

重要事項説明書（福祉用具貸与、販売）

（事業所の名称等）

- ① 名称 はあとる岡崎
- ② 所在地 愛知県岡崎市上六名町木ノ座20番地1 2号室

（職員の職種、員数及び職務の内容）

- ① 管理者 1名（常勤職員）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与の提供に当たるものとする。
- ② 専門相談員 2名（常勤職員2名、非常勤1名）

専門相談員は、福祉用具貸与計画（介護予防福祉用具貸与計画）の作成・変更等を行い、指定福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与の提供に当たる。

（営業日及び営業時間）

- ① 営業日 月曜日から金曜日までとする。ただし、12月31日から1月3日までを除く。
- ② 営業時間 午前9時から午後6時までとする。

（指定福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与/特定福祉用具販売及び介護予防福祉用具販売の提供方法、取り扱う種目及び利用料等）

- ① 専門相談員が、利用者の状態に応じ、利用者の希望を聞きながら適切な福祉用具を選定する。
- ② 専門相談員が、利用者の状態に応じ、納品時に福祉用具の取付け、調整等を行い、使用方法の説明を行う。
- ・ 取り扱う種目は、厚生労働大臣の定める全種目とする。
- ・ 指定福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与を提供した場合の利用料の額は、別に定める料金表に記載されている額とし、1ヶ月単位とする。当該指定福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与が法定代理受領サービスであるときは、その1割の額とする。但し、契約開始日が16日以後、又は終了日が15日以前の場合は、その月の料金は、月額の半分とする。なお、契約開始日と終了日とが同一月の場合は、貸与日数に関わらず、1ヶ月分の料金を徴収する。
- ・ 特定福祉用具販売及び介護予防福祉用具販売の支払いの額は【償還払い】の場合は利用者様がいったん全額を支払った後、費用の9割、8割、または7割が介護保険から払い戻されます。【受領委任払い】の場合は利用者様の負担は初めから1割、2割、または3割です。保険給付される残りの分については利用者からの委任に基づき、保険者から事業者へ直接支払います。

※利用限度額を超えた部分については全額自己負担となります。
- ・ 搬入に特別な措置が必要な場合（クレーン車使用など）の費用は、その実費を徴収する。
- ・ 前二項の費用の支払いを受ける場合には、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、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。

（通常の事業の実施地域）

- ・ 安城市・刈谷市・知立市・西尾市・碧南市・高浜市・豊明市とする。

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

- ① 連絡先 TEL： 0564-72-6210 FAX： 0564-72-6195
- ② 担当者名 加藤 直輝 （管理者）
- ③ 受付時間 午前9：00～午後18：00 ※時間外の電話は担当者の携帯電話へ転送

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情を受付けた場合、苦情内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事業所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応する。

- ① 苦情原因の把握・・・当日又は時間帯によっては翌日
利用者宅に訪問し、受付けた苦情内容を確認するとともに、今後の対応や予定を説明し了解を得る。また、速やかに解決を図る旨、伝言する。
- ② 検討会の開催
苦情内容の原因を分析するため、関係者の出席のもと、対応策の協議を行う。
- ③ 改善の実施
利用者に対し、対応策を説明して同意を得る。
改善を速やかに実施し、改善状況を確認する。
（損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行う。）
- ④ 解決困難な場合
保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。また、解決できない場合には、保険者と協議し、国保連への連絡も検討する。
岡崎市 介護保険課 TEL 0564-23-6682 FAX 0564-23-6520
国保連 TEL 052-971-4165 FAX 052-962-8870
- ⑤ 再発防止
同様の苦情、事故が起こらないように苦情処理の内容を記録し5年間保管、従業者へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。
- ⑥ 事故発生時の対応等
事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知して協力を依頼する。

3 その他参考事項

研修の定期的実施を行う。

重要事項説明同意書

私は、はあとる安城より、本重要事項説明書の交付を受けると共に、その内容について説明を受けました。

私は、はあとる安城から、（介護予防）福祉用具貸与、特定（介護予防）福祉用具販売の各サービスの提供を受けることについて、同意致します。

令和 年 月 日

ご利用者

住 所

氏 名

㊞

電 話

ご利用者以外の方がご契約者となる場合

住 所

氏 名

㊞

利用者との関係

電 話

緊急時のご連絡先

電 話

備考
