

## 重要事項説明書

### 1 当社の理念

私たちは、医療・保健・福祉の分野で、地域の方々の生活を生涯に渡って支えることに最善を尽くし、そして、そこで働いていることに誇りを持ちます。

### 2 事業の目的と運営方針

事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）は、要介護状態である利用者に対し、その利用者が尊厳を保持し、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できるよう、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応等の援助を行うとともにその療養生活を支援し、心身機能の維持回復を目指します。

また、事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の医療・保健・福祉サービス等との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

### 3 事業所の概要

|          |                                         |                                                                                                       |
|----------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名     | 青藍会在宅医療支援センターハートハウス成城                   |                                                                                                       |
| 所在地      | 東京都世田谷区成城二丁目35-3-101                    |                                                                                                       |
| 事業者指定番号  | 1391201033                              |                                                                                                       |
| 提供可能サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                        |                                                                                                       |
| 管理者及び連絡先 | 氏名                                      | 連絡先                                                                                                   |
|          | 山本 亮平                                   | 03-3416-4160                                                                                          |
| サービス提供地域 | 東京都世田谷区成城1～9丁目、砧1～8丁目、喜多見1～9丁目、祖師谷1～6丁目 |                                                                                                       |
| 職員体制等    | 管理者                                     | 1名<br>：事業所の全ての管理を一元的に行います。                                                                            |
|          | 計画作成責任者                                 | 1名以上<br>：定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成及び必要なアセスメントのための訪問等を行います。                                                |
|          | オペレーター                                  | 5名以上<br>：営業時間帯を通じて常時1名配置<br>：利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行います。また、訪問介護員、看護職員等による訪問若しくは対応の要否を判断します。 |
|          | 訪問介護員                                   | 5名以上<br>：定期的な巡回により、排せつの介護、日常生活上の世話等を行います。<br>：オペレーターからの要請を受け、利用者の居宅を訪問し、日常生活上の緊急時の対応を行います。            |
| 営業日・営業時間 | 年中無休・24時間営業                             |                                                                                                       |

### 4 サービスの内容

#### (1) 随時対応サービス（オペレーションセンターサービス）

- ・あらかじめ、利用者の居宅に、当該利用者が援助を必要とする状態になったときに適切に通報できるケアコール端末を設置します。
- ・随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行います。また、訪問介護員、看護職員等による訪問若しくは対応の要否を判断します。

#### (2) 定期巡回サービス

- ・利用者の尊厳を保持し、可能な限り在宅での生活を送ることができるよう、居宅サービス計画に基づき、定期的な巡回により、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の援助を行います。

#### (3) 随時訪問サービス

- ・オペレーターからの要請を受け、利用者の居宅を訪問し、日常生活上の緊急時の対応を行います。

※通報が複数重なる場合は、内容の緊急性で優先順位を決めて対応します。あらかじめご了承ください。

## 5 サービス提供の責任者等

- (1) サービス提供の責任者は、次のとおりです。

なお、サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

責任者 氏名： 山本 亮平 連絡先（電話）： 03-3416-4160

- (2) 事業者の都合により訪問介護員、看護職員を変更する場合は、サービス提供の責任者から事前に連絡します。

## 6 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 利用者の方にお支払いいただく利用者負担金は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

- (2) その他

ア 交通費 通常のサービス提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要となります。（別途見積もりいたします。）

イ 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とし。口座引落手数料は当法人が負担します。）。

B 現金払い（毎月末日までにお支払い願います）。

ウ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（介護保険負担割合証の記載に基づく額）を請求することになります。

エ 引き落とし不能となった翌月1日よりお支払いまでの期日の日数に応じて、年10%（一日当たり約0.03%）延滞利息を別途請求させていただきます。

※1 訪問看護連携型のご利用者の方は定期巡回・随時対応型訪問介護看護と訪問看護事業所から利用者負担金を請求させていただきます。

※2 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります）。

## 7 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

全体窓口（連絡先）（電話）： 03-3416-4160

- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。

- (3) キャンセル料は、予定されていたサービスの利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

| 時 期            | キャンセル料      | 備 考 |
|----------------|-------------|-----|
| サービス利用日の前日正午まで | 無 料         |     |
| サービス利用日の前日正午以降 | 利用者負担金の100% |     |

## 8 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 利用者は、特定の訪問介護員、看護職員を指名することはできません。交代を希望される場合には、当該訪問介護員、看護職員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、前記のサービス提供の責任者までご相談ください。

- (2) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

① サービス提供にあたり、複数の従業者が交代してサービスを提供します。

② 従業者は、年金等の金銭の取扱いはいたしかねますので、ご了承ください。

③ 従業者は、介護保険制度上、居宅サービス計画および定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づいてサービスを提供いたします。

居宅サービス計画および定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画で定められた以外の業務に従業者が行うことはできませんので、ご了承ください。

④従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

## 9 合鍵の預かりについての留意事項

- (1) 随時訪問サービス、定期巡回サービスまたは訪問看護サービスを実施する上で、居宅への入室方法を確保するために必要に応じて合鍵をお預かりいたします。
- (2) 合鍵をお預かりする際には、合鍵借用証書を発行します。
- (3) お預かりした合鍵は、使用時以外は施錠された保管庫内にて保管・管理いたします。万が一紛失した際には速やかに利用者へ連絡を行うとともに、警察への届出等必要な措置を行います。また、当事業所の費用負担により速やかに錠前を交換させていただきます。
- (4) 利用者より合鍵返却の求めのある都度、および定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスが終了となった時点で、合鍵借用証書と引き換えに速やかに合鍵を返却します。

## 10 相談窓口、苦情対応

○当事業所ではお客様からの相談や苦情に対して、次の様な体制で対応致します。

- ・何かありましたら、先ず苦情受付担当者にご一報願います。
- ・通報受付後、速やかに事実の調査と対応方法の検討を行い、苦情申出人に対してご回答いたします。

| 担 当                             | 役 割                             | 担当者名および連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 苦情受付<br>担当者                     | 苦情の受付、<br>確認、記録                 | 山本 亮平<br>電話番号： 03-3416-4160<br>FAX： 03-6411-8533<br>対応時間：（月）～（土）8：30～17：30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 苦情解決<br>責任者                     | 苦情の解決                           | 武永 昇<br>電話番号： 03-3416-4160<br>FAX： 03-6411-8533<br>対応時間：（月）～（土）8：30～17：30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 第三者委員<br>（青藍会グル<br>ープ全体を包<br>括） | 苦情の解決に<br>対する助言、<br>苦情の直接受<br>付 | 今川 喜美子（世田谷区成城地区 民生委員）<br>東京都世田谷区成城1-21-5<br>電話番号： 03-3416-3938<br>石井 優子（世田谷区成城地区 民生委員）<br>東京都世田谷区祖師谷5-30-4 A-102<br>電話番号： 03-3483-5275<br>福田 晴喜（湯田地区・児童民生委員）<br>山口県山口市神田町7-1<br>電話番号： 083-923-1360<br>末宗 諭史（山口市小原地区民生・児童委員）<br>山口県山口市黒川765-6<br>電話番号： 083-924-6503<br>氏永 東光（嘉川地区 民生委員）<br>山口県山口市嘉川2271番地<br>電話番号： 083-989-2033<br>藤田 達夫（宮野地区自治会連合会 副会長）<br>山口県山口市桜畠4丁目6-26<br>電話番号： 090-2315-0499 |

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

|                     |                                            |
|---------------------|--------------------------------------------|
| 世田谷区砧総合支所保健福祉課      | 所在地： 東京都世田谷区成城6-2-1<br>電話番号： 03-3482-1321  |
| 東京都国民健康保険団体連合会（国保連） | 所在地： 東京都千代田区飯田橋3-5-1<br>電話番号： 03-6238-0177 |

## 11 事故・問題発生時等、緊急時の対応

事故・問題が発生した場合、利用者の状態を確認し、必要な処置を行ないます。事故・問題の発生状況、利用者の状態については「事故報告書」に記録を残し、管理者より利用者のご家族に報告をします。また、必要であれば関連部署、区市町村にも連絡をします。

各部署で発生した事故・問題に対して、管理者は自分の部署の職員と発生した事故・問題について

「事故報告書」を基に対処方法を検討、決定し、是正処置を行います。また、管理者は発生した事故・問題の内容を確認し、その事故・問題の発生原因を職員と共に究明し、再発防止に努めます。

なお、地震・風水害等非常災害時には、でき得限りの支援を行います。が、通常通りのサービスを行うことができない場合があります。

## 1.2 虐待の防止のための措置

本事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

### (1) 虐待の防止に関する責任者の選定

【虐待防止責任者】管理者 山本 亮平

### (2) 成年後見制度の利用支援

### (3) 苦情解決体制の整備

### (4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催

### (5) 虐待の防止のための指針の整備

### (6) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

### (7) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 1.3 第三者評価の実施状況

当事業所では、第三者評価を実施していません。

## 1.4 当社の概要

|          |                                                                                                                                                                              |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称・法人種別  | 社会福祉法人 青藍会                                                                                                                                                                   |
| 代表者名     | 理事長 阿武 義人                                                                                                                                                                    |
| 本社所在地・電話 | 所在地 : 山口市吉敷中東一丁目1-2<br>電話番号 : 083-933-6000                                                                                                                                   |
| 業務の概要    | 訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、夜間対応型ヘルパーステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、有床診療所、無床診療所、短期入所施設、認可保育所、障がい福祉サービス、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホームの設置経営 |
| 事業所数     | 49                                                                                                                                                                           |

【 説明確認欄 】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業所) 社会福祉法人 青藍会 理事長 阿武 義人 印  
青藍会在宅医療支援センターハートハウス成城  
東京都世田谷区成城二丁目35-3-101

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、同意し、交付を受けました。

|         |                   |   |
|---------|-------------------|---|
| (利用者)   | 住所                |   |
|         | 氏名                | 印 |
| (署名代行者) | 住所                |   |
|         | 氏名                | 印 |
|         | 利用者との関係           |   |
|         | 署名代行の理由           |   |
|         | (視覚障害、身体障害、手指震顫等) |   |

|           |    |   |
|-----------|----|---|
| (連帯保証人 1) | 住所 |   |
|           | 氏名 | 印 |
| (連帯保証人 2) | 住所 |   |
|           | 氏名 | 印 |