

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	有限会社宍戸
代表者（役職・氏名）	代表取締役 宍戸伸博
本社所在地 （連絡先・電話番号等）	〒029-0523 岩手県一関市大東町摺沢字但馬崎 4 番地 5 有限会社宍戸家具部 0191-75-2284
法人設立年月日	1980 年 3 月 15 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	有限会社宍戸家具部
介護保険指定 事業所番号	0372700476
事業所所在地	〒029-0523 岩手県一関市大東町摺沢字新右エ門土手 6 番地 2
連絡先	0191-75-2284
通常の事業の 実施地域	一関市・平泉町

（2）事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、介護保険法に基づく適正な（介護予防）福祉用具貸与、又は特定（介護予防）福祉用具販売のサービスを提供することを目的とする。
運営の方針	1. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 2. 利用者が、その有する能力に応じ自立した日常生活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・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、機能訓練に資するとともに利用者を介護する者の負担軽減を図る。 3. 地域との結びつきを尊重し、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携に努めるものとする。

	4. 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため必要な体制の整備を行うとともに従業者に対し研修を実施する等の措置を講じるものとする。 5. 常に利用者の立場に立ち、利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、原則として身体的拘束等は実施いたしません。また、身体的拘束等の無い介護サービスを提供できるよう常に全従業員に理念及び基本方針を周知徹底し、人材育成に伴う社員教育及び研修を積極的に行うものとする。
--	---

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	毎月第1・第3水曜日以外の日
営業時間	午前9時～午後6時

(4) 事業所の職員体制

管理者	矢戸 いずみ
-----	--------

	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	0 名	3 名	0 名	1 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

※ 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。

※ 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	1 ヶ月分全額
利用開始日が開始月の 16 日以降の場合	1 ヶ月分の半額
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の 15 日以前の場合	1 ヶ月分の半額
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の 16 日以降の場合	1 ヶ月分全額
利用開始日と終了日が同月の場合	1 ヶ月分全額

※ 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	通常の事業の実施地域の隣接市町を超えてから 1 キロメートルあたり 100 円とする。
搬出入費用	実費とする。

（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 20 日（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。
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。

(自社において福祉用具の消毒・保管を行う場合)

- ・ 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。

(福祉用具の消毒・保管を行う他の事業者に行わせる場合)

- ・ 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 0191-75-2284
	面接場所 当事業所内事務所

- (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	市町村介護保険相談窓口	岩手県一関市竹山町7番2号 電話番号 0191-21-2111(代)
	都道府県国民健康保険 団体連合会（国保連）	岩手県盛岡市大沢川原3丁目7番30号 電話番号 019-604-6700

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)	矢戸 いずみ
---------------	--------

- (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、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的で開催しています。
- (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 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。

令和 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） 有限会社穴戸家具部

代表者職・氏名 代表取締役 穴戸伸博

説明者職・氏名 福祉用具専門相談員

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）

本人との続柄

氏 名

利用料金

種目	基本利用料（10 割）	利用者負担額
車いす	3,000 円～	介護保険負担割合証に記載されている割合に基づいた負担額となります。
車いす付属品	500 円～	
特殊寝台	6,000 円～	
特殊寝台付属品	300 円～	
床ずれ防止用具	5,000 円～	
体位変換器	1,000 円～	
手すり	1,000 円～	
スロープ	500 円～	
歩行器	2,000 円～	
歩行補助つえ	1,000 円～	
認知症老人徘徊感知機器	2,000 円～	
移動用リフト	9,000 円～	