

社会福祉法人太田福祉記念会 太田デイサービスセンター  
 契約書別紙（兼 重要事項説明書）  
 〈 令和 7 年 1 0 月 1 日現在 〉

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0 2 4 - 9 2 5 - 8 8 4 0（午前 8 時 15 分～午後 4 時 45 分）

※ただし、土曜・日曜・12 月 31 日～1 月 3 日は除く。

担当者 生活相談員 屋 代 知 宏

2. 太田デイサービスセンターの概要

(1)提供するサービスの種類

施 設 の 名 称	社会福祉法人太田福祉記念会 太田デイサービスセンター
所 在 地	福島県郡山市深沢 2 丁目 3 番 1 号
介護保険事業所番号	0 7 9 0 3 0 1 3 1 1（地域密着型通所介護）
サービスを提供する地域	郡山市

(2)当事業所の職員体制

（ ）内は男性再掲

	資 格	常 勤	非常勤	計	職務内容
管理者 (生活相談員を 兼務)	介護福祉士 社会福祉主事	1 名 (1)		1 名 (1)	職員の管理、業務状況の把握及び その他の管理を行います。
生活相談員	介護福祉士	1 名 (1)		2 名 (2)	利用者及び家族等との相談に応じ るとともに、関係機関との連絡調 整を行います。
	社会福祉主事 介護福祉士 (管理者を兼務)	1 名 (1)			
看護・ 介護職員	看護師 (機能訓練指導員を兼務)		1 名	1 名	利用者の保健衛生並びに看護業務 を行います。
	介護福祉士	2 名	1 名	3 名	利用者の日常生活全般にわたる介 護業務を行います。
機能訓練指導員 (看護職員を兼務)	看護師		1 名	1 名	利用者の日常生活を営むために必 要な機能改善及びその減退を防止 するための機能訓練を行います。
調理員	調理師		1 名	2 名	利用者の嗜好等を把握し、食事の 提供を行います。
	その他		1 名		
運転手			1 名 (1)	1 名 (1)	利用者の送迎業務を行います。

※地域密着型通所介護・通所型サービスに必要な職員数です。

(主な職種の勤務体制)

職 種	勤 務 体 制
生 活 相 談 員	午前 8 時 1 5 分～午後 4 時 4 5 分 1 名
看 護 職 員	午前 9 時 3 0 分～午後 3 時 3 0 分 1 名（機能訓練指導員を兼務） 午前 9 時 3 0 分～午後 1 時 3 0 分
介 護 職 員	午前 8 時 1 5 分～午後 4 時 4 5 分 3 名

(3) 当施設の設備の概要

定 員	1 8 名	浴 室	1 室 (一般浴室・特別浴室・個人浴室)
食堂 (サロン) 兼機能訓練室	1 4 5 . 6 2 m <sup>2</sup>	送 迎 車	リフト付ワゴン車 1 台 軽自動車 2 台
休 養 室	1 室		

※定員は、地域密着型通所介護と通所型サービスとの合計人数です。

(4) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日・祝日（12月31日～1月3日を除く）
営 業 時 間	午前8時15分～午後4時45分
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時30分（送迎時間を除く）

3. サービス内容

種 類	内 容
①地域密着型通所介護計画の立案	利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、居宅サービス計画に沿って地域密着型通所介護計画を作成します。
②食事	季節感を取り入れ、栄養のバランスに配慮した昼食を提供します。 (昼食時間 正午 ～ 午後1時00分)
③入浴	一般浴槽又は特殊浴槽に入浴できます。
④介護	地域密着型通所介護計画に沿って介護（着替え・排泄・食事・入浴等の介助、体位交換、シーツ交換、事業所内の移動の付添い等）を行います。
⑤機能訓練	機能訓練計画に沿って、訓練室で機能訓練を行います。
⑥生活相談	生活相談員に、看護・介護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。
⑦健康管理	看護師又は准看護師が、健康チェックを行います。
⑧レクリエーション	新年会、敬老会、年忘れ会、交流会等の行事を行います。
⑨送迎	送迎車両3台で送迎を行います。

4. 料 金

(1) 基本料金

① 利用料（地域密着型通所介護費）

	1日あたりの自己負担額	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額（※1割負担の場合）
要介護1	6, 7 8 0 円	6 7 8 円
要介護2	8, 0 1 0 円	8 0 1 円
要介護3	9, 2 5 0 円	9 2 5 円
要介護4	1 0, 4 9 0 円	1, 0 4 9 円
要介護5	1 1, 7 2 0 円	1, 1 7 2 円

※介護保険適用時の1日あたりの自己負担額は、利用者負担割合証に記載された負担割合に応じた額となります。

・2割負担の場合 1割負担の料金の2倍

・3割負担の場合 1割負担の料金の3倍

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者の減少が一定数生じた場合は、①の料金の3%に相当する額が加算されます。

## ② 加 算

算定要件を満たしている場合には、次の料金が加算（減算）されます。

加算の種類		自 己 負 担 額	介護保険適用時の自己負担額 (※1割負担の場合)	算 定 要 件
入浴介助加算		4 0 0 円/日	4 0 円/日	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備で行っている。
		5 5 0 円/日	5 5 円/日	利用者の居宅を訪問し、浴室環境等を評価したうえで個別の入浴計画を作成している。
サービス提供体制強化加算	介護福祉士の割合が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上	2 2 0 円/日	2 2 円/日	介護福祉士有資格者等を一定割合以上雇用し、サービスの質の向上を計っている。
	介護福祉士の割合が50%以上	1 8 0 円/日	1 8 円/日	
	介護福祉士の割合が40%以上又は勤続7年以上の介護職員の割合が30%以上	6 0 円/日	6 円/日	
生活機能向上連携加算	外部の理学療法士等が訪問しない場合	1,000 円/月	100 円/月	外部のリハビリテーション専門職と連携し、施設の職員と共同で個別の訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している。 (個別機能訓練加算を算定していない場合に算定。また、外部の理学療法士等が訪問しない場合は3月に1回を限度)
	外部の理学療法士等が訪問する場合	2,000 円/月	200 円/月	
	個別機能訓練加算を算定している場合	1,000 円/月	100 円/月	
個別機能訓練加算 (Ⅰ)		5 6 0 円/日	5 6 円/日	希望した利用者に対し、多職種のもの共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている。
個別機能訓練加算 (Ⅱ)		2 0 0 円/月	2 0 円/月	個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている。
中重度者ケア体制加算		4 5 0 円/日	4 5 円/日	以下の全ての要件を満たしている。 ア. 配置基準に加え、看護職員又は介護職員を2名以上配置している。 イ. 前年度又は算定日が属する月の前3月間利用者総数のうち、要介護状態区分が要介護3以上の割合が30%以上。 ウ. サービス提供時間帯を通して、看護職員を配置している。

加算の種類		自己負担額	介護保険適用時の自己負担額 (※1割負担の場合)	算定要件
ADL維持 等加算	ADL 利得の平均値が 1 以上の場合	300 円/月	30 円/月	ADL（日常生活動作）を評価した値を厚生労働省に提出しており、かつ、ADL 維持・改善の度合い（ADL 利得値）が一定水準を超えている。
	ADL 利得の平均値が 3 以上の場合	600 円/月	60 円/月	
認知症加算		600 円/日	60 円/日	以下の全ての要件を満たしている。 ア. 配置基準に加え、看護職員又は介護職員を2名以上配置している。 イ. 前年度又は算定日が属する月の前3月間利用者総数のうち、日常生活に支障を来す症状又は行動が認められることから介護が必要とする認知症の者の割合が15%以上。 ウ. サービス提供時間帯を通して、認知症介護に係る専門的な研修等を修了した者を配置している。
若年性認知症利用者 受入加算		600 円/日	60 円/日	若年性認知症利用者に対してサービスを提供している。 ただし、認知症加算を算定している場合を除く。
口腔機能向上加算（Ⅰ）		1,500 円/回	150 円/回	希望した利用者に対し、看護職員などの多職種が連携しながら、口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画的に支援を行っている。
口腔機能向上加算（Ⅱ）		1,600 円/回	160 円/回	口腔機能向上サービスの実施内容などを厚生労働省に提出している。
送迎減算（片道）		▲470 円/回	▲47 円/回	居宅と事業所間の送迎を行わない場合。
科学的介護推進体制加算		400 円/月	40 円/月	厚生労働省が推進する科学的介護の実現のため、利用者の心身の状況等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている。
介護職員等処遇改善加算		①及び②の 料金の 9.2% = $\alpha$	$\alpha$ の額の 1 割	質の高いサービスを安定的に提供するため、介護職員等の賃金改善に係る計画を作成・実践し、経営の安定化を図っている。

※介護保険適用時の1日（または1月、1回）あたりの自己負担額は、利用者負担割合証に記載された負担割合に応じた額となります。

・2割負担の場合 1割負担の料金の2倍

・3割負担の場合 1割負担の料金の3倍

③ 食 費 600 円（全額自己負担）

④ その他 行事参加費、日用品（歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品、洗顔タオル、バスタオル等）は自己負担となります。

## (2) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

利用予定日の前日午後4時45分までにご連絡をいただいた場合	無 料
利用予定日の前日午後4時45分までにご連絡がなかった場合	4 0 0 円

## (3) 地域密着型通所介護サービス利用の中止

以下の事由に該当する場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、必要に応じ家族等又は緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※利用日に事業者が実施する健康チェックの結果、発熱（37.0℃以上）又は風邪症状等があり、体調が優れないと判断された場合（この場合、キャンセル料はかかりません。）

※利用中に体調に変化があった場合

※利用者が、事業者やサービス従業者又は他の利用者等に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。

## (4) お支払方法

地域密着型通所介護サービスの利用月ごとに請求をいたしますので、請求日から30日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、事業者は領収証を発行いたします。お支払い方法は、現金・銀行口座振込又は銀行口座引落の3通りの中からご契約の際にお選びいただきます。

### 1. 窓口での現金支払い

### 2. 下記指定口座への振込（振込手数料については振込者の負担となります。）

金融機関 郡山信用金庫 熱海支店 普通預金 1041048

名 義 社会福祉法人太田福祉記念会

太田デイサービスセンター 所長 会 田 賢 一

### 3. 銀行口座引落（手数料はかかりません。）

ご指定の通帳から、毎月25日（金融機関が休日の場合は、翌営業日）に引き落とされます。

※保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますと、事業者はサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと自己負担額（保険料の負担割合分と食費）を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

※同じ月に、医療系介護保険居宅サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなど）を利用した場合は、介護保険一部負担額が医療費控除の対象となります。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用申込み

まずは、お電話等でお申込みください。利用期間の決定後、契約を締結します。なお、利用の予約は1ヶ月前から受け付けします。

※利用日及び利用時間は、居宅サービス計画によるものとします。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に担当の介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービス利用契約の終了

#### ①利用者の都合でサービス利用契約を終了する場合

7日間の予告期間を置き、文書での申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効になります。

## ②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的に契約を終了します。この場合、その後の予約は無効になります。

※利用者が介護保険施設に入所した場合

※利用者が死亡した場合

※介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、要支援又は非該当（自立）と認定された場合

## ③その他

利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合、または利用者が事業者やサービス従業者もしくは他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。なお、この場合、契約終了後の予約は無効となります。また、やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合、契約を終了させていただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

## 6. 利用にあたっての留意事項

### (1) 送迎時間について

通常を送迎時間に変更がある場合はご連絡いたします。

### (2) 体調の確認について

利用日の朝、熱や血圧等体調の確認をお願いいたします。

### (3) 体調不良によるサービスの中止・変更

体調不良によるサービスの中止・変更がある場合は、利用予定日の午前8時15分までに連絡をお願いいたします。

### (4) 敷地内禁煙

敷地内は終日禁煙となっております。

## 7. 事業の目的及び運営の方針

### (1) 事業の目的

要介護状態にある利用者に対し、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適切な地域密着型通所介護サービスを提供し、利用者の心身機能の維持増進並びに家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

### (2) 運営の方針

- ① 提供する地域密着型通所介護サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令等の内容に沿ったものとします。
- ② 人権を尊重し、常に利用者の立場に立った地域密着型通所介護サービスを提供します。また、利用者及び家族等のニーズを的確に捉えた個別の地域密着型通所介護計画を作成いたします。
- ③ 地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との綿密な連携に努めます。

## 8. 虐待の防止

虐待防止のための指針を整備し、虐待防止対策を定期的に検討します。また、担当者を置き、前述

の検討結果を含め研修等を通じて職員に周知徹底を図ることで、利用者の人権を擁護します。

なお、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

## 9. 緊急時の対応方法

利用者の体調に変化等があった場合は、速やかに医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、家族に速やかに連絡いたします。

## 10. 事故発生時の対応方法

万が一利用者に事故等が発生した場合は、事故対応マニュアルに沿って必要な措置を講ずるほか、家族や市町村等に速やかに連絡いたします。

## 11. 損害賠償

地域密着型通所介護サービスの提供にともなって、事業者の責に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して速やかにその損害を賠償します。

## 12. 非常災害対策

- ・災害時の対応……防災マニュアルに沿った避難を行います
- ・防災設備……消火器
- ・防災訓練……避難訓練を年2回実施します
- ・防火管理者……所長 会 田 賢 一

## 13. サービス内容に関する苦情

### (1) 当施設苦情受付者窓口

苦情受付担当者 生活相談員 屋 代 知 宏

苦情解決責任者 所長 会 田 賢 一

電話024-925-8840

(受付時間 月曜日～金曜日 午前8時15分～午後4時45分)

### (2) 苦情解決第三者委員

直接施設に申し出できない場合は、当法人苦情解決第三者委員へお申し出下さい。

苦情解決第三者委員 伊 藤 清 郷 電話024-922-2215

宇 野 礼 子 電話024-945-7932

(受付時間 月曜日～金曜日 午前9時00分～午後4時00分)

### (3) その他

上記以外に、市町村等の苦情・相談窓口等でも受け付けております。

(福祉サービスの苦情・相談について)

福島県社会福祉協議会内 福島県運営適正化委員会事務局 電話024-523-2943

(介護保険サービスの苦情について)

福島県国民健康保険団体連合会 電話024-528-0040

(介護保険全般に関するお問い合わせ)

郡山市保健福祉部介護保険課 電話024-924-3021

(受付時間 午前8時30分～午後5時15分)

#### 1 4. その他運営に関する重要事項

- (1) 職員の資質向上を図るため、研修の機会を設け、各種資格取得を推奨しております。
- (2) 利用者のニーズに適切に応えるため、サービスの自己評価を実施しています。
- (3) 福祉サービス第三者評価の実施状況
  - ・実施の有無 無
  - ・実施した直近の年月日 ー
  - ・実施した評価機関の名称 ー
  - ・評価結果の開示状況 ー
- (4) 各種ボランティア等を積極的に受け入れ交流の場を提供し、地域住民等との連携を図ります。
- (5) この他、運営に関する重要事項は、社会福祉法人太田福祉記念会の理事会・評議員会で定めます。

#### 1 5. 当法人の概要

〈法人名称〉 社会福祉法人 太田福祉記念会  
〈代表者名〉 理事長 太 田 三知子  
〈法人所在地〉 福島県郡山市熱海町玉川字阿曾沢 1 1 番地 1  
〈電話番号〉 024-994-0888  
〈インターネット〉 URL <http://www.ohta-fukushi.or.jp>

##### 〈定款の目的に定めた事業〉

- (1) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）
- (2) 短期入所生活介護事業
- (3) 居宅介護支援事業
- (4) 訪問介護事業
- (5) 通所介護事業
- (6) ケアハウス事業
- (7) その他これに付随する事業

##### 〈施設・事業所〉

- |                         |      |
|-------------------------|------|
| (1) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） | 2 ヲ所 |
| (2) 短期入所生活介護事業所         | 2 ヲ所 |
| (3) 居宅介護支援事業所           | 1 ヲ所 |
| (4) 訪問介護事業所             | 1 ヲ所 |
| (5) 通所介護事業所             | 3 ヲ所 |
| (6) ケアハウス               | 1 ヲ所 |



令和    年    月    日

地域密着型通所介護サービスの利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

〈事業者〉所在地    福島県郡山市深沢2丁目3番1号  
                  名称    社会福祉法人 太田福祉記念会  
                            太田デイサービスセンター

代表者名                    所    長                    会    田    賢    一                    印

〈説明者〉職 氏 名                    \_\_\_\_\_                    印

私は本書面により、事業者から地域密着型通所介護サービスについて、重要事項の説明を受け同意するとともに、この書面が契約書の別紙となることについて承諾します。

〈利用申込者〉                    氏    名                    \_\_\_\_\_                    印

〈家族・代理人〉                    (続    柄                    \_\_\_\_\_)

                            氏    名                    \_\_\_\_\_                    印