

特定介護予防福祉用具販売重要事項説明書

(日本在宅介護協会標準書式)

この特定介護予防福祉用具販売重要事項説明書は、要支援状態にあるお客様が、特定介護予防福祉用具販売サービスを受けられるに際し、お客様やそのご家族に対し、当社の事業運営規定の概要や特定介護予防福祉用具販売従業者などの勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1・当社が提供するサービスについてのご質問・ご相談窓口

電話番号	0120(68)6353 ※午前9時～午後6時迄
担当者氏名	梅林 美智子

* ご不明な点は何でもおたずね下さい。

2・当社の概要

(1) 本社(以下、当社と記載します)

法人名	高松中央医療器株式会社
本社所在地	高松市林町2032-2
代表者氏名	平賀 美和
代表番号	TEL:087(868)6353 FAX:087(868)0628
設立	
資本金	1,000万円
実施サービス	医療機器販売・在宅酸素

(2) 特定介護予防福祉用具販売サービス提供事業所(以下、当事業所と記載します)

事業所名	高松中央医療器株式会社 介護ショップ源内
所在地	高松市林町2032-2
電話番号	TEL:087(868)6353
FAX番号	FAX:087(868)0628
介護保険指定業者番号	福祉用具貸与 香川県指定(3770101115号)
サービス提供地域 ※	香川県一円

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

* 当事業所は、指定特定福祉用具販売サービス事業所を併設する場合があります。

* 当事業所は、指定福祉用具貸与サービス事業所および指定介護予防福祉用具貸与サービス事業所を併設する場合があります。

(3) 当事業所の職員体制

職種		
管理者		1 名（常勤）
事務職員		1 名（常勤 名、非常勤 名）
サービス従業者	看護師	1 名（常勤 名、非常勤 名）
	准看護師	名（常勤 名、非常勤 名）
	理学療法士	名（常勤 名、非常勤 名）
	作業療法士	名（常勤 名、非常勤 名）
	義肢装具士	名（常勤 名、非常勤 名）
	介護福祉士	1 名（常勤 名、非常勤 名）
	1 ～ 2 級修了者	名（常勤 名、非常勤 名）
	3 級修了者	名（常勤 名、非常勤 名）
その他		5 名（常勤 3 名、非常勤 2 名）

* 上記職員については、併設する指定特定福祉用具販売サービス事業所の職員と兼ねる場合があります。

* 上記職員については、併設する指定福祉用具貸与サービス事業所および指定介護予防福祉用具貸与サービス事業所の職員と兼ねる場合があります。

(4) 営業日および営業時間

営業日	下記の休業日を除く毎日
休業日	原則として、日曜日・国民の祝祭日、お盆・年末年始
営業時間	平日午前 9 時 ～ 午後 6 時・土曜日午前 9 時 ～ 午後 4 時
緊急連絡先	TEL：087（868）6353

(5) 従業者の業務内容

職種	業務内容
管理者	○福祉用具専門相談員などの従業者の管理 ○指定特定介護予防福祉用具販売サービスのご利用申し込みに係る調整 ○業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に実施 ○当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた指定特定介護予防福祉用具販売の人員基準および運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令
専門相談員	○要支援者の心身の特性を踏まえて、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、あるいはご家族等の介護者の負担軽減に資するよう、専門的知識に基づき相談に応じるとともに、目録等の文書を示して、機能・使用方法・販売費用等に関する情報を提供し、販売に関わる同意を得るものとします。
事務職員	○特定介護予防福祉用具販売事業所の運営上、必要な事務処理を行います。

3・サービス内容

事業者は、要支援者の日常生活の自立を助けるために必要な、介護保険法で定めた介護予防特定福祉用具を販売するサービスを提供いたします。そして、お客様の心身などの状況、要望、住宅環境などを踏まえ、サービス担当者会議等を通じて適切な介護予防特定福祉用具の選択の援助、調整、説明等を行います。

(1) 介護保険対象特定介護予防福祉用具販売種目

- ①腰掛便座
- ②特殊尿器
- ③入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手摺り、浴槽内椅子、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ）
- ④簡易浴槽
- ⑤移動用リフトのつり具の部分
- ⑥固定用スロープ（選択制）
- ⑦歩行器（歩行車は除く）（選択制）
- ⑧単点杖（松葉づえを除く）及び多点杖（選択制）

(2) 安全性・操作性等に関する情報提供

福祉用具の選択にあたっては、予め、専門相談員がお客様の心身の状況、要望、住宅環境などを考慮し、適切な選択ができるよう特定介護予防福祉用具販売商品の説明をいたします。

- ①個々の機種選定にあたっては、専門相談員が、各機種の機能や取扱いについての安全性についての情報を記載した文書を提供するとともに説明を致します。
- ②特定介護予防福祉用具の使用にあたっては、専門相談員が最適の状態に用具を調整致します。
- ③販売する特定介護予防福祉用具は衛生上、以下のとおり運用します。
 - ・腰掛便座、特殊尿器等の使用に際して、衛生面から注意が必要な特定介護予防福祉用具販売品目については、衛生管理の必要性等についてお客様に注意事項を十分説明します。

4・利用料金

(1) 販売料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として販売料金（下記料金表）の1割です。ただし平成27年8月から一定以上の所得がある方は2割に引き上げられます。また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は、全額自己負担（消費税課税）となります。

なお、下表の料金表はあくまで当社特定介護予防福祉用具販売取扱い品目の一例です。詳しくは当社パンフレットをご覧ください。

品 目	販売料金	お客様ご負担金額
○腰掛便座	9, 240～ 円	924～ 円

○特殊尿器	81,000～円	8,100～円
品 目	販売料金	お客様ご負担金額
○入浴補助用具(入浴用椅子)	7,350～円	735～円
○入浴補助用具(浴槽用手摺り)	10,500～円	1,050～円
○入浴補助用具(浴槽内椅子)	11,550～円	1,155～円
○入浴補助用具(入浴台)	13,650～円	1,365～円
○入浴補助用具(浴室内すのこ)	7,140～円	714～円
○入浴補助用具(浴槽内すのこ)	10,500～円	1,050～円
○簡易浴槽	68,040～円	6,804～円
○移動用リフトのつり具部分	40,950～円	4,095～円

* 介護保険法に基づき、お客様の１年間の特定介護予防福祉用具販売支給限度額(介護保険が適用される購入金額の上限)は１０万円までとなっております。

* 同一支給限度額管理期間内（毎年４月１日から３月３１日の１年間）は、用途及び機能が著しく異なる場合、並び破損や要支援状態の変化等、特別な事情がある場合を除き、同一種別につき１回の支給に限られています。

（２）交通費

上記サービス提供事業所の営業地域以外のお客様は、サービス従業者がおたずねするための交通費の実費が必要となります。

移動手段	負担していただく交通費
公共交通機関	実費
自動車等	必要に応じて

（３）特定介護予防福祉用具販売サービス計画および利用料金の見積もり

介護予防サービス計画に基づいて提供する特定介護予防福祉用具販売計画およびその利用料金の見積もりは、別紙「特定介護予防福祉用具販売サービスご利用確認票」に記載の通りです。なお、「特定介護予防福祉用具販売サービスご利用確認票」は、介護予防サービス計画の変更により特定介護予防福祉用具販売計画の変更があった場合、新たにお客様に交付しその内容を確認するものとします。

（４）支払方法

- ①自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月１回引き落とします）。
- ②現金払い（特定介護予防福祉用具販売購入時にお支払いください）。
- ③銀行振込（期日までにお客様にてお振り込み手続きをお願いします。なお、手数料はお客様負担となります）。
- ④償還払いの場合は、一旦お客様が販売料金を全額お支払い下さい。サービス提供証明書等の請求に当たって必要となる書類を発行しますので、その後市区町村に対して保険給付分（９割）を請求してください。

- ⑤受領委託払いのお客様は、購入される特定介護予防福祉用具料金の1割をお支払いください。

5・キャンセルおよび返品・交換

(1) キャンセル

お客様が特定介護予防福祉用具販売商品の購入を中止する際には、すみやかに以下の電話番号へご連絡下さい。なお、納品済みの場合は返品および交換となる場合もございますのでキャンセルされる場合はお早めに以下の電話番号までご連絡ください。

□連絡先 TEL : 087 (868) 6353

(2) 返品・交換

お客様は納品後の特定介護予防福祉用具販売商品を返品・交換することができます。返品・交換を希望される場合は、商品到着後7日以内に以下の電話番号までご連絡ください。

□連絡先 TEL : 087 (868) 6353

* お客様のご都合による特定介護予防福祉用具販売商品の返品・交換の場合は送料お客様負担とさせていただきます。

* 以下の特定介護予防福祉用具販売商品の返品・交換は致しかねますので予めご了承ください。

- ①お客様への特定介護予防福祉用具販売品の納品後、8日間を過ぎた場合。
- ②特定介護予防福祉用具販売商品自体に欠陥がなく、既にご利用になられた商品（食料品等の消耗品を含む）。
- ③お客様の責任において汚れや破損した特定介護予防福祉用具販売商品。

6・サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当社専門相談員または職員がお伺いいたします。お客さまへの個別の特定介護予防福祉用具販売に係る同意を得て契約を結び、サービスの提供を開始します。

* 事前に市区町村または指定介護予防支援事業所（お住まいの地域にある地域包括支援センター）にご相談ください。

【具体的方針】

- ①お客様の意思及び人格を尊重し、常にお客様の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ②地域との結び付きを重視し、市区町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他の保健、医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- ③職員の教育研修を重視し、提供するサービスの質について、常にその改善に努めます。

す。

7・緊急時の対応方法

サービス提供中にお客様の容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

お客様の主治医	主治医名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	()
ご家族	氏名	
	住所	
	電話番号	()
お客様担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名	
	氏名	
	住所	
	電話番号	()

8・相談・要望・苦情などの窓口

特定介護予防福祉用具販売サービスに関する相談、要望、苦情などは下記窓口までお申し出下さい。

(1) 当事業所のサービス相談、要望、苦情等窓口

電話番号	087(868)6353
受付時間	営業日の午前9時～午後6時
苦情受付担当者	梅林 美智子
苦情解決責任者	平賀 美和
備 考	

*** 苦情への対応について**

当事業所は、お客様に対して、自ら提供した特定介護予防福祉用具販売サービスに係る苦情を受付けた場合、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- ①苦情の受付
- ②苦情内容の確認
- ③苦情解決責任者等への報告
- ④お客様への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- ⑤苦情の解決に向けた対応の実施
- ⑥再発防止、および改善の実施
- ⑦お客様への苦情解決結果の説明・同意
- ⑧苦情解決責任者等への最終報告

9. 秘密保持および個人情報保護について

- (1) 当社は、業務上知り得たお客様およびそのご家族等の秘密および個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がない場合以外には開示しません。
- (2) 当社は、そのサービス提供上知り得たお客様およびそのご家族等の秘密および個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は就業中はもとより退職後も同様とします。
- (3) 当社は、必要な範囲においてお客様およびそのご家族等の個人情報を取扱い致します。なお、お客様およびそのご家族等から取得した個人情報を以下の目的のために使用します。

【個人情報使用目的】

- ①当社サービスの提供のため
- ②当社商品の購入・販売時における商品配送のため
- ③当社サービスや商品のアフターフォローのため
- ④お客様へのサービス提供について他の事業所と連携するため（サービス担当者会議等）
- ⑤お客様およびそのご家族等へのサービス料金のご請求（徴収）やその他ご連絡のため
- ⑥お客様およびそのご家族等に当社サービスや商品をご案内するため
- ⑦商品配送、請求データ処理などに関する業務委託のため
- ⑧統計データへの利用（但し、個人を特定できるような利用は一切致しません）
- ⑨緊急時に医療機関等に連絡するため

(4) 上記に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。

(5) 個人情報に関するお問い合わせにつきましては、「8 (1) または (2) 当事業所・当社サービス相談、要望、苦情等窓口までご連絡ください。

10. 損害賠償について

(1) 当社は、特定介護予防福祉用具販売サービスの実施にあたって当社の責めに帰すべき事由により、お客様またはそのご家族の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。

但し、当社自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

(2) お客様またはそのご家族などが当社の事業従業者に対し、生命・身体・財産などの損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求されることがあります。

(3) 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。

(4) 修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については、賠償を致しかねることがあります。

(5) 取扱いに特別の注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。

11. 介護保険法及び厚生労働省令の改正について

国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」等に改正があった場合、当社の料金体系及び人員、設備及び運営に関する基準は、国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」等に準拠するものとします。

以上

当社は、特定介護予防福祉用具販売サービスの提供開始に当たり、特定介護予防福祉用具販売のサービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、当社、お客様（またはその代理人）は、記名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 香川県高松市林町2032-2

事業者名 介護ショップ源内 印

サービス事業所（事業所の名称および所在地）

説明者 _____ 印

私は、本書面により、事業者から特定介護予防福祉用具販売のサービス内容および重要事項の説明を受け、これについて同意します。

令和 年 月 日

お客様 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（お客様との続柄： ）

住所 _____

氏名 _____ 印

立会人口または署名代行人口（該当するものにチェック）

住所 _____

氏名 _____ 印

（注）「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

当社は、特定介護予防福祉用具販売サービスの提供開始に当たり、特定介護予防福祉用具販売のサービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、当社、お客様（またはその代理人）は、記名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 香川県高松市林町2032-2

事業者名 介護ショップ源内 印

サービス事業所（事業所の名称および所在地）

説明者 _____ 印

私は、本書面により、事業者から特定介護予防福祉用具販売のサービス内容および重要事項の説明を受け、これについて同意します。

令和 年 月 日

お客様 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（お客様との続柄： ）

住所 _____

氏名 _____ 印

立会人口または署名代行人口（該当するものにチェック）

住所 _____

氏名 _____ 印

（注）「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

