

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	アップライフ香椎浜
事業種類	(第一号通所事業) 通所介護

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	1カ所（2024年10月現在における通所介護事業所数）
法人の理念	1. 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。 2. ご家族の皆様にご安心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。 3. 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。

2. 事業所の概要

事業所名	アップライフ香椎浜（以下「事業所」といいます。）			
所在地	〒813-0016 福岡市東区香椎浜三丁目3番3号			
連絡先	電話	092-289-6511	FAX	092-673-6599
管理者氏名	杉本 博幸			
開設年月日	2024年10月1日	事業所番号	4070806221	
利用定員	25名			
事業の目的	事業所の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援又は要介護状態となった場合においても通所介護又は第一号通所事業（以下「サービス」といいます。）を利用し、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上の援助並びに利用者家族の心身の負担の軽減を図ることを事業の目的とします。			
事業の実施地域	福岡市東区（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	午前9時00分～午後5時00分			
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時40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) わたしたちは、利用者を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。</p> <p>(2) わたしたちは、ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別ケアに真正面から取り組んでいます。</p> <p>(3) わたしたちは、住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。</p> <p>(4) わたしたち職員全員が「介護職人」だと自負し、より質と満足度が高いケアを目指して取り組んでいます。</p> <p>(5) わたしたちは、「必要な時」に「必要な量」の介護サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。</p> <p>(6) わたしたちは、誰もが安心して生活できる地域社会づくりに、草の根から貢献します。</p> <p>(7) わたしたちは、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>(8) 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

種 類	内 容
食 事	家庭的で温かく美味しい食事を提供 ・食事時間：午後 12 時～午後 12 時 45 分 ※食事サービスの利用は任意です。
入 浴	浴室 ・介助が必要な方には職員がマンツーマンで対応します。
排 泄	トイレ 2カ所 ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立に向けた適切な援助を行います。
機 能 訓 練	機能訓練指導員の配置 ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。特に心身機能の向上の為、日常生活における訓練を重点的に取り組んでいます。
生 活 指 導	各種レクリエーションや健康体操等を実施します。
健 康 チェ ッ ク	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相 談 及 び 援 助	利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	ご自宅から事業所内までの送迎を行います。

留意事項	<p>(1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。</p> <p>(2) 事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。</p> <p>(3) 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。</p> <p>(4) 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。</p> <p>(5) 所持金品は、自己の責任で管理してください。</p> <p>(6) 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。</p>
------	--

4. 勤務体制

従事者の職種	勤務体制	出勤日・休憩
管理者	サービス提供時間内に勤務 生活相談員兼務	ローテーションによる
生活相談員	サービス提供時間内に勤務 うち1名管理者兼務、	ローテーションによる
介護職員	サービス提供時間内に勤務	ローテーションによる
看護職員	機能訓練指導員兼務	ローテーションによる
機能訓練指導員	看護職員兼務	ローテーションによる

5. 従業者の体制（2024年10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	1.0	事業所の管理等
生活相談員	3	2	1	1.4	相談・生活指導等
介護職員	7	1	6	4.3	介護全般
看護職員	3	0	3	0.7	健康管理等
機能訓練指導員	3	0	3	0.7	機能訓練等

【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】

<資格保有者数>

資格及び研修		常勤	非常勤	計	(うち管理者)
主 な 資 格	介護福祉士	3名	2名	5名	(1名)
	社会福祉士	1名	0名	1名	(1名)
	介護支援専門員	1名	3名	4名	(1名)
	初任者研修修了者	0名	1名	1名	(0名)
	基礎研修修了者	0名	0名	0名	(0名)
	実務者研修修了者	0名	3名	3名	(0名)
	看護師	0名	3名	3名	(0名)
	准看護師	0名	0名	0名	(0名)
	理学療法士	0名	0名	0名	(0名)
	その他	0名	1名	1名	(0名)

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、家族及び居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター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

当事業所内において介護サービスの提供を受ける場合、一般的な風邪のみならず、インフルエンザやノロウイルス、疥癬等といった感染症が広がる可能性があるほか、利用者同士の言い争いがケンカに発展し、そうしたケンカが原因で、利用者がケガをする場合があります。

事業所内で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、事業所内で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。

【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】

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。

9. 介護サービス料金

介護保険の適用がある場合は、原則として1割負担になりますが、世帯の収入に応じて2割負担もしくは3割負担になる場合もあります。また、昼食費及びおやつ代等の介護保険給付対象外サービスにつきましては、利用者の自己負担となります。

(1) 通常規模型通所介護費（5級地【料金表】2024年6月1日現在） 一単位の単価：10.45円

時 間	要介護度	単位数	料金の額	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上4時間未満	要介護1	370単位	3,866円	387円	774円	1,160円
	要介護2	423単位	4,420円	442円	884円	1,326円
	要介護3	479単位	5,005円	501円	1,001円	1,502円
	要介護4	533単位	5,569円	557円	1,114円	1,671円
	要介護5	588単位	6,144円	615円	1,229円	1,844円
4時間以上5時間未満	要介護1	388単位	4,054円	406円	811円	1,217円
	要介護2	444単位	4,639円	464円	928円	1,392円
	要介護3	502単位	5,245円	525円	1,049円	1,574円
	要介護4	560単位	5,852円	586円	1,171円	1,756円
	要介護5	617単位	6,447円	645円	1,290円	1,935円
5時間以上6時間未満	要介護1	570単位	5,956円	596円	1,192円	1,787円
	要介護2	673単位	7,032円	704円	1,407円	2,110円
	要介護3	777単位	8,119円	812円	1,624円	2,436円
	要介護4	880単位	9,196円	920円	1,840円	2,759円
	要介護5	984単位	10,282円	1,029円	2,057円	3,085円
6時間以上7時間未満	要介護1	584単位	6,102円	611円	1,221円	1,831円
	要介護2	689単位	7,200円	720円	1,440円	2,160円
	要介護3	796単位	8,318円	832円	1,664円	2,496円
	要介護4	901単位	9,415円	942円	1,883円	2,825円
	要介護5	1,008単位	10,533円	1,054円	2,107円	3,160円
7時間以上8時間未満	要介護1	658単位	6,876円	688円	1,376円	2,063円
	要介護2	777単位	8,119円	812円	1,624円	2,436円
	要介護3	900単位	9,405円	941円	1,881円	2,822円
	要介護4	1,023単位	10,690円	1,069円	2,138円	3,207円

【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】

	要介護 5	1,148 単位	11,996 円	1,200 円	2,400 円	3,599 円
8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	669 単位	6,991 円	700 円	1,399 円	2,098 円
	要介護 2	791 単位	8,265 円	827 円	1,653 円	2,480 円
	要介護 3	915 単位	9,561 円	957 円	1,913 円	2,869 円
	要介護 4	1,041 単位	10,878 円	1,088 円	2,176 円	3,264 円
	要介護 5	1,168 単位	12,205 円	1,221 円	2,441 円	3,662 円

加算項目	単位数	加算額	利用者負担額			算定単位
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
入浴介助加算 I	40 単位	418 円	42 円	84 円	126 円	1 日につき
入浴介助加算 II	55 単位	574 円	58 円	115 円	173 円	1 日につき
中重度者ケア体制加算	45 単位	470 円	47 円	94 円	141 円	1 日につき
生活機能向上連携加算 I	100 単位	1,045 円	105 円	209 円	314 円	3 月 1 回程度
生活機能向上連携加算 II 1	200 単位	2,090 円	209 円	418 円	627 円	1 月につき
生活機能向上連携加算 II 2	100 単位	1,045 円	105 円	209 円	314 円	1 月につき
個別機能訓練加算 I イ	56 単位	585 円	59 円	117 円	176 円	1 日につき
個別機能訓練加算 I ロ	76 単位	794 円	80 円	159 円	239 円	1 日につき
個別機能訓練加算 II	20 単位	209 円	21 円	42 円	63 円	1 日につき
ADL 維持等加算 I	30 単位	313 円	32 円	63 円	94 円	1 月につき
ADL 維持等加算 II	60 単位	627 円	63 円	126 円	189 円	1 月につき
認知症加算	60 単位	627 円	63 円	126 円	189 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	60 単位	627 円	63 円	126 円	189 円	1 日につき
栄養アセスメント加算	50 単位	522 円	53 円	105 円	157 円	1 月につき
栄養改善加算	200 単位	2,090 円	209 円	418 円	627 円	月 2 回限度
口腔・栄養スクリーニング加算 I	20 単位	209 円	21 円	42 円	63 円	6 月 1 回限度
口腔・栄養スクリーニング加算 II	5 単位	52 円	6 円	11 円	16 円	6 月 1 回限度
口腔機能向上加算 I	150 単位	1,567 円	157 円	314 円	471 円	月 2 回限度
口腔機能向上加算 II	160 単位	1,672 円	168 円	335 円	502 円	月 2 回限度
科学的介護推進体制加算	40 単位	418 円	42 円	84 円	126 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算 I	22 単位	229 円	23 円	46 円	69 円	1 回につき
サービス提供体制強化加算 II	18 単位	188 円	19 円	38 円	57 円	1 回につき
サービス提供体制強化加算 III	6 単位	62 円	7 円	13 円	19 円	1 回につき
介護職員等処遇改善加算 I	所定単位数×9.2%					1 月につき
介護職員等処遇改善加算 II	所定単位数×9.0%					
介護職員等処遇改善加算 III	所定単位数×8.0%					
介護職員等処遇改善加算 IV	所定単位数×6.4%					1 月につき

減算項目	単位数	減算額	算定単位
同一建物減算	-94 単位	-982 円	1 日につき
送迎減算	-47 単位	-491 円	片道につき

【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】

(2) 予防通所サービス (5級地【料金表】2024年6月1日現在) 一単位の単価：10.45円

サービス区分	時間	要介護度	単位数	料金の額	利用者負担額		
					1割負担	2割負担	3割負担
通所型サービス ※1回あたりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		1,798 単位	18,789 円	1,879 円	3,758 円	5,637 円
	事業対象者・要支援I(日割)		59 単位	616 円	62 円	124 円	185 円
	事業対象者・要支援2		3,621 単位	37,839 円	3,784 円	7,568 円	11,352 円
	事業対象者・要支援2(日割)		119 単位	1,243 円	125 円	249 円	373 円
通所型サービス ※1回当たりの回数を定める場合	要支援1 *1月の中で4回まで		436 単位	4,556 円	456 円	912 円	1,367 円
	要支援2 *1月の中で8回まで		447 単位	4,671 円	468 円	935 円	1,402 円

加算項目	単位数	加算額	利用者負担額			算定単位
			1割負担	2割負担	3割負担	
生活機能向上グループ活動加算	100 単位	1,045 円	105 円	209 円	314 円	1月につき
若年性認知症受入加算	240 単位	2,508 円	251 円	502 円	753 円	1月につき
栄養アセスメント加算	50 単位	522 円	53 円	105 円	157 円	1月につき
栄養改善加算	200 単位	2,090 円	209 円	418 円	627 円	1月につき
口腔機能向上加算 I	150 単位	1,567 円	157 円	314 円	471 円	1月につき
口腔機能向上加算 II	160 単位	1,672 円	168 円	335 円	502 円	1月につき
一体的サービス提供加算	480 単位	5,016 円	502 円	1,004 円	1,505 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(I) 事業対象者・要支援1	88 単位	919 円	92 円	184 円	276 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(I) 事業対象者・要支援2	176 単位	1,839 円	184 円	368 円	552 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(II) 事業対象者・要支援1	72 単位	752 円	76 円	151 円	226 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(II) 事業対象者・要支援2	144 単位	1,504 円	151 円	301 円	452 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(III) 事業対象者・要支援1	24 単位	250 円	25 円	50 円	75 円	1月につき
サービス提供体制強化加算(III) 事業対象者・要支援2	48 単位	501 円	51 円	101 円	151 円	1月につき
生活機能向上連携加算 I	100 単位	1,045 円	105 円	209 円	314 円	3月1回限度
生活機能向上連携加算 II	200 単位	2,090 円	209 円	418 円	627 円	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算 I	20 単位	209 円	21 円	42 円	63 円	6月1回限度
口腔・栄養スクリーニング加算 II	5 単位	52 円	6 円	11 円	16 円	6月1回限度
科学的介護推進体制加算	40 単位	418 円	42 円	84 円	126 円	1月につき
介護職員等処遇改善加算 I	所定単位数×9.2%					1月につき
介護職員等処遇改善加算 II	所定単位数×9.0%					1月につき

【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】

介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数×8.0%				1月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数×6.4%				1月につき

減算項目	要介護度	単 位	減算額	算定回数
同一建物減算 ※1週当たりの標準的な回 数を定める場合	事業対象者・要支援1	-376単位	-3,929円	1月につき
	事業対象者・要支援2	-752単位	-7,858円	1月につき
同一建物減算 ※1月当たりの回数を定め る場合	要支援1・2	-94単位	-982円	1回につき
送迎減算		-47単位	-491円	片道につき

※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際のサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となります。
- ・介護保険適用の場合でも、介護保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表のサービス利用料金の全額をお支払いいただきます。利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。発行されたサービス提供証明書と領収書を保険者介護保険窓口を持参すると、9割分又は8割分もしくは7割分が返還されます。

(3) 介護保険給付対象外サービス

① 昼食費・おやつ代

利用者に提供する食事・おやつに要する費用です。

昼食費(1食)	おやつ(1食)
510円	110円

② おむつ代

おむつ代(1枚)	尿取パット代(1枚)
100円	50円

③ レクリエーション

利用料金
材料代等の実費をいただくことがあります。

※利用者の希望によります。

④ 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

【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 送迎費・交通費

通常の事業の実施地域以外の利用者の送迎にかかる燃料費となります。

燃料費(km)
50 円

⑥ キャンセル料

利用者のご都合（やむを得ない事情は除く）でサービスを中止する場合、下記に基づいてキャンセル料を頂きます。キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡ください。なお、サービス利用日の振りかえは、可能ですのでご相談下さい。

①利用日の前営業日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
②利用日の前営業日の午後5時までにご連絡がなかった場合（食事代）	620 円
③サービスを受けている途中で帰宅することとなった場合	利用時間に応じた料金

(4) 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 杉本 博幸 時間 午前8時30分～午後5時30分 方法 電話（092-289-6511） 面接（当事業所相談室） ご意見箱（事務室に設置）
---------	---

【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】

福岡市東区福祉 介護保険課	電 話 092-645-1071 FAX 092-631-2191 住 所 〒812-0053 福岡市東区箱崎2丁目54-1
福岡県国民健康保険 団体連合会	電 話 092-642-7800 FAX 092-642-7852 住 所 〒812-0046 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47

1 1. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実 施 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

1 2. 個人情報等の取扱い

当事業所の介護従事者(退職した介護従事者を含みます。)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いいます。)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 3. 災害発生時の対応

当事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の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事者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うほか、スプリンクラーその他消火設備を設置します。

非常時の対応	別途定める非常災害対応マニュアルに則り対応をします。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画に則り年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	0	防火扉・シャッター	0
	避難階段	0	屋内消火器	1
	自動火災報知機	0	ガス漏れ探知機	0
	誘導灯	2		
カーテン、じゅうたん等は防災性能のあるものを使用しています。				

【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】

- ※ 当事業所では、火災が発生した場合、初期消火に努めるとともに、近隣住民の協力や消防隊の出動を要請することにより、利用者の避難・誘導、早期鎮火・延焼防止に努めます。又、火災や地震等により利用者が被災・負傷した場合には、近隣住民や救助隊の協力を得て、被災・負傷した利用者の救出・救助に努めます。
- ※ 当事業所では、建物内に防火管理者を置くとともに、自衛消防団組織を編成し、年2回、消防計画に基づく消防訓練（消火、通報、避難・誘導訓練等）を実施しています。又、「防災用自主点検表」に基づく点検を日々実施し、事業所内で火事が発生することのないよう日常的に留意します。

1 4. 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、これを関係行政機関に通報するものとします。

1 5. 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 6. その他

事項	内容
従事者研修	・採用時研修 : 採用後速やかに ・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三丁目3番3号
(名称) アップライフ香椎浜
管理者名 杉本 博幸
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
(利用者との続柄・関係) _____