

指定福祉用具貸与重要事項説明書

1 福祉用具貸与の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	岡崎医療株式会社
所在地	山形市あこや町3丁目4-3
電話番号	023 (623) 0546
FAX番号	023 (625) 7207
サービスの種類	指定福祉用具貸与・指定介護福祉用具貸与
事業所番号	0670101880
通常の事業の実施地域	山形県内全域（飛島除く）

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者		1名		あり	1名	職員及び業務の管理
福祉用具専門 相談員	福祉用具専門 相談員	5名	0名	あり	5名	福祉用具貸与の提供にあたる
	事務職員	0名		あり	0名	事務処理
	補助員	0名		あり	0名	福祉用具貸与搬入補助
合計		6名	0名	—	6名	—

(3) サービスの提供時間帯

平日	午前8時30分～午後5時30分
土曜日	午前8時30分～正午12時
休業日	日曜日、祝日、8月13日～15日、12月31日～1月3日

2 当事業所の特徴等

(1) 事業の目的

岡崎医療株式会社が開設する福祉用具貸与事業所岡崎医療株式会社が行う指定福祉用具貸与の事業の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、事業所の福祉用具専門相談員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者（以下「要介護者等」という）に対し、適正な指定福祉用具貸与を提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業所の福祉用具専門相談員は、要介護者等がその居宅において、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、福祉用具の貸与をすることにより、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、利用者を介護するものの負担の軽減を図るものとする。

2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連帯を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) サービス利用のために

事 項	備 考
福祉用具の変更	変更を希望される方はご相談ください。
職員への研修の実施	年1回 定期研修会を実施しています
その他	

3 提供方法

指定福祉用具貸与の提供に当たっては、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るものとする。

福祉用具が適切に選定されるよう、専門知識に基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、利用料等に関する情報を提供し、個別の福祉用具の貸与に係る同意を得るものとする。

福祉用具の納品に当たっては、貸与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、利用者の身体の状況等に応じて福祉用具の調整を行うものとし、利用者の身体の状況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上の留意事項、故障時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、両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うものとする。

利用者の要請等に応じて、貸与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、修理等を行う。

取扱い種目

1 車いす	6 体位変換器	1 1 認知症老人徘徊感知器
2 車いす付属品	7 手すり	1 2 移動用リフト
3 特殊寝台	8 スロープ	1 3 自動排泄処理用具
4 特殊寝台付属品	9 歩行器	
5 床ずれ防止用具	1 0 歩行補助杖	

4 利用料金

(1) 利用料

福祉用具のレンタル料金については、別添のカタログ（目録）にて説明いたします。

当該指定福祉用具貸与が介護保険適用で法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に定める負担割合の額とする。

レンタル開始月と終了月のレンタル料

レンタル開始日が開始月の15日以前・・・月額レンタル料の全額

レンタル開始日が開始月の16日以降・・・月額レンタル料の半額相当額

レンタル終了日が終了月の15日以前・・・月額レンタル料の半額相当額

レンタル終了日が終了月の16日以降・・・月額レンタル料の全額

レンタル期間が1ヶ月以内の場合・・・月額レンタル料の全額

(2) 交通費

当社所有の車両を用いた福祉用具の搬入・搬出に関する交通費は無料といたします。

通常の事業の実施地域以外においては交通に要した実費（船舶・高速道路料金）を徴収する。

ただし、実費の支払を受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で同意を得るものとする。

(3) 特別な運搬にかかる費用

福祉用具の搬入・搬出に次の措置が必要な場合は、別途料金（実費）をご負担していただきます。

クレーン車等の特殊車両・機器をレンタル等で使用する場合。

費用の支払を受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で同意を得るものとする。

(4) その他

料金の支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、請求当月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中から自由によります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）・介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを事情により終了する場合、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・お客様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

・お客様が亡くなられた場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 佐藤博幸

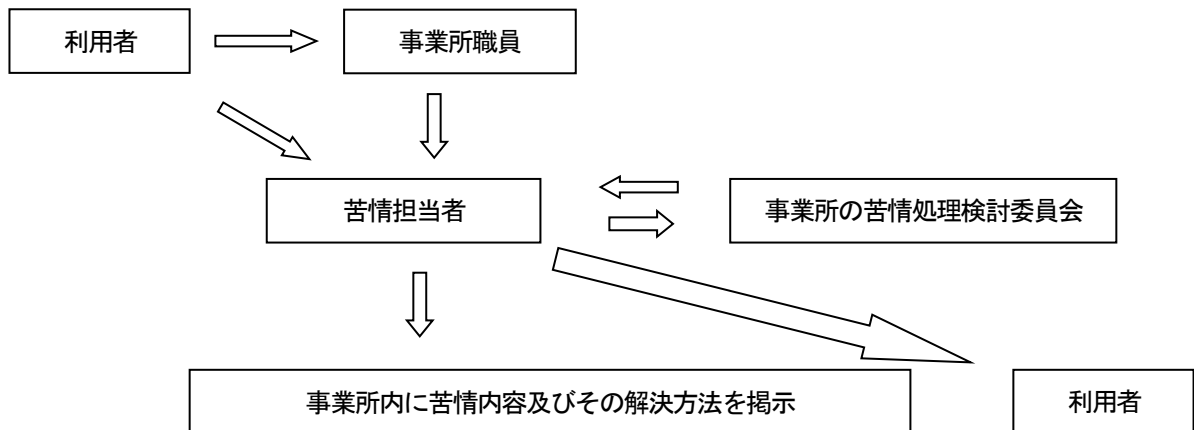
電話 023(623)0546 FAX 023(625)7207

受付日 年中（ただし、日・祝、8月13日～15日、12月29日～1月3日を除く）

受付時間 平日 午前8時30分～午後5時30分 土曜 午前8時30分～正午12時

(2) 苦情処理体制

苦情処理フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び山形県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

介護保険相談窓口

市町村名 山形市（介護保険課）
電話番号 023-641-1212（内線 662）
山形県国民健康保険団体連合会（介護保険審査会）
電話番号 0237-87-8000

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話番号	

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの県、市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採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。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

9 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の職員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

10 消毒、保管

福祉用具の保管、消毒、保守点検に関する業務は外部委託とし保管、消毒は委託先の作業書に基き行う。

但し、保管に関し利用者の都合上（時間外引上げ・納品等）止むを得ない場合は事業所内に一時保管室を設置し使用前・使用後の区別をして一時保管をする。

年 月 日

福祉用具の貸与にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 山形市あこや町3-4-3

名称 岡崎医療株式会社

説明者氏名

印

私は、本書面により、事業者から福祉用具貸与についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。また、本書面を受領しました。

利用者 住所

氏名

印

(代理人) 住所

氏名

印

続柄

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

年 月 日

事業所の名称 岡崎医療株式会社 殿

(利用者) 住所

氏名

印

(家族の代表者) 住所

氏名

印

続柄