

(介護予防)指定福祉用具貸与

重要事項説明書

令和 3・4・1

1 ウェルネス 21における福祉用具貸与の概要

(1) 所在地とサービス提供地域

事業所名	ウェルネス 21
所在地	青森県上北郡七戸町字道ノ上 118-1
名称	株式会社 ゆう
代表者	増山美津子
電話番号	0176-68-4780 (ウェルネス 21 株式会社 ゆう内)
FAX 番号	0176-68-4714
事業所番号	(介護予防)・福祉用具貸与 (指定事業所番号 0272501305)
サービスを提供できる地域 ※	七戸町・東北町・六ヶ所村

※ 上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	内兼務	合計	業務内容
管理者	福祉用具専門相談員指定講習修了	1名			1名	業務の管理、福祉用具貸与の提供
専門相談員	福祉用具専門相談員指定講習修了	1名			1名	福祉用具貸与の提供
	介護福祉士	1名		(1名)	1名	
計		3名			3名	

(3) サービスの提供時間帯

平日	午前10時～午後5時 但し火・金は午後4時まで
休業日	土・日曜日、祝祭日、12月30日～1月3日 尚、緊急時には随時対応。

2 当事業所の特徴

(1) 基本理念

1. 私たちは、利用者を個人として尊重し、プライバシーを守り、安心と尊厳のある生活を実現するよう努めます。
2. 私たちは、利用者が福祉用具貸与を利用するに当たり、主体的な決定を行えるよう支援し、その決定を尊重します。
3. 私たちは、福祉用具貸与を通じて利用者が安らぎと自信を感じることができ、かつ安全と衛生が保たれた環境で生活ができるよう援助します。
4. 私たちは、福祉用具貸与を通じて利用者がその能力を最大限に発揮できるように努め、適切なフォローアップを継続的に行うとともに、適切な医療が受けられるよう援助します。
5. 私たちは、福祉用具貸与を通じて利用者が家族や大切な人との交流がはかれるよう支援し、個人の情報を厳重に守ります。
6. 私たちは、福祉用具貸与を通じて、利用者が地域社会の一員として生活することを支えます。
7. 私たちは、苦情を前向きにとらえ、職員チームが一体となってより良いサービスにつながるよう努力します。
8. 私たちは、この事業の社会的責任を認識し、介護サービスに携わる者としての研鑽に努めるとともに、健全な運営によってサービスの継続性を確保するよう努力します。

(2) 事業の目的

株式会社 ゆう が開設する福祉用具貸与事業所、ウェルネス21（以下「事業所」という。）が行う指定福祉用具貸与の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の専門相談員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者（以下「要介護者等」という。）に対し、適正な指定福祉用具貸与を提供することを目的とします。

(3) 運営の方針

事業所の専門相談員は、要介護者等がその居宅において、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、取付け、調整等を行い、福祉用具の貸与をすることにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護するものの負担軽減を図ります。

2 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を説明致します。（平成30年10月～）

3 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示します。

4 利用者の心身状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、福祉用具の目標・当該目標を達成するために、福祉用具サービス個別計画を作成します。計画書は利用者・介護支援専門員にも交付いたします。定期的（概ね6ヶ月）にモニタリングを行います。

5 感染症の発生及び、まん延防止等に関する取り組みを実施します。

6 感染症や災害が発生しても、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築します

7 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(4) サービス利用のために

事 項	備 考
福祉用具の変更	変更を希望される方はご相談ください。
従業員への研修の実施	年1回 社外研修を実施します。 認知症対応力向上研修を実施します。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。
その他	

3 利用料金

(1) 利用料金

① レンタル期間、および期間の延長

a. レンタル最短契約期間は1ヶ月です。レンタル期間の延長については、解約のお申し出がない場合は、1ヶ月単位で自動継続となります。

b. レンタルサービスご利用の終了日は、ご利用者（ご家族）からご連絡をいただいた日となります。終了の際は直ちにご連絡ください。

② レンタル料金の計算方法

【レンタル開始月のレンタル料金】

レンタル契約日その月の15日以前 → 1ヶ月分

レンタル契約日その月の16日以降 → 半月分

【レンタル終了月のレンタル料金】

レンタル解約日その月の15日以前 → 半月分

レンタル解約日その月の16日以降 → 1ヶ月分

ただし、レンタル開始と終了が同月内に行われた場合には、レンタル料金は1か月分となります。

③ 福祉用具の個別のレンタル料金については、別添のカタログのとおりとします。

④ 介護保険の認定を受けていない場合・介護保険でのご利用上限金額を超える場合・介護保険適用外になった場合は、レンタル料金全額がお客様負担となります。ご利用上限額を超える場合は、超えられた金額のみ全額ご利用者負担となります。なお、介護保険給付金額に減額がある場合は、減額分がお客様負担となります。

(2) 費用

個々のレンタル料金は領収書に明記いたします。サービス提供地域以外への納入や、利用者の都合によりレンタル福祉用具を移動させることで費用が生じる場合等には、事前に説明し承諾を得ます。

(3) お支払い方法

① 初回

納入時までにお支払いいただきます。

② 二回目以降の自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますよう、お願いいたします。

a. 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から毎月1回引き落としいたします）。

b. 現金払い（サービスご提供時に毎回、又は月1回定められた日にお支払いいただきます）。

c. 銀行振り込み（期日までにお振り込みいただきます。手数料は利用者負担となります）。

d. 郵便振替（期日までにお振り込みいただきます。手数料は利用者負担となります）。

※利用者の負担金について

・「法定代理受領（現物給付）」の場合、月額料金の1割をお支払いいただきます。

但し、平成27年8月1日からは、その市町村から交付された、負担割合証の通りとなります。

(4) 居宅サービス計画を作成しないなど、「償還払い」となる場合には、一旦、利用料（10割）をお支払いいただき、その後、市町村に対して保険給付分をご請求していただくこととなります。

(5) その他の費用

① 利用者の都合により、ご利用中の福祉用具の移動を行う場合には、下表の費用を申し受ける場合があります。

ベッド	家屋内移動（分解・組立共）	5,000円
	家屋から家屋への移動（分解・組立共、1階から1階へ）	10,000円
	家屋から家屋への移動（分解・組立共、異なる階へ）	15,000円
電動リフト	家屋内移動（分解・組立共）	5,000円
	家屋から家屋への移動（分解・組立共）	10,000円
電動車いす	家屋から家屋への移動	10,000円

② 福祉用具の搬入・搬出に次の措置が必要な場合（トラック、クレーン等）は、実費（上限5万円）をご負担していただく場合があります。

③ 通常のサービス地域を超えて隣接する市町村まで行う福祉用具貸与については、専門相談員が訪問するための交通費の実費をご負担していただくこととなります。自動車を使用した場合は、

a. 事業の実施地域を超えた地点から片道25キロメートル未満は、1000円。

b. 事業の実施地域を超えた地点から片道25キロメートル以上は、前号の額に5キロメートルごとに200円を加えた額。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) キャンセル・交換・解約

① 利用者は、レンタル福祉用具の納入前において、ご事情により契約をキャンセルすることができます。この場合、キャンセル料金はかかりませんが、速やかなご連絡をお願いいたします。

② 利用者はレンタル福祉用具が不要になった場合、あるいはレンタル福祉用具の交換を必要とする場合には、契約の有効期間中であっても本契約を解約することができます。この場合、契約終了を希望される日の1週間前までにご通知いただくものとします。

- ③ 当事業所の都合でサービスを終了する場合や、人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。
- ④ 自動終了
 以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・ 利用者が介護施設に入所した場合。
 - ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
 - ・ 利用者が亡くなられた場合。
- ⑤ その他
 - ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
 - ・ 利用者が、サービス料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

5 サービス内容に関する苦情

(1) 事業所のお客様相談・苦情・緊急時の窓口

担当者 向中野 正明
 電話 0176-68-4780
 緊急の場合 090-4631-5918
 受付日 月曜日～金曜日（土・日曜日は転送にて対応可能）
 受付時間 午前11時～午後5時

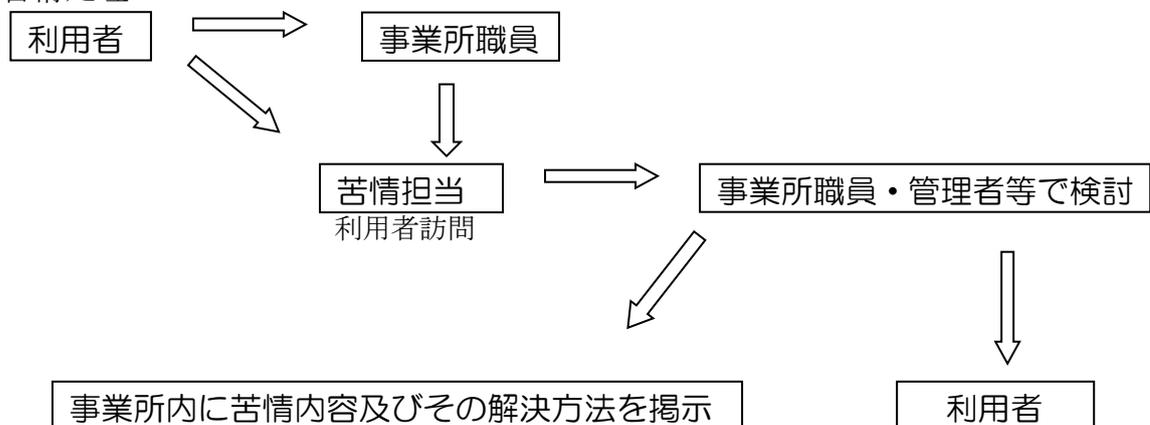
(2) 苦情を受けた場合は、以下の手順で対応致します。

利用者・家族（含むケアマネジャー）からの相談・苦情の受理。

- ① 利用者宅の訪問。
- ② 相談、苦情の内容把握と実際の利用方法の確認。
- ③ 利用者、家族、ケアマネジャー、PT、OT、担当医等を交えた用具見直しの話し合い。
- ④ 必要に応じて用具の交換。
- ⑤ 苦情処理簿の作成・記録・提示。必要に応じて市町村の担当各位へ報告。
- ⑥ アフターフォロー。

苦情処理体制

苦情処理フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

(主なサービス提供地域の役場・市役所連絡先)

七戸町健康福祉課：0176-68-4631

東北町役場：0175-63-2111

六ヶ所村役場：0175-72-2111

青森県国民健康保険団体連合会：017-723-1336

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話番号	
介護支援専門員	氏名			
	連絡先		電話番号	

7 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

当事業所は東京海上日動火災保険株式会社と損害賠償責任共済契約を締結しています。

8 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者又はご家族の秘密をもらしません。
 - (2) 当該事業所の元従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者又はご家族の秘密をもらしません。
- ([上記(1)(2)については、弊社就業規則第31条-4 「会社の業務上の機密・会社の不利益となる事項を他に漏らさないこと(退職後においても同様)」と規定]

9 高齢者等虐待防止の推進

利用者人権の擁護・虐待防止等の観点から、虐待の発生またはその再発防止するために必要な指針の整備等を行います。

10 個人情報使用について

利用者やその家族の個人情報については、個人情報利用同意書の1使用目的に記載する場合に限り、必要最小限の範囲内で使用できるものとします(個人情報利用同意書参照)。

また、利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示いたします。

11 サービス提供記録の開示について

利用者やその家族の求めがあれば、サービス提供記録等を開示します。

【重要事項説明確認書】兼【取扱説明書交付確認書】

令和 年 月 日

福祉用具の貸与にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。また、ご利用者に対して当該福祉用具の使用方法を説明しました。

事業所 ウェルネス 21
所在地 青森県上北郡七戸町字道ノ上 118-1
電話 0176-68-4780

説明者 _____

私は、本書面により、事業者から福祉用具貸与についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。また、事故のないよう注意事項及び当該福祉用具の使用方法の説明を受け、取扱説明書の交付を受けました。

利用者 住所 青森県上北郡 _____

電話 _____

氏名 _____

(代理人) 住所 青森県上北郡 _____

電話 _____

氏名 _____

(利用者との関係) _____

【個人情報利用同意書】

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記の場合に必要な最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターの介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師又は看護師に説明をする場合。

2 個人情報を利用する事業所

- (1) 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又は怪我等で診療することになった場合）

3 個人情報を使用する期間

介護サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件（介護サービス事業者の責務）

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経緯を記録する。

令和 年 月 日

事業所の名称 ウェルネス 21 殿

利用者 住所 青森県上北郡 _____

氏名 _____

利用者の家族 住所 青森県上北郡 _____

氏名 _____