

# 重要事項説明書

(介護予防) 福祉用具貸与

## 1、本事業の目的

介護保険法令に従い、要介護状態にある高齢者に対し、適切な福祉用具を貸与することを目的とします。  
介護保険法令に従い、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の身心の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ提案・選定・設置等を行い、福祉用具を貸与することにより利用者及び介護者の負担軽減が行なえ、生活の質の維持・向上を寄与することを本事業の目的とします。

## 2、運営の方針

- イ、介護保険法令及び関連する法律を遵守し、事業を行います。
- ロ、清潔かつ安全で正常な機能を有する福祉用具を貸与します。
- ハ、要介護者及び要支援者の自立支援や、介護負担の軽減に資する福祉用具を提案・選定・提供し有効に活用されるよう支援を行います。
- ニ、常に、サービスの質の評価を行うとともにその評価に基づく改善を図ります。
- ホ、サービス提供量に見合う十分な福祉用具専門相談員等を配置し、研修や評価等による質の向上に努めます。
- ヘ、苦情に適切に対応できるよう努めます。
- ト、関連する在宅サービス、関連機関との連絡調整を行い、ご利用者本人の選択に合致する福祉用具の提案・選定・提供に努めます。

## 3、事業者の概要

法人名	社会福祉法人 新生福祉会	所在地	広島県尾道市瀬戸田町林1288番地6
電話	(0845)27-2943	代表者	理事長 山中 康平
法人設立	平成11年8月1日		
業務内容	福祉用具のレンタル・販売、住宅改修、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、ケアハウス、居宅介護支援事業、子育て支援センター、訪問介護事業など		

## 4、事業所の概要

事業所番号	3471102586	種類	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与
事業所名	新生福祉会 リンク	所在地	広島県尾道市瀬戸田町中野414番地1
電話	(0845)23-7122	管理者	岡野 順一
開設日	令和2年6月1日(福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与)		
営業日	祝日を含む、月～金曜日	営業時間	午前8時30分～午後5時30分
休日	土曜日、日曜日及び年末年始(12月30日～1月3日)		
提供地域	尾道市(瀬戸田町及び因島地域)、今治市(大三島、伯方島、大島の地域) 上島町(生名島、佐島、弓削島、岩城島の地域)		

## 5、職員の配置状況及び職務内容

職種	職務内容	人員
管理者	従業員の管理及び業務の管理 など	1名
福祉用具専門相談員	提案・選定・配送・修理 など	2名(内1名は管理者が兼務)
事務員	受付・請求業務 など	1名

(令和5年5月1日現在)

## 6、福祉用具の取扱い種目

車いす※1、車いす付属品※1、特殊寝台※1、特殊寝台付属品※1、床ずれ防止用具※1、体位変換機※1、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助杖、認知症老人徘徊感知器※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ていません。

※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。

### (1) 選択制の対象福祉用具

福祉用具の一部の貸与品目(スロープ(可搬型は除く)・歩行器(歩行車は除く)・歩行補助つえ(松葉杖は除く))の商品は、お客様により福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を選択することができます。また、選択について検討を行う際には介護支援専門員や医療職並びに主治医の医学的所見を踏まえて福祉用具専門相談員が適切にご提案いたします。

## 7、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)	岡野 順一
---------------	-------
- (2) 虐待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従業員に対する虐待防止を啓発・普及する為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。

## 8、福祉用具貸与サービス利用料金(以下「サービス利用料金」という。)及び利用者負担額のお支払い方法について

- (1) サービス利用料金の計算について  
サービス利用料金の計算は、1ヶ月単位とします。但し、福祉用具貸与サービス開始月(以下「サービス開始月」という。)と福祉用具貸与サービス終了月(以下「サービス終了月」という。)のサービス利用料金は、以下の通りとなります。

### イ、サービス開始月のサービス利用料金

- ・福祉用具利用開始日が15日以前の場合：サービス利用料金の1ヶ月分
- ・福祉用具利用開始日が16日以後の場合：サービス利用料金の半月分

### ロ、サービス終了月のサービス利用料金

- ・福祉用具利用終了日が15日以前の場合：サービス利用料の半月分
- ・福祉用具利用終了日が16日以後の場合：サービス利用料の1ヶ月分

### ハ、福祉用具利用開始日と福祉用具利用終了日が同じ月内に発生した場合、1ヶ月分のサービス利用料金となります。

### ニ、介護保険外でのサービス利用料金は前項に関係なく1ヶ月分のサービス利用料金となります。又契約開始月から3ヶ月以内に解約された場合別途、搬入・搬出費として、税込金額3,000円を頂きます。

### ホ、介護保険外でのサービスは、自宅等に福祉用具貸与商品が納品されているかぎり、福祉用具利用料は発生いたしません。

## (2) ご利用者負担額について

- イ、ご利用者が、介護保険適用外となった場合、全額自己負担となります。
- ロ、サービス利用料金が区分支給限度額を超える場合、超えたサービス利用料金分が全額自己負担となります。
- ハ、ご利用者負担額は、「介護保険負担割合証」に準じます。

## (3) 請求方法について

- イ、請求書の発送  
ご利用頂いた月の翌月中旬に請求書を発行させていただきます。
- ロ、お支払い期限  
請求書発行月の月末がお支払い期限となります。

## (4) お支払い方法について

- 口座引き落としによるお支払い  
サービスを利用した月の翌月25日(祝休日の場合は、翌営業日)に、指定いただいた口座より引き落とします。  
※初回月分に関しては、手続きが間に合わない場合がございます。その場合、翌月分と一括振替となります。

## (5) 搬入・搬出費について

- 原則、搬入及び搬出にかかる費用は、サービス利用料金に含まれます。但し、次の場合、お客様のご了承の上、搬入・搬出にかかった費用を別途お支払い頂きます。  
イ、搬入・搬出作業の際、特別な作業や措置が必要となる場合(例：家具などの移動)。  
ロ、通常のサービス地域外への搬入・搬出作業がある場合。  
ハ、契約期間中お客様のご都合により、福祉用具の移動を行う場合(例：一時的な転居など)。

## 9、キャンセルについて

居宅サービス計画又は介護予防計画が作成された後にサービス利用を中止される場合、前日までに速やかに下記の連絡先までご連絡下さい。

連絡先 電話 (0845) 23-7122 FAX (0845) 23-7121

※キャンセル料は頂きません。

10、アフターサービスについて

お客様の状態や環境の変化に合わせて福祉用具をご利用して頂く為に、定期的に訪問等によるアフターサービスを行い、居宅サービスの提供状況等について、介護支援専門員に報告を行います。  
(介護保険利用者のみとさせていただきます。)

11、個人情報の取り扱いについて

(1) 当事業所は、個人情報の取扱いについて[個人情報保護マニュアル]等を定め、個人情報保護 管理者の監督下で適切な安全管理措置を継続的に実施します。

ご利用者及びその家族等の個人情報の取扱いについては、細心の注意を払うとともに、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用します。

- イ、 利用者に提供する介護サービス又は介護予防サービス。
- ロ、 他の居宅サービス事業者や、地域包括支援センター、医療機関等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答。
- ハ、 家族等への心身の状況説明。
- ニ、 審査支払機関へのレセプトの提出。
- ホ、 審査支払機関又は保険者からの照会への回答。
- ヘ、 損害賠償保険などに関わる保険会社等への相談又は届出。
- ト、 当法人が運営する他のサービスに関する情報のお知らせ。

(2) 個人情報の第三者提供

当事業所は、下記の場合を除いて、お客様の同意なく個人情報を第三者に提供することは致しません。

- イ、 前項の利用目的の中で、他の事業者への情報提供を伴う以下の場合。
  - サービス担当者会議等での他のサービス事業者、医療機関との連携。
  - データ伝送にて行う審査支払機関へのレセプト提出及び照会への回答。
  - 損害賠償保険などに関わる保険会社等への相談又は届出。
- ロ、 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得る事により当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがある場合。
- ハ、 法令に基づく場合。

(3) 個人情報の内容・管理

- イ、 個人情報の内容については、氏名、生年月日、年齢、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業所が円滑に事業を行うために必要な情報とします。
- ロ、 当事業所は、お客様の個人情報を最新かつ正確な状態で管理するよう努めます。又個人情報の紛失、改ざん、破壊及び漏えいなどを防止する為、不正アクセス、コンピュータウイルス等に対する適正なセキュリティ対策を講じます。

(4) 個人情報の開示・訂正・利用停止

当事業所は、お客様が自己の個人情報について、開示・訂正・利用停止等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求がある場合、特別な理由がない限り速やかに対応致します。

(5) 個人情報の廃棄

当事業所は、介護保険法令及び他の関係法規に義務付けられる保存年数を経過したお客様の個人情報は、承諾を得ることなく、完全に廃棄します。

(6) 組織・体制

- イ、 当事業所は、従業員に対し個人情報の保護及び適正な管理方法についての研修を実施し、日常業務における個人情報の適正な取扱いを徹底します。
- ロ、 当事業所は個人情報保護管理者を任命し、個人情報の適正な管理を実施します。
- ハ、 従業員が退職後においても、業務上で知り得た個人情報の秘密を保持するよう必要な対策を講じます。

[個人情報保護管理者]	岡野 順一	電話	(0845) 23-7122
[個人情報相談窓口]	受付担当者 岡野 順一	FAX	(0845) 23-7121

12、身分証携帯義務

サービスを提供する従業者は常に身分証を携帯し、利用者又は、その家族等からの提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

13、苦情の対応について

(1) サービスに関する相談や苦情、虐待等に関する苦情や報告がある場合には、下記の窓口にご連絡下さい。

イ、事業所の苦情・相談受付窓口	受付担当者 岡野 順一	電話	(0845)23-7122	対応時間	午前8：30～午後5：30
ロ、広島県、愛媛県の苦情受付窓口（県及び市町村の介護保険窓口）	広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話	(082)554-0783	対応時間	午前8：30～午後5：15
	尾道市高齢者福祉課 介護保険係	電話	(0848)38-9440	対応時間	午前8：30～午後5：15
	愛媛県国民健康保険団体連合会	電話	(089)965-3800	対応時間	午前8：30～午後5：15
	今治市高齢者福祉課	電話	(0897)36-1526	対応時間	午前8：30～午後5：15
	上島町健康推進課	電話	(0897)76-3000	対応時間	午前8：30～午後5：15

14、苦情処理の体制・手順

- イ、 苦情（虐待に関する苦情を含む）があった場合、営業担当者が相手方に連絡を取り、詳しい事情を把握するとともに、関係者からも事情を確認致します。
- ロ、 担当者が判断した場合、管理者を含め検討会議を行います。
- ハ、 検討結果により、必要に応じて、適切な対応や措置を講じます。
- ニ、 苦情の経過を記録に残し、事業所内会議、委員会等で今後の再発防止に役立てます。

15、事故・故障時等の対応について

- (1) 万一、故障等が発生した場合、下記にご連絡下さい。速やかに、修理・交換等の手配を致します。  
連絡先 電話 (0845) 23-7122 FAX (0845) 23-7121
- (2) ご利用者又は、その家族に対して賠償すべき事由が起こった場合、誠実に対応するとともに 金銭等により賠償致します。円滑に対応させて頂く為に、賠償保険にも加入しています。
- (3) 故意又は間違った使い方による故障・破損の場合、修理代金相当額をご請求させていただきます。
- (4) 事故発生時には、ご家族、保険者及びご利用者に関わる居宅介護支援事業者等に連絡を入れ円滑な対応を致します。又事故状況及び事故に際してとった処置についても記録致します。

16、その他、注意事項について

- (1) 介護保険外での取扱いについて  
介護保険施設や医療施設に入所又は入院したとき又は、要介護認定で自立と判断されたときには、介護保険を利用しての福祉用具の貸与を受けることができません。又、利用を継続する場合、**サービス利用料金の全額が利用者のご負担になります。**このような場合、早急に(0845)23-7122までご連絡下さい。以降の取扱いについてご相談させていただきます。
- (2) 介護保険内での取扱いについて  
要介護認定で、自立以外の認定を受けていても、介護保険を利用しての福祉用具貸与を受けることができない種目がございます。介護保険を利用できなかった場合、**サービス利用料金の全額が利用者の負担になります。**要介護認定の申請中の方や更新中の方は、ご注意下さい。

**説明確認欄**

◆（介護予防）福祉用具貸与サービス開始にあたり、前記の重要事項を説明致しました。

事業所	住所	〒722-2415 広島県尾道市瀬戸田町中野414番地1
	事業所名	新生福祉会 リンク

説明者 \_\_\_\_\_

◆私は、（介護予防）福祉用具貸与サービス開始にあたり、前記の重要事項の説明を受け、同意します。

◆私は、[個人情報の取扱いについて]の説明を受け、11(1)に記載している個人情報の使用についても同意します。

令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

利用者 住 所 〒 \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_

※契約者が心神喪失などの事由により判断能力を失っている場合には、代理人の方が契約者に代わり署名をお願い致します。

家族又は代理人 氏 名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_