

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	アップライフ石神井台
事業種類	(第一号通所事業) 地域密着型通所介護

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	2ヵ所（2024年10月現在における地域密着型通所介護事業所数）
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。 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	アップライフ石神井台（以下「事業所」といいます。）			
所在地	〒177-0045 東京都練馬区石神井台 6-3-19			
連絡先	電話	03-6852-9281	FAX	03-6852-9282
管理者氏名	馬場 清盛			
開設年月日	2024年10月1日	事業所番号	1392001135(地域密着型通所介護) 13A2001033(第一号通所事業)	
利用定員	11名			
事業の目的	少人数の中で個人の特性にあった地域密着型通所介護サービス及び 第一号通所事業（以下「サービス」といいます。）を提供します。			
事業の実施地域	練馬区 ※左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～午後6時			
サービス提供時間	午前9時30分 ～ 午後4時45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		

運営方針	(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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (8) わたしたちは、利用者の安全と人権保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。
------	---

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0時～午後1時30分 ※食事サービスの利用は任意です。
入 浴	個人浴槽 ・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	ご自宅から施設内までの送迎

【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】

留意事項	1、事業所は、利用者及びその家族に対して、通所介護等の提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を通所介護従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けることができるよう協力の依頼をする。 2、事業所は、事前に利用者に対して次の点に留意するよう指示を行う。 （1）利用者は、気分が悪くなったときはすみやかに申し出ること。 （2）利用者は、共有の施設・設備は他の迷惑にならないよう利用すること。 （3）利用者は、送迎の予定時間に間に合わない場合は、送迎サービスが受けられない場合があること。 （4）利用者は、ペットを持ち込まないこと。 （5）利用者は、高額な現金や貯金通帳等の貴重品を持ち込まないこと。 （6）利用者は、飲酒をして利用しないこと。 （7）利用者は、室内、送迎車で喫煙をしないこと。 3、利用申込者が入院治療を要する者であること等、利用申込者に対して必要なサービスを提供することが困難であると認められる場合は、適切な介護保険施設、医療機関等を紹介する等の適切な措置をすみやかに講じる。
------	--

4. 勤務体制

従業者の職種	勤務体制	出勤日・休憩
管理者	サービス提供時間内に常勤で勤務 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常勤または非常勤で勤務 うち1名管理者兼務・うち1名介護職員兼務	ローテーションによる
介護職員	サービス提供時間内に常勤または非常勤で勤務	ローテーションによる
看護職員	サービス提供時間内に常勤または非常勤で勤務	ローテーションによる
機能訓練指導員	サービス提供時間内に常勤または非常勤で勤務	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. 従業員の体制（2024年10月1日現在）

従業員の職種	員数	職務の内容
管理者	1名	事業所の管理
生活相談員	1名以上	相談・生活指導等
介護職員	1名以上	介護全般
看護職員	1名以上	健康管理等
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練等

＜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	2名	1名	3名	(1名)
	訪問介護員(事業所ヘルパー)養成1級課程	0名	0名	0名	(0名)
	訪問介護員(事業所ヘルパー)養成2級課程	0名	0名	0名	(0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	1名	0名	1名	(0名)
	看護師	0名	1名	1名	(0名)
	准看護師	0名	1名	1名	(0名)
	介護支援専門員	0名	0名	0名	(0名)
	その他	0名	0名	0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することにより、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。

【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】

※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。

8. 協力医療機関

名 称	城北さくらクリニック			
所 在 地	〒176-0001 東京都練馬区練馬1丁目18-8 犬丸ビル 3F			
連 絡 先	電 話	03-5912-0203	FAX	03-5912-0215

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) 地域密着型通所介護費（1級地【料金表】2024年6月1日改定） 一単位の単価：10.9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	416単位	4,534円	454円	907円	1,361円
	要介護2	478単位	5,210円	521円	1,042円	1,563円
	要介護3	540単位	5,886円	589円	1,178円	1,766円
	要介護4	600単位	6,540円	654円	1,308円	1,962円
	要介護5	663単位	7,226円	723円	1,446円	2,168円
4時間以上5時間未満	要介護1	436単位	4,752円	476円	951円	1,426円
	要介護2	501単位	5,460円	546円	1,092円	1,638円
	要介護3	566単位	6,169円	617円	1,234円	1,851円
	要介護4	629単位	6,856円	686円	1,372円	2,057円
	要介護5	695単位	7,575円	758円	1,515円	2,273円
5時間以上6時間未満	要介護1	657単位	7,161円	717円	1,433円	2,149円
	要介護2	776単位	8,458円	846円	1,692円	2,538円
	要介護3	896単位	9,766円	977円	1,954円	2,930円
	要介護4	1,013単位	11,041円	1,105円	2,209円	3,313円
	要介護5	1,134単位	12,360円	1,236円	2,472円	3,708円
6時間以上7時間未満	要介護1	678単位	7,390円	739円	1,478円	2,217円
	要介護2	801単位	8,730円	873円	1,746円	2,619円
	要介護3	925単位	10,082円	1,009円	2,017円	3,025円
	要介護4	1,049単位	11,434円	1,144円	2,287円	3,431円
	要介護5	1,172単位	12,774円	1,278円	2,555円	3,833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】

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
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	753 単位	8,207 円	821 円	1,642 円	2,463 円
	要介護 2	890 単位	9,701 円	971 円	1,941 円	2,911 円
	要介護 3	1,032 単位	11,248 円	1,125 円	2,250 円	3,375 円
	要介護 4	1,172 単位	12,774 円	1,278 円	2,555 円	3,833 円
	要介護 5	1,312 単位	14,300 円	1,430 円	2,860 円	4,290 円
8 時間以上 9 時間未満	要介護 1	783 単位	8,534 円	854 円	1,707 円	2,561 円
	要介護 2	925 単位	10,082 円	1,009 円	2,017 円	3,025 円
	要介護 3	1,072 単位	11,684 円	1,169 円	2,337 円	3,506 円
	要介護 4	1,220 単位	13,298 円	1,330 円	2,660 円	3,990 円
	要介護 5	1,365 単位	14,878 円	1,488 円	2,976 円	4,464 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	436 円	44 円	88 円	131 円	1 日につき
入浴介助加算Ⅱ	55 単位	599 円	60 円	120 円	180 円	1 日につき
中重度者ケア体制加算	45 単位	490 円	49 円	98 円	147 円	1 日につき
生活機能向上連携加算Ⅱ	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円	1 月につき
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位	610 円	61 円	122 円	183 円	1 日につき
個別機能訓練加算Ⅰロ	76 単位	828 円	83 円	166 円	249 円	1 日につき
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位	218 円	22 円	44 円	66 円	1 日につき
ADL 維持等加算Ⅰ	30 単位	327 円	33 円	66 円	99 円	1 月につき
ADL 維持等加算Ⅱ	60 単位	654 円	66 円	131 円	197 円	1 月につき
認知症加算	60 単位	654 円	66 円	131 円	197 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	60 単位	654 円	66 円	131 円	197 円	1 日につき
栄養アセスメント加算	50 単位	545 円	55 円	109 円	164 円	1 月につき
栄養改善加算	200 単位	2,180 円	218 円	436 円	654 円	月 2 回限度
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位	218 円	22 円	44 円	66 円	6 月 1 回限度
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位	54 円	6 円	11 円	17 円	6 月 1 回限度
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位	1,635 円	164 円	327 円	491 円	月 2 回限度
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位	1,744 円	175 円	349 円	524 円	月 2 回限度
科学的介護推進体制加算	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位	239 円	24 円	48 円	72 円	1 回につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	196 円	20 円	40 円	59 円	1 回につき
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位	65 円	7 円	13 円	20 円	1 回につき
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	基本単位数+3%					1 回につき
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】

減算項目	単位数	減算額	算定単位
同一建物減算	-94 単位	-1,024 円	1 日につき
送迎減算	-47 単位	-512 円	片道につき

(2) 第一号通所型サービス（1 級地【料金表】2024 年 6 月 1 日改定） 一単位の単価：10.9 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Ⅰ (週 1 回程度)	5 時間以上/回	要支援 1	1,744 単位	19,009 円	1,901 円	3,802 円	5,703 円
		要支援 2					
通所型サービスⅡ (週 2 回程度)	5 時間以上/回	要支援 2	3,512 単位	38,280 円	3,828 円	7,656 円	11,484 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	1,090 円	109 円	218 円	327 円	1 月につき
若年性認知症利用者受入加算	240 単位	2,616 円	262 円	524 円	785 円	1 月につき
栄養アセスメント加算	50 単位	545 円	55 円	109 円	164 円	1 月につき
栄養改善加算	200 単位	2,180 円	218 円	436 円	654 円	1 月につき
口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位	1,635 円	164 円	327 円	491 円	1 月につき
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位	1,744 円	175 円	349 円	524 円	1 月につき
一体的サービス提供加算	480 単位	5,232 円	524 円	1,047 円	1,570 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ (通所型サービスⅠ)	88 単位	959 円	96 円	192 円	288 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ (通所型サービスⅡ)	176 単位	1,918 円	192 円	384 円	576 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ (通所型サービスⅠ)	72 単位	784 円	79 円	157 円	236 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ (通所型サービスⅡ)	144 単位	1,569 円	157 円	314 円	471 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅲ (通所型サービスⅠ)	24 単位	261 円	27 円	53 円	79 円	1 月につき
サービス提供体制強化加算Ⅲ (通所型サービスⅡ)	48 単位	523 円	53 円	105 円	157 円	1 月につき
生活機能向上連携加算Ⅰ	100 単位	1,090 円	109 円	218 円	327 円	3 月 1 回限度
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位	2,180 円	218 円	436 円	654 円	3 月 1 回限度
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位	218 円	22 円	44 円	66 円	6 月 1 回限度
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位	54 円	6 円	11 円	17 円	6 月 1 回限度
科学的介護推進体制加算	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円	1 月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅱ (通所型サービスⅠ)	157 単位	1,711 円	172 円	343 円	514 円	1 月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅱ (通所型サービスⅡ)	316 単位	3,444 円	345 円	689 円	1,034 円	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	通所型サービスⅠ(週 1 回程度)	-376 単位	-4,098 円	1 月につき
	通所型サービスⅡ(週 2 回程度)	-752 単位	-8,196 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】

※ 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、事業者が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)
480円	100円

② おむつ代

おむつ代(1枚)
実費

③ 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

④ 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公共交通機関を利用した場合、実費となり、自動車・自動二輪車を利用した場合、燃料代として徴収します。

燃料代(km)
20円

⑤ 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）	580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

【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】

(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)	■ 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。
	□ 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 馬場 清盛 時間 午前9時～午後6時 方法 電話（事業所又は本社） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置） 手順 標準的な手順例 ①受付者は、訴え者の訴えを傾聴し対応します。 ②受付者は、管理者に受付内容を報告します。 ③管理者は、解決に向け面談等の必要な対応を行います。 ④管理者は、訴え者に対して懇切丁寧に対応します。 ⑤管理者は、本社に受付内容を報告します。 ⑥管理者は、訴え者（利用者）が加入している介護保険の保険者である区市町村に必要な応じて受付内容及び経過を報告します。 ⑦管理者は、受付内容及び経緯経過を記録し保管します。
アップライフ石神井台	電話 03-6852-9281 FAX 03-6852-9282
株式会社シノケンウェルネス（本社）	電話 03-5777-0175 FAX 03-5777-0128

【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】

練馬区保健福祉サービス苦情調整委員	電 話	0 3 - 3 9 9 3 - 1 3 4 4
	F A X	0 3 - 3 9 9 3 - 1 3 4 4
	時 間	月曜日から金曜日(土曜・日曜祝日、年末年始は休み) 午前8時30分から午後5時
第二光陽苑地域包括支援センター	電 話	0 3 - 5 9 9 1 - 9 9 1 9
	時 間	月曜日から土曜日 午前8時30分～午後5時15分
東京都国民健康保険団体連合会	電 話	0 3 - 6 2 3 8 - 0 1 7 7
	F A X	0 3 - 6 2 3 8 - 0 0 2 2
	時 間	午前9時から午後5時まで(土・日・祝日・年末年始を除く)

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	☐ 有 ☒ 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. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた

	場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して謄写代が必要な場合は利用者の負担となります。)
--	--

1 3. 個人情報の利用目的について

当社は、利用者または家族からいただいた個人情報を以下の目的で利用いたします。

(1) 利用者へのサービスの提供のため

- ① 利用者にサービスを提供するための連絡調整等
- ② (第一号) 地域密着型通所介護計画等の作成
- ③ 介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議のため
- ④ 介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整等
- ⑤ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等のため
- ⑥ 利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡のため
- ⑦ 家族等への利用者の心身の状況およびサービスの利用状況等の説明
- ⑧ 請求事務
- ⑨ 会計、経理、事故の報告等の管理業務
- ⑩ その他、利用者が利用するサービスの提供に必要な事項

(2) 他事業者等との連絡等のため

利用者に係る他の(介護予防)居宅サービス事業者、(介護予防)地域密着型サービス事業者、(介護予防)居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、介護保険施設、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム並びに保健医療及び福祉サービスとの連携、照会等

(3) 介護報酬の請求のため

- ① 審査支払機関等へのレセプト等の提出
- ② 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ③ その他、介護報酬の請求のために必要な事項

(4) 行政機関への対応のため

- ① 区市町村から要求された帳簿書類等の提示や提出命令等への対応
- ② 厚生労働大臣または都道府県知事による報告命令、帳簿書類等の提示や提出命令等への対応
- ③ 都道府県知事による立入り検査等への対応
- ④ 区市町村長による立入り検査等への対応
- ⑤ 行政機関が行う、利用者からの苦情に関する調査への協力等
- ⑥ 介護サービスの提供が原因とされる事故発生時の区市町村への報告等
- ⑦ その他、行政機関への対応のために必要な事項

(5) その他

- ① 法令上の義務に基づく場合
- ② 損害賠償保険に係る保険会社等への相談または届出等

1 4. 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。

1 5. 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。

【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】

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	27	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	8	ガス漏れ探知機	1
	誘導灯	3		
	カーテン、じゅうたん等は防火性能のあるものを使用しています。			

※ 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、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。

16. 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」）を定期的開催し、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- 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きます。
- ⑤ その他虐待防止のために必要な措置を行います。

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、これを練馬区に通報するものとします。

17. 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。

【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】

18. 運営推進会議の設置

当事業所では、介護サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、運営推進会議を設置しています。また、運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について議事録を作成します。

19. その他

事項	内容
従事者研修	・採用時研修：採用後1か月以内 ・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。

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) 東京都練馬区石神井台 6-3-19
(名称) アップライフ石神井台

管理者名 _____

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。

年 月 日

☐ 私（利用者）についての個人情報を取扱うことに同意いたします。

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) _____

☐ 私（家族）についての個人情報を取扱うことに同意いたします。

家族の代表 (住所)

(氏名) _____ 印

(利用者との続柄・関係) _____

