	600 単位	6,420 円	1 回につき
退院・退所加算Ⅱイ (入院期間中1回を限度に算定)	600 単位	6,420 円	1 回につき
退院・退所加算Ⅱロ (入院期間中1回を限度に算定)	750 単位	8,025 円	1 回につき
退院・退所加算Ⅲ (入院期間中1回を限度に算定)	900 単位	9,630 円	1 回につき
通院時情報連携加算	50 単位	535 円	1 月につき
緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位	2,140 円	月2回限度

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

ターミナルケアマネジメント加算	400 単位	4,280 円	1 月につき
介護職員等処遇改善加算	所定単位数×2.1%		1 月につき

減算項目	減算単位数	減算額	算定単位
特定事業所集中減算	-200 単位	-2,140 円	1 月につき
運営基準減算	基本単位数×50%		1 月につき

(2) 介護予防支援費（5 級地【料金表】2024 年 6 月 1 日改定） 一単位の単価：10.7 円

基本項目	要介護度	基本単位数	料金の額
介護予防支援費（Ⅰ）	要支援 1 要支援 2	442 単位	4,729 円
介護予防支援費（Ⅱ）	要支援 1 要支援 2	472 単位	5,050 円

加算項目	加算単位数	加算額	算定単位
初回加算	300 単位	3,210 円	1 月につき
委託連携加算	300 単位	3,210 円	1 月につき

(3) 介護予防ケアマネジメント費（5 級地【料金表】2024 年 6 月 1 日改定） 一単位の単価：10.7 円

基本項目	要介護度	基本単位数	料金の額
介護予防ケアマネジメント費	要支援 1 要支援 2	442 単位	4,729 円

加算項目	加算単位数	加算額	算定単位
初回加算	300 単位	3,210 円	1 月につき
委託連携加算	300 単位	3,210 円	1 月につき
介護職員等処遇改善加算	所定単位数×2.1%		1 月につき

(4) 介護保険給付対象外サービス

① 謄写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、謄写物を必要とする場合には謄写代をご負担いただきます。

謄写代(1枚)
10円

② 交通費

通常の事業の実施地域以外に居住している利用者に対して、その居宅を訪問し指定居宅介護支援を行った際にかかる燃料費となります。

燃料費(km)
---------

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

100円

(5) 利用料等のお支払方法

	支払方法	支払期限
支払方法 (該当する□にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 口座自動振替方式	当月分のサービス利用料金を利用者の指定した口座から翌々月27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座引落によりお支払いいただきます。ただし、引落手数料600円（消費税別途）は利用者の負担とします。
	<input type="checkbox"/> 振込方式	金融機関名：三井住友銀行 支店名：浜松町支店 預金：普通預金 口座番号：7572254 口座名義人：株式会社シノケンウェルネス 代表取締役 三浦義明

※ 残高不足等により口座引落ができない場合、引落日の属する月の末日までに事業者の指定する口座へ振込み支払うものとし、振込手数料は利用者負担とします。

※ 口座振替が開始されるまでの期間におけるサービス利用料金の支払方法については、当月分のサービス利用料金を翌々月末日までに、事業者の指定する口座へ振込支払うものとし、振込手数料は利用者負担とします。

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

事業所相談窓口	窓口責任者 <u>渡木 大輔</u> 時 間 午前9時00分～午後18時00分 方 法 電話 092-662-8377 Fax 092-662-8388 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）
福岡県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	電 話 092-642-7859 F A X 092-642-7856
東区保健福祉センター 福祉・介護保険課	電 話 092-645-1069 F A X 092-631-2191
博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	電 話 092-419-1081 F A X 092-441-1455
中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	電 話 092-718-1102 F A X 092-771-4955
南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	電 話 092-559-5125 F A X 092-512-8811
城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	電 話 092-833-4105 F A X 092-822-2133
早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課	電 話 092-833-4355 F A X 092-831-5723

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

西区保健福祉センター 福祉・介護保険課	電 話 092-895-7066 F A X 092-881-5874
------------------------	--

### 1.1. 個人情報等の取扱い

当事業所の従事者(退職した従事者を含みます。)は、業務上知り得た利用者及び家族等に関する秘密等(秘匿されないことにより、利用者及び家族等が直接的又は間接的に不利益を被ることが想定されるような非開示又は未公表の情報、及び法令又は社会通念上保護すべきことが求められる個人情報又はプライバシー等)を正当な理由がなく第三者に提供、又は漏らさないようにします。なお、個人情報の使用については、「個人情報使用同意書」により、利用者及び家族から同意を得るものとします。

また、従事者であった者が業務上知り得た利用者等の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

### 1.2. 利用者の人権の擁護

事業所は、居宅介護支援および介護予防支援の提供に際し介護支援専門員に利用者の人権と尊厳を支える専門職であることを自覚させ、利用者から求められる姿勢を認識させます。また、介護支援専門員としての職業倫理に基づき利用者の人権の擁護に資するよう業務にあたります。

2 事業所は、前項の為の従業者に対する研修の実施、その他前項の為に必要な措置を講ずるものとします。

### 1.3. 虐待防止

事業所は、利用者の虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会(「高齢者虐待防止対策委員会」)を定期的に開催
- ③ 管理者を担当者とする利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ④ その他虐待防止のために必要な措置

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)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、これを関係行政機関に通報するものとします。

### 1.4. 身体的拘束等の原則禁止に関する項目

事業所は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下、身体拘束等)という。)を行いません。ただし、当該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ます。また、その場合も、以下に定めるようにして行います。

- ① 身体的拘束等は、あらかじめ本人及び利用者の家族に利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体拘束等の態様及び目的、身体拘束等を行う時間、期間等の説明を行い、同意を書面で得るように努めます。
- ② 身体的拘束等を行う場合には、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等を記録し、保存するものとします。

※ 当社では、『身体拘束廃止マニュアル』を定めているほか、『身体拘束適正対策委員会』を設置しています。

### 1.5. その他

事項	内容
従事者研修	・入社時研修 : 入社後速やかに ・継続研修 : 随時

## 重要事項の説明に関する確認書兼サービス提供開始に関する同意書

当社は、本重要事項説明書に基づき、当事業所で提供されるサービスの内容及び費用、その他、利用者がサービスを選択するうえで資すると認められる重要事項に関する説明を行うとともに、本重要事項説明書を交付いたしました。

20 年 月 日

事業者 (所在地) 東京都港区浜松町二丁目3番1号  
(名称) 株式会社シノケンウェルネス  
代表取締役 三浦 義明

事業所 (所在地) 福岡県福岡市東区香椎浜3丁目3-3  
(名称) アップルケア福岡ケアプランセンター

管理者名 | 渡木 大輔 |

説明者名 | | 印

私は、本重要事項説明書の交付を受け、又、これに基づき、上記説明者より、当事業所で提供されるサービスの内容及び費用、その他、私がサービスを選択するうえで資すると認められる重要事項に関する説明及び交付を受け、サービスの提供を受けることに同意いたします。

20 年 月 日

利用者 (住所) [ | ]  
(氏名) | | 印

なお、住所・氏名欄の記載及び押印について、以下の者が、  
 利用者の意思を確認のうえ、代行しました。  
 立ち会いました。

代理人 (住所) [ | ]  
(氏名) | | 印

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

(利用者との続柄・関係) \_\_\_\_\_