トータル マスター　運営規程概要及び重要事項説明

A、(概　要)

トータル マスター

〒862-0969　熊本県熊本市南区良町5-15-23

電話番号　096-288-6511　FAX番号096-320-8457

熊本市指定福祉用具貸与事業所番号　4370111249

B、(事業の目的)

株式会社千広が設置するトータル マスター(以下「事業所」という。)において実施する指定福祉用具貸与〔指定介護予防福祉用具貸与〕事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定福祉用具貸与〔指定介護予防福祉用具貸与〕の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態(介護予防にあっては、要支援状態)の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定福祉用具貸与〔指定介護予防福祉用具貸与〕を提供することを目的とする。

C、(運営の方針)

事業所の専門相談員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整を行い、福祉用具を貸与する事により、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るよう支援する。事業の実施に当たっては、関係各市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

D、(秘密の保持)

① 従業者は、業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持する。

② 従業者であった者に業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持させる為、従業者でなくなった後においてもこれらの保持すべき旨を、従業者と雇用契約の内容とする。

E、(情報開示)

利用者の希望があれば、必要に応じサービス提供記録を開示する。

F、(職員体制)

管理者	1名(常勤職員)専門相談員と兼務
福祉用具専門相談員	3名以上(常勤2名以上)管理者と兼務

G、(営業日・営業時間)

営業日	月曜日から土曜日(年末年始及び春季・夏季一部休日を除く)
営業時間	午前8時30分　から　午後5時30分

H、(活動地区)

熊本市内・及び熊本県全域

I、(サービス提供方法)

指定福祉用具貸与〔指定介護予防福祉用具貸与〕を提供した場合の利用料の額は、別紙料金表の通りとし、当該指定福祉用具貸与〔指定介護予防福祉用具貸与〕が法定代理受領サービスである時は、その1割または2割または3割の額とする。

J、(取扱う種目)

特殊寝台及び付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、車いす及び付属品、スロープ、歩行器、歩行補助杖、
手すり、徘徊感知機器、移動用リフト、自動排泄処理装置

K、(事故発生時の対応方法について)

事業所は、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、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行うものとする。

L、(苦情申し立て窓口)

熊本県高齢者支援課(居宅介護班)	096-333-2219
熊本県消費生活センター	096-354-4835
熊本市介護保険課	096-328-2347
熊本市消費者センター	096-353-2500

確認同意書

重要事項説明を当事業所の説明実施者より受け、レンタル契約書・重要事項説明書・口座引落等の書類の控えを受領した事を確認し個人情報利用(担当者会議等において、利用者の個人情報を契約の有効期間中もちいること)に同意します。

年　　月　　日

利用者　　代理人

氏 名　　氏 名

サービス説明実施者

トータル マスター

特定福祉用具販売サービス重要事項説明書

1．介護保険法に定める特定福祉用具販売事業所（介護予防を含む）の概要

（1）事業所名、事業所番号、管理者名および所在地、電話番号、FAX番号

事業所名	トータルマスター
介護保険事業所番号	4370111249
管理者名	若宮　祥充
所在地	熊本県熊本市南区良町5丁目15-23
電話番号	096－288－6511
FAX番号	096－320－8457

（2）サービスを提供する地域（通常実施地域）

熊本県全域

（3）営業日および営業時間

営業日	月曜日－土曜日（年末年始および春季・夏季一部祝日を除く）
営業時間	8:30～17:30

（4）従業員数

サービス従事者（専門相談員）数	3　名

（5）取扱い種目

腰掛便座　自動排泄処理装置の交換部品　排泄予測支援機器　入浴補助用具　簡易浴槽　移動用リフトのつり具部分　スロープ　歩行器　歩行補助つえ

2．特定福祉用具販売サービス（介護予防を含む）の目的と運営方針

（1）目的

トータルマスター は、ご利用者が適切な特定福祉用具を用いてその心身の機能を補い、居宅において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、特定福祉用具販売サービス（介護予防を含む）（以下「本サービス」といいます。）を提供します。

（2）運営方針

① 本サービスの実施にあたっては、ご利用者の意思および人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。

② サービス従事者は、ご利用者が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、ご利用者の心身の状況・希望およびそのおかれている環境を踏まえた適切な特定福祉用具の選定の援助・取り付け・調整等を行い、特定福祉用具を販売することにより、ご利用者の日常生活の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、ご利用者を介護する方々の負担の軽減を図ります。

③ 本サービスの実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村・他の居宅サービス事業者・その他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する方々との連携に努めます。

3．サービス料金について

（1）　特定福祉用具販売品は、「請求書」に記載されている料金となります。

（2）　料金を受領後、領収書を発行します。

（3）　介護保険の適用を受ける場合は、市町村の窓口へ申請を行うと、介護保険給付分の費用（「請求書」に記載された料金の7～9割）の払い戻しが受けられます。

※　特定福祉用具費の支給限度額は、毎年4月1日からの12ヶ月間で10万円となっています。同一年度内に既に特定福祉用具販売費の支給を受けた種目を再度購入した場合、原則として、特定福祉用具販売費は支給されませんので、ご注意ください。

4．搬入料について

本サービスの搬入費用は、基本的にサービス利用料金に含まれております。ただし、以下の場合は、特例として、搬入費をお支払い頂きます。詳しくは、事前にサービス従事者にご相談下さい。

（1）　搬入の際に、特別な措置や作業を必要とする場合

（2）　通常実施地域以外への搬入

5．その他のサービスご利用上の注意点

（1）　取扱説明書にもとづく使用方法等の説明および練習の実施

サービス従事者が取扱説明書にもとづき、使用上の留意点等の説明をさせて頂き、ご利用者またはその家族には実際に練習をして頂きます。（ご利用者の身体状況により練習が困難な場合は、ご利用者の家族のみの練習とさせて頂きます。）

（2）故障時等の取扱い

①　万一故障等が起きた場合には、上記1「介護保険法に定める特定福祉用具販売事業所」の連絡先にご連絡下さい。

② 保証期間かつ保証の対象となる場合は、無償にて修理・交換等の手配をいたします。ただし、ご利用者による故意または誤った使用方法による故障の場合には、修理・交換等に掛かった費用はご負担いただきます。

6. 個人情報の取扱いについて

トータルマスター 及びサービス従事者は、本サービスお申し込みの際、または本サービス継続中に、業務上知り得たご利用者またはその家族の秘密を保持します。また、従事者でなくなった後においても同様です。

7. 緊急・事故発生時の対応

(1) トータルマスター およびサービス従事者は、本サービスの実施により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 緊急・事故発生時の連絡先は、上記1「介護保険法に定める特定福祉用具販売事業所」の連絡先にお願いします。

8. サービスに関する相談・苦情

(1) 事業所お問い合わせ先

上記1「介護保険法に定める特定福祉用具販売事業所」の連絡先にお問い合せ下さい。

(2) 市町村お問い合わせ先

熊本県高齢者支援課 介護サービス班　　電話番号 096－333－2219

熊本市介護保険課　　電話番号 096－328－2311

(3) 国民健康保険団体連合会お問い合わせ先

熊本県国民健康保険団体連合会　　電話番号 096－365－0811

【当事業所記入欄】

本サービス実施にあたり、ご利用者、ご利用者の家族に対して、本書面にもとづいて重要事項の説明を行い、本書面を交付しました。

上記5－(1)取扱説明書にもとづく使用方法等の説明および練習の実施に関し、ご利用者またはその家族に、取扱説明書を交付の上、説明・指導・訓練を行いました。

年　　月　　日

（事業所名）　トータルマスター

（所 在 地）　熊本県熊本市南区良町5丁目15-23

サービス従事者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【お客様記入欄】

私は本書面により、トータルマスター から本サービスについての重要事項の説明を受け、本書面を受領しました。上記5－(1)取扱説明書にもとづく使用方法等の説明および練習の実施に関し、千広 より、取扱説明書を受領し、説明・指導・訓練を受け、十分に理解し、特定福祉用具を購入することに同意致します。

年　　月　　日

（ご利用者）ご住所

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ご利用者の家族）ご住所

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印