

重要事項説明書

1 ケアサポートかいじ事業所の概要(特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売)

(1) 概要

事業所名	ケアサポートかいじ
所在地	茨城県石岡市貝地 2-10-39
管理者名	篠崎 保
電話番号（緊急時の連絡先）	電話番号 0299-23-8068 緊急時の連絡先(携帯等) 090-4708-5891
FAX番号	0299-27-6668
事業所番号	0870500709
サービス提供地域	茨城県全域
取扱品目	腰掛便座 歩行器 簡易浴槽 固定用スロープ 自動排泄処理装置の交換可能部品 単点杖 多点杖 移動用リフトのつり具部分 入浴補助具(入浴用椅子 浴槽用手すり 浴槽内椅子 入浴台 浴室内すのこ 浴槽内すのこ 入浴用介助ベルト)

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格等	常勤	非常勤	兼務の別	合計
管理者	介護福祉士	1名		有り	1名
従業者	介護福祉士	1名		有り	1名
	看護師				
	福祉用具専門相談員	名			名

(3) サービスの提供日・時間

平日	午前8時30分～午後5時00分
	月曜日～金曜日は営業、24時間連絡可能 090-4708-5891
休業日	土・日曜日、8月13～15日・12月29日～1月3日

2 当事業所の特徴等

運営の方針・特徴

要介護状態または要支援状態にある高齢者に対して、適切な福祉用具を提供することを目的とし、利用者の心身の状態、希望その他の置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具を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ることを支援すること。

3 購入費用

- (1) 特定福祉用具の購入にかかる「利用者負担金(介護保険が適用された場合)」は、請求書に記載されている料金(以下、購入費という)となり、原則、購入費の1割(一定上の所得のある場合は、2割又は3割)の額となります。

※ 介護保険を適用するうえで利用可能な購入費の上限額は、毎年12ヶ月で10万円までとなっており、超過分は全額ご負担いただきます。また、購入済み種目を再び購入することは、原則的にできません。

- (2) 搬入・搬出について

○搬入・搬出につきましては、お客様の希望される日時・場所に従います。遠慮なくお申出ください。

○基本的に、搬入搬出費用は購入費の料金に含まれています。

○下記の場合は、別途その費用をご負担いただくこともあります。

- ・搬入・搬出に特別な作業を必要とする場合
- ・遠隔地、当社の営業地域以外への搬入・搬出
- ・お客様の都合による購入品の移動等

- (3) 交通費等

上記1の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、専門相談員が訪問するための交通費実費をご負担していただくことがあります。

- (4) 支払い方法

○利用料のご請求、お支払い等について 販売の場合は、請求月の翌月末までに、現金払ってください。

○銀行振込の場合は、請求月の翌月末までに、当事業所が指定する口座にお振込みください、その際の振込手数料はお客様にてご負担ください。

○ 料金の支払いが遅延した場合、ご請求にも関わらずお支払いいただけない場合は、個別に相談させていただきます。

4 衛生管理等

- (1) 従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

- (2) 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に務めます。

5 身分証の携行義務

- (1) 従業員は常に身分証を携行し、利用者又は利用者のご家族様から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

6 個人情報の取扱につきまして

当社は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を別紙にてご提示し、事前にお客様のご承認をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

7 情報開示につきまして

当社は、ご利用者の皆様のお求めに従って、お客様ご自身に関する情報（ご利用者記録、サービス提供記録、その他）を開示しております。ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方（他のご家族様等）からのご請求につきましては、書面にてご本人様のご了解を得てからになります。あらかじめご了承下さい。

8 事故・トラブル発生等につきまして

本説明書 1 の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願い致します。

説明に応じて、ケアマネージャー、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所のサービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を含めて対応いたします。（当事業所は「日本興亜損害保険株式会社」と損害賠償保険契約を結んでおります。）

9 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付け下さい。下記電話番号、担当者宛にご連絡をお願い致します。

苦情受付電話番号 0299-46-7780

又は携帯電話番号 090-4708-5891

担当者 篠崎 保

なお、市区町村、国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

茨城県国民健康保険団体連合会

介護保険苦情相談室 029-301-1565

10 福祉サービス第三者評価について

福祉サービスの第三者評価については、以下の通りです。

第三者による評価の実施状況	①あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	②なし		

1 1 虐待防止について

当社は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じるものとします。

(1)虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 篠崎 保

(2)虐待防止のための指針の整備をしています。

(3)従業員に対して、虐待防止のために定期的な研修を実施しています。

(4)サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	管理者 篠崎 保
-------------	----------

1 2 身体拘束禁止に係る事項

(1) 当社は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為(以下、「身体拘束等」という)を行わない。

(2) 当社は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録する。

(3) 当社は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

② 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。

③ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施する。

身体拘束禁止に関する禁止 責任者	管理者 篠崎 保
---------------------	----------

1 3 業務継続に向けた取り組み BCP

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、

業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

1 4 感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

(1) 感染症対策委員会の開催

(2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備

(3) 感染症及びまん延防止のための研修及び訓練の実施

(4) 専任担当者の配置

感染症予防に関する責任者	管理者 篠崎 保
--------------	----------

1 5 その他

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

- (1) ハラスメント委員会の設置
- (2) 定期的な会議の開催及び臨時的な会議を開催する。

令和 年 月 日

説明事項確認書

- ①福祉用具の販売にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。
- ②福祉用具の「取扱説明書をお渡し」し、「福祉用具を使用して」取扱に関して説明を行いました。
- ③福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を行いました。

事業所

所在地 茨城県石岡市山崎 3114-2

名 称 ケアサポートかいじ

説明者氏名 印

- ①私は、本書面により、事業者から福祉用具販売についての「重要事項」の説明を受け、同意します。
- ②私は福祉用具の「取扱説明書」を受け取り、「用具を使用した取扱説明」を受けました。
- ③私は福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を受けました。

ご利用者 住所
(代理人)

氏名 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。

(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住所 _____
氏名 _____ 印

ご利用者との関係(○印)

親族 (: 続柄)

成年後見人

代理人

* 確認資料をお見せいただく場合がございます。

* あらかじめご了承下さい。