

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	医療法人光陽会
代表者（役職・氏名）	理事長 篠崎 仁史
本社所在地 (連絡先・電話番号等)	〒235-0016 神奈川県横浜市磯子区磯子 2-20-45 連絡先電話番号 045-752-1212（代表）
法人設立年月日	昭和 48 年 6 月 18 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	ハートケア つくし
介護保険指定 事業所番号	1470701143
事業所所在地	〒235-0013 神奈川県横浜市磯子区広地町 7-12
連絡先	連絡先電話番号 045-754-2911 メールアドレス kaigo-heart@isogohp.jp
通常の事業の 実施地域	横浜市磯子区、中区、南区、金沢区、港南区、栄区、戸塚区、泉 区

（2）事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護者又は要支援者に対し、事業所の福祉用具専門相談員が適正な特定福祉用具販売又は特定介護予防福祉用具販売を提供することを目的とする。
運営の方針	事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、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）事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（祝日を含む） ただし、12月29日から1月3日までを除く
営業時間	午前9時から午後5時

(4) 事業所の職員体制

管理者	中村 涼		
-----	------	--	--

	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	0名	4名	0名	2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、その内容を利用者に説明し、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

以下の事由に該当する場合は、別途その費用をご負担いただきます。

交通費	通常の事業の実施地域を越えた所から、片道分を1キロメートルあたり20円
搬出入費用	実費を徴収する

（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ください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月28日（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	サービスを利用した月の翌月28日（祝休日の場合は直前の平日）までに、当事業所が指定する下記の口座にお振り込みください。なお、振込手数料は利用者負担となります。 豊田信用銀行 藤岡支店 普通口座 1043288 口座名義 イ) コウヨウカイ
現金払い	購入時～請求月の28日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払ください。

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 045 - 754 - 2911 担当者（責任者） 中村 涼 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	横浜市 はまふくコール (介護事業指導課)	電話番号 045 - 263 - 8084
	神奈川県国民健康保険 保険団体連合会	電話番号 045 - 329 - 3447

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)	中村 涼
---------------	------

(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に開催しています。

(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 身体拘束の適正化について

(1) サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）と行いません。

(2) やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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その他必要な事項を記録するものとします。

(3) 身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

ア 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的開催及びその結果について従業者への周知徹底（1年に1回以上）

イ 身体拘束等の適正化のための指針の整備

ウ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施（1年に1回以上）

11 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。

12 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定定期巡回・隨時対応型訪問介護看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

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 医療法人光陽会
ハートケア つくし

代表者職・氏名 理事長 篠崎 仁史

管理者 ・ 氏名 所長 中村 涼

説明者 ・ 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、同意します。
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 _____