

様

**特定福祉用具販売サービス(介護・予防)
重要事項説明書**



株式会社電化社

さふらん酒田南店

酒田市中町 3-2-18

電話 0234-21-3200

担当

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	株式会社電化社
代表者（役職・氏名）	小関正晴
本社所在地 （連絡先・電話番号等）	〒990-0828・山形県山形市双葉町2-3-3 電話番号 023-647-3880・koseki@denkasya.co.jp
法人設立年月日	昭和33年 9月 24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	さふらん酒田南店
介護保険指定 事業所番号	山形県 0670800671 号
事業所所在地	〒998-0044・山形県酒田市中町3-2-18
連絡先	0234-21-3200
通常の事業の 実施地域	酒田市、遊佐町、庄内町、三川町、鶴岡市、新庄市、最上郡 ※上記地域を主としますが、ご利用者の希望により 県内であれば相談の上、対応致します。

（2）事業の目的及び運営の方針

事業の目的	適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護（要支援）認定者に対して適切な福祉用具を貸与することを目的とする。
運営の方針	福祉用具専門相談員は、利用者の心身状況、希望及び環境を踏まえ、適切な福祉用具の選定、福祉用具の貸与をし、利用者の機能訓練に資すると共に、各市町村、地域の保健、医療、福祉サービス提供者と綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努める。

（3）事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで（但し国民の祝日及び12月31日から1月3日及び8月13日から8月16日を除く）
営業時間	午前9時から午後6時まで

(4) 事業所の職員体制

管理者	澁谷 昭洋
-----	-------

	常勤（人数）		非常勤（人数）	
	専従	兼任	専従	兼任
管理者	1名			
福祉用具 専門相談員	3名			
事務員	1名			

(5) 福祉用具の取扱い種目

■ 腰掛便座	■ 入浴補助用具 ※1
■ 自動排泄処理装置の交換可能部品	■ 簡易浴槽
■ 排泄支援予測機器	■ 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、その内容を利用者に説明し、同意を得たうえで、交付します

(2) 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制

①選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具貸与または特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリットおよびデメリットを含め十分説明を行うとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供し、医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行います。

②選択制の対象福祉用具の販売に当たっては、特定福祉用具販売計画の作成後、目標の達成状況を確認させていただきます。また、利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行います。なおその際の費用については実費となります。

(3) 特定福祉用具販売計画の実施状況の把握

特定福祉用具販売計画の作成後、6か月以内に当該特定福祉用具販売の実施状況の把握（モニタリング）を実施し、福祉用具サービス計画の目標の達成状況を確認いたします。

なお、モニタリングの結果を記録した記録については、担当の指定居宅介護支援事業者に報告いたします。

(4) 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。

(5) 支払い方法

購入費用について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
銀行引落	サービスを利用した月の翌月12日(祝休日の場合は翌営業日)に、指定の口座より引き落としさせていただきます。
ゆうちょ銀行引落	サービスを利用した月の翌月20日(祝休日の場合は翌営業日)に、指定の口座より引き落としさせていただきます。
現金払い	サービスを利用した月の翌月20日(休業日の場合は翌営業日)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。

(自社において福祉用具の消毒・保管を行う場合)

- ・ 回収した福祉用具を、その種類、材質等からみて適切な消毒効果を有する方法により速やかに消毒するとともに、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分して保管します。

(福祉用具の消毒・保管を行う他の事業者に行わせる場合)

- ・ 福祉用具の保管又は消毒に係る業務については、他の事業者へ委託する場合があります。また、当該委託先事業者の業務の実施状況について、定期的(概ね1年ごと)に確認し、その結果等を記録します。

5 身分証携行義務

(1) サービスを提供する従業員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	0234-21-3200
	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	酒田市役所健康福祉部	0234-26-5755
	鶴岡市役所長寿介護課	0235-35-1289
	新庄市成人福祉課	0233-22-2111
	遊佐町健康福祉課	0234-72-3311
	庄内町健康福祉課	0234-42-0150
	三川町健康福祉課	0235-35-7031
	最上町健康福祉課	0233-43-3117
	山形県国民健康保険団体連合会	0237-87-8000

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)	澁谷 昭洋
---------------	-------

(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、従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に関催しています。

(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2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） 株式会社電化社
さふらん酒田南店
代表者職・氏名 小関 正晴

説明者職・氏名 _____

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 _____