

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（居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導）は、要介護状態または要支援状態であり主治の医師または歯科医師が交付した処方せんに基づき薬剤師の訪問を必要と認めた利用者に対し、自立した日常生活を営むことが出来るよう、利用者の居宅を訪問し、薬剤の保管・管理や用法に関する説明を行う等、適正な居宅療養管理指導を提供します。

また、事業の実施に当たっては、関係市町村、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	ハートクリニック南山口	
所在地	山口県山口市深溝 8 0 3 - 1	
事業者指定番号	3 5 1 0 3 1 2 2 6 1	
提供可能サービス	居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導	
管理者及び連絡先	氏 名	連絡先
	松村 孝司	0 8 3 - 9 8 8 - 3 3 3 3
サービス提供地域	山口市	
職員体制等	管理者	1 名
	医師	2 名
	管理栄養士	1 名
営業日・営業時間	月曜日～水曜日／金曜日	8 : 3 0 ～ 1 8 : 0 0
	木／土曜日	8 : 3 0 ～ 1 2 : 3 0
	日／祝	休み
(注) 盆(8/13～8/15)、年末年始(12/30～1/3)は休日の扱いとなります。		

4 従業者の職務の内容

(1) 管理者

管理者は、従業員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

(2) 医師

医師は、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問し、適切な居宅療養管理指導を行います。

(3) 管理栄養士

管理栄養士は、医師又は歯科医師の指示に基づき訪問し、適切な居宅療養管理指導を行います。

5 サービス内容

(1) 医師が行う居宅療養管理指導サービス

医師が、通院が困難な利用者に対して、利用者の居宅を訪問し、計画的かつ継続的な医学的管理（歯科医学的管理）に基づいて、居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供、利用者・家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点・介護方法等についての指導及び助言を行います。

(2) 管理栄養士が行う居宅療養管理指導サービス

管理栄養士が、医師又は歯科医師の指示に基づき、通院が困難な利用者に対して、利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成し、患者又は家族に、栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談、助言を行います。

6 サービス提供の責任者等

サービス提供の責任者は、次のとおりです。

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：原田 順子

連絡先（電話）：0 8 3 - 9 8 8 - 3 3 3 3

7 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。
また、日常生活においても常に必要となるもので、利用者が負担することが適当と認められる費用については、利用者の実費負担となります。
- (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いたします。
 - 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。

※ 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）。

8 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）：083-988-3333

- (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となりますので、ご了承ください。
- (3) キャンセル料は、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17時まで	無 料	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

9 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービス従事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。
- (2) 年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取扱いはいたしかねますので、ご了承ください。

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。

担 当	役 割	担当者名および連絡先
苦情受付 担当者	苦情の受付、 確認、記録	原田 順子 電話番号： 083-988-3333 FAX： 083-988-3334 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30
苦情解決 責任者	苦情の解決	井上 智弘 電話番号： 083-988-3333 FAX： 083-988-3334 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30
第三者委員 （青藍会グル ープ全体を包 括）	苦情の解決に 対する助言、 苦情の直接受 付	福田 晴喜（湯田地区・児童民生委員） 山口市神田町7-1 電話番号： 083-923-1360 末宗 諭史（小原地区民生・児童委員） 山口市黒川765-6 電話番号： 083-924-6503 氏永 東光（嘉川地区 民生委員） 山口市嘉川2271番地 電話番号： 083-989-2033 藤田 達夫（宮野地区自治会連合会 副会長） 山口市桜畠4丁目6-26 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。

山口市介護保険課	所在地： 山口市亀山町2-1 電話番号： 083-934-2795
山口県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地： 山口市朝田1980-7 電話番号： 083-995-1010
山口市地域包括支援センター	所在地： 山口市亀山町2-1（山口市役所内） 電話番号： 083-934-2758

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、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。

12 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】 原田 順子

（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 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、デイサービスセンター、グループホーム、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、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	43

【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
ハートクリニック南山口 山口市深溝803-1

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

(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