

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	小規模多機能型居宅介護 フレンド香住ヶ丘
事業種類	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護

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カ所（2024年4月現在における小規模多機能型居宅介護事業所数）
法人の理念	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、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します。

2. 事業所概要

事業所名	小規模多機能型居宅介護 フレンド香住ヶ丘（以下「事業所」といいます。）		
所在地	〒813-0003 福岡市東区香住ヶ丘二丁目3番23号		
管理者氏名	法教 光		
連絡先	電話	092-674-0052	FAX 092-674-0051
開設年月日	2024年10月1日		指定番号 4090800915
登録定員数	24名	居室数	6部屋(個室)
日中のサービス提供時間	通いサービス 月～日 9時～16時(祝日含む) 訪問サービス 随時 宿泊サービス 月～日 16時～9時(祝日含む)		
通常の事業の実施地域	福岡市(離島を除く) ※上記以外の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。		
敷地・建物の概要	敷地	敷地面積 516.64㎡ (自己所有)	
	建物	鉄骨造3階建 延床面積 779.53㎡	
交通の便	JR「九産大前」駅から徒歩8分 西鉄バス「九州産業大学前」バス停から徒歩2分 (駐車場: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		

防犯防災設備 避難設備等の概要	非常通報装置一式 (火災報知器・火災通報専用 電話機・火災受信機等)	スプリンクラー の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
防火管理者氏名	金古 明		
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	<p>1 障がいをもつ高齢者が地域社会との繋がりの中で、安全に生活を行うことを基本に(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービス(以下「介護サービス」といいます。)の提供を行います。</p> <p>2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立った介護サービスの提供に努めるとともに、個別の居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画(以下、「居宅サービス計画等」といいます。)を作成することにより、利用者が必要とする介護サービスを適切な介護技術をもって提供します。</p> <p>3 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めることとし、利用者が有する能力を阻害する等の不適切なサービスの提供を行わないよう配慮します。</p> <p>4 利用者及びその家族に対し、介護サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明します。</p> <p>5 利用者の身体的、精神的状況の把握に努めるとともに、症状等に応じて医療機関への受診を図る等、適切な対応を行います。</p> <p>6 常に、提供した介護サービスの質の管理、評価を行います。</p> <p>7 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。</p>		
サービス内容	<p>1 通いサービス 事業所において、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練及び健康チェック等を提供します。</p> <p>2 訪問サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の自宅にお伺いし食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。 ・ 訪問サービスの提供のための必要な備品等(水道・ガス・電気を含む)は無償で使用させていただきます。 ・ 訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。 <ol style="list-style-type: none"> ① 医療行為 ② 利用者又はその家族等からの金銭もしくは高価な物品の授受 ③ 利用者又はその家族等の同意なしに行う飲酒及び喫煙 ④ 利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動及び営利活動 ⑤ その他利用者又はその家族等に行う迷惑行為 		

【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】

	<p>3 宿泊サービス 事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。</p> <p>4 居宅サービス計画等の作成</p>
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 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。</p> <p>4 所持金品は、自己の責任で管理してください。</p> <p>5 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>

3. 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	月～日 9時～16時 土・日・祝日 9時～16時
訪問サービス	随時
宿泊サービス	月～日 16時～翌日9時 土・日・祝日 16時～翌日9時

※受付・相談については、随時受付けています。

4. 勤務体制（2026年4月20日現在）

当事業所では、利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護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。 (単位:人)

従業者の職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 管理者	1	0	0.6	1人	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1	0	0.4	1人	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	6	3	7.5	7人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1	0	1.0	1人	健康チェック等の医務業務

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。

(例) 週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1人(8時間×5人÷40時間=1人)となります。

【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】

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 管理者	勤務時間： 9:00～18:00
2. 介護支援専門員	勤務時間： 9:00～18:00
3. 介護職員	主な勤務時間： 9:00～18:00 夜勤の勤務時間： 16:30～9:30 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
4. 看護職員	勤務時間： 9:00～18:00

- ※1 管理者は、介護従業者の管理及び入居申込者の入居申込みにかかる調整、業務の実施状況の把握、職員等の管理及びその他の管理を一元的に行います。
- ※2 介護支援専門員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、介護の目標や、その目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した居宅サービス計画等の作成及び変更を担当します。
- ※3 介護職員は、介護サービスの提供にあたります。
- ※4 看護職員は、介護サービスの他に健康管理及び機能訓練等の提供にあたります。

〈資格保有者及び研修修了者数〉

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	7名	3名	10名	1名
	初任者研修修了者	7名	3名	10名	1名
	実務者研修修了者	7名	3名	10名	1名
	看護師	1名	0名	1名	0名
	准看護師	0名	0名	0名	0名
	介護支援専門員	1名	0名	1名	0名
	その他	0名	0名	0名	0名
主な研修	認知症介護実践者研修修了者	6名	1名	7名	1名
	認知症対応型サービス事業管理者研修修了者	3名	0名	3名	1名
	認知症介護実践リーダー研修修了者	0名	0名	0名	0名
	認知症介護指導者研修修了者	0名	0名	0名	0名

5. 急変・救急時の対応

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あり、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、家族等に速やかに連絡します。又、施設所在役所の定める要領に基づき、必要に応じて介護保険課に連絡のうえ、適宜適切に対応していきます。

※ 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。

6. 協力医療機関

<医科>

1	名 称	医療法人すずらん会 たろうクリニック		
	所 在 地	〒813-0043 福岡市東区名島1丁目1番31番		
	連 絡 先	電 話	092-410-3333	FAX 092-410-3332
	診 療 科 目	精神科、心療内科、内科、老年内科		

<歯科>

1	名 称	医療法人孝明会 箱崎ふ頭歯科		
	所 在 地	〒812-0051 福岡市東区名箱崎1丁目4番61号サンセットタワー2F		
	連 絡 先	電 話	092-651-6088	FAX 092-651-6088
	診 療 科 目	歯科		

7. 介護サービス料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

利用料金が介護保険から給付される場合 (介護保険の給付の対象となるサービス)	利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 (介護保険の給付対象とならないサービス)
---	--

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスにおける、利用者の自己負担は負担割合証に記載の負担割合に応じた金額となります。

<サービス利用料金>

通い・訪問・宿泊(介護費用分)すべてを含んだ一月単位の包括料金(定額)の額となります。

- ① 月ごとの包括料金(定額)のため、利用者の体調不良や状態の変化等により居宅サービス計画等に定めた期日より利用が少なかった場合、または居宅サービス計画等に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの増額又は減額はいたしません。
- ② 月途中から登録した場合又は月途中で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いただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登 録 日・・・利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日
登録終了日・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

- ③ 利用者が要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」及び「領収証」を交付します。
- ④ 利用者に提供する食事及び宿泊の費用は別途いただきます。
- ⑤ 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利用者の負担額を変更します。

【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】

(2) 小規模多機能型居宅介護費 (5級地【料金表】2024年6月1日改定)

要介護	単位	福岡市内 (10.55) 単位:円	1割負担の方 自己負担額(/月)	2割負担の方 自己負担額(/月)	3割負担の方 自己負担額(/月)
要支援1	3,450	36,397円	3,640円	7,280円	10,920円
要支援2	6,972	73,554円	7,356円	14,711円	22,067円
要介護1	10,458	110,331円	11,034円	22,067円	33,100円
要介護2	15,370	162,153円	16,216円	32,431円	48,646円
要介護3	22,359	235,887円	23,589円	47,178円	70,767円
要介護4	24,677	260,342円	26,035円	52,069円	78,103円
要介護5	27,209	287,054円	28,706円	57,411円	86,117円

加算(単位)	
初期加算(登録から30日)	30単位/1日
認知症加算	認知症加算(Ⅰ) 920単位/1月 認知症加算(Ⅱ) 890単位/1月 認知症加算(Ⅲ) 760単位/1月 認知症加算(Ⅳ) 460単位/1月
看護職員配置加算	看護職員配置加算(Ⅰ) 900単位/1月 看護職員配置加算(Ⅱ) 700単位/1月 看護職員配置加算(Ⅲ) 480単位/1月
看取り連携体制加算	64単位/1日
訪問体制強化加算	1,000単位/1月
総合マネジメント体制強化加算	総合マネジメント体制加算(Ⅰ) 1,200単位/1月 総合マネジメント体制加算(Ⅱ) 800単位/1月
サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 750単位/1月 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 640単位/1月 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 350単位/1月
若年性認知症利用者受入加算	800単位/1月 (介護予防 450単位/1月)
生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/1月 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/1月
口腔・栄養スクリーニング加算	20単位/1回 (6月に1回を限度)
科学的介護推進体制加算	40単位/1月
生産性向上推進体制加算Ⅰ	100単位/1月

【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】

生産性向上推進体制加算Ⅱ	10単位／1月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	750単位／1月
サービス提供体制強化加算Ⅱ	640単位／1月
サービス提供体制強化加算Ⅲ	350単位／1月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護報酬総額の14.9％／1月
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	介護報酬総額の14.6％／1月
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護報酬総額の13.4％／1月
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	介護報酬総額の10.6％／1月

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

〈利用料金〉

① 食事の提供(食事代)

利用者に提供する食事に要する費用です。

朝食(1食)	昼食(1食)	おやつ(1食)	夕食(1食)
370円	470円	110円	470円

② 宿泊に要する費用

利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

宿泊費(1泊)
1,700円

③ おむつ代

おむつ代
実費

④ レクリエーション

利用者の希望によります。

利用料金
材料代等の実費をいただくことがあります。

⑤ 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

⑥ 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。

【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】

燃料費(km)
20円

上記の利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する理由について、変更を行う2か月前までにご説明し同意をいただきます。

(4) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前記(1)、(2)の利用料金は、1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月28日までにお支払いください。

支払方法	① 事業所での現金支払 ② 自動口座引落し
------	--------------------------

8. 個人情報等の取扱いについて

当事業所の介護従業者(退職した介護従業者を含みます。)は、業務上知り得た入居者及び家族等に関する秘密等(秘匿されないことにより、入居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、入居者及び家族から同意を得るものとします。

また、従業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。

9. 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、入居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。

10. 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。

【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 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、従業員に周知徹底します。また、従業員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、6月に1回以上これを開催し、その結果をすべての従業員に周知徹底させます。

1 1. 緊急時における対応策

介護サービスの提供中に、入居者の容態に急変が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、入居者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

1 2. 災害発生時の対応

当事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、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業員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。

また、当社は前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携を図ります。

※ 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、入居者の避難・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入居者が被災・負傷した場合には、近隣住民や救助隊の協力を得て、被災・負傷した入居者の救出・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。

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業員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、当該事業所従業員又は養護者(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 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。

【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 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。

15. 利用の中止・変更・追加

- ① 小規模多機能型居宅介護サービスは、小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、適宜適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせて介護サービスを提供するものです。
- ② 利用者の都合による小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止又は変更もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には原則としてサービス実施の前日までに事業所に申し出てください。
- ③ 介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括料金(定額)のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の利用料金は変更されません。ただし、介護保険の対象外のサービスについては、利用予定日の前々日までに申し出がなく、これを過ぎてから利用の中止の申し出をされた場合、利用者の体調不良等の正当な事由のない限り、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前々日 9:00 までに申し出があった場合	無 料
上記以降に申し出があった場合	当日の利用料金の全額

- ④ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

16. 居宅サービス計画等

介護サービスは、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、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。

事業所は、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、利用者との協議の上で居宅サービス計画等を定め、またその実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者へ説明の上交付します。

17. 苦情相談窓口

苦情等については、事業所の相談窓口(以下の「事業所苦情相談窓口」)に直接お申し出いただくことができるほか、これらの方法によることが躊躇される場合、あるいは、直接当社に苦情等を申し出ることを希望される場合には、当社の相談窓口(以下の「事業者苦情相談窓口」)へお申し出いただくこともできます。(匿名も可能です)

事業所の相談窓口にお申し出いただいた場合、まずは事業所内で検討し、早期解決・改善を図るよう努めます。又、当社の相談窓口にお申し出いただいた場合、運営統括部及び事業所の責任者と対応を協議し、早期解決・改善を図るよう努めます。

【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】

いずれの場合も、苦情等の内容を検討、あるいは対応を協議するに際し、お申し出いただいた方のご要望等に配慮し、慎重にお取り扱いいたしますので、ご安心ください。

事業所苦情相談窓口	担当者氏名	法教 光		
	電 話	092-674-0052	FAX	092-674-0051
事業所苦情解決責任者	責任者氏名	法教 光		
	電 話	092-674-0052	FAX	092-674-0051

事業者苦情相談団窓口	担 当	株式会社シノケンウェルネス(本社)		
	電 話	03-5777-0175	FAX	03-5777-0128

- ※1 事業所単独で解決することが難しいものについては、当社の運営統括部と対応を協議するほか、運営推進会議等を活用することにより、解決・改善を図ります。
- ※2 検討結果等については、お申し出いただいた方のご要望、又は必要性に応じて適宜その内容をお伝えいたします。(ただし、匿名の場合は除きます)
- ※3 お申し出いただいた苦情等については、所定の書式により記録し、保管するとともに、その内容によっては、法令の定めるところにより、行政等に報告する場合があります。

<その他の苦情相談窓口>

市区町村相談窓口 (入居者住民票所在市)	担 当	福岡市保健福祉局高齢社会部介護保険課
	電 話	092-711-4257
市区町村相談窓口 (施設所在区)	担 当	福岡市東区福祉介護保険課
	電 話	092-645-1071
市区町村相談窓口 (入居者住民票所在区)	担 当	福岡市博多区福祉介護保険課
	電 話	092-419-1078
市区町村相談窓口 (入居者住民票所在区)	担 当	福岡市中央区福祉介護保険課
	電 話	092-718-1102
市区町村相談窓口 (入居者住民票所在区)	担 当	福岡市南区福祉介護保険課
	電 話	092-559-5127
市区町村相談窓口 (入居者住民票所在区)	担 当	福岡市城南区福祉介護保険課
	電 話	092-833-4105

【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】

市区町村相談窓口 (入居者住民票所在区)	担 当	福岡市早良区福祉介護保険課
	電 話	092-833-4352
市区町村相談窓口 (入居者住民票所在区)	担 当	福岡市西区福祉介護保険課
	電 話	092-895-7063
国保連相談窓口	担 当	福岡県国民健康保険団体連合会事務部介護保険課 (介護サービス窓口)
	電 話	092-895-7063

18. 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	—

19. 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。

20. その他

事項	内容
従業者研修	<ul style="list-style-type: none"> ・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) 福岡市東区香住ヶ丘二丁目3番23号
(名称) 小規模多機能型居宅介護フレンド香住ヶ丘
管理者名 _____ 法教 光
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
(入居者との続柄・関係) _____