

## 特定（介護予防）福祉用具販売 重要事項説明書

福祉用具販売事業所は、特定（介護予防）福祉用具販売にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、次のとおり重要事項を説明し、実際の福祉用具の取り扱いについては、取扱説明書に基づき実使用で説明します。

### 1 事業所の概要

事業所名	福祉用具販売事業所 つくし
所在地	函館市豊川町1番5号
介護保険事業所番号	0171401318
提供するサービスの種類	特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売
管理者及び連絡先	管理者：山形 友紀子 電話：0138-87-0170 Fax：0138-23-3201

### 2 事業所の職員体制

管理者 兼 福祉用具専門相談員	1名
福祉用具専門相談員	1名

### 3 サービス提供地域（通常の配達地域）

函館市内、北斗市、七飯町、鹿部町、森町、木古内町、知内町の区域とする。

### 4 サービス提供時間

サービス種類	月曜日～金曜日
・福祉用具販売 ・介護予防福祉用具販売	9：00～18：00

### 5 運営方針

#### (1) サービス内容

- 1) 「特定（介護予防）福祉用具販売」は要介護者に必要な福祉用具のうち、厚生労働大臣が定めた種目（腰掛便座、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具部分）の用具を販売する介護保健上のサービスです。
- 2) 事業所は、利用者の心身状況、希望、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、適合、取り付け、調整を行います。

## (2) 故障・緊急事態の対応

- 1) 事業者は利用者に対する特定（介護予防）福祉用具販売により事故が発生した場合は、利用者と確認をとり、市町村、利用者の家族、居宅介護（介護予防）支援事業者に対して、連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- 2) 事業者は、事業者の責により賠償すべき損害が発生した場合は速やかに対応します。
- 3) 事業者は、事故が発生した場合には、その原因を解明し再発防止に努めるものとします。

## 6 ご利用料金

### (1) 利用料

利用者様負担分は 負担割合証の割合とします。

[特定福祉用具販売料金表]

種目	品名	単価	個数	選定理由
入浴補助用具 シャワーチェア	安寿シャワーベンチ Mini レッド 536-182	¥4, 884	1台	背なしで超コンパクトサイズ。 邪魔にならないため。

### (2) 交通費

搬入・搬出にかかる交通費はいたしません。

### (3) 料金の支払い方法

#### 【受領委任払】

利用者が介護保険負担割合証に応じた自己負担分のみを事業者支払い、保険給付される分は、保険者から利用者が受領に関する委任を受けた事業者へ直接支払います。

#### 【償還払い】

利用者がいったん費用の全額を事業者へ支払い、その後保険者に申請して介護保険負担割合証に応じた自己負担分を除いた保険給付分の支給を受けます。

## 7 相談窓口、苦情対応、緊急時、連絡先

- (1) サービスに関する相談や苦情及び緊急時については、次の窓口で対応いたします。

(緊急時は休業日であっても以下の電話番号に連絡いただくと、転送にて担当者が対応いたします。)

当社お客様相談窓口 (及び緊急時連絡先)	電話番号	(0138) 87-0170
	緊急時	(0138) 87-0170 (休業日は担当者へ転送)
	FAX番号	(0138) 24-3201
	管理者	山形 友紀子
	対応時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00

(2) 公的機関においても、苦情申出等ができます。

函館市役所高齢福祉課 介護高齢総合相談窓口	所在地 函館市東雲町4番13号
	電話番号 (0138) 21-3025
	FAX番号 (0138) 26-5936
	対応時間 平日 9:00~17:30 (土日・祝日は除く)

北海道国民健康保険団体連合 総務部介護・障害者支援課 企画・苦情係	所在地 〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6F
	電話番号 (011) 231-5175
	FAX番号 (011) 233-2178
	対応時間 平日 9:00~17:30 (土日・祝日は除く)

## 8 当法人の概要

法人の名称	エムシーネット株式会社
代表者名	代表取締役 清野 栄治
所在地・電話	北海道函館市豊川町1番5号 電話番号 (0138) 24-3200 FAX番号 (0138) 24-3201
業務の概要	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護保険事業における福祉用具貸与事業</li><li>・ 訪問介護事業</li><li>・ 旅客運送事業</li><li>・ 軽貨物運送事業</li><li>・ 労働者派遣事業</li></ul>
事業所数	・ 1ヶ所

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

### ① ご利用者およびそのご家族に関する個人情報の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

### ② 個人情報の保護について

事業者は、ご利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議に於いて、ご利用者の個人情報を用いません。また、ご利用者のご家族の個人情報についても、同様とします。事業者は、ご利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

## 10 虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待を防止するための対策を検討する委員会をおおむね1年に1回以上開催するとともに、その結果を従業者へ周知徹底を図る。
  - ② 虐待の防止のための指針の整備。
  - ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施。
  - ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

## 11 第三者へ個人情報を提供する場合の利用目的

当社では個人情報を業務上必要な範囲において利用します。

下記目的以外には利用しません。

- ① お客様に提供する介護サービス
- ② 介護保険請求のための事務
- ③ 当社の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ④ 他の医療機関・介護サービス事業との連携
- ⑤ 家族等への状況説明
- ⑥ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑦ 賠償責任保険等に係る専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力・職員研修等）

## 12 適合状況の確認

お届けいたしました福祉用具の適合状況について下記の通り確認いたしました。

設置場所	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整（ ）
取付状況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整（ ）
操作状況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整（ ）
身体との適合状況	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整（ ）
その他留意事項	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要調整（ ）

## 13 第三者による評価の実施状況

1 あり	実施年月日	:	
	評価機関名称	:	
	結果の開示	:	1. あり      2. なし
② なし			

【 説明確認欄 】

当該事業所は、契約者に対する特定（介護予防）福祉用具販売にあたり、契約者又は代理人に対し、重要事項説明書に基づいて重要事項を説明し、また、商品の取り扱いでは、注意事項について十分説明し取扱説明書に基づいた実使用での操作を行いました。

日 時： 令和 年 月 日 時 分

場 所： \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 函館市豊川町1番5号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 福祉用具貸与販売事業所 つくし \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私は、特定福祉用具の購入に当り、上記のとおり重要事項ならびに商品の取り扱いについて説明を受けました。

個人情報の扱いにおいて、利用目的の範囲における第三者への情報提供に同意します。

利用者 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

代理人

代筆者 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
利用者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

家族代表 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
利用者との関係（ \_\_\_\_\_ ）