

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

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、当事業者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

事業者名称	相川医院
主たる事務所の所在地	山口市鑄銭司5964番地1
法人種別	医療法人
代表者名	相川 文仁
電話番号	083-986-2177

介護保険法令に基づき 山口県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	各事業所につき介護保険法令に基づき山口県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
相川医院ヘルパーステーション (山口県3570301717号)	訪問介護

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	相川医院ヘルパーステーション
指定番号	山口県 第3570301717号
所在地	山口市鑄銭司5963番地1
電話番号	083-985-0173

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	医療法人 相川医院が開設する相川医院ヘルパーステーション(以下「事業所」という)が行う訪問介護事業(以下「事業」という)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又訪問介護員研修の修了者(以下訪問介護員等という)が、要介護状態又は、要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問介護を提供することを目的とする。
-------	--

運営の方針	<p>事業所の訪問介護員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。</p> <p>事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>
-------	---

4 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数	勤務の態勢
介護福祉士	12名	常勤 11名 非常勤 1名 早勤（午前7時00分～午後4時00分） 昼勤（午前8時30分～午後5時30分） 遅勤（午前10時00分～午後7時00分）
介護職員実務者 研修を終了した者	1名	常勤 1名 非常勤 0名 勤務時間 同上
介護職員初任者 研修を修了した者	7名	常勤 1名 非常勤 6名 勤務時間 同上
訪問介護員養成研修 1級課程を修了した者	1名	常勤 0名、非常勤 1名 勤務時間 同上
訪問介護員養成研修 2級課程を修了した者	0名	常勤 0名、非常勤 0名 勤務時間 同上

5 営業時間

営業日	日曜日～土曜日
営業時間	平日 午前7時00分～午後7時00分

6 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 083-985-0173 面接場所 相川医院ヘルパーステーション 担当 栗屋 浩道
山口市介護保険課	ご利用時間 平日 午前8時30～午後5時

	ご利用方法 電話 083-934-2795
山口県国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 083-925-2003

7 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
緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	相川 文仁
	所属医療機関の名称	医療法人 相川医院
	所在地	山口県山口市鑄銭司 5964-1
	電話番号	083-986-2177
協力医療機関	医療機関の名称	医療法人社団 向陽会 阿知須同仁病院
	院長名	西田 一也
	所在地	山口市阿知須4241番地1
	電話番号	(0836) 65-5555
	診療科	内科・外科・整形外科・消化器内科・循環器科・ 呼吸器内科・放射線科・麻酔科・脳神経外科・ 耳鼻咽喉科・婦人科・リハビリテーション科
	入院設備	あり
	救急指定の有無	あり
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	
<p>事故の連絡・報告基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供に伴い、発生した障害または死亡の事故 ・サービス提供に伴い、発生した損害賠償事故 ・感染症等で法令により、保健所等への報告は義務付けられている事由の事故 ・その他必要と認められるもの <p>事例：看護・介護等による虐待、行方不明など</p> <p>連絡先</p> <p>利用者に該当する保険者と山口県国民健康保険団体連合会に連絡いたします。</p>		
山口市介護保険課	083-934-2795	
山口県国民健康保険団体連合会	083-925-2697	

令和 年 月 日

(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当たり、甲1 に対

甲2

して本書面に基づいて上記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 山口市大字鑄銭司5963番地1

名称 相川医院ヘルパーステーション

説明者 所属

氏名

印

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。

私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者

氏名

印

(甲2) 利用者の家族

氏名

印

利用者との関係: