

訪問入浴介護サービス;重要事項説明書および同意書

あなたに対する、訪問入浴介護サービスの、提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が あなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1:事業者

| | |
|-------------|------------------------|
| 事業者の名称 | 入浴介護センター |
| 事業者の所在地 | 愛知県半田市瑞穂町1丁目5番9 |
| 法人種別 | 株式会社 |
| 代表者名 | 徳田祐治 |
| 電話番号 | 0569－24－3613 |
| 指定年月日及び指定番号 | 平成13年6月29日 2372400354号 |

2:ご利用事業所であわせて実施する事業

| | |
|--------------|-----------------|
| 事業の種類 | 愛知県知事の事業者指定番号 |
| 訪問介護サービス | 愛知県 2372400354号 |
| 居宅支援サービス | 愛知県 2372400354号 |
| 介護予防訪問入浴サービス | 愛知県 2372400354号 |
| 介護予防訪問介護サービス | 愛知県 2372400354号 |

3:職員の職種 人数及び職務内容

| | |
|------|--------------|
| 管理者 | 徳田 祐治 |
| 看護職員 | 3名以上(常勤1名以上) |
| 介護職員 | 6名以上(常勤1名以上) |

4:営業日

| | |
|-------|---------------------------|
| 営業日 | 月曜日～土曜日但し12月30日～1月3日までを除く |
| 営業日時間 | 午前8時30分～午後5時00分 |

ただし、計画により営業日・時間外でのサービス提供あり

5: 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

| | | |
|---------|--|--|
| 利用者の主治医 | 氏名 所属医療機関の名称 所在地 電話番号 | |
| 協力医療機関 | 医療機関の名称 院長名 所在地 電話番号 診療科 入院設備 緊急指定の有無 契約の概要 | 林 医科歯科医院 林 義久 半田市中町2丁目37番地 0569－21－1399 内科・小児科・歯科 有り 当事業者と病院は 利用者に 異常を認めた場合 主治医に 連絡し不在の場合は 指定医が 緊急処置を行う |

6: 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、半田市、武豊町、阿久比町、東海市、知多市、大府市、常滑市、南知多町、美浜町、東浦町、碧南市、高浜市とする。

7: 苦情申立窓口

| | |
|-----------|--|
| ご利用者ご相談窓口 | ご利用時間 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時00分 (但し12月30日～1月3日までを除く) |
| | ご利用方法 電話 0569－24－3613 |
| | FAX 0569－24－3639 |
| | 面接 場所 半田市瑞穂町1丁目5番9 |
| | 担当者 徳田 初枝・藤本 由美子 |

8: その他関係機関での苦情処理相談窓口

| | |
|----------------------|---|
| 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 | 電話 052-971-4165 |
| および市町の介護保険担当課 | 半田市 0569-21-3111 知多市 0562-33-3151 常滑市 0569-35-5111 東浦町 0562-83-3111 東海市 0562-33-1111 武豊町 0569-72-1111 美浜町 0569-82-1111 大府市 0562-45-6228 阿久比町 0569-48-1111 南知多町 0569-65-0711 碧南市 0566-41-3311 高浜市 0566-52-9871 |

9: 守秘義務 当事業者は利用者の秘密(相談)を守り他言はいたしません。
但し、他のサービス等を受ける場合には、利用者のご了解を得たうえで説明させていただきます。

10: 注意事項 当該当サービスは、利用者と事業者の相互の信頼関係に基づいて行われるべきものと考えております。
したがって、何らかの理由によりこれが崩れた場合や事業者が損害をこうむると判断した場合には、
事業者は、ケアマネージャーと相談の上、サービスを中止することがあります。

11: 提供するサービスの第三者評価の実施状況 実施無し
(乙) 当事業者は *甲1に対する居宅介護サービスの提供開始にあたり *甲1 *甲2に対して
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。

| | |
|---------------|-----------------|
| (乙) 居宅サービス事業者 | |
| 主たる事務所所在地 | 愛知県半田市瑞穂町1丁目5番9 |
| 名称 | 入浴介護センター |
| 説明者 | 氏名 |

(甲) 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 (乙)からサービス内容及び重要事項の説明を受け、訪問入浴介護サービスの提供を受けることに同意します。
また、秘密保持義務の規定により、ケアプラン作成・サービス提供者会議等においてのサービス利用者様の個人情報やサービス利用者様のご家族の個人情報を開示する事に同意いたします。

令和 年 月 日 電話番号

(甲 1) 利用者 住所

氏名

(甲 2) 利用者の家族代表 住所

氏名

続柄