

**介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業（通所介護相当サービス）  
契約書別紙（兼重要事項説明書）**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	有限会社 あぐり
主たる事務所の所在地	〒381-0402 長野県下高井郡山ノ内町佐野2534-53
代表者（職名・氏名）	代表取締役 小池 恒星
設 立 年 月 日	平成 12 年 6 月 3 日
電 話 番 号	0269-31-1135

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	デイサービスあぐり	
サービスの種類	第一号通所事業（通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒383-0022 長野県中野市中央1-11-3	
電 話 番 号	0269-38-6231	
指定年月日・事業所番号	令和 6 年 4 月 1 日指定	2071100883
管理者の氏名	望月 勇也	
事業の実施地域	中野市、山ノ内町	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

第一号通所事業（通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日
定休日	日曜日及び8月14日～8月16日、12月31日～1月3日
営業時間	午前9時00分～午後5時00分まで

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
看護職員	2名以上
機能訓練指導員	2名以上（看護職員兼務）
介護職員	2名以上
生活相談員	2名以上

#### 7. 管理者

事業所の管理者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	望月 勇也
--------	-------

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額3割です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

##### （1）第一号通所事業（通所介護相当サービス）の利用料

###### 【基本部分】

サービス名称	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)
通所介護 相当サービス	事業対象者・要支援1	1,798円/月	3,596円/月
	事業対象者・要支援2	3,621円/月	7,242円/月

※基本利用料は、中野市又は山ノ内町が国で定める金額を準用した金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**【加算】**

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類		加算額		算定単位
		利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	
若年性認知症利用者受入加算		240円	480円	1月につき
生活機能向上グループ活動加算		100円	200円	
栄養改善加算		200円	400円	
口腔機能向上加算(Ⅰ)		150円	300円	
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160円	320円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1・事業対象者	88円	176円	
	要支援2・事業対象者	176円	352円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1・事業対象者	72円	144円	
	要支援2・事業対象者	144円	288円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	要支援1・事業対象者	24円	48円	
	要支援2・事業対象者	48円	96円	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)(3月に一回)		100円	200円	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)		200円	400円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数の5.9%		
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		所定単位数の4.3%		
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		所定単位数の2.3%		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ		所定単位数の1.2%		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ		所定単位数の1.0%		
介護職員等ベースアップ等支援加算		所定単位数の1.1%		
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(一本化後)		所定単位数の9.2%		
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(一本化後)		所定単位数の9.0%		
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(一本化後)		所定単位数の8.0%		
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)(一本化後)		所定単位数の6.4%		
科学的介護推進体制加算		40円	80円	
栄養アセスメント加算		50円	100円	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に一回を限度に)		20円	40円	1回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に一回を限度に)		5円	10円	

注1) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**【減算】**

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	
事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算	当該減算の要件に 該当した場合 (1月につき)	要支援1 事業対象者	3,760円	376円	752円
		要支援2 事業対象者	7,520円	752円	1,504円

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

## (2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき700円の実費をいただきます。
朝食夕食	食事の提供を受けた場合、1回につき150円の実費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき実費をいただきます。
洗濯代	利用者の衣類等を事業所で洗濯した場合に150円をいただきます。
タオル代	入浴サービスを受けた場合、1回につき65円の実費をいただきます。
レク費	レクリエーション活動費として月に50円いただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

## (3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額又は食費又は両方

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

## (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等			
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日に、事業者が指定する下記の口座より引き落とします。手数料はご利用者様のご負担になります。			
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。手数料はご利用者様のご負担になります。			
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日までに、現金でお支払いください。			
指定口座	長野県信用組合	中野支店	普通 8307102	有限会社めぐり
	長野県信用組合	山ノ内支店	普通 8292393	
	J Aながの	志賀高原支所	普通 6104673	
	J A中野	本所	普通 0021381	
	八十二銀行	山ノ内支店	普通 306443	
	長野信用金庫	山ノ内支店	普通 0222190	
	ゆうちょ銀行 ※他金融機関からの送金	一一八店 (イチイチハチ店)	普通 2381396	
	ゆうちょ銀行 ※ゆうちょ銀行から送金	記号 11130	普通 23813961	

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び中野市又は山ノ内町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0269-38-6231 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	中野市高齢者支援課	電話番号 0269-22-2111
	山ノ内町地域包括支援センター	電話番号 0269-33-8411
	長野県国民健康保険団体連合会	電話番号 026-238-1580

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) インフルエンザ等、感染症に罹患した際は、サービスの提供をお断りする場合があります。
- (5) サービス利用の当日キャンセルはキャンセル料をいただきますのでご注意ください。やむを得ない事由がある場合のキャンセルはこの限りではありません。
- (6) 利用料金の支払いが2か月滞納となった場合には、3か月目以降の利用について『サービス提供の停止』を検討させていただきますので、ご注意下さい。

## 13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 年 月 日

事業者は利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 長野県中野市中央 1-11-3  
事業者名 デイサービスあぐり  
代表者職・氏名 管理者 望月勇也  
説明者職・氏名 \_\_\_\_\_

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
署名代行者 住 所 \_\_\_\_\_  
(又は法定代理人)  
本人との続柄 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先等

緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	(続柄 )
	電話番号	
利用者の主治医	医療機関の名称	
	主治医氏名	
	所在地	
	電話番号	

Var. 202507