

## 指定通所介護重要事項説明書〔令和7年5月1日現在〕

指定通所介護利用サービス提供にあたり、指定通所介護運営規定第13条に基づいて当事業者が貴殿に説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業者

事業者の名称	株式会社 t t t	法人所在地	福岡県福岡市中央区舞鶴 2-1-10 天神フロントスクエア 5階 EF		
法人種別	株式会社	代表者氏名	内田啓太	電話番号	092-406-8612

## 2. 併せて実施する事業

事業の種類	福岡県の事業者指定			
通所介護	指定年月日	指定番号	利用定員	
	令和2年8月1日	4073501555	70名	

事業の目的及び運営方針

- 要介護状態となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の世話及び日常動作訓練を行うことにより、利用者の社会的孤独感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- 事業を運営するに当たって、地域との結びつきを重視し、市町村等保険者、居宅サービス事業者その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

## 3. 施設の概要及び主な設備

敷地面積	2,412 m <sup>2</sup>				
建物	構造	木造二階建て		延べ床面積	1181.7 m <sup>2</sup>
	内デイサービス面積	370.46 m <sup>2</sup>		利用定員	70名
食堂ホール兼日常生活訓練室	1室	1単位	116.25 m <sup>2</sup> 、2単位	132.88 m <sup>2</sup>	相談室 1室
事務室	1室				一般浴室 1室
静養室	1室				

## 4. 職員体制

職員の職種	員数	区 分				兼 務 状 況
		常 勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			生活相談員
生活相談員	3	2	1			介護職員、管理者
介護職員	19	13		4		生活相談員
看護師	4			4		機能訓練指導員
機能訓練指導員	4			4		看護師

## 5. 職員の勤務体制

職 種	管理者、生活相談員、介護職員、機能訓練指導員
勤 務 体 制	勤務時間 08時30分～18時00分まで

## 6. 営業日及び営業時間・利用申し込み窓口

営業日	毎週月曜日～土曜日（日曜日休み）	営業時間	午前9時00分から午後17時30分まで
利用申し込み窓口	デイサービス たいようⅡ 窓口担当 たいようⅡ 事務局		
電話番号	092-335-3241		

## 7. 事業の実施地域

事業の実施地域	福岡県糸島市
---------	--------

## 8. 施設サービスの概要

## (1)介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・栄養と栄養者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。ただし、食材料費は給付対象外です。 (食事時間) 朝食9：00～、昼食12：00～、夕食17：00～
排 泄	・利用者の状況に応じて適切に排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・オムツを使用する方に対しては定時のトイレ誘導を行うと共に必要な場合は交換いたします。ただしオムツ代は給付対象外です。
入 浴	入浴前に入浴が可能であるかバイタル等をチェックします。
相談及び援助	・利用者及び家族からのいかなる相談についても誠意をもって対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 相談窓口担当 生活相談員 3名
社会生活上の便宜	必要な教養娯楽設備を整えと共に、施設での生活を充実する為に、適時レクリエーション行事を企画します。
送 迎	日々利用者の身体状況を観察しながら、安全運転に努め、施設や自宅まで送迎いたします。

## 9. 利用料

法定給付

区分	利用料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額（施設介護サービス費の1割又は2割、3割負担と食事・おむつにかかる負担額の合算額）
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額（施設介護サービス費の基準額に同じ）

厚生労働大臣の定める基準によるもの(単位数)

## (1) 大規模型(Ⅱ)通所介護

所要時間	要介護度	基本料金	加算 入浴介助	計 (単位数)	利用者 1割 負担額 (円)	利用者 2割 負担額 (円)	利用者 3割 負担額 (円)	所要時間	要介護度	基本料金	加算 入浴介助	計 (単位数)	利用者 1割 負担額 (円)	利用者 2割 負担額 (円)	利用者 3割 負担額 (円)
	2	290	330	339	678	1,017		2	395	435	447	894	1,341		
	3	328	368	378	756	1,134		3	446	486	500	999	1,498		
	4	365	405	416	832	1,248		4	495	535	550	1,099	1,649		
	5	403	443	455	910	1,365		5	549	589	605	1,210	1,815		

所要時間	要介護度	基本料金	加算 入浴介助	計 (単位数)	利用者 1割 負担額 (円)	利用者 2割 負担額 (円)	利用者 3割 負担額 (円)	所要時間	要介護度	基本料金	加算 入浴介助	計 (単位数)	利用者 1割 負担額 (円)	利用者 2割 負担額 (円)	利用者 3割 負担額 (円)
	2	414	454	467	933	1,399		2	620	660	678	1,356	2,034		
	3	468	508	522	1,044	1,566		3	715	755	776	1,551	2,326		
	4	521	561	577	1,153	1,729		4	812	852	875	1,750	2,625		
	5	575	615	632	1,264	1,895		5	907	947	973	1,945	2,918		
6時間以上 7時間未満	1	543	40	583	599	1,198	1,741	7時間以上 8時間未満	1	607	40	647	665	1,329	1,994
	2	641		681	700	1,399	2,098		2	716		756	777	1,553	2,330
	3	740		780	801	1,602	2,403		3	830		870	894	1,787	2,681
	4	839		879	903	1,806	2,709		4	946		986	1,013	2,026	3,038
	5	939		979	1,006	2,011	3,017		5	1,059		1,099	1,129	2,258	3,386
8時間以上 9時間未満	1	623	40	663	681	1,362	2,043								
	2	737		777	798	1,596	2,394								
	3	852		892	916	1,832	2,748								
	4	970		1,010	1,038	2,075	3,112								
	5	1,086		1,126	1,157	2,313	3,470								

※上記の所要期間には、送迎時に居宅内で着替えや移乗、移動などに時間を要した場合には、30分を上限として含まれることがあります。

(2) 同一建物居住者等減算 94単位減算 (3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 単位数の9.0%加算

利用料金は上表の単位数に1単位あたりの単価 10.27円を乗じて算定し、利用者負担はその1割又は2割又は3割の額となります。また、入浴等のサービスを提供しなかった場合は、その部分の加算はありません。

計算例：1割負担の要介護1の方が8時間以上9時間未満で利用し、入浴されなかった場合 入浴介助加算を除く合計：623単位  
623単位×10.27円＝6,398円（端数切り捨て） 介護保険給付額：6,398円×9割＝5,758円（端数切り捨て）利用者負担額：6,398円－5,758円＝640円

## 10. 法定外給付

厚生労働大臣の定める基準によるもののほかに以下の費用がかかります。

<b>食事代(朝食・昼食おやつ付き・夕食)</b>	<b>400円・500円・400円※非課税</b>
通常事業の実施地域以外の	実施地域以外から片道10km以下のとき 無料
地域に係る送迎の追加費用	実施地域以外から片道10kmを超えるとき 100円/km(往復)
オムツ代	実費(200円程度)
※ その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用の負担をお願いすることがあります。	

## 11. 苦情申立先

ご利用相談室	窓口担当	隈本 友加里	ご利用時間	毎週（月曜日～土曜日） 9：00～17：30
	ご利用方法	電話 092-335-3241 面接（相談室）	苦情箱（施設内に設置）	

## 【公的機関の相談窓口】

糸島市役所 介護保険担当課 092-323-1111 (FAX 092-321-1139) 福岡県 介護保険担当課 092-643-3321 (FAX 092-643-3309)  
福岡市役所 介護保険担当課 092-711-4111 福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口 092-642-7859 (FAX 092-642-7856)

## 12. 秘密保持

- ・業務上知り得た利用者又は、家族等の秘密は守ります。
- ・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る場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族の同意をあらかじめ文書により得た上で行います。

## 13. 事故発生時の対応

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名及び所在地		
	氏名		電話番号
緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	( )	
	電話番号		

利用者に対して、居宅介護支援を提供したことにより損害賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、利用者の過失による事故の場合は損害賠償は行いません。

## 14. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

- 居室・設備・器具の利用に際しましては、器具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には賠償していただくことがあります。
- 喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。飲酒はできません。
- 施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

- 福祉サービス第三者評価の実施状況の有無なし

令和 年 月 日

指定通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

法人事業所所在地 福岡県福岡市中央区舞鶴 2-1-10 天神フロントスクエア 5階 EF  
法人名 株式会社 t t t  
代表者名 代表取締役 内田啓太 印

利用者 氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(代筆者) 氏名 \_\_\_\_\_