

福祉用具貸与重要事項説明書

株式会社 新和メディカル は、重要事項を説明し了解を得ると共に、レンタルサービス利用契約約款に従いサービスを提供いたします。
レンタルサービス利用契約の締結にあたり、下記の者が重要事項の説明および実使用での注意事項について説明を行い、福祉用具の適合状況について確認いたしました。

福祉用具専門相談員

1 事業所の概要

| | |
|----------|-----------------------------|
| 事業所名 | 株式会社 新和メディカル福岡営業所 |
| 所在地 | 〒811-1314 福岡県福岡市南区的場1丁目27-4 |
| 介護保険指定番号 | 福祉用具貸与(介護予防) 4071100285 |
| 管理者・連絡先 | TEL 092-502-7244 |
| サービス提供地域 | |

2 事業所の職員体制等

| 職 名 | 資 格 | 人 員 |
|-------|-----------|-----|
| 管 理 者 | 福祉用具専門相談員 | |
| 専門相談員 | 福祉用具専門相談員 | |
| | | |
| 合 計 | | |

3 営業日・営業時間

| | |
|-------|-----------------|
| 平 日 | 午前8時30分～午後5時30分 |
| 土 曜 日 | 午前8時30分～午後5時30分 |
| 定 休 日 | 第2・3土曜、日曜・祝日 |

注) 定休日の他に、夏期休暇(8/13～8/15)、年末年始休暇(12/30～1/4)も休業とする。

4 利用者負担金

(1) 別紙「レンタルサービス申込書」に記載の通りとなります。

※介護保険の適用がある場合は、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額が利用者負担金となります。

(2) 利用者負担金は、契約開始月については納品時に、2ヶ月目以降については使用月の翌月の28日にご指定の金融機関の口座から引落しをさせていただきます。㊦金融機関が休業日の場合は翌営業日となります。

(3) 尚、契約の起算日が月の15日以前の場合については月額的全額を、16日以降の場合については1/2の料金を請求させていただきます。

解約の場合も同様に、月の15日以前の解約については月額の1/2を、16日以降の解約については1ヶ月分の料金を請求させていただきます。

(4) レンタル開始と終了が同じ月内に行われた場合のレンタル料は1ヶ月分全額となります。

(5) 利用者が本契約期間中、福祉用具を破損または滅失したとき、その費用を負担しなければならない場合があります。

5 サービスの内容

- (1) 「福祉用具貸与」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の用具を貸与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、置かれている環境等を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行います。
- (3) 事業者は、本契約期間中、次の福祉用具を貸与します。

1.車いす 2.車いす付属品 3.特殊寝台 4.特殊寝台付属品 5.床ずれ予防用具
 6.体位変換器 7.手すり 8.スロープ 9.歩行器 10.歩行補助杖 11.認知症老人徘徊感知機器
 12.移動用リフト 13 自動排泄処理装置

6 搬入・搬出について

お客様の希望の日付及び時間が指定できます。

※営業時間外の搬入・搬出につきましては、お問い合わせください。

7 事故時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合には、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。

8 中途解約について

- (2) 利用者が福祉用具の全部又は一部の利用を中止する場合には、1週間前までに事業者連絡をいただければ解約できます。
- (3) 但し、利用者が入院等、契約を継続することができない特別な事情が生じた場合には、通知日をもって解約することができます。

9 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待の防止に関する責任者の選定を行います。
- ② 苦情解決体制の整備を行います。
- ③ 従業員の虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施を定期的に行い、研修を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ④ 従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整備するほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- ⑤ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底いたします。

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 | |
|-------------|--|

10 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | | | |
|-------|---|------------|--------------|
| 所在地 | 福岡県福岡市南区的場 1 丁目 27-4 | 電話番号 | 092-502-7244 |
| ご利用時間 | 営業日の午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 営業時間外には留守番電話にて対応いたします。 | 苦情等対応窓口責任者 | |
| | | | |

(2)お客様は、当事業所以外に、市町村や国民健康保険団体連合会に相談・苦情を伝えることができます。

| 相談窓口 | 電話番号 |
|-----------------|--------------|
| 福岡県国民健康保険団体連合会 | 092-642-7859 |
| 東区福祉・介護保健課 | 092-645-1069 |
| 西区福祉・介護保険課 | 092-895-7066 |
| 南区福祉・介護保険課 | 092-559-5125 |
| 中央区福祉・介護保険課 | 092-718-1102 |
| 城南区福祉・介護保険課 | 092-833-4105 |
| 博多区福祉・介護保険課 | 092-419-1081 |
| 早良区福祉・介護保険課 | 092-833-4355 |
| 福岡県介護保険広域連合粕屋支部 | 092-652-3111 |
| 春日市介護保険課 | 092-584-1122 |
| 大野城市介護保険課 | 092-580-1860 |
| 筑紫野市介護保険課 | 092-923-1111 |
| 太宰府市介護保険課 | 092-929-3211 |
| 那珂川市介護保険課 | 092-953-2211 |

11 当社の概要

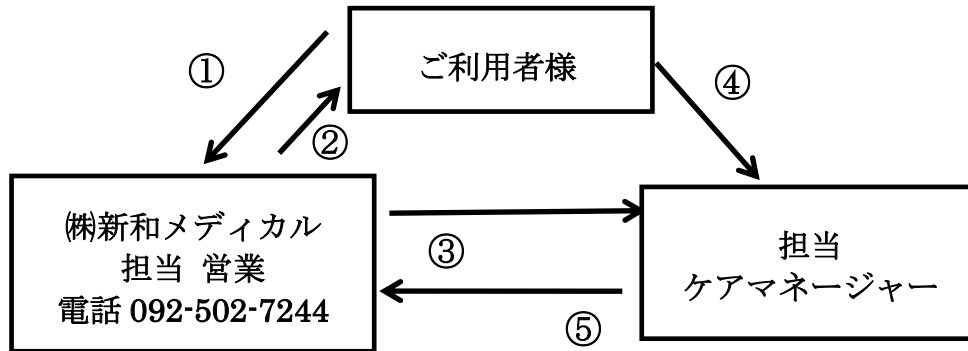
| | | | |
|----------|--|------|------|
| 名称 | 株式会社 新和メディカル | 法人種別 | 株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役 井塚 裕一 | | |
| 本社所在地・電話 | 福岡県福岡市南区的場 1 丁目 27-4-2F TEL 092-502-7244 | | |

取扱説明書の交付及び実使用での取扱説明確認

| 種 目 | 品 名 | 説明書交付 | 実使用説明 |
|--------------------------------------|-----|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 車いす | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 車いす付属品 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ予防用具 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 体位変換器 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 手すり | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> スロープ | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 歩行器 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 歩行補助杖 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 移動用リフト | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | | <input type="checkbox"/> 交付 | <input type="checkbox"/> 説明 |

注) ベッドの下で蚊取り線香を使用しないでください。故障の原因になります。

緊急時の対応について



☆ 直接ご連絡いただいた場合 (①→②→③)

対処方法をお伝えいたします。状況により折り返しご連絡いたします。

担当ケアマネージャーへ連絡いたします。

☆ ケアマネージャーにご連絡された場合 (④→⑤→②)

担当ケアマネージャーより連絡をいただき、内容把握の為ご利用者様へご連絡いたします。

・ご利用者様のご都合を確認し、訪問いたします。

・対応後、担当ケアマネージャーへ報告いたします。

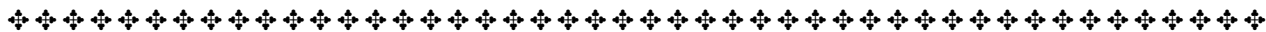
※緊急時につきましては、出来るだけ早急な対応を心がけております。今後ともよろしくお願い致します。

| | | | | | | |
|--------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|----|------|--------|
| レンタル開始日 | | 令和 年 月 日 | | | | |
| 適合状況 | 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() | | | |
| | その他留意点 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 要調整() | | | |
| | 点検項目 | | 要作業・項目 | | 担当者® | 管理責任者® |
| | | | 点検に○ | 異常 | | |
| (納品日) | 本体は完全に清拭されているか。 | | N | | | |
| 令和 年 月 日 | 消毒は完全になされているか。 | | N | | | |
| | 本体に著しいキズはないか。 | | N | | | |
| | 車輪など回転部分に異常はないか。 | | N | | | |
| | 駆動部分に異常はないか。 | | N | | | |
| | タイヤなどの空気圧は十分か。 | | N | | | |
| | ブレーキの作動状態は良好か。 | | N | | | |
| | 締め付けボルトなどに緩みはないか。 | | N | | | |
| | シート類に破損箇所はないか。 | | N | | | |
| | 溶接部分に異常はないか。 | | N | | | |
| | 取扱説明書はあるか。 | | N | | | |
| | 電気系統に異常はないか。 | | N | | | |
| | 付属品に過不足はないか。 | | N | | | |
| | 金属類に著しい発錆はないか。 | | N | | | |
| | その他の項目に異常はないか。 | | N | | | |
| | ☆ 再度点検して異常の有無を確認せよ。 | | N | | | |
| ☆ 安全面については、特に注意する。 | | | | | | |
| 異常項目の処理 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|--|--------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 記号 | 点検 (N) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下項目は、異常欄に記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号 | 交換 (×) | | 調整 (A) | | 締付 (T) | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意: 上記点検該当無しの場合、斜線(/)を要作業・項目欄に記入。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(納品時)適合状況の確認・初期点検簿

お届けいたしました福祉用具について下記のとおり確認・点検いたしました。



個人情報使用同意書

私と家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意いたします。

使用する目的 利用者のための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、サービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

条 件 (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあ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うこと。
(2) 個人情報を使用した会議等を記録しておくこと。

サービス契約の締結にあたり、本書面により、福祉用具貸与についての重要事項の説明および実使用での注意事項について説明を受けました。

上記の契約と証するため、本書2通を作成、契約者、事業者及び連帯保証人が記名の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

契 約 者
ご利用者(自筆)

住 所

氏 名

電話番号 ()

ご利用者親族

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。
※注意：原則として親族とします。

住 所

続柄()

氏 名

電話番号 ()

事 業 者

指定事業者番号 4071100285

福岡市南区的場1丁目27-4

株式会社 新和メディカル福岡営業所

所長

TEL 092-502-7244

(令和5年8月改定)