重　要　事　項　説　明　書

１．事業者の概要

事業所名	OP メディカルサービス
所在地	大分県大分市大津町 1-22-12 清友ビル 103 号
介護保険事業所番号	４４７０１１０６１２
提供するサービスの内容	福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売、介護予防特定福祉用具販売
管理者及び連絡先	麻生　優　（携帯電話：０８０－９０６２－３９８２）
サービス提供地域	大分市、別府市、杵築市、臼杵市、津久見市、由布市、豊後大野市、竹田市、佐伯市、宇佐市、日出町、九重町、国東市、中津市、豊後高田市、日田市、玖珠町

２．事業所の社員体制等

職　　種	内　　容	人　　員
管 理 者	事業所全般管理	１名
サービス提供社員	福祉用具の選定・相談業務 適合状況の確認・苦情相談・アフターフォロー 公的機関への連絡・調整・紹介業務 用具の搬入・搬出・保守・保管業務	２名 専従　２名
事務担当社員	事務一般	１名

３．営業時間

サービス種類	平　日	土、日曜日・祭日	年間休日
福祉用具貸与	９：００～１８：００	原則休日：緊急時対応	8 月 13 日～8 月 15 日 12 月 31 日～1 月 3 日

４．取扱い種目

厚生労働大臣が定める福祉用具貸与に係る福祉用具 13 種目			
①　特殊寝台	⑤　手すり	⑨　歩行器	⑬　自動排泄処理装置
②　特殊寝台付属品	⑥　車いす	⑩　歩行補助杖	
③　床ずれ防止用具	⑦　車いす付属品	⑪　認知症老人徘徊感知機器	
④　体位変換器	⑧　スロープ	⑫　移動用リフト	

厚生労働大臣が定める特定福祉用具販売に係る福祉用具８種
①　腰掛便座 ②自動排泄処理装置の交換可能部品 ③入浴補助用具 ④簡易浴槽 ⑤移動式リフトの吊具の部品 ⑤　歩行器(歩行車を除く) ⑦スロープ　⑧歩行補助杖

５．サービス利用料、利用者負担額及び利用料支払方法等

（1）サービス利用料及び利用負担額は、契約書記載の通りです。（負担割合証に基づく）
（2）利用料支払方法は、貸与は原則引き落としです。販売については原則現金にてお支払いいただきます。
（3）交通費は請求しません。

６．キャンセル

●利用者がサービスの利用を中止する際には、中止希望日の 7 日前までに事業所あてにご連絡ください。

７．相談窓口・苦情事故対策

事務所窓口	相談員：麻生　優 電話番号０９７－５４７－８０３０　　FAX 番号０９７－５４７－８０３１ 着信対応０８０－９０６２－３９８２（不在の時はこちらに連絡ください。）
市町村	お住まいの市町村の介護保険相談窓口
県	大分県国民健康保険団体連合会　介護保険課　電話番号０９７－５３４－８４６８

８．事故発生時の対応方法

事業所の特定福祉用具を使用中に事故が発生した場合は、市町、家族、緊急連絡先、当該利用者に係る居宅支援事業所、介護予防支援事業所、管理者に連絡を行い、必要な措置を講じます。

（1）事故報告書にて職員周知を行い事故の原因を解明し事故防止マニュアルの整備や研修会を開催するなど事故防止に努めます。
（2）事故の状況及び採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。
（3）必要に応じて保険者、県等の指導助言を仰ぎます。

9. 当事業所開設者の概要

法人名称	（有）直方メディカルサービス
代表者名	水　口　洋　輝
本社所在地	〒８２２－００２２ 福岡県直方市知古７９８番地１
業務の概要	介護支援、福祉用具の販売及び貸与、住宅改修、病院・福祉施設への紙おむつ販売
事業所数	４ケ所　　大分市 直方市 山口県萩市 広島県三次市

10. 虐待防止の為の措置に関する事項

１，虐待防止方針・身体的、心理的、経済的虐待を防止し、利用者の尊厳を守る　２，具体的な取り組み・従業員への虐待防止研修を実施、苦情や意見を受け付ける窓口の設置　３，虐待兆候時の対応　・速やかに責任者、関係機関へ報告し、利用者の安全を確保　４、関係機関との連携　・地域包括新センター、ケアマネージャー、市区町村と情報共有　５，個人情報保護　・情報を適切に扱い、プライバシーを守る

11. その他◎確認事項

Ａ．取扱い説明書を受けました。

Ｂ．取扱い説明書にのっとった説明を受けました。

Ｃ．取扱い説明書の警告・注意・禁忌事項の説明を受けました。

私は、本書面により、事業者から福祉用具貸与サービスについて重要事項説明ならびに上記の確認事項Ａ．Ｂ．Ｃについても受け取り及び説明を受けました。

（利用者）

令和　　年　　月　　日　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（利用者代理人（選任した場合））

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿