

重要事項説明書（通所介護）

1. 事業所の概要

事業所名	サクラス リハケアサービス
所在地	青森県弘前市大字大町一丁目3番地1
電話番号	0172-88-5764
FAX番号	0172-88-5763
開設年月日	令和元年（2019年）7月1日
介護保険事業所番号	0270204142
管理者	村元 麻美
利用定員	25名
サービス提供地域	弘前市・平川市・黒石市・藤崎町・田舎館村

2. 事業所の職員体制等

（令和6年4月1日 現在）

職種	従事するサービスの内容等	常勤	非常勤	合計
管理者	当事業所の指定通所介護従業員の管理、業務の実施状況の把握および管理、その他の管理を一元的に行う。	1名	0名	1名
生活相談員	利用の申込みに係る調整、利用中の生活相談、通所介護計画の作成、事業所で行う催しの計画および実施の管理、事業所内外の関係者との連絡調整を行う。	1名	1名	2名
看護職員	利用者の健康状態の把握および健康指導や助言を行う。また、医師の指示に基づき処方された持参薬の管理と内服の支援や、その他必要な看護を行う。関係者への状態報告や連絡調整を行う。	1名	2名	3名
介護職員	利用者に対する食事や排せつ、入浴等の日常生活上必要な見守りや手伝い全般。移動や乗り降り時付き添い。心身機能の維持向上を目的とした機能訓練プログラムの補助や自主練習の見守りを行う。	4名	0名	4名

機能訓練指導員	利用者が日常生活を営むために必要な、心身機能の減退を防止するための指導・訓練・助言ならびに介助者に対する介助方法の助言・指導を行う。	1名	3名	4名
---------	--	----	----	----

職 種	従事するサービスの内容等	常勤	非常勤	合計
管理栄養士	利用者の日々の食事摂取量および栄養状態の把握、栄養指導、献立の立案を行う。	0名	1名	1名
事務職員	介護保険に係る事務や会計、帳票の作成および管理を行う。	1名	0名	1名

3. 営業日、営業時間及びサービス提供時間

- (1) 営業日は月曜日から土曜日までとします（祝祭日を含む）。
- (2) 営業時間は午前8時00分から午後5時00分までとします。
- (3) サービス提供時間は以下のとおりです。

令和6年5月利用分まで

- ① 3時間以上4時間未満（午前の部） 午前 9時00分～正午12時00分
- ② 6時間以上7時間未満 午前10時00分～午後 4時00分

令和6年6月利用分から

- ① 3時間以上4時間未満（午前の部） 午前 9時15分～正午12時15分
- ② 7時間以上8時間未満 午前 9時15分～午後 4時15分

4. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

トライワズベスト株式会社（以下、弊社）が行う指定通所介護事業（事業所名：サクラスリハケアサービス 以下、当事業所）は、介護保険法をはじめとした関係法令に従い、その利用者が要介護状態となった場合においても可能な限り居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練に取り組むことにより、日常生活の便宜ならびに介護する方の負担の軽減を図ることを目的とする。

(2) 事業の運営の方針

- ① 指定通所介護の提供にあたっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供を心掛け努める。
- ② 指定通所介護の提供にあたっては、常に利用者の病状、心身の状況、病歴およびその置かれている環境的確な把握に努め懇切丁寧に行う。また、利用者又はその家族等に対して要介護状態の改善ならびに重度化防止の観点から、療養上必要とされる工夫等について納得が得られる説明を行う。
- ③ 当事業所は、正当な理由なくサービス提供を拒まない。
- ④ 当事業所は、市町村、居宅介護支援事業所、医療機関等の関係機関と、密接な

連携を図り、サービス提供に努める。

5. 利用料の請求方法および支払方法

- (1) 利用者からお支払いいただく利用料等は、別紙料金表のとおりです。
- (2) 利用料が介護保険からの給付サービスを利用する場合は、法定の利用料（費用基準額）から事業所に支払われるサービス費を差し引いた金額を利用者負担金としてお支払いいただきます。ただし、公費、減免または給付制限等がある場合は、この限りではありません。また、居宅サービス計画書を作成しない場合などは、利用者が一度利用料の全額を事業者支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求し、払い戻しを受けていただきます。要介護度に応じた支給限度基準額を超えるサービスについては、全額利用者負担になります。
- (3) 事業者は、介護保険給付対象外サービスの提供にあたっては、あらかじめ、利用者又はその家族等に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に説明を行い、同意を受けるものとします。
- (4) 利用料は利用月ごとに合計金額を集計し、毎月 10 日までに利用明細書を添付し請求書として発行します。
- (5) 利用料金の支払い方法は、原則として利用者またはその家族等の指定金融機関からの口座振替による支払いとし、入金確認後に領収書を発行致します。ただし、やむを得ない事情により現金での支払いに限られる場合においてはこの限りではありません。尚、現金で支払いの場合は支払い時に領収書を発行致します。
- (6) 材料費やおむつ代等、実費負担が発生した場合は都度現金払いとし、支払い時に領収書を発行します。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当事業所にお電話又はご来所いただくか、居宅介護支援事業所にお申込みください。

(2) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する7日前までにお申出ください。

②事業者の都合でサービスを終了する場合

- a) 人員不足、事業規模の縮小、事業所の休廃止等やむを得ない事情によりこの契約に基づく通所介護の提供が困難になった場合、サービスの提供を終了させていただきます。その場合は終了1ヵ月前までに文書で通知します。
- b) 利用者又はその家族の著しい不信行為等により、この契約の継続が困難となった場合には、文書通知することにより、サービスの提供を終了させていただきます。

③自動終了

a) 次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けることとなった場合
- ・利用者の要介護認定区分が自立又は要支援と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

7. 利用の中止（キャンセル）

- (1) 利用者が直近のサービス利用の中止を希望する際には、速やかに以下の連絡先までご連絡ください。

連絡先：サクラス リハケアサービス（デイサービス）

電話：0172-88-5764

FAX：0172-88-5763

- (2) サービスのキャンセル料の徴収については以下のとおりです。

①利用当日のキャンセル（昼食ありの方）：昼食費相当額をご請求

②利用当日のキャンセル（昼食なしの方）：キャンセル料なし

③利用前日までのキャンセル（昼食ありの方）

午後5時までにご連絡の場合：キャンセル料なし

午後5時以降のご連絡の場合：昼食費相当額をご請求

④利用前日までのキャンセル（昼食なしの方）：キャンセル料なし

*尚、キャンセル料は原則として月のご利用料金と合わせて御請求となります

8. 緊急時の対応

サービス提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、ご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

かかりつけ 医療機関	病院名 主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先 (第一優先)	フリガナ 氏名 連絡先 続柄 () (携帯・自宅・職場等)
緊急連絡先 *上記の他に連絡が 必要な場合に記入	フリガナ 氏名 連絡先 続柄 () (携帯・自宅・職場等)

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に重大事故が発生した場合は、家族、居宅介護支援事業者、市町村担当課等の関係機関に早急に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また当事業所の過失と認められる事故により被った被害については、賠償の手続きを行います。

10. 感染症の予防及びまん延防止のための取組

当事業所は、食中毒及び感染症の発生を防止するため以下の取組を実施し、必要に応じて保健所の助言、指導を求め常に密接な連携を保つよう努めます。

- (1) 感染症対策の委員会の開催
- (2) 感染症に係る指針の整備
- (3) 感染症に係る研修の実施
- (4) 感染症を想定した訓練の実施

11. 非常災害対策と業務継続計画の策定

- (1) 非常災害に関して以下の場合における具体的計画を立てておくとともに、非常

災害に備えるための研修ならびに訓練を年2回以上実施します。

- ① 災害に係る場合
- ② 感染症に係る場合

(2) 事業所には防火管理者を1名置く。

1 2. 高齢者虐待防止の取組と身体的拘束等の禁止

高齢者虐待防止の取組と身体的拘束等の禁止について以下のとおり定めます。

(1) 高齢者虐待防止の取組

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的開催
- ② 虐待防止のための指針の策定
- ③ 虐待の防止のための従業者に対する研修の実施
- ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置

(2) 身体的拘束等の禁止について

- ① 身体的拘束等の指針の策定（身体的拘束等の手続きと取り扱い）
- ② 緊急にやむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合の記録の整備
- ③ 上記（1）①における身体的拘束等の対応状況の確認と検討

1 3. 個人情報および秘密保持

利用者および家族の個人情報について、従業員は業務上知り得た情報を正当な理由なく第三者に漏洩することのないように取り扱うこととする。また、従業員が退職した後においても、同様の取り扱いが続くことは書面を以て誓約している。

1 4. 相談窓口・苦情処理の対応

(1) 相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、当事業所の苦情窓口をご利用ください。

お客様相談窓口	受付時間	午前9時00分～午後5時00分まで
	電話番号	0172-88-5764
	FAX番号	0172-88-5763
	苦情受付担当者	大橋誠司、小林雅貴

(2) 苦情の受付と対応手順

- ① 相談・苦情の受付は、原則として事業所の苦情受付担当者が対応する。
- ② 寄せられた相談・苦情に対し、苦情受付担当者は速やかにその内容の確認や状況の把握に努め、管理者に報告する。
- ③ 事業所内で苦情解決責任者を中心に検討会議を開き、翌日までに具体的対応ならびに再発防止策（解決のための提案含む）を決め記録する。
- ④ 苦情受付担当者は状況に応じて、担当介護支援専門員に当日中までの出来事と対応等を報告する。
- ⑤ 苦情解決責任者は具体的対応を行い、その結果について記録する。
- ⑥ 相談・苦情事案が未解決の場合は居宅介護支援事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対し報告を行い、助言を受ける。
- ⑦ 相談・苦情を受け付けた場合は、その内容と対応経過を記録する。
- ⑧ 各関係機関に事案の結果と再発防止策ならびに今後の対応を報告し、一連の過程を全従業員で共有する。

15. 当法人の概要

法人の名称	トライワズベスト株式会社
代表者名	代表取締役 小林雅貴
事業所所在地	青森県弘前市大字大町一丁目3番地1
電話番号	0172-88-5762
FAX番号	0172-88-5763
設立年月日	平成30年(2018年) 8月 8日

SAKUNAS

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明いたしました。

事業所 名 称 サクラス リハケアサービス

説明者

サービス契約の締結にあたり、重要事項説明書の交付および説明を受け、
上記の内容に同意します。

利用者 氏 名

名代行者、立会人、または代理人の方は、以下の該当する立場にチェック☑を記入してください。

署名代行者

私は、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し、同意する意思があることを確認し、身体の障害、または高齢により筆記困難な本人に代わって上記署名を行いました。

立 会 人※1

私は、重要事項説明の場に立会い、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し同意したことを確認しました。

※1 利用者本人だけでは重要事項説明・同意に不安がある場合に使用

代 理 人※2 私は、上記利用者の〔成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人（該当するものいずれかに○をしてください）〕として、利用者に代わって、重要事項の説明を受け、上記の内容に同意します。

※2 代理権を証明する文書の添付が必要

住 所

氏 名

本人との関係

※介護保険の支給限度基準額を超過したご利用分（加算分を含みます。）は、介護職員処遇改善加算を含め、全額ご利用者負担となります。

【基本費用】

所要時間	要介護度	単位数	1回あたりの 利用料	ご利用者負担金		
				1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1	370	3,700	370	740	1,110
	要介護2	423	4,230	423	846	1,269
	要介護3	479	4,790	479	958	1,437
	要介護4	533	5,330	533	1,066	1,599
	要介護5	588	5,880	588	1,176	1,764
所要時間	要介護度	単位数	1回あたりの 利用料	ご利用者負担金		
6時間以上 7時間未満	要介護1	584	5,840	584	1,168	1,752
	要介護2	689	6,890	689	1,378	2,067
	要介護3	796	7,960	796	1,592	2,388
	要介護4	901	9,010	901	1,802	2,703
	要介護5	1,008	10,080	1,008	2,016	3,024
所要時間	要介護度	単位数	1回あたりの 利用料	ご利用者負担金		
7時間以上 8時間未満	要介護1	658	6,580	658	1,316	1,974
	要介護2	777	7,770	777	1,554	2,331
	要介護3	900	9,000	900	1,800	2,700
	要介護4	1023	10,230	1,023	2,046	3,069
	要介護5	1148	11,480	1148	2,296	3,444

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、基本部分に加え以下の料金が加算又は減算されます。

加算・減算の種類	要件	単位数	加算・減算額（円）			
			1回あたりの利用料	ご利用者負担金		
				1割	2割	3割
科学的介護推進体制加算	利用サービス情報について厚労省に報告するとともに改善に関する取組を行った場合（1月につき）	40	400	40	80	120
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されている場合（1日につき）	22	220	22	44	66
中重度者ケア体制加算	基準以上の看護介護職員を配置し手厚いサービスを提供する体制がある場合（1日につき）	45	450	45	90	135
入浴介助加算（Ⅰ）	見守りを含む入浴介助を行った場合（1日につき）	40	400	40	80	120
入浴介助加算（Ⅱ）	自宅等での入浴環境を評価し入浴計画に基づいた入浴介助等を行った場合（1日につき）	55	550	55	110	165
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	サービス提供時間帯ごとに専従の理学療法士等を1名以上配置し、心身および生活動作の向上を目的とした訓練を実施した場合（1日につき）	76	760	76	152	228
個別機能訓練加算（Ⅱ）	個別機能訓練計画書の内容を厚労省に報告するとともに、改善に関する取組を行った場合（1月につき）	20	200	20	40	60
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	口腔状態または栄養状態について評価し、介護支援専門員と情報共有を図った場合（6ヶ月につき1回）	5	50	5	10	15
口腔機能向上加算（Ⅱ）	口腔機能向上サービスを行い、口腔機能改善計画等の内容を厚労省に報告するとともに改	160	1,600	160	320	480

	善に関する取組を行った場合（1ヶ月につき2回まで）					
栄養改善加算	低栄養状態にある方またはその恐れがある方に対して、栄養状態の改善を目的とした相談や自宅訪問を含む指導等を行った場合（1ヶ月につき2回まで）	200	2,000	200	400	600
認知症加算	日常生活に支障をきたす恐れのある症状・行動が認められる方に対する介護を提供した場合（1日につき）	60	600	60	120	180
中山間地域等に居住する方へのサービス提供、中山間地域等において通常の事業の実施地域以外に居住するご利用者へサービス提供した場合		1ヶ月の利用料金（基本部分）の5%				
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算）の5.9%				
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算）の1.0%				
介護職員等ベースアップ等支援加算 *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算）の1.1%				
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年6月利用分から		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算）の9.2%				
事業所が送迎を行わない場合（片道ごと）		-47	-470	-	-	-

【その他の費用】

以下のサービスにつきましては、原則実費のご負担が必要となります。

昼食費（昼食1回につき）	600円
ドリンク代（利用1回につき）	100円
リハビリパンツ（1枚につき）	100円
尿とりパット（1枚につき）	50円
レンタルタオルセット（1セットにつき） [セット内容 バスタオル1枚・フェイスタオル1枚]	100円
通常の実施地域を超えて行う通所介護に要する送迎費用	0円/km
予定のサービス提供時間を超えて行う通所介護費用	500円/30分
レクリエーション材料費	実費
その他日常生活において必要な費用	実費

※サービス利用当日および、前日17時以降のキャンセルにつきましては、当該利用予定日の昼食費相当額をご請求致します。また、当日サービス利用中における食事のみのキャンセルについても同様とさせていただきますので予めご了承ください。

重要事項説明書

(通所介護相当サービス・生きがい型デイサービス・通所型サービス A)

1. 事業所の概要

事業所名	サクラス リハケアサービス
所在地	青森県弘前市大字大町一丁目3番地1
電話番号	0172-88-5764
FAX番号	0172-88-5763
開設年月日	令和元年(2019年)10月1日
介護保険事業所番号	0270204142
管理者	村元 麻美
利用定員	通所介護相当サービス10名/生きがい型デイサービス10名
サービス提供地域	通所介護相当サービス 弘前市・平川市・黒石市・藤崎町 生きがい型デイサービス 弘前市 通所型サービス A 平川市

2. 事業所の職員体制等

(令和6年4月1日 現在)

職種	従事するサービスの内容等	常勤	非常勤	合計
管理者	当事業所の指定通所介護従業員の管理、業務の実施状況の把握および管理、その他の管理を一元的に行う。	1名	0名	1名
生活相談員	利用の申込みに係る調整、利用中の生活相談、通所介護計画の作成、事業所で行う催しの計画および実施の管理、事業所内外の関係者との連絡調整を行う。	1名	1名	2名
看護職員	利用者の健康状態の把握および健康指導や助言を行う。また、医師の指示に基づき処方された持参薬の管理と内服の支援や、その他必要な看護を行う。関係者への状態報告や連絡調整を行う。	1名	2名	3名
介護職員	利用者に対する食事や排せつ、入浴等の日常生活上必要な見守りや手伝い全般。移動や乗り移り時付き添い。心身機能の維持向上を目的とした機能訓練プログラムの補助や自主練習の見守りを行う。	4名	0名	4名

機能訓練指導員	利用者が日常生活を営むために必要な、心身機能の減退を防止するための指導・訓練・助言ならびに介助者に対する介助方法の助言・指導を行う。	1名	3名	4名
管理栄養士	利用者の日々の食事摂取量および栄養状態の把握、栄養指導、献立の立案を行う。	0名	1名	1名
事務職員	介護保険に係る事務や会計、帳票の作成および管理を行う。	1名	0名	1名

3. 営業日および営業時間と定休日

(1) 営業日および営業時間は以下のとおりとします（祝祭日を含む）。

【令和6年5月利用分まで】

- | | | |
|--------------|---------|-------------|
| ①通所介護相当サービス | 月曜日～土曜日 | 13:00～16:00 |
| ②生きがい型デイサービス | 水曜日・土曜日 | 13:00～15:00 |
| 通所型サービスA | 水曜日・土曜日 | 13:00～15:00 |

【令和6年6月利用分から】

- | | | |
|--------------|---------|-------------|
| ①通所介護相当サービス | 月曜日～土曜日 | 13:15～16:15 |
| ②生きがい型デイサービス | 水曜日・土曜日 | 13:15～15:15 |
| 通所型サービスA | 水曜日・土曜日 | 13:15～15:15 |

(2) 定休日 日曜日 その他、年末年始・夏季休業があります。

4. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

トライワズベスト株式会社（以下、弊社）が行う通所介護相当サービスならびに生きがい型デイサービス等（事業所名：サクラス リハケアサービス以下、当事業所）は、介護保険法をはじめとした関係法令に従い、その利用者が要支援状態ならびに事業対象者となった場合においても可能な限り居宅において、その有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練に取り組むことにより、日常生活の便宜ならびに支援する方の負担の軽減を図ることを目的とする。

(2) 事業の運営の方針

- ① 通所介護相当サービスならびに生きがい型デイサービス（以下、通所介護相当サービス等という）の提供にあたっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供を心掛け努める。
- ② 通所介護相当サービス等の提供にあたっては、常に利用者の病状、心身の状況、病歴およびその置かれている環境の的確な把握に努め懇切丁寧に行う。また、利用者又はその家族等に対して要支援状態等の改善ならびに重度化防止の観点から、療養上必要とされる工夫等について納得が得られる説明を行う。
- ③ 当事業所は、正当な理由なくサービス提供を拒まない。
- ④ 当事業所は、市町村、居宅介護支援事業所、医療機関等の関係機関と、密接な連携を図り、サービス提供に努める。

5. 利用料の請求方法および支払方法

- (1) 利用者からお支払いいただく利用料等は、別紙料金表のとおりです。
- (2) 給付サービスを利用する場合は、法定の利用料（費用基準額）から事業所に支払われるサービス費を差し引いた金額を利用者負担金としてお支払いいただきます。ただし、公費、減免または給付制限等がある場合は、この限りではありません。また、介護予防ケアマネジメントを作成しない場合などは、利用者が一度利用料の全額を事業者支払い、その後市町村に対して給付分を請求し、払い戻しを受けていただきます。
- (3) 事業者は、給付対象外サービスの提供にあたっては、あらかじめ、利用者又はその家族等に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に説明を行い、同意を受けるものとします。
- (4) レクリエーション等で発生する実費負担分の費用については、都度現金払いとし、支払い時に領収書を発行します。
- (5) 利用料（食事・オムツ代等を含む）は利用月ごとに合計金額を集計し、毎月10日までに利用明細書を添付し請求書として発行します。
- (6) 利用料金の支払い方法は、原則として利用者またはその家族等の指定金融機関からの口座振替による支払いとし、入金確認後に領収書を発行致します。ただし、やむを得ない事情により現金での支払いに限られる場合においてはこの限りではありません。尚、現金で支払いの場合は支払い時に領収書を発行致します。

6. サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始
当事業所にお電話によるお問合せ又はご来所いただくか、最寄りの地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所にお申し出ください。
- (2) サービスの終了
 - ①利用者の都合でサービスを終了する場合
サービス終了を希望する7日前までにお申し出ください。
 - ②事業者の都合でサービスを終了する場合
 - a) 人員不足、事業規模の縮小、事業所の休廃止等やむを得ない事情によりこの契約に基づく通所介護相当サービス等の提供が困難になった場合、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は終了1ヵ月前までに文書で通知します。
 - b) 利用者又はその家族の著しい不信行為等により、この契約の継続が困難となった場合には、文書通知することにより、サービスの提供を終了させていただく場合があります。
 - ③自動終了
 - a) 次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。
 - 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - 介護保険における介護予防サービス（通所リハビリテーション等）または地域密着型介護予防サービス（認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護）を利用することになった場合
 - 利用者の要支援認定区分または事業対象者の認定区分が自立又は要介護と認定された場合
 - 利用者がお亡くなりになった場合

7. 利用の中止（キャンセル）

(1) 利用者が直近のサービス利用の中止を希望する際には、速やかに以下の連絡先までご連絡ください。

連絡先：サクラス リハケアサービス（デイサービス）

電 話：0172-88-5764

FAX：0172-88-5763

(2) サービスのキャンセル料の徴収については、利用前日または当日を問わずキャンセル料は徴収致しません。

8. 緊急時の対応

サービス提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、ご家族、主治医、救急機関、地域包括支援センター等へ連絡をいたします。

かかりつけ 医療機関	病院名 主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先 (第一優先)	フリガナ 氏 名 連絡先 続柄 () (携帯・自宅・職場等)
緊急連絡先 *上記の他に連絡が 必要な場合に記入	フリガナ 氏 名 連絡先 続柄 () (携帯・自宅・職場等)

9. 事故発生時の対応

サービスの提供中に重大事故が発生した場合は、家族、地域包括支援センター、市町村担当課等の関係機関に早急に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また当事業所の過失と認められる事故により被った被害については、賠償の手続きを行います。賠償責任保険は以下のとおりです。

〔保険種目〕 福祉事業者総合賠償責任保険

〔保険会社〕 三井住友海上火災保険株式会社

10. 感染症の予防及びまん延防止のための取組

当事業所は、食中毒及び感染症の発生を防止するため以下の取組を実施し、必要に応じて保健所の助言、指導を求め常に密接な連携を保つよう努めます。

- (1) 感染症対策の委員会の開催
- (2) 感染症に係る指針の整備
- (3) 感染症に係る研修の実施
- (4) 感染症を想定した訓練の実施

11. 非常災害対策と業務継続計画の策定

(1) 非常災害に関して以下の場合における具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるための研修ならびに訓練を年2回以上実施します。

- ① 災害に係る場合
- ② 感染症に係る場合

(2) 事業所には防火管理者を1名置く。

1 2. 高齢者虐待防止の取組と身体的拘束等の禁止

高齢者虐待防止の取組と身体的拘束等の禁止について以下のとおり定めます。

(1) 高齢者虐待防止の取組

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的開催
- ② 虐待防止のための指針の策定
- ③ 虐待の防止のための従業者に対する研修の実施
- ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置

(2) 身体的拘束等の禁止について

- ① 身体的拘束等の指針の策定（身体的拘束等の手続きと取り扱い）
- ② 緊急にやむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合の記録の整備
- ③ 上記（1）①における身体的拘束等の対応状況の確認と検討

1 3. 個人情報および秘密保持

利用者および家族の個人情報について、従業員は業務上知り得た情報を正当な理由なく第三者に漏洩することのないように取り扱うこととする。また、従業員が退職した後においても、同様の取り扱いが続くことは書面を以て誓約している。

1 4. 相談窓口・苦情処理の対応

(1) 相談窓口

サービスに関する相談や苦情等については、当事業所の苦情窓口にて受け付けています。

お客様相談窓口	受付時間	午前9時00分～午後5時00分まで
	電話番号	0172-88-5764
	FAX番号	0172-88-5763
	苦情受付担当者	大橋誠司、小林雅貴

(2) 苦情の受付と対応手順

- ① 相談・苦情の受付は、原則として事業所の苦情受付担当者が対応する。
- ② 寄せられた相談・苦情に対し、苦情受付担当者は速やかにその内容の確認や状況の把握に努め、管理者に報告する。
- ③ 事業所内で苦情解決責任者を中心に検討会議を開き、翌日までに具体的対応ならびに再発防止策（解決のための提案含む）を決め記録する。
- ④ 苦情受付担当者は状況に応じて、担当介護支援専門員に当日中までの出来事と対応等を報告する。
- ⑤ 苦情解決責任者は具体的対応を行い、その結果について記録する。
- ⑥ 相談・苦情事案が未解決の場合は地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市町村及び国民健康保険団体連合会に対し報告を行い助言を受ける。
- ⑦ 相談・苦情を受け付けた場合は、その内容と対応経過を記録する。
- ⑧ 各関係機関に事案の結果と再発防止策ならびに今後の対応を報告し、一連の過程を全従業員で共有する。

15. 当法人の概要

法人の名称	トライワズベスト株式会社
代表者名	代表取締役 小林雅貴
本社所在地	青森県弘前市大字大町一丁目3番地1
電話番号	0172-88-5762
FAX番号	0172-88-5763
設立年月日	平成30年(2018年) 8月 8日

SAKUNAS

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明いたしました。

事業所 名 称 サクラス リハケアサービス

説明者

サービス契約の締結にあたり、重要事項説明書の交付および説明を受け、
上記の内容に同意します。

利用者 氏 名

名代行者、立会人、または代理人の方は、以下の該当する立場にチェック☑を記入してください。

署名代行者

私は、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し、同意する意思があることを確認し、身体の障害、または高齢により筆記困難な本人に代わって上記署名を行いました。

立 会 人※1

私は、重要事項説明の場に立会い、上記利用者が重要事項説明書の内容を理解し同意したことを確認しました。

※1 利用者本人だけでは重要事項説明・同意に不安がある場合に使用

代 理 人※2 私は、上記利用者の〔成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人（該当するものいずれかに○をしてください）〕として、利用者に代わって、重要事項の説明を受け、上記の内容に同意します。

※2 代理権を証明する文書の添付が必要

住 所

氏 名

本人との関係

別紙料金表（弘前市 通所介護相当サービス）

対 象 者（要支援 1・2の方、更新の事業対象の方）

※支給限度基準額を超過したご利用分（加算分を含みます。）は、介護職員処遇改善加算を含め、全額ご利用者負担となります。

【基本費用】

基本費用の種類	対象者	単位数 (月)	ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
通所介護相当サービス（Ⅰ）	要支援 1 更新の事業対象者	1,798	1,798	3,596	5,394
通所介護相当サービス（Ⅱ）	要支援 2	1,811	1,811	3,622	5,433
通所介護相当サービス（Ⅲ）	要支援 2	3,621	3,621	7,242	10,863

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、基本費用に以下の料金が加算又は減算されます。

加算・減算の種類	要 件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されている場合	通所介護相当サービス(Ⅰ)(Ⅱ)	88	176	264
		88			
		通所介護相当サービス(Ⅲ)	176	352	528
科学的介護推進体制加算	利用者のサービス情報について厚労省に報告するとともに改善に関する取組を行った場合	40	40	80	120
栄養アセスメント加算	管理栄養士等が低栄養状態のリスクおよび解決すべき課題を把握し相談に応じた場合	50	50	100	150
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置し低栄養状態等の改善に資する指導を実施した場合	200	200	400	600
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	口腔または栄養状態について評価し介護支援専門員と情報共有を図った場合	5	5	10	15

加算・減算の種類	要件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔清掃指導や摂食嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行い、口腔機能改善計画等の内容を厚労省に報告すると共に改善に関する取組を行った場合	160	160	320	480
一体的サービス提供加算	運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上の中から3種類を選択的に実施した場合	480	480	960	1440
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-47 (片道ごと)	-470		
介護職員処遇改善加算Ⅰ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し5.9%加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.0%加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算 *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.1%加算			
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年6月利用分から		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し9.2%加算			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	通常の事業の実施地域以外の中山間地域に居住するご利用者へサービスする場合	1ヶ月の利用料金（基本費用） に対し5%加算			

【その他の費用】

以下のサービスにつきましては、原則実費のご負担が必要となります。

ドリンク代（利用1回につき）	100円
リハビリパンツ（1枚につき）	100円
尿とりパット（1枚につき）	50円
レンタルタオルセット（1セットにつき） [セット内容 バスタオル1枚・フェイスタオル1枚]	100円
通常の実施地域を超えて行う送迎費用	0円/km
レクリエーション材料費	実費
その他日常生活において必要な費用	実費

別紙料金表（平川市 通所介護相当サービス）

対 象 者（要支援1・2の方、事業対象の方）

※支給限度基準額を超過したご利用分（加算分を含みます。）は、介護職員処遇改善加算を含め、全額ご利用者負担となります。

【基本費用】

基本費用の種類	対象者	単位数 (月)	ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
通所介護相当サービス (Ⅰ)	要支援1 事業対象者	1,798	1,798	3,596	5,394
通所介護相当サービス (Ⅱ)	要支援2	3,621	3,621	7,242	10,863
通所介護相当サービス1(回数)	要支援1 事業対象者	436 月4回迄	436	872	1,308
通所介護相当サービス2(回数)	要支援2 事業対象者	447 月5～8回迄	447	894	1,341

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、基本費用に以下の料金が加算又は減算されます。

加算・減算の種類	要 件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されている場合	通所介護相当サービス(Ⅰ)	88	176	264
		88			
		通所介護相当サービス(Ⅱ)	176	352	528
		176			
科学的介護推進体制加算	利用者のサービス情報について厚労省に報告するとともに改善に関する取組を行った場合	40	40	80	120
栄養アセスメント加算	管理栄養士等が低栄養状態のリスクおよび解決すべき課題を把握し相談に応じた場合	50	50	100	150
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置し、低栄養状態等の改善に資する指導を実施した場合	200	200	400	600

加算・減算の種類	要件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔清掃指導や摂食嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行い、口腔機能改善計画等の内容を厚労省に報告すると共に改善に関する取組を行った場合	160	160	320	480
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	口腔または栄養状態について評価し介護支援専門員と情報共有を図った場合	5	5	10	15
一体的サービス提供加算	運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上の中から3種類を選択的に実施した場合	480	480	960	1440
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-47 (片道ごと)	-470		
介護職員処遇改善加算Ⅰ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し5.9%加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.0%加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算 *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.1%加算			
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年6月利用分から		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し9.2%加算			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	通常の事業の実施地域以外の中山間地域に居住するご利用者へサービス提供した場合	1ヶ月の利用料金（基本費用） に対し5%加算			

【その他の費用】

以下のサービスにつきましては、原則実費のご負担が必要となります。

ドリンク代（利用1回につき）	100円
リハビリパンツ（1枚につき）	100円
尿とりパット（1枚につき）	50円
レンタルタオルセット（1セットにつき） [セット内容 バスタオル1枚・フェイスタオル1枚]	100円
通常の実施地域を超えて行う送迎費用	0円/km
レクリエーション材料費	実費
その他日常生活において必要な費用	実費

別紙料金表（弘前市 生きがい型デイサービス）

対 象 者（要支援1・2の方、事業対象の方）

※支給限度基準額を超過したご利用分（加算分を含みます。）は、介護職員処遇改善加算を含め、全額ご利用者負担となります。

【基本費用】

基本費用の種類 加算の種類	対象者	単位数	ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
生きがい型 デイサービス（Ⅰ）	要支援1 事業対象者	305／回 月4回迄	305	610	915
		1,318／月 月5回以上	1,318	2,636	3,954
生きがい型 デイサービス（Ⅱ）	要支援2 (週1回程度)	305／回 月4回迄	305	610	915
		1,318／月 月5回以上	1,318	2,636	3,954
	要支援2 (週2回程度)	305／回 月8回迄	305	610	915
		2,702／月 月9回以上	2,702	5,404	8,106
特定地域加算	要支援1・2 事業対象者	10／回	10	20	30
介護職員処遇改善加算Ⅰ		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し5.9%加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し1.0%加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し1.1%加算			
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年6月利用分から		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し9.2%加算			

【その他の費用】

以下のサービスにつきましては、原則実費のご負担が必要となります。

入浴代	300円
ドリンク代（利用1回につき）	100円
リハビリパンツ（1枚につき）	100円
尿とりパット（1枚につき）	50円
レンタルタオルセット（1セットにつき） [セット内容 バスタオル1枚・フェイスタオル1枚]	100円
通常の実施地域を超えて行う送迎費用	0円/km
レクリエーション材料費	実費
その他日常生活において必要な費用	実費

別紙料金表（平川市 通所型サービス A）

対 象 者（要支援 1・2の方、事業対象の方）

※支給限度基準額を超過したご利用分（加算分を含みます。）は、介護職員処遇改善加算を含め、全額ご利用者負担となります。

【基本費用】

基本費用の種類 加算の種類	対象者	単位数	ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
通所型サービス A （送迎・入浴なし）	要支援 1 事業対象者 （週 1 回程度）	210／回	210	420	630
通所型サービス A （送迎往復あり）		304／回	213	426	639
通所型サービス A （送迎片道のみあり）		257／回	257	514	771
通所型サービス A （入浴のみあり）		250／回	250	500	750
通所型サービス A （送迎往復、入浴あり）		344／回	344	688	1,032
通所型サービス A （送迎片道、入浴あり）		297／回	297	594	891

【基本費用】

基本費用の種類 加算の種類	対象者	単位数	ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
通所型サービス A （送迎・入浴なし）	要支援 2 事業対象者 （週 2 回程度）	213／回	213	426	639
通所型サービス A （送迎往復あり）		307／回	307	614	921
通所型サービス A （送迎片道のみあり）		260／回	260	520	780
通所型サービス A （入浴のみあり）		253／回	253	506	759
通所型サービス A （送迎往復、入浴あり）		347／回	347	694	1,041
通所型サービス A （送迎片道、入浴あり）		300／回	300	600	900

【加算・減算】

基本費用に以下の料金が加算されます。

加算・減算 の種類	単位数	加算・減算額（円）		
		ご利用者負担金		
		1割	2割	3割
介護職員処遇改善加算Ⅰ *令和6年5月利用分まで	1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し5.9%加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ *令和6年5月利用分まで	1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.0%加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算 *令和6年5月利用分まで	1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.1%加算			
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年6月利用分から	1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し9.2%加算			

【その他の費用】

以下のサービスにつきましては、原則実費のご負担が必要となります。

ドリンク代（利用1回につき）	100円
リハビリパンツ（1枚につき）	100円
尿とりパット（1枚につき）	50円
レンタルタオルセット（1セットにつき） [セット内容 バスタオル1枚・フェイスタオル1枚]	100円
通常の実施地域を超えて行う送迎費用	0円/km
レクリエーション材料費	実費
その他日常生活において必要な費用	実費

別紙料金表（黒石市 通所介護相当サービス）

対 象 者（要支援1・2の方、事業対象の方）

※支給限度基準額を超過したご利用分（加算分を含みます。）は、介護職員処遇改善加算を含め、全額ご利用者負担となります。

【基本費用】

基本費用の種類	対象者	単位数	ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
通所介護相当サービス1	要支援1 事業対象者	1,798	1,798	3,596	5,394
通所介護相当サービス2	要支援2 事業対象者	3,621	3,621	7,242	10,863
通所介護相当サービス1(回数)	要支援1 事業対象者	436 月4回迄	436	872	1,308
通所介護相当サービス2(回数)	要支援2 事業対象者	447 月5～8回迄	447	894	1,341

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、基本費用に以下の料金が加算又は減算されます。

加算・減算の種類	要 件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算 I	介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されている場合	事業対象者・要支援1	88	176	264
		88			
		事業対象者・要支援2	176	352	528
		176			
科学的介護推進体制加算	利用者のサービス情報について厚労省に報告するとともに改善に関する取組を行った場合	40	40	80	120
栄養アセスメント加算	管理栄養士等が低栄養状態のリスクおよび解決すべき課題を把握し相談に応じた場合	50	50	100	150
栄養改善加算	管理栄養士を1名以上配置し、低栄養状態等の改善に資する指導を実施した場合	200	200	400	600

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	口腔又は栄養状態について評価し介護支援専門員と情報共有を図った場合	5	5	10	15
加算・減算の種類	要件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔清掃指導や摂食嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行い、口腔機能改善計画等の内容を厚労省に報告すると共に改善に関する取組を行った場合	160	160	320	480
一体的サービス提供加算	運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上の中から3種類を選択的に実施した場合	480	480	960	1,440
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-47 (片道ごと)	-470		
介護職員処遇改善加算Ⅰ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し5.9%加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し1.0%加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算 *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し1.1%加算			
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年6月利用分から		1ヶ月の利用料金（基本報酬＋加減算） に対し9.2%加算			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（月・日割）	通常の事業の実施地域以外の中山間地域に居住するご利用者へサービス提供した場合	1ヶ月の利用料金（基本費用） に対し5%加算			

【その他の費用】

以下のサービスにつきましては、原則実費のご負担が必要となります。

ドリンク代（利用1回につき）	100円
リハビリパンツ（1枚につき）	100円
尿とりパット（1枚につき）	50円
レンタルタオルセット（1セットにつき） [セット内容 バスタオル1枚・フェイスタオル1枚]	100円
通常の実施地域を超えて行う送迎費用	0円/km
レクリエーション材料費等	実費

料金表（藤崎町 通所介護相当サービス）

対 象 者（要支援1・2の方、事業対象の方）

※支給限度基準額を超過したご利用分（加算分を含みます。）は、介護職員処遇改善加算を含め、全額ご利用者負担となります。

【基本費用】

基本費用の種類	対象者	単位数	ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
通所介護相当サービス1	要支援1 事業対象者	1,798	1,798	3,596	5,394
通所介護相当サービス2	要支援2 事業対象者	3,621	3,621	7,242	10,863
通所介護相当サービス1(回数)	要支援1 事業対象者	436 月4回迄	436	872	1,308
通所介護相当サービス2(回数)	要支援2 事業対象者	447 月5～8回迄	447	894	1,341

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、基本費用に以下の料金が加算又は減算されます。

加算・減算の種類	要 件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員のうち介護福祉士が70%以上配置されている場合	通所介護相当サービス1 88	88	176	264
		通所介護相当サービス2 176	176	352	528
科学的介護推進体制加算	利用者のサービス情報について厚労省に報告するとともに改善に関する取組を行った場合	40	40	80	120
栄養アセスメント加算	管理栄養士等が低栄養状態のリスクおよび解決すべき課題を把握し相談に応じた場合	50	50	100	150
栄養改善加算	管理栄養士1名以上配置し低栄養状態等の改善に資する指導を行った場合	200	200	400	600
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔清掃や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行い、口腔機能改善計画の内容を厚労省に報告するとともに改	160	160	320	480

	善に関する取組を行った場合				
加算・減算の種類	要件	単位数	加算・減算額（円）		
			ご利用者負担金		
			1割	2割	3割
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	口腔又は栄養状態について評価し介護支援専門員と情報共有を図った場合	5	5	10	15
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	-47 (片道ごと)	-470		
介護職員処遇改善加算Ⅰ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し5.9%加算			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.0%加算			
介護職員等ベースアップ等支援加算 *令和6年5月利用分まで		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し1.1%加算			
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） *令和6年6月利用分から		1ヶ月の利用料金（基本報酬+加減算） に対し9.2%加算			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（月・日割）	通常の事業の実施地域以外の中山間地域に居住するご利用者へサービス提供した場合	1ヶ月の利用料金（基本費用） に対し5%加算			

【その他の費用】

以下のサービスにつきましては、原則実費のご負担が必要となります。

ドリンク代（利用1回につき）	100円
リハビリパンツ（1枚につき）	100円
尿とりパット（1枚につき）	50円
レンタルタオルセット（1セットにつき） [セット内容 バスタオル1枚・フェイスタオル1枚]	100円
通常の実施地域を超えて行う送迎費用	0円/km
レクリエーション材料費等	実費