

## (介護予防)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	有限会社エムアイメデックス
代表者(役職・氏名)	代表取締役 大和勝
本社所在地 (連絡先・電話番号等)	〒068-0048・岩見沢市西川町 511 番地 4 連絡先電話番号 0126-25-8337
法人設立年月日	平成元年 4月 24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	ふくろうの杜
介護保険指定事業所番号	0175700095
事業所所在地	〒068-0048・岩見沢市西川町 511 番地 4
連絡先	0126-25-8337
通常の事業の 実施地域	岩見沢市、美唄市、三笠市、月形町、栗山町、夕張市、由仁町、 長沼町、南幌町、新篠津村、当別町

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護・要支援状態の高齢者が自分らしく在宅で生活続けることができるよう、居宅介護支援事業所・居宅介護サービス関係機関との調整を図りながら日常生活の便宜性向上と自立支援のために福祉用具の相談・貸与を行う。
運営の方針	福祉用具専門相談員が、適正な福祉用具の提供を行う。

#### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ※祝祭日、年末年始は除く。
営業時間	8時30分～17時30分 ※時間外は留守番電話にて対応

(4) 事業所の職員体制

管理者	大和勝
-----	-----

	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	2名	1名	0名	0名

(5) 福祉用具の取扱い種目

<input type="checkbox"/> 車いす ※1	<input type="checkbox"/> 手すり
<input type="checkbox"/> 車いす付属品 ※1	<input type="checkbox"/> スロープ ※3
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 ※1	<input type="checkbox"/> 歩行器 ※3
<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 ※1	<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ ※3
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 ※1	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 ※1
<input type="checkbox"/> 体位変換器 ※1	<input type="checkbox"/> 移動用リフト ※1
	<input type="checkbox"/> 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…小さな段差を解消するための固定用スロープ、脚部が全て杖先ゴム形状の固定式または交互式、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ、多点杖に関しては貸与・販売の選択制の対象です。

### 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	一か月分
利用開始日が開始月の16日以降の場合	半月分
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の15日以前の場合	半月分
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の16日以降の場合	一か月分

※ 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	搬入・搬出に掛かる交通費はいただきません。ただし、サービス提供地域外の場合は、サービス提供地域を超える地点から。実片道走行距離に40円を掛けた金額をいただきます。
搬出入費用	特別な作業等が必要な場合は、別途見積もりを提示

### （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27日（祝休日の場合は直後の平日）に、指定いただいた口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月末日（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1年ごと）に確認し、その結果等を記録します。

## 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 0126 - 25 - 8337 面接場所 当事業所内相談室(管理者対応)
---------	-----------------------------------------------

- (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	北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護・障害者支援課 企画苦情係	電話番号 011 - 231 - 5161
--------	--------------------------------------	-----------------------

## 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)	大和勝
---------------	-----

- (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を対応するとともに、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 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（法人）名 有限会社エムアイメデックス  
登録番号 T9430002049158

代表者職・氏名 代表取締役 大和 勝

説明者職・氏名

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 \_\_\_\_\_

署名代行者（又は法定代理人）

氏名 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_