

福祉用具貸与に係る重要事項説明書

1 サービス提供に係る事業者について

事業者名称	有限会社 小春日和
代表者（役職・氏名）	代表取締役 切刀 千秋
本社所在地 （連絡先・電話番号等）	〒400-0854 山梨県甲府市中小河原町 1608-1 T E L 055-242-3000 F A X 055-242-3006
法人設立年月日	平成 15 年 3 月 12 日

2 利用者に対してサービスを提供する指定事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	福祉用具 知足
介護保険指定 事業所番号	山梨県指定 1970105183
事業所所在地	〒400-0854 山梨県甲府市中小河原町 1608-1
連絡先	T E L 055-242-3000 F A X 055-242-3006
通常の事業の 実施地域	甲府市（除く上九一色）、山梨市、笛吹市

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業所の専門員が、要介護（要支援）状態にある高齢者等に対し、適正な福祉用具貸与を提供する事を目的とする。
運営の方針	利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえた適切な 福祉用具の選定、取付け、調整等を行い、福祉用具を貸与することにより、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援助を行う

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日とする。 （但し国民の休日及び 12 月 28 日～1 月 3 日までを除く）
営業時間	午前 9 時から午後 5 時

(4) 事業所の職員体制

管理者	功刀 千秋
-----	-------

	常勤（人数）		非常勤（人数）	
	専従	兼任	専従	兼任
管理者	0名	1名	0名	0名
福祉用具 専門相談員	1名	1名	0名	0名

(5) 福祉用具の取扱い種目

☐ 車いす ※1	☐ 手すり
☐ 車いす付属品 ※1	☐ スロープ
☐ 特殊寝台 ※1	☐ 歩行器
☐ 特殊寝台付属品 ※1	☐ 歩行補助つえ
☐ 床ずれ防止用具 ※1	☐ 認知症老人徘徊感知機器 ※1
☐ 体位変換器 ※1	☐ 移動用リフト ※1
	☐ 自動排泄処理装置 ※2

※1・・・要支援1～2及び要介護1の方については、原則として給付が認められません。

※2・・・要介護4以上の方が給付の対象です。

※ 対象外の方であっても一定の条件に当てはまる場合は、例外的に給付が認められる場合があります。

3 提供するサービスの内容及び費用等について

(1) 福祉用具貸与計画の作成

利用者の日常生活や心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画（又は介護予防サービス計画）の内容に沿って、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具貸与計画を作成します。

福祉用具貸与計画の作成に当たっては、その内容を利用者に説明し、同意を得たうえで、交付します

(2) 基本料金

サービスを利用した際にお支払いいただく「利用者負担金（介護保険が適用された場合）」は、当事業所のレンタル料金表によるものとし、原則サービスに要した費用の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額となります。

サービスの利用開始月及び終了月毎における利用料の取扱いは、次のとおりです。

利用開始又は終了の時期	利用料)
利用開始日が開始月の15日以前の場合	半額-
利用開始日が開始月の16日以降の場合	半額-
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の15日以前の場合	半額-
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の16日以降の場合	半額-
利用開始日と終了日が同月の場合	全額-

※ 個々の貸与品名の利用料については、弊社カタログや利用目録等を御覧ください。

※ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額(10割)をご負担いただきます。

(3) その他費用

以下の事由に該当する場合は、別途その費用をご負担いただきます。

交通費	通常の実施地域を越えたところから1kmにつき50円-
搬出入費用	応相談-

(4) 支払い方法

上記(1)及び(2)の利用者（利用者負担分の金額）は1ヶ月ごとにまとめて請求いたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月22日頃（祝休日の場合は直前の平日）に、指定いただいた口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月20日（祝休日の場合は直前の平日）までに、当事業所が指定する下記の口座にお振り込みください。 甲府信用金庫 大里支店 口座 普通 0229966
現金払い	サービスを利用した月の翌月20日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

4 衛生管理等について

- (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、衛生的な管理に務めます。
 - ・ 福祉用具の保管又は消毒に係る業務については、他の事業者プライムケア中部 等へ委託する場合があります。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（概ね半年ごと）に確認し、その結果等を記録します。
- (3) 事業所において感染症に発生、また、まん延しないよう必要な措置を講じます。
- (4) 感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに常に密接な連携に努めます。

5 身分証携行義務

- (1) サービスを提供する従業者は常に身分証を携行し、利用者又は利用者の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

6 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する福祉用具貸与に係るサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する福祉用具貸与に係るサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を究明し再発防止の対策を講じます。

7 苦情等の相談窓口について

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 055-242-3000	
	面接場所 当事業所内相談室	

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	甲府市介護保険課	電話番号 055-237-5473
	国保連合会	電話番号 055-233-2119

- (3) 当事業所は第三者評価機関による評価を実施しておりません。

8 秘密の保持、個人情報の取扱いについて

- (1) 当事業所は、サービスを提供するうえで知りえた利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文章により利用者及びその家族から同意を得た場合は、前項にかかわらず、情報を提供することができます。
- (3) 利用者の個人情報の取扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報をを用いる場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、対応します。
なお、利用者の家族の個人情報についても同様です。
- (4) 利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する期間はサービス利用契約期間とします。

9 虐待の防止のための取組について

- (1) 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)	功刀 千秋
---------------	-------

- (2) 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に開催しています。
- (3) 虐待等に関する利用者及びその家族からの虐待等に関する相談に対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

10 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11 サービスの提供内容に係る記録・保管

- (1) サービスを提供した際はサービスの内容等を記録します。また利用者からの申出があった場合は当該情報を利用者に対して提供します。
- (2) サービス提供に係る記録を契約終了後2年間保管し、利用者の求めに応じて閲覧させ、又は複写物を交付します。ただし、複写に際しては、利用者に対し、実費相当額を請求できるものとします。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記の通り重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 有限会社 小春日和

代表者職・氏名 代表取締役 切刀 千秋

説明者・氏名 管理者 切刀 千秋

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また8(2)に記載している個人情報の使用についても、同意します。

利用者 氏 名

連帯保証人 氏 名

署名代行者(又は法定代理人)

本人との続柄

氏 名