

重要事項説明書

(指定福祉用具貸与・指定介護予防福祉用具貸与)

本書は、指定（介護予防）福祉用具貸与サービスの提供にあたり、介護保険法第8条及び関係法令に基づき、事業所の概要及びサービス内容等の重要事項を説明するものです。

1. 事業者の概要

項目	内容
事業者名	八千代ケアサポート株式会社
所在地	兵庫県丹波市柏原町柏原 1393 番地 2
電話番号	0795-72-3888
FAX 番号	0795-72-3335
代表者名	池上 一
事業内容	指定（介護予防）福祉用具貸与

2. 事業所の概要

項目	内容
事業所名称	八千代ケアサポート株式会社 神戸店
事業所所在地	兵庫県神戸市垂水区舞子台 2 丁目 5-38 ガーデンスクエア舞子 1F
指定番号	2870804743
管理者	清 淳史
電話番号	代表：078-781-2200 フリーダイヤル：0120-814-817
営業日	月曜日～金曜日
休業日	土曜日、日曜日、祝日、年末年始
営業時間	午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分
休業日連絡先（緊急時）	0795-72-2941 ※休業日における緊急の相談・連絡に対応します。

3. 事業の目的及び運営方針

本事業所は、要支援者及び要介護者が住み慣れた居宅において、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、心身の状況及び生活環境等を踏まえ、適切な福祉用具の選定を援助し、福祉用具貸与サービスを提供することを目的とします。また、介護保険法及び関係法令を遵守し、運営規定に則り利用者の意思及び人格を尊重したサービス提供に努めます。

4. 従事者の職種及び職務内容

職種	職務内容
管理者	事業所の運営管理、従事者の管理、業務の実施状況の把握及び調整
福祉用具専門相談員	福祉用具の選定援助、取付・調整、使用方法の説明、モニタリング ※常勤換算 2 名以上配置しています
その他	事務、物流、メンテナンス業務

5. 指定（介護予防）福祉用具貸与の内容

介護保険法に定める福祉用具貸与対象品目を取り扱います。

具体的な品目については、介護保険対応カタログ等によりご案内します。

6. サービス提供の方法

- ① 利用者様及び居宅介護支援事業所等からの相談を受けます。
- ② 心身の状況等を踏まえ、福祉用具の選定を援助します。
- ③ 福祉用具サービス計画を作成し、福祉用具の搬入、設置、調整及び使用方法の説明を行います。
- ④ 契約締結後、定期的に使用状況の確認（モニタリング）を行います。
- ⑤ 休業日に緊急の相談や連絡があった場合は、休業日連絡先にて対応し、対応内容は記録のうえ、翌営業日に確認・報告します。

※一部の福祉用具については、レンタル卸事業者に委託する場合があります。

7. サービスご利用上の留意点

① サービスの更新

本契約の有効期間は1ヶ月としますが、毎月更新日を1日とし、前月末日までにサービス終了のご連絡がない場合には、さらに1ヶ月同条件で更新されたものとします。

② サービスの終了

- ・お客様のご都合でサービスを終了する場合サービス終了を希望する日の前日までにお申し出下さい。
 - ・当事業所の都合、人員不足等やむを得ない事情によりサービス提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知致します。
 - ・自動終了 以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了致します。
 - ・お客様が介護保険施設に入所された場合
 - ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
 - ・お客様が亡くなられた場合
 - ・お客様やご家族などが当事業所や当事業所サービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合があります。
-

8. 利用料

- ①利用料は、介護保険法に基づく法定代理受領サービスとし、利用者負担割合に応じた額となります。
- ②通常の事業実施地域内における通常の搬入・搬出については、別途費用を請求しません。通常の事業実施地域を超える場合は、別途実費をいただくことがあります。
- ③利用料の詳細は、介護保険対応カタログ等でご説明します。
- ④利用料の変更について
 - ・利用料を変更する場合は、必ず事前に利用者及びその家族に説明し、同意を得ます。
 - ・利用者に不利益が生じないように、変更理由・算定方法を分かりやすく説明します。
- ⑤福祉用具レンタルは原則1か月単位での利用料計算となります。
 - ・レンタル開始月のレンタル料は、開始日が15日以前の場合は月額レンタル料の全額、16日以降の場合は月額レンタル料の1/2相当額となります。
 - ・レンタル終了月のレンタル料は、終了日が15日以前の場合は月額レンタル料の1/2相当額、16日以降の場合は月額レンタル料の全額となります。

⑥貸与期間が1か月に満たない場合の利用料

- ・レンタルご利用期間が1か月以内の場合のレンタル料は月額レンタル料の全額となります。

⑦入院時・休止時の利用料

- ・利用者が入院等によりサービスが利用できない場合、入院期間中は利用料をいたしません。
- ・福祉用具貸与を一時休止する場合も、貸与停止期間に対応した利用料の算定（原則全額または半額）を行います。

例：月額1,000円の車いすをレンタルされた場合の利用料

利用期間：5/16～5/30までの場合・・・5月分利用料1,000円となります。

利用期間：4/20～5/15までの場合・・・4月分利用料500円（半額）5月分利用料500円（半額）となります。

ご入院期間：入院5/3～5/27退院された場合・・・5月分利用料1,000円となります。

ご入院期間：入院4/20～5/13退院された場合・・・4月分利用料1,000円、5月分利用料1,000円となります。

ご入院期間：入院4/13～5/27退院された場合

・・・4月分利用料500円（半額）、5月分利用料500円（半額）となります。

⑧請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月18日までに利用者あてお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア 行われたサービス提供と請求書の内容を照合のうえ、請求月の30日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 （ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの自動振替 （ウ）コンビニ払込・店頭支払い・集金 イ お支払いの確認をしたら、支払い方法の如何によらず、領収証をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

9. 通常の事業の実施地域

事業所の通常の事業の実施地域	【兵庫県】 神戸市、明石市、加古川市
----------------	-----------------------

10. 福祉用具専門相談員の禁止行為

福祉用具専門相談員はサービスの提供に当たって、次の行為はできません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑤ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑥ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑦ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

1 1. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、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ため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
② 個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

1 2. 身分証携行義務

福祉用具専門相談員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

1 3. 心身の状況の把握

指定福祉用具貸与の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 4. 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定福祉用具貸与の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

1 5. サービス提供の記録

- ① 指定福祉用具貸与の実施ごとに、その貸与の開始日及び終了日、種目及び品名、利用料、福祉用具の使用状況（修理、点検結果等を含みます。）等についての記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。

- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16. 衛生管理等

- ① 従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 回収した福祉用具を、その種類、材質等からみて適切な消毒効果を有する方法により速やかに消毒するとともに、既に消毒が行われた福祉用具と消毒が行われていない福祉用具とを区分して保管します。
- ④ なお、上記の福祉用具の保管又は消毒に係る業務は、レンタル卸会社に委託して行います。
- また、当該委託先事業者の業務の実施状況について定期的（概ね6ヶ月ごと）に確認し、その結果等を記録します。

17. 苦情時の対応及び相談窓口

苦情内容及び対応結果は記録し、必要に応じて関係機関へ報告します。

	名称	電話番号	受付時間
事業所窓口	八千代ケアサポート株式会社 神戸店	078-781-2200	9:00~18:00
市町村（保険者）窓口	神戸市福祉局監査指導部	078-322-6326	8:45~12:00 13:00~17:30
公的団体窓口	兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	078-332-5617	8:45~17:15
消費者庁（消費生活センター）	神戸市消費生活センター	078-371-1221	9:00~17:00

上記の窓口においても苦情の申立てを行うことができます。

18. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者様の家族及び関係機関に連絡し、必要な措置を講じます。事故の内容は記録し、再発防止に努めます。重大な事故が発生した場合は、市町村等へ報告します。

19. 虐待防止及び身体拘束の適正化

利用者様の人権擁護及び虐待防止のため、体制整備及び職員研修を行います。

原則として身体拘束は行いません。やむを得ず行う場合は、理由・会議内容等を記録し、適正化に努めます。

20. 感染症及び非常災害時の対応

感染症又は非常災害が発生した場合においても、必要なサービスが継続して提供できるよう、業務継続計画（BCP）を策定しています。

21. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

- 指定（介護予防）福祉用具貸与サービスの提供にあたり、ご利用者様（又は代理人）に対し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。
- 福祉用具の取扱説明書を交付するとともに、実際の福祉用具を用いて使用方法の説明を行いました。
- 福祉用具の使用にあたり、事故防止のための注意事項について説明を行いました。
- サービス内容、利用料、苦情相談窓口等について十分に説明し、同意を得ました。

事業者	所在地	兵庫県神戸市垂水区舞子台 2 丁目 5-38 ガーデンスクエア舞子 1F		
	法人名	八千代ケアサポート株式会社 神戸店		
	管理者	清 淳史		
	事業所名	八千代ケアサポート株式会社 神戸店		
	説明者氏名			

【署名欄】

本書面に基づき、指定（介護予防）福祉用具貸与サービスについて重要事項の説明を受け、その内容を理解し同意しました。

ご利用者様	住所			
	氏名			
代筆の場合の代筆者氏名 (ご利用者様との続柄等)			続 柄	
代理人	住所			
	氏名			

※本書面は2部作成し、利用者及び事業者が各1部を保管します。