

# 特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売 重要事項説明書（ふれあい館南佐渡）

この「重要事項説明書」は、  
ご利用者 様に対して、福祉用具の提供の開始に際し、運営規定の概要、専門相談員の勤務体制、その他の利用申込者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文書を交付して説明を行い、該当提供の開始について利用申込者の同意を得るものとします。

## 1. サービスの目的及び内容

（1）事業者は、介護保険法第44条の規定に基づき、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

### ① 提供するサービス

ア 特定介護予防福祉用具販売

イ 特定福祉用具販売

## 2. サービスの内容と費用負担について

（1）事業者は、利用者の心身の状況、希望、居住環境等を踏まえて、適切な福祉用具の選定の援助、調整等を行います。

（2）特定介護予防福祉用具販売及び特定福祉用具販売については、利用者に提供する支給限度額は要介護度に関係なく、1年間につき10万円となります。但し、年度内に同一品目を購入する場合は保険給付の補助対象外となりますが、福祉用具が破損した場合、心身の状態が変化して新たな福祉用具を導入する必要がある場合等、特別の事情がある場合はこの限りではありません

※介護保険で給付されるのは上限9割となります。

給付方法は、自己負担額のみ支払う受領委任払い、もしくは、一旦全額自己負担した後で給付される償還払いとなります。

## 3. 利用者負担金の納入方法

（1）販売費用の支払いは、下記いずれかにより対応させていただきます。

① 事業所指定口座への振り込み

② 利用者様口座からの自動振替

③ 現金支払い

（2）振替日は口座振替する金融機関ごとに事業者が定めた日（15日または20日）とし、その定めた日が休日の場合は翌営業日とします。

（3）前項に定める引き落としに要する料金については、事業者が負担いたします。

#### 4. 守秘義務及び個人情報保護並びに個人情報の利用目的

- (1) 事業者及び事業者の従業員は、サービスを提供するうえで知り得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、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、漏らしません。
- (2) 前項の規定にかかわらず事業者は、居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、地域包括支援センター、又は介護支援専門員と事業者との連絡調整会議、行政や他のサービス事業者との連絡調整、並びに介護保険事務に関わる佐渡市や国民健康保険団体連合会から求められる照会等での回答に必要な場合、及び利用者が医療機関に受診をする際に、医療機関に情報提供が必要な場合は、利用者の個人情報を必要最小限の範囲内で使用します。  
利用者家族の個人情報を用いる場合は、家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、家族の個人情報は用いません。但し、事業者は法律に基づく通報をなす事ができるものとし、この場合、事業者は秘密保持義務違反の責任は負わないものとします。
- (3) 前項に規定する以外の第三者に個人情報を提供することができるのは、外部監査機関や評価機関等への正当な理由がある場合を除いては、事前に利用者の同意を得た場合に限るものとします。
- (4) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。
- (5) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等に関しては経過を記録します。

#### 5. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族及び居宅介護支援事業者、必要により市町村等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事故が発生した場合は、その原因を解明し、再発防止対策を講じます。
- (3) 事業者は、利用者に対するサービス提供の際に発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。但し、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限

#### 6. サービス提供の記録等

- (1) 事業者は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「サービス提供記録書」等の書面に必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。
- (2) 事業者は、「サービス提供記録書」等の記録を作成した後、その完結の日から5年間はこれを適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に応

じるとともに、利用者の実費負担により、その写しを交付します。

## 7. 当法人の概要

### (1) 事業者の概要

|        |                         |       |              |
|--------|-------------------------|-------|--------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 佐渡ふれあい福祉会        |       |              |
| 所在地    | 〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1 |       |              |
| 代表者氏名  | 理事長 越渡 佳弘               |       |              |
| 電話番号   | 0259(63)2300            | FAX番号 | 0259(63)3180 |

### (2) 事業所の概要と提供できるサービスの種類及び地域

|          |                                     |
|----------|-------------------------------------|
| 事業所名     | ふれあい館南佐渡                            |
| 所在地      | 〒952-0504 新潟県佐渡市羽茂本郷190番地1          |
| 電話・FAX番号 | TEL 0259(88)3660 / FAX 0259(88)3660 |
| サービス提供地域 | 佐渡市                                 |

### (3) 事業所の職員体制

|               | 資格               | 常勤   | 非常勤  | 計    | 備考    |
|---------------|------------------|------|------|------|-------|
| 管理者           | 厚生労働大臣<br>指定講習修了 | 1人   |      | 1人   | 常勤で兼務 |
| 福祉用具専門<br>相談員 | 厚生労働大臣<br>指定講習修了 | 1人以上 | 1人以上 | 2人以上 | 兼務    |

### (4) 営業日及び営業時間

|      |                  |
|------|------------------|
| 営業日  | 月曜日から土曜日         |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後6時00分 |

## 8. 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

在宅において要支援・要介護状態やそれに準ずる状態にあるものに対し、適切な介護サービスを提供することにより、生きがい、生活への満足感、自立能力の維持向上等を目指すとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ります。

### (2) 運営方針

#### ① 特定介護予防福祉用具販売

ア 心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に関するサービス提供を行います。

イ 意欲を高めるような適切な働きかけを行い、自立の可能性を最大引き出す支援を行います。

#### ② 特定福祉用具販売

ア 利用者本位を基本とし、利用者本人の意思・人格を尊重して、常に

利用者の立場にたったサービスの提供に努めます。

イ 地域福祉の向上のために、各関係機関との密接な連携を図ります。

## 9. サービスの内容

- (1) 利用者に提供するサービスは、「特定介護予防福祉用具販売」及び「特定福祉用具販売」です。

### 「特定介護予防福祉用具販売」

特定介護予防福祉用具販売は、要支援者に必要な福祉用具（要介護者等の日常生活上の便宜、又は機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるためのものをいいます）のうち、厚生労働大臣が定めた種目の用具を販売することによって、日常生活の自立を支援するサービスです。

### 「特定福祉用具販売」

特定福祉用具販売は、要介護者等に必要な福祉用具のうち、厚生労働大臣が定めた種目の用具を販売する介護保険上のサービスです。

- (2) 事業者は、利用者の心身の状況、希望、居住環境等を踏まえて、適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行います。また、一部の福祉用具については、貸与と販売のいずれかを選択できるよう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すること及び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。
- (3) 貸与と販売の選択制の福祉用具については、販売後も利用者等からの要請等に応じて、使用状況の確認に努めると共に、必要な場合は使用方法の指導、修理等を行う。

## 10. サービスの提供品の使用前点検（安全性、衛生状態等）について

- (1) 提供する福祉用具については、商品取扱説明書に基づき行います。

## 11. サービスの提供品

| 種 目         | 品 名 | 販売金額（税込） |
|-------------|-----|----------|
| 腰 掛 便 座     |     |          |
| 入 浴 補 助 用 具 |     |          |
|             |     |          |
|             |     |          |
|             |     |          |
|             |     |          |

## 12. サービスの提供記録（納品日 年 月 日）

|                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 選 定 及 び 面 談 日 時                                | 年 月 日 時 分                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |
| 面 談 者                                          | 様                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |
| 担 当 専 門 相 談 員<br>及び使用前点検者                      |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |
| 介護予防支援事業所担当者又は<br>居宅介護支援事業所担当者                 | 様                                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |
| 家 庭 環 境                                        | <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 同居 |                                                                                                                                                                                                         |
| 適 合 記 録                                        |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |
| 身<br>体<br>状<br>況<br>及<br>び<br>生<br>活<br>環<br>境 | 要 介 護 度                                                                             | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br>要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
|                                                | 起 き 上 が り                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                 |
|                                                | 立 ち 上 が り                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                 |
|                                                | 立 位 保 持                                                                             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                 |
|                                                | 座 位 保 持                                                                             | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                 |
|                                                | 移 乗                                                                                 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                 |
|                                                | 歩 行                                                                                 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                 |
|                                                | 入 浴                                                                                 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                     |
|                                                | 排 便                                                                                 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                     |
|                                                | 室 内 移 動                                                                             | <input type="checkbox"/> 自足 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器                                                                                                                   |
|                                                | 屋 内 手 す り                                                                           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                 |
|                                                | ト イ レ 手 す り                                                                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                 |
| 浴 室 手 す り                                      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                             |                                                                                                                                                                                                         |

## 13. 相談・要望・苦情・緊急時の連絡窓口

福祉用具貸与に関する相談・要望・苦情・緊急時は管理責任者、又は専門相談員が下記窓口で、対応いたします。

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| 苦情窓口の名称 | ふれあい館南佐渡                              |
| 電 話 番 号 | 0259-88-3660                          |
| F A X   | 0259-88-3660                          |
| 対 応 日 時 | 月曜～土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分        |
| 対 応 者   | 佐藤 祥子（ふれあい館南佐渡センター長）<br>梅澤 裕美子（管理責任者） |

また、サービスに関する苦情は、次の窓口へ直接申し出ることもできます。

| 申し出先                          | 電話番号         | 部署名                 |
|-------------------------------|--------------|---------------------|
| 佐渡市の介護保険担当<br>部署              | 0259-63-3790 | 福祉保健部高齢福祉課介護<br>保険係 |
| 新潟県国民健康保険団<br>体連合会の苦情受付窓<br>口 | 025-285-3022 | 介護サービス相談室           |

#### 14. 第三者による評価の実施状況等

|                       |        |        |           |
|-----------------------|--------|--------|-----------|
| 第三者による<br>評価の実施状<br>況 | 1 あり   | 実施日    |           |
|                       |        | 評価機関名称 |           |
|                       |        | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                       | (2) なし |        |           |

#### 15. 商品の搬入について

搬入につきましては、利用者又は家族が希望する日時にご相談により  
対応させていただきます。

#### 16. 使用管理と返品について

- (1) 利用者は、福祉用具の通常の利用方法等に従って使用及び管理して  
下さい。
- (2) 福祉用具販売において使用された後の商品の交換・返品につしまし  
ては、対応できませんので、申し添えます。

#### 17. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整 備  
を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努め  
ます。

#### 18. 身体拘束について

事業所は、利用者又は他の利用者等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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為  
は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、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を記録するもの  
とします。

上記内容の説明を事業所から確かに受けましたので、サービス開始について同意をします。

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 利用者 | 住 所 | 佐渡市 |
|     | 氏 名 | 印   |

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 代理人 | 住 所 | 佐渡市 |
|     | 氏 名 | 印   |

(家族代表)私は、4 (守秘義務及び個人情報保護並びに個人情報の利用目的) に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

事業者 新潟県佐渡市千種 5 8 番地 1  
社会福祉法人 佐渡ふれあい福祉会  
理事長 越渡 佳弘 印

25.6.24  
特定南佐渡事業所控