

(自費利用による通所型サービス)

# 重要事項説明書

(令和5年4月1日改訂)

社会福祉法人 白日会

ウェルネス照古苑いきいき道場

## 通所型サービス

### 「ウェルネス照古苑いきいき道場」自費利用のための重要事項説明書

(令和5年4月1日現在)

#### 1. 事業者の概要

- |           |                  |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 白日会       |
| (2) 所在地   | 熊本県宇土市南段原町161番地2 |
| (3) 電話番号  | 0964-22-4100     |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 荒木 美智子       |
| (5) 設立年月日 | 昭和49年3月29日       |

#### 2. ご利用事業所

- |             |         |
|-------------|---------|
| (1) サービスの種類 | 通所型サービス |
|-------------|---------|

- |           |  |
|-----------|--|
| (2) 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、介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
|-----------|--|

- |            |                                      |
|------------|--------------------------------------|
| (3) 事業所の名称 | ウェルネス照古苑いきいき道場                       |
| (4) 所在地    | 熊本県宇土市南段原町161-2                      |
| (5) 電話番号   | 0964-22-4100(代表)<br>0964-23-5546(直通) |
| (6) 管理者    | 長尾 敏雄                                |

- |          |  |
|----------|--|
| (7) 運営方針 | 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。 |
|----------|--|

- |           |            |
|-----------|------------|
| (8) 開設年月日 | 平成28年10月1日 |
|-----------|------------|

(9) 営業日時等

営業日	月曜日から土曜日まで
営業時間	9時15分～16時15分
サービス提供時間	10時00分～15時00分

(10) 利用定員

20人
-----

(11) 通常の事業の実施地域

宇土市全域
-------

3 職員の配置状況

当事業所では、指定通所介護・介護予防通所介護・指定第1号通所事業（宇土市通所介護相当サービス）を提供する職員として次のとおりの職種の職員を配置しています

【主な職員の配置状況】※職員配置については、指定基準を遵守しています。

職種	指定基準	専従	兼務	備考
1. 管理者	1		(1)	
2. 介護職員	2	1	(2)	
3. 生活相談員			(1)	
4. 看護職員			(3)	
5. 機能訓練指導員			(3)	

4 提供するサービスと利用料

(1) 提供するサービスの内容

通所型サービスは、事業者が設置する事業所（ウェルネス照古苑いきいき道場）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。

内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるプログラムを複合的に実施いたします。

- ① 健康チェック
- ② 運動週間の定着支援

- ③ レクリエーション
- ④ 食事の提供（実費負担）
- ⑤ 入浴サービス
- ⑥ 送迎
- ⑦ その他介護に関する相談

## （２）サービス利用料金

あなたがサービスを自費利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。

介護度	基本利用料
事業対象者・要支援 1・2	1回 1,200円
要介護	1回 2,000円

## （３）その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき450円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつ1枚80円、尿取りパッド1枚20円をいただきます。（原則としてご持参をお願いします。）
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。

## （４）利用の中止、変更、追加について

- ① ご利用者の利用日前に中止、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。

この場合にはサービスの利用日の前日までに申し出て下さい。

- ② ご利用者の都合により通所介護サービスの利用当日に中止される場合は、取り消し料（昼食代相当）をお支払いいただきます。ただし、ご利用者の体調不良等の利用できない事由がある場合は、この限りではありません。

## （５）料金の支払い方法

前記（２）（３）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月の20日までに現金にてお支払いいただくか、金融機関からの引き落としによりお支払いいただきます。

5 緊急時等における対応について

当事業所は、サービス提供中にご利用者に病状の急変などが生じた場合その他、必要な場合は、速やかに主治の医師又は当事業所の協力医療機関、ご家族への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

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

6 事故発生時の対応について

- ① 当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 当事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

7 個人情報の保護について

当事業所はご利用者及びこれらの方々のご家族に関する個人情報の保護については、〔個人情報の保護に関する法律〕に基づく措置を的確に講じつつ、当事業所が保有する個人情報の保護に万全を期して参ります。

8 苦情（個人情報の保護に関することを含む）の受付について

苦情は、面接・電話・書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

- (1) 苦情解決責任者 施設長
- (2) 苦情受付担当者 生活相談員
- (3) 第三者委員 吉川 満璃子 【連絡先 ☎ 0964-23-3321】  
堀川 忍 【連絡先 ☎ 090-8666-0918】
- (4) 苦情解決の方法

苦情受付担当者が受け付けた苦情を、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）

- (5) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。そ

の際、苦情申出人は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

- ア 第三者委員による苦情内容の確認
- イ 第三者委員による解決案の調整、助言
- ウ 話し合いの結果や改善事項等の確認

(6) 熊本県福祉サービス運営適正化委員会

本事業所で解決困難な内容は、熊本県社会福祉協議会（☎096-324-5471）

(7) 施設内にご意見箱を設置しております。

(8) 行政機関その他の苦情受付機関は次のとおりです。

宇土市役所介護保険担当課	所在地	宇土市浦田町51
	電話番号	0964-22-1111
	受付時間	8:30~17:00
国民健康保険 団体連合会	所在地	熊本市東区健軍2丁目4番10号
	電話番号	096-214-1101
	FAX	096-214-1105
	受付時間	8:30~17:00

## 9 非常災害時の対策

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。

## 10 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、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。

本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護等サービスの提供開始に同意しました。

本書2通を作成し、ご利用者、事業者が記名押印のうえ、各自その1通を所持するものとします。

令和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

印

代理人（代筆者）

住 所

氏 名

印

利用者との続柄（ ）

事業者

住 所

熊本県宇土市南段原町161-2

事業者名

社会福祉法人 白日会

代表者

理事長 荒木 美智子

印

事業所名

ウェルネス照古苑いきいき道場

説明者 職名（ ） 氏名

印