

重要事項説明書＜福祉用具貸与・福祉用具販売＞

あなたに対する福祉用具貸与サービスの提供にあたり、厚生省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の概要

事業所名	大久手メディカルサービス株式会社 福祉用具部門
所在地	名古屋市千種区大久手町 5 丁目 16-1 江端ハイツ 2 階
事業所指定番号	2 3 7 0 1 0 1 4 2 6
管理者・連絡先	近藤 昌彦 0 5 2 - 7 3 1 - 8 0 7 7
サービス提供地域	千種区・昭和区・中区・東区・瑞穂区

2. 事業所の職員体制

職種	従事するサービス内容等	人員
管理者	管理者は事業所の従業員及び業務の内容の実施状況の把握及び業務の管理を一元的に行う	1 名（兼務）
専門相談員	専門相談員は、寝たきり等介護を要する高齢者の身体状況や、介護環境等に応じて、福祉用具・介護用品が適切に使用されるように選定の相談・助言を行い、居宅サービス事業における事業の業務全般を行う。	福祉用具専門相談員 3 名

3. 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜日から金曜日まで 但し、国民の休日及お盆（8/13～8/15）、 年末年始（12/29～1/3）を除く	午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分まで

4. サービス内容

- （1） 要介護状態又は要支援状態等の利用者に対し、適切な指定福祉用具貸与の提供
- （2） 居宅介護支援事業者・他の居宅サービス事業者・市町村との連絡調整
- （3） 特定福祉用具の選定・計画書作成及び販売と日常生活用具の選定及び販売

5. サービス利用料及び利用者負担

- （1） サービス利用料は、介護用品価格表に表示。介護保険利用時の利用料金は法定代理受領サービスの提供時、負担割合証に記載してある 1～3 割の負担額をご請求させていただきます。

介護保険利用の貸与は月途中の 15 日までの搬入 16 日以後の解約は 1 ヶ月の料金、月途中の 16 日以後の搬入 15 日までの解約は 1 ヶ月の料金の半額をご請求させていただきます。

実費ベッド貸与は 1 カ月（2000 円）の定額のサービス料金を請求させていただきます。

実費車椅子貸与は 10 日間 1000 円の定額のサービス料金とさせていただきます、延長のご希望がある場合は 1 日延長につき 100 円の追加料金を請求させていただきます。

福祉用具が不要になった場合の引き取り料金は無料と致します。

- （2） 支払方法は、利用月の翌月（休日の場合、翌営業日）に銀行又は郵便局より口座振替でお願いしま

す。または、集金に伺います。

- (3) 利用者がサービスの利用を開始する前に中止する際、キャンセル料は不要です。
- (4) 福祉用具販売の価格は、時価のカタログ価格で販売します。支払方法は商品引き渡し時とし、特定福祉用具は受領委任払いで行い、日常生活用具は介護保険負担割合証に記載される負担割合 1～3 割負担で行います。

6. 福祉用具の貸与

- (1) 用具の配送はご依頼いただいた日から 3～7 日中にお伺いいたします。なお、配送希望日時がある場合には極力その日時に配送するようにいたします。
- (2) 専門相談員が商品を納入し、組み立て、ご希望の場所への据付をさせていただきます。ご利用される方との適合状況も確認させていただきます。
- (3) 商品の取り扱いの説明及び使用上の留意点について説明させていただきます。尚、納入時に商品を作動させてみます。
- (4) 部品の磨耗や緩み等が発生した場合は、交換・修理させていただきます。
- (5) 用具の引き上げは電話にてご依頼いただき、その日がサービス終了日となります。3～7 日中に引き上げさせていただきますが、引き上げ希望日時がある場合には極力その日時に引き上げするようにいたします。
- (6) 貸与している用具が盗難にあった場合は、すみやかに警察へ盗難届を提出してください。その後、必要な措置を講じます。

7. 運営方針

- (1) 指定福祉用具貸与事業実施にあたっては、利用者が要介護状態になった場合においても、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、利用者の心身の状態・希望及びそのお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・調整等を行い、福祉用具を貸与することにより利用者の日常生活の便宜を図り、利用者を介護するものの負担の軽減を図る。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- (3) 事業にあたっては、利用者の所在する市町村・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努める。
- (4) 前 2 項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成 11 年厚生省令第 37 号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

8. 衛生管理等

- (1) 従業員の清潔の保持と健康状態について必要な管理を行うとともに、事業所の設備及び備品について衛生的な管理に努めることとする
- (2) 回収した福祉用具については、適切な方法により速やかに消毒を行い、既に消毒が行われた福祉用具と消毒が行われていない福祉用具とを区別して保管するものとする。

9. その他運営に関する留意事項

- (1) 本事業所は職員の資質向上のため研修の機会を次の通り設けるものとし、また、事業の実行体制についても検証・整備する。

1. 採用時研修 採用後 1 ヶ月以内
 2. 継続研修 年 1 回
- (2) 職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- (3) 本事業所は、福祉用具貸与に関する記録を整備し、福祉用具貸与完結の日から 2 年間保持するものとする。

10. 虐待の防止について

本事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者 ■近藤 昌彦
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11. 身体拘束について

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行いません。

但し、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びそのご家族へ十分な説明をして同意を得るとともに、その対応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について記録します。

12. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する福祉用具貸与の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

13. 相談窓口・苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

電話番号	0 5 2 - 7 3 1 - 8 0 7 7
F A X	0 5 2 - 8 8 0 - 8 3 4 0
担当者	専門相談員 3 名
その他	相談・苦情については、担当者、管理者及び専門相談員が対応します。不在の場合でも、対応したものが必ず「苦情処理簿」を作成し、担当者、管理者及び専門相談員に引き継ぎます。

公共相談窓口は下記連絡先へご相談ください。

愛知県国民健康保険団体連合会	0 5 2 - 9 7 1 - 4 1 6 5
千種区役所 介護保険係	0 5 2 - 7 5 3 - 1 8 2 8
昭和区役所 介護保険係	0 5 2 - 7 3 5 - 3 9 1 7
中区役所 介護保険係	0 5 2 - 2 6 5 - 2 3 2 8
東区役所 介護保険係	0 5 2 - 9 3 4 - 1 1 8 7
瑞穂区役所 介護保険係	0 5 2 - 8 5 2 - 9 3 9 6

1 4. 運営法人の概要

名 称	大久手メディカルサービス株式会社
法人種別	営利法人
代表者名	代表取締役 吉田 芳範
主たる事務所の所在地	愛知県名古屋市中千種区大久手町 5 丁目 1 6 - 1
電話番号	0 5 2 - 7 4 5 - 0 5 0 3

1 5. 第三者評価の実施

吉田病院グループでは年に 1 回、第三者評価としてアンケート調査を行っております。
必要に応じて実施内容を提示しています。

1 6. 個人情報の利用目的

A. 福祉用具貸与の提供

- ①当事業所での福祉用具貸与サービスの提供
- ②他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所との連携及びサービス担当者会議での使用
- ③他の医療機関・介護事業所等からの照会への回答
- ④ご家族への説明
- ⑤その他、利用者様への介護サービス提供に関する利用

B. 介護報酬費請求のための事務

- ①当事業所での介護保険に関する事務
- ②審査支払機関へのレセプトの提出
- ③審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ④公費負担に関する行政機関へのレセプトの提出、照会への回答

C. 当事業所の管理運営業務

- ①会計・経理
- ②医療・介護事故等の報告
- ③当該利用者様の介護サービスの向上
- ④利用開始中止等の事業所管理
- ⑤その他、当事業所の管理運営業務に関する利用

D. 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

E. 当事業所内において行われる介護実習への協力

F. 介護サービスの質の向上を目的とした当事業所内での事例検討

G. 外部監査機関への情報提供

※ 個人情報の利用について、他の医療機関等への情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨お申し出ください。お申し出はいつでも撤回、変更等することが可能です。

同 意 書

令和 年 月 日

サービスの提供にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所所在地 名古屋市千種区大久手町 5 丁目 16-1
江端ハイツ 2 階
名 称 大久手メディカルサービス株式会社
福祉用具部門

説明者 _____ 印

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。

契約者住所 _____ 名古屋市 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

家族等住所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印