

指定特定福祉用具貸与重要事項説明書

指定特定介護予防福祉用具貸与

指定福祉用具貸与サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、記載しております。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1. 事業所の概要

事業所名	有限会社スマイルケア 右京営業所
所在地	京都府京都市右京区西京極浜ノ本町 64 ハイラーク西京極 110 号
介護保険指定番号	指定特定（介護予防）福祉用具貸与 2670702691
代表者名	代表取締役 荒井 隆志
サービス提供地域	京都市内全域

2. 事業所の職員体制等

職員	7 名
管理者	西澤 太郎（常勤）
専門相談員	7 名

3. 営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前 9 時～午後 6 時

注）但し、祝日・年末年始・夏季休業日を除く

4. 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある利用者等に対し、適正な福祉用具貸与を提供することを目的とします。

5. 運営の方針

利用者がその有する能力に応じ、自立した日常を営むことができるよう、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た適切な福祉用具の選定の援助、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努めます。

また、地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域包括支援センター、その他の保険・医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

6. 福祉用具専門相談員

- 福祉用具貸与計画を作成し、ご利用者又はそのご家族に対して説明を行い、ご利用者の同意を得た上で福祉用具貸与計画を交付します。指定特定福祉用具販売の利用があるときは、特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成します。
- 当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。
- 福祉用具が適切に選定され、かつ、使用されるよう、専門的知識に基づき相談に応じます。
- 福祉用具の実物や、カタログ等の文書を示して、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の商品の説明を行い、作成した福祉用具サービス計画に基づき貸与をします。福祉用具サービス計画書は利用者および介護支援専門員に交付します。
- 貸与する福祉用具の機能、安全性、衛生状態等に関し、点検を行い、故障等に対しても迅速に対応致します。
- 利用者の身体の状態等に応じて福祉用具の調整を行うとともに、当該福祉用具の使用方法、使用上の留意事項、故障時の対応等を記載した文書を利用者に交付し、十分な説明を行った上で、必要に応じて利用者実際に当該福祉用具を使用していただきながら使用方法の指導を行います。
- 利用者等からの要請等に応じて、貸与した福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、

使用方法の指導、修理等を行います。

- 8) 居宅サービス計画に指定福祉用具貸与が新規に必要な理由が記載されるとともに、居宅介護支援専門員により、必要に応じて随時その必要性が検討された上で、継続が必要な場合はその理由が居宅サービス計画に記載されるように、福祉用具の適切な選定のための助言、情報提供を行うなど必要な措置を講じます。
- 9) 貸与と販売の選択制に係る対象福祉用具を提供するにあたっては、利用者が選択できることについて説明するとともに、選択するために必要な情報の提供を行います。

7. ご利用者の負担金

- 1) 介護保険の適用がある場合は、介護保険負担割合証の割合に応じた利用者負担となります。ただし、次の場合、月額レンタル料金は、全額負担（10割）となります。

- ①介護保険判定で自立（非該当）となった場合。
- ②介護保険の利用上限額を超えた分を当事業所にて請求を行う場合。
- ③レンタル中に当月すべて入院や入所をされた場合（但し事前連絡を頂いている場合は最大2か月間請求が停止できる場合がございます）

2) 負担金のお支払方法と流れ

- ①当社指定の「預金口座振込依頼書」にご記入・ご捺印（お届け印）の上、お手続きをお願いいたします。
 - ②利用者負担金は、ご使用月の翌月 27 日にご指定の口座からお引き落としをさせていただきます。
 - ③請求明細および領収書はお引き落とし日の約1週間前（毎月 20 日頃）にご郵送いたします。
- ※1 回目のお引落としは、印鑑等の照合に日数を要しレンタル開始月と次月分をまとめて行う場合がございます。

レンタル開始月の レンタル料金	レンタル開始日がその月の 15 日以前	月額レンタル料の 1 ヶ月分
	レンタル開始日がその月の 16 日以降	月額レンタル料の半月分
レンタル終了月の レンタル料金	レンタル終了日がその月の 15 日以前	
	レンタル終了日がその月の 16 日以降	月額レンタル料の 1 ヶ月分
レンタル開始日と終了日が同じ月内の場合のレンタル料		
レンタル開始月に入院・入所が末日まで続きその後在宅での 利用がなく終了になった場合		

8. 福祉用具サービス計画書の実施状況の把握（モニタリング）

おおよそ 6 ヶ月に 1 回、レンタル中の用具の点検や福祉用具サービス計画書の実施状況の把握の確認等を行います。（事前にご連絡いたします）

9. サービスの内容

- 1) 「福祉用具貸与」及び「介護予防福祉用具貸与」は、要介護者や要支援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、福祉用具の搬入・搬出日について、ご利用者やご家族の希望に沿うように努めます。
- 3) 事業者は、本契約期間中、下記①～⑬の種目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床ずれ防止用具 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

10. 身分証携行の義務

福祉用具専門相談員は、常に身分証を携行し、訪問時にご利用者又はそのご家族から提示を求められた場合は、いつでも身分証を提示します。

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

- 1) 事業者及びサービス従事者は、正当な理由がない限り、業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を固く保持します。退職後も在職中知り得た個人情報を漏らすことが無いよう必要な措置を講じます。
- 2) 事業者は、ご利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物について、管理者の注意をもって管理し、処分の際にも第三者への漏えいを防止するものとします。
- 3) 事業者又はサービス従事者は、サービス担当者会議等においてご利用者又はその家族様に関する個人情報をを用いる必要がある場合は、ご利用者又はそのご家族に使用目的等を説明し個人情報使用同意書をいただきます。

12. サービスの変更・終了

- 1) ご利用者が福祉用具の全部また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にご連絡をいただければ解約できます。
- 2) ご利用者が入院等、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とすることができます。

13. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者の人権擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- 2) 成年後見制度の利用を支援します。
- 3) 従業者に対して虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

14. 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、点検等を含む）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および複写物の交付を請求することができます。

15. 衛生管理等

- 1) 従業者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) 福祉用具の保管又は消毒は、福祉用具については回収した福祉用具を、その種類、材質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。

16. 事故時の対応

- 1) 事業者は、ご利用者に対する福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合には、当社相談窓口までご連絡ください。連絡をいただきましたら迅速にご利用者と確認を取り、市町村、ご利用者のご家族、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措置を講じます。
- 2) 事業者の責によりご利用者又はそのご家族に事故等により損害が発生した場合、事業者は速やかに損害を賠償します。東京海上日動火災保険株式会社 居宅介護賠償責任保険に加入しています。

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。

17. 緊急時の対応

サービス提供中にご利用者に緊急の事態が発生した場合、ご利用者の主治医、居宅介護・介護予防支援事業者等、各関係者に連絡致します。

ご家族等	ご家族等の氏名	(続柄:)
緊急	住所	☐ ご契約住所と同じ
連絡先	電話番号	() —
主治医	医療機関	
	主治医	
	住所・電話番号	TEL.

18. 相談窓口、苦情対応

1) サービスに関する相談や苦情・事故・故障等の緊急時には次の窓口で対応致します。

電話番号	(075) 951-2340
FAX番号	(075) 955-1890
相談員(責任者)	西澤 太郎
対応時間	午前9時～午後6時(日曜・祝日・年末年始・夏季休業日は除く)

2) 公的機関においても、次の機関において相談・苦情を訴えることができます。

- i) お住まいの市町村介護保険相談窓口(土・日・祝日は除く) TEL. _____
- ii) 京都府 国民健康保険団体連合会(介護保険課)

所在地	京都市下京区烏丸四条下水銀屋町 620 番地 COCON 烏丸内
電話番号	(075) 354-9090
FAX番号	(075) 354-9055
対応時間	午前9時～午後5時(土曜・日曜・祝日は除く)

20 年 月 日

〈事業者〉 重要事項の内容について説明を行いました。

住所 京都市右京区西京極浜ノ本町 64
ハイラーク西京極 110 号 〈説明者〉福祉用具専門相談員
事業者名 有限会社 スマイルケア 右京営業所
代表者 代表取締役 荒井 隆志 _____

上記重要事項の説明を受け同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

〈ご利用者〉
(氏名) _____

〈ご家族/立会人などの代理人〉
(氏名) _____

ご利用者の心身の状況の変化により重要事項の内容について判断できない場合は、ご家族、成年後見人や代理人が交付手続きを行うことができるものとします。