

訪問入浴介護重要事項説明書

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者概要

事業所の名称	社会福祉法人 阿蘇市社会福祉協議会
事業所の所在地	熊本県阿蘇市内牧976番地2 電話 0967-32-1127
代表者名	会長 松嶋 和子
介護保険法令に基づき熊本県知事から指定を受けている事業（指定番号）	① 訪問介護事業 ヘルパーステーションあそ (第4371400039号) ② 通所介護事業 阿蘇市社協デイセンターごがく (第4371400088号) 阿蘇市社協デイセンターなみの (第4371400096号) ③ 居宅介護支援事業 阿蘇市社協春りんどう (第4371400047号) ④ 訪問入浴介護事業所 阿蘇市社協訪問入浴春りんどう (第4371400062号)
利用事業所	阿蘇市社協訪問入浴春りんどう

2. 事業の目的と運営方針

【事業の目的】

要介護状態、又は要支援状態にある方に対し、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、適切な訪問入浴介護を提供することを目的とする。

【運営の方針】

要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、又は要介護状態となることの予防に資するよう目標を設定し、訪問入浴介護計画を作成し、計画的にサービスを行う。

3. ご利用事業所の職員体制

看護師	1名以上
介護福祉士	1名以上
ヘルパー1級課程修了者	1名以上
ヘルパー2級課程修了者	1名以上

4. 営業日及び営業時間

- ・営業日は月曜から土曜日とする。但し、12月29日から1月3日までを除きます。ただし、特別の需要がある場合はこの限りではありません。
- ・営業時間は、午前8時30分から午後5時15分までとする。ただし、特別の需要がある場合はこの限りではありません。
- ・サービス提供時間 原則として午前8時30分から午後5時15分までとする。ただし、特別の需要がある場合はこの限りではない。

5. 利用料

- ・法定代理受領サービスである場合はその1割の額です。
- ・法定代理受領サービス以外である場合は介護報酬告示上の額です。
- ・通常の実施地域を超える地点から1kmあたり20円（往復）を乗じた額をいただきます。

6. 実施地域

- ・通常実施地域は原則として、阿蘇市内とする。

7. 苦情申立窓口

阿蘇市社会福祉協議会 阿蘇支所	利用時間	月曜日から金曜日まで 8時30分～17時15分
	利用方法	電話 0967-32-1127 面接場所 阿蘇市社会福祉協議会 阿蘇支所
阿蘇市役所介護保険係	利用時間	月曜日から金曜日まで 8時30分～17時15分
	利用方法	電話 0967-22-3145 8時30分～17時00分
国民健康保険団体連合会	利用時間	月曜日から金曜日まで 8時30分～17時00分
	利用方法	電話 096-214-1101 面接場所 国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情（相談）窓口
熊本県社会福祉協議会	利用時間	月曜日から金曜日まで 9時00分から5時00分まで
	利用方法	電話 096-324-5471 面接場所 福祉サービス運営適正化委員会 県総合福祉センター5階

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医、又は阿蘇市内の医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 又、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

9. 事故発生時の対応

利用者に対する同行援護の提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する同行援護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います。

10. 第三者評価について

第三者評価の実施の有無 無

令和 年 月 日

当事業所は、居宅介護サービスの提供開始にあたり、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

事業所

指定訪問入浴介護事業所阿蘇市社協訪問入浴春りんどう

<熊本県指定番号> 第4371400062号

説明者職名

説明者氏名

印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所

氏 名

印

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名

印

個人情報に関する同意書

サービス提供の責任者及びその関係機関担当者が、居宅介護サービスの業務上知り得た私並びに私の家族等の個人情報を、サービス担当者会議の開催又は地域ケア会議の資料など正当な理由がある場合、その情報を用いること及び必要な情報を収集することに同意します。

利用者

住 所

氏 名

印

ご家族

住 所

氏 名

印