

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 ハートフルハウス
代表者（役職・氏名）	代表取締役 古川 浩
本社所在地 （連絡先・電話番号等）	〒480-1172 長久手市宮脇9 1 1 番地 0 5 6 1 - 6 3 - 6 4 3 3
法人設立年月日	1 9 9 0 年 2 月 2 2 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	ハートフルハウス福祉用具貸与事業所
介護保険指定 事業所番号	2 3 7 5 0 0 0 1 6 9
事業所所在地	〒480-1184 長久手市草掛 4-1
連絡先	0 5 6 1 - 6 3 - 6 4 4 7
通常の事業の 実施地域	長久手市、尾張旭市、瀬戸市、日進市、春日井市、名古屋市の区域

（2）事業の目的及び運営の方針

事業の目的	私たちは、お客様とご家族に、こころに届く最適なサービスを提供し、「ゆとりと笑顔のある暮らし」の実現をお手伝いすることで社会に貢献します。
運営の方針	要介護（要支援）状態となったお客様が、可能な限り居宅において自立した生活を営むことが出来るよう、心身状況、希望、環境を踏まえた適切な用具の選定・設置・調整を行い、貸与することにより、お客様の生活上便宜・機能訓練・介護者の負担軽減を図ります。

（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（但し、年末年始（12/31～1/3）を除く）
営業時間	午前9：00 ～ 午後6：00

(4) 事業所の職員体制

管理者	齊藤 浩二
-----	-------

	常勤（人数）		非常勤（人数）	
	専従	兼任	専従	兼任
管理者		1名		
福祉用具 専門相談員	1名	1名	1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。

※3…一部の種類は貸与、販売の選択制になります。

※ 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 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ヶ月分の全額
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ヶ月分の全額
利用開始日と終了日が同月の場合	1ヶ月分の全額

※ 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) 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26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。
銀行振り込み	要相談
現金払い	要相談

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、次の通りです。

ハートフルハウス 福祉用具貸与事業所	管理者 斉藤浩二	0561-63-6447
本 社	総務部 お客様相談室	0561-63-6433

- (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	長久手市役所 長寿課 介護保険係	電話番号 0561-56-0613
	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話番号 052-971-4165

長久手市以外のお客様は別紙添付の介護保険相談窓口一覧をご確認ください。

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)	齊藤 浩二
---------------	-------

(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に行っています。

(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します。

11 業務継続計画

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下『業務継続計画』という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとする。

12 身体拘束について

(1) 事業所は当該利用者又は他の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、身体的拘束その他利用者行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとしします。

(2) 事業所は身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（リモート等を活用して行う事ができるものとする。）を1年に1回以上開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図るものとしします。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ③ 従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に行う（年1回以上）実施します。

1 3 ハラスメントの防止について

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保などに関する法律に基づき、事業主には職場におけるハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務付けられていることを踏まえ、職場内でのハラスメントの防止に努めます。同時にお客様からのハラスメント（性的言動、度を過ぎた暴言等）にも契約書第5条2に規定する通りの対応をさせていただきます。

1 4 暴力団排除

- (1) 事業所を運営する法人の役員及び管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。次項において同じ。）ではありません。
- (2) 事業所は、その事業の運営について、暴力団員の支配を受けてはおりません。

1 5 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 : 無し

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 ハートフルハウス

代表者職・氏名 代表取締役 古川 浩

説明者職・氏名 福祉用具専門相談員 齊藤浩二

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（または法定代理人）

氏名

本人との続柄