

特定福祉用具販売に係る重要事項説明書

1 サービス提供に係る事業者について

| | |
|----------------------|---|
| 事業者名称 | 有限会社ヨシヒロプラン |
| 代表者（役職・氏名） | 代表取締役 石山 聖矢 |
| 本社所在地 （連絡先・電話番号等） | 〒373-0806 群馬県太田市龍舞町 2807 番地 1 0276-48-4573 |
| 法人設立年月日 | 平成 15 年 9 月 10 日 |

2 利用者に対してサービスを提供する指定事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|-----------------|---|
| 事業所名称 | ヨシヒロプラン・ウエルフェア |
| 介護保険指定 事業所番号 | 1070500804 |
| 事業所所在地 | 〒373-0813 群馬県太田市内ヶ島町 1480 番地 1 |
| 連絡先 | 電話 0276-48-4573 メール yhp0358@yahoo.co.jp |
| 通常の事業の 実施地域 | 群馬県全域・栃木県全域・埼玉県全域 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 介護保険法に基づく福祉用具貸与事業 |
| 運営の方針 | 利用者の心身の状況を踏まえて、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、貸与品目及び種類の選定を行い、利用者の心身の機能維持及び利用者の家族の身体的及び精神的負担を軽減するものとする。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|----------------------------------|
| 営業日 | 月曜日～金曜日（但し祝日、年末年始 12/30～1/3 は除く） |
| 営業時間 | 9：00～18：00 |

(4) 事業所の職員体制

| | |
|-----|------|
| 管理者 | 岡島 聡 |
|-----|------|

| | 常勤（人数） | | 非常勤（人数） | |
|---------------|--------|----|---------|----|
| | 専従 | 兼任 | 専従 | 兼任 |
| 管理者 | 0名 | 1名 | 0名 | 0名 |
| 福祉用具 専門相談員 | 1名 | 0名 | 0名 | 0名 |

(5) 特定福祉用具販売の取扱い種目

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 腰掛便座 | <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 ※1 |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 | <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 |
| <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 | <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 |

※1…入浴補助用具とは、以下の①～⑦です。

- ① 入浴用椅子
- ② 浴槽用手すり
- ③ 浴槽内椅子
- ④ 入浴台
- ⑤ 浴室内すのこ
- ⑥ 浴槽内すのこ
- ⑦ 入浴用介助ベルト

3 提供するサービスの内容及び費用等について

(1) 特定福祉用具販売計画の作成

利用者の日常生活や心身の状況及び希望を踏まえ、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した特定福祉用具販売計画を作成します。

なお、既に利用者の居宅サービス計画（又は介護予防サービス計画）が作成されている場合は、その内容に沿って当該計画を作成します。

特定福祉用具販売計画の作成に当たっては、その内容を利用者説明し、同意を得たうえで、交付します

(2) 購入費用

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。）によるものとし、原則、購入費の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額となります。

購入費と利用者負担金の差額については、市町村の窓口等へ申請することで、被保険者もしくは指定福祉用具販売事業所に後日支給されます。

介護保険を適用する上で利用可能な購入費の上限額は、毎年4月1日～3月31日の12ヶ月間で10万円までとなっており、超過分の購入費については全額（10割）ご負担いただきます。また同一年度内において、介護保険を適用し購入済みの種目を「再度」購入する場合は、原則、支給を受けられませんのでご注意ください。

(3) その他費用

搬入・搬出に掛かる交通費は頂きません。

(4) 支払い方法

上記（1）及び（2）にかかる費用は、次のいずれかの方法によりお支払いください。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|---------|--|
| 口座引き落とし | 請求月の翌月月末（祝休日の場合は直前の平日）に、指定いただいた口座より引き落とします。 |
| 銀行振り込み | 請求月の月末（祝休日の場合は直前の平日）までに、当事業所が指定する口座にお振り込みください。 |
| 現金払い | 購入時～請求月の月末（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

4 衛生管理等について

- (1) 従業者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 身分証携行義務

- (1) サービスを提供する従業者は常に身分証を携行し、利用者又は利用者の家族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 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する特定福祉用具販売に係るサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する特定福祉用具販売に係るサービス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。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を究明し再発防止の対策を講じます。

7 苦情等の相談窓口について

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

| | |
|---------|-------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0276-48-4573 |
| | 面接場所 当事業所内相談室 |

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

| | | |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 太田市役所 長寿あんしん課 | 電話番号 0276-47-1856 |
| | 伊勢崎市役所 介護保険課 | 電話番号 0270-24-5111 |
| | 足利市役所 元気高齢課 | 電話番号 0284-20-2136 |
| | 群馬県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 027-291-1363 |
| | 栃木県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 028-643-2220 |
| | 埼玉県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 048-824-2568 |

8 秘密の保持、個人情報の取扱いについて

- (1) 当事業所は、サービスを提供するうえで知りえた利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文章により利用者及びその家族から同意を得た場合は、前項にかかわらず、情報を提供することができます。
- (3) 利用者の個人情報の取扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報をを用いる場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、対応します。
なお、利用者の家族の個人情報についても同様です。
- (4) 利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する期間はサービス利用契約期間とします。

9 虐待の防止のための取組について

(1) 虐待防止に関する責任者は、以下の者を選定しています。

| | |
|---------------|------|
| (虐待防止に関する責任者) | 岡島 聡 |
|---------------|------|

(2) 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的を開催しています。

(3) 虐待等に関する利用者及びその家族からの虐待等に関する相談を対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

10 サービスの提供内容に係る記録・保管

(1) サービスを提供した際はサービスの内容等を記録します。また利用者からの申出があった場合は当該情報を利用者に対して提供します。

(2) サービス提供に係る記録を契約終了後5年間保管し、利用者の求めに応じて閲覧させ、又は複写物を交付します。ただし、複写に際しては、利用者に対し、実費相当額を請求できるものとします。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記の通り重要事項を説明しました。

事業者 事業者（法人）名 有限会社ヨシヒロプラン

代表者職・氏名 代表取締役 石山 聖矢

説明者職・氏名 管理者 岡島 聡

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意し、受領しました。
また8（2）に記載している個人情報の使用についても、同意します。

利用者 氏名

署名代行者（又は法定代理人）

本人との続柄

氏名