

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（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与・特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売）は、要介護・要支援状態である利用者に対し、可能な限りその居宅で自立した日常生活を営めることを目的とし、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、福祉用具を貸与あるいは販売することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図ります。

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山口 福祉用具事業所	
所在地	山口市吉敷中東一丁目2-6 みずほビル4-A	
事業者指定番号	3570303473	
提供可能サービス	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売	
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	藤田 輝正	083-902-2313
サービス提供地域	山口市	
職員体制等	職 種	総数：役割
	管理者	1名：福祉用具専門相談員と兼務
	福祉用具 専門相談員	2名以上：常勤2名、うち1名は管理者と 兼務
営業日・営業時間	月曜日～土曜日 8：30～17：30 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 職務内容

- (1) 管理者は、事業所の全ての管理を一元的に行う。
- (2) 福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与計画、介護予防福祉用具貸与計画、特定福祉用具販売計画及び特定介護予防福祉用具販売計画の作成・変更等を行い、福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売の提供にあたる。

5 サービス内容

- (1) 福祉用具の選定
利用者の心身の状態に応じ、利用者の希望及びその置かれている環境を踏まえて行います。
- (2) 福祉用具の選定に係る相談援助
福祉用具が適切に選定されるよう、専門的知識に基づき利用者の相談に応じるとともに、目録等の文書を示して福祉用具の機能、使用方法、費用等に関する情報を提供し、利用者又はその家族の同意を得ます。
- (3) 福祉用具の納品
貸与・販売する福祉用具の機能、安全性、衛生状態等に関し、点検を行い、利用者の身体の状態等に応じて福祉用具の調整を行うとともに当該福祉用具の使用方法、使用上の留意事項、故障等の対応等を記載した文書を利用者に交付し、十分な説明を行った上で、利用者に当該福祉用具を使用させながら使用方法の指導を行います。
- (4) 取り扱う種目
厚生労働大臣の定める全種目とします。

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。

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：藤田 輝正 連絡先（電話）：083-902-2313

7 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 指定福祉用具貸与、介護予防指定福祉用具貸与を提供した場合の利用料及び特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売を提供した場合の販売費用の額は、別に定める料金表に記載されている金額です。なお、月途中のサービス提供の場合は、日割り計算を行います。

また、通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供する場合に要する交通費、搬入に特別な措置が必要な場合（クレーン車使用など）の費用については、利用者の実費負担となります。

(2) その他

ア 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）。

イ 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、その後区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。

ウ 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）：083-902-2313

- (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。

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) 利用者の所持品に関わる事故（紛失、破損等）につきましては、責任を負いかねますのでご了承ください。
- (3) 利用者は、特定の福祉用具専門相談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、当該福祉用具専門相談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。
- (4) 地震・風水害等、災害発生時には、管理者及び支店長の判断により、当事業を休止する場合があります。

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 担当者	苦情の受付、 確認、記録	藤田 輝正 電話番号： 083-902-2313 FAX： 083-902-1505 対応時間：（月）～（土）8：30～17：30
苦情解決 責任者	苦情の解決	林 利樹 電話番号： 083-902-2313 FAX： 083-902-1505 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） 山口県山口市神田町7-1 電話番号： 083-923-1360 末宗 諭史（山口市小原地区民生・児童委員） 山口県山口市黒川765-6 電話番号： 083-924-6503 氏永 東光（嘉川地区 民生委員） 山口県山口市嘉川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。

山口市介護保険課相談窓口	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、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。

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】管理者 藤田 輝正

（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

当施設では、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	有限会社みずほ企画
代表者名	代表取締役 阿武 幸美
本社所在地・電話	所在地：山口市吉敷中東一丁目1-1 電話番号：083-933-6000
業務の概要	福祉用具貸与、特定福祉用具販売、生活コンサルタント・メンテナンス・清掃事業所の設置経営
事業所数	3

【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) 有限会社みずほ企画 代表取締役 阿武 幸美 印
 青藍会 在宅医療支援センター山口 福祉用具貸与事業所
 山口市吉敷中東一丁目2-6 みずほビル4-A

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