

福祉用具レンタルサービス重要事項説明書

あなた（又はあなたのご家族の方）がご利用を検討されている指定福祉用具貸与サービスまたは指定介護予防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いただきたい内容をご説明致します。ご不明な点やわかりにくいこと等があれば、ご遠慮なくご質問下さい。

指定（介護予防）福祉用具貸与サービスを提供する事業者について

法人名	株式会社仁愛ケアサービス		
代表者氏名	川堺 れい子	法人設立年月日	平成13年 1月 1日
本社所在地	福井県福井市乾徳4-5-5		
TEL	0776-30-5600	FAX	0776-30-0161

ご利用者様に対してのサービス提供を実施する事業所について

事業所名	株式会社仁愛ケアサービス		
事業所所在地	福井県福井市乾徳4-5-5		
介護保険者指定 事業所番号	福井市	指定	1870100565 1870100565
事業実施地域	福井県内嶺北部全市町村		
営業日	月～金		
営業時間	8時30分～17時30分		
連絡先相談担当者	高原 美典		
管理者	職名	代表取締役社長	
	氏名	川堺 れい子	
専門相談員	常勤	2名	非常勤 0名
事務職員	常勤	2名	非常勤 0名

第一条 サービスの内容

- お客様に適切な機器、サービスの選定のお手伝いを致します。
- 貸与しました福祉用具につきましては、定期的に機能、安全性、衛生状態等に関して点検を行います。
- お客様のご要望があれば、適宜、貸与した福祉用具の使用状況の確認を行い、必要があれば、使用方法の指導、修理等を行います。

第二条 レンタル料金について

- 介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙に記載します。

① レンタル開始月の請求

15日以前よりご利用を開始される場合は、1ヶ月分の料金を負担頂きます。
16日以降よりご利用を開始される場合は、1ヶ月分の半額の料金を負担頂きます。但し、ご居住の自治体により、日割での計算となる場合もございます。

② レンタル終了月の請求

15日以前にご利用を終了される場合は、1ヶ月分の半分の料金を負担頂きます。16日以降にご利用を終了される場合は、1ヶ月分の料金を負担頂きます。但し、ご居住の自治体により、日割での計算となる場合もございます。

なお、レンタル開始月内にレンタル終了となる場合には、ご利用の期間に関わらず、1ヶ月分の料金を負担頂きます。但し、ご居住の自治体により、日割での計算となる場合もございます。

2. 介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
3. 要介護・要支援認定前にサービス契約を締結する場合は、決定した要介護・要支援認定に伴い、サービスを見直す場合があります。
また、自立と認定された場合や、軽度の認定がされた場合には全額もしくは一部が利用者様の全額自己負担となる場合があります。
4. 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収書を発行します。
5. 交通費・搬入出費は上記に示す事業実施地域内の場合は、レンタル料金に含まれます。但し、以下の場合は実費をお支払い頂く事もございます。
 - 一 事業実施地域外での作業の場合
 - 二 介護保険適用外の商品をレンタルされる場合
 - 三 転居等により商品の移動が必要になる場合
 - 四 商品の搬入出に際して特別な作業が必要になる場合
 - 五 その他乙が必要と判断した場合
6. サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。
7. 利用料等のお支払は指定口座からの引き落としとなります。
当月のレンタル料金を翌月の20日若しくは25日（金融機関休業日の場合は翌営業日）となりますので、引落日前日までに口座に料金をご準備ください。
8. 請求書をサービスご利用翌月の中旬頃に送付致します。
その際に、領収額がある場合には領収書を同封致します。
なお、領収書は再発行致しません。

第三条 サービス内容の変更・解約

1. 利用者様がサービス内容の変更および解約の希望される場合は、前日までに速やかにご連絡ください。その場合、変更・解約に関する特別な料金は発生致しません。但し、希望日の6日前以降にお申し出になった場合には、別途実費を頂戴する場合がございます。
2. やむを得ず弊社よりサービス内容の変更および解約をお願いする場合は、1ヶ月前以上までに利用者様に通知致します。やむを得ない場合とは、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合、利用者が故意に不実を告げたり、病状等を故意に告げなかったりしたために、介護方法を大きく変更しなければならなくなる等円滑にサービスを提供できなくなる場合や3ヶ月以上利用料金を滞納し、かつ弊社からの督促にも応じないなど、誠実な関係が保てないと判断した場合をいいます。

第四条 サービスの提供にあたって

1. サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
2. 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
3. 福祉用具専門相談員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

4. 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。
5. 選択制（レンタル・販売）福祉用具を含む場合はそれぞれメリット・デメリットを説明します。

第五条 居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等との連携

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。

第六条 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2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。

第七条 事業所の職員体制

サービス担当者は常に身分証明書を携行し、初回ご訪問時に提示致します。
また、利用者様及びその家族はいつでもサービス担当者に対し身分証明書の提示を求める事が出来ます。

【管理者】

1. 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
2. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。

【福祉用具専門相談員】

1. 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、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。
2. 目録等の文書を示して福祉用具の機能、使用方法、利用料等に関する情報を提供し、個別の福祉用具の貸与に係る同意を得ます。
3. 貸与する福祉用具の機能、安全性、衛生状態等に関し、点検を行います。
4. 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に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。
5. 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。
6. 居宅サービス計画に指定福祉用具貸与が必要な理由が記載されるとともに、当該利用者に係る介護支援専門員により、少なくとも6ヶ月に1回その必要性が検討された上で、継続が必要な場合にはその理由が居宅サービス計画に記載されるように必要な措置を講じるものとします。
7. サービス維持及び向上の為、定期的に必要な研修を受講します。

【事務職員】

介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。

第八条 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、次の行為は行いません。

- 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なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

第九条 衛生管理

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. 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。
また、当事業所は他社に消毒業務を委託する場合があります。当該委託先事業者の業務の実施状況について定期的に確認し、その結果等を記録します。

第十条 サービス提供に関する相談、苦情について

1. 苦情処理の体制及び手順
提供した指定福祉用具貸与に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
受付窓口は「相談窓口および苦情相談の窓口」欄をご参照ください。

サービス契約の締結に当り、上記の重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で、サービスを受けることに同意します。又、サービス担当者会議等において、私及び家族の個人情報を用いることに同意します。

居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターの連絡先

名 称			
所在地			
TEL		FAX	

損害賠償保険の情報

保険会社名			
保険種類			
保障の概要			

相談窓口および苦情申立の窓口

事業者の 窓口	名 称	相談窓口		
	所在地	福井市乾徳4-5-5		
	TEL	0776-30-5600	FAX	0776-30-0161
	受付時間	8時30分～17時30分		
	責任者	高原 美典		
	役職	主任		
市町村 (保険者) の 窓口	名 称	福井市保健衛生局 介護保険課		
	所在地	福井県福井市大手3-10-1		
	TEL	0776-20-5715	FAX	0776-20-5766
	受付時間	平日8:30～17:15		
公的団体 の 窓口	名 称	福井県国民健康保険団体連合会		
	所在地	福井県福井市西開発4-202-1		
	TEL	0776-57-1614	FAX	
	受付時間	9:00～16:00		

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、ご利用者様に説明を行いました。

事業者

法人名 株式会社仁愛ケアサービス
事業所名 株式会社仁愛ケアサービス
所在地 福井県福井市乾徳4-5-5

印

TEL 0776-30-5600

代表者名 川堺れい子
説明者氏名

印

事業者から上記第一～十条の内容の説明を確かに受け、同意しました。

_____年____月____日

ご利用者様
住所

代理人様
住所

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印