

福祉用具貸与重要事項説明書

(日本在宅介護協会標準書式)

この福祉用具貸与重要事項説明書は、要介護状態にあるお客様が、福祉用具貸与サービスを受けられるに際し、お客様やそのご家族に対し、当社の事業運営規定の概要や福祉用具貸与従業者などの勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1・当社が提供するサービスについてのご質問・ご相談窓口

電話番号	0120(68)6353 ※午前9時～午後6時迄
担当者氏名	梅林 美智子

* ご不明な点は何でもおたずね下さい。

2・当社の概要

(1) 本社(以下、当社と記載します)

法人名	高松中央医療器株式会社
本社所在地	高松市林町2032-2
代表者氏名	平賀 美和
代表番号	TEL:087(868)6353 FAX:087(868)0628
設立	
資本金	1,000万円
実施サービス	医療機器販売・在宅酸素

(2) 福祉用具貸与サービス提供事業所(以下、当事業所と記載します)

事業所名	高松中央医療器株式会社 介護ショップ源内
所在地	高松市林町2032-2
電話番号	TEL:087(868)6353
FAX番号	FAX:087(868)0628
介護保険指定業者番号	福祉用具貸与 香川県指定(3770101115号)
サービス提供地域 ※	香川県一円

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

* 当事業所は、介護予防福祉用具貸与サービス事業所を併設する場合があります。

* 当事業所は、特定福祉用具販売サービス事業所および特定介護予防福祉用具販売サービス事業所を併設する場合があります。

(3) 当事業所の職員体制

職種		
管理者		1 名（常勤）
事務職員		1 名（常勤 名、非常勤 名）
サービス従業者	看護師	名（常勤 名、非常勤 名）
	准看護師	1 名（常勤 名、非常勤 名）
	理学療法士	名（常勤 名、非常勤 名）
	作業療法士	名（常勤 名、非常勤 名）
	義肢装具士	名（常勤 名、非常勤 名）
	介護福祉士	1 名（常勤 名、非常勤 名）
	1 ～ 2 級修了者	名（常勤 名、非常勤 名）
	3 級修了者	名（常勤 名、非常勤 名）
その他		5 名（常勤 3 名、非常勤 2 名）

* 上記職員については、併設する指定介護予防福祉用具貸与サービス事業所の職員と兼ねる場合があります。

* 上記職員については、併設する指定特定福祉用具販売サービス事業所および指定特定介護予防福祉用具販売サービス事業所の職員と兼ねる場合があります。

(4) 営業日および営業時間

営業日	下記の休業日を除く毎日
休業日	原則として、日曜日・国民の祝祭日、お盆・年末年始
営業時間	平日午前 9 時 ～ 午後 6 時・土曜日午前 9 時 ～ 午後 4 時
緊急連絡先	TEL：087（868）6353

(5) 従業者の業務内容

職種	業務内容
管理者	○福祉用具専門相談員などの従業者の管理 ○指定福祉用具貸与のご利用申し込みに係る調整 ○業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に実施 ○当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた指定福祉用具貸与の人員基準および運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令
専門相談員	○要介護者の心身の特性を踏まえて、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、あるいはご家族等の介護者の負担軽減に資するよう、適切な福祉用具の選定の援助、取り付け、調整等を行ない、居宅介護支援事業所と連携を図ります。
事務職員	○福祉用具貸与事業所の運営上、必要な事務処理を行ないます。

3・サービス内容

事業者は、要介護者などの日常生活の自立を助けるために必要な、厚生労働大臣が定めた福祉用具を貸与するサービスを提供いたします。そして、お客様の心身などの状況、要望、住宅環境などを踏まえ、適切な福祉用具の選択の援助、調整などを行ないます。

(1) 介護保険対象福祉用具種目

①介護保険法で定める福祉用具貸与対象種目

- △車椅子
- △車椅子付属品
- △特殊寝台
- △特殊寝台付属品
- △床ずれ防止用具
- △体位変換器
- △認知症老人徘徊感知器
- △移動用リフト（つり具の部分を除く）
- 手摺り
- スロープ
- 歩行器
- 歩行補助杖

* 上記種目のうち、「△」で標記された種目については、経過的要介護、要支援者（要支援1・要支援2）または要介護1の認定を受けた者に対しては対象外となりますが、別途厚生労働大臣が定める者については、貸与が可能です。詳しくは当事業所従業員またはご担当のケアマネジャーまでご相談ください。

(2) 福祉用具貸与サービスの流れ

<福祉用具貸与の業務の流れ>

①必要性判断(種目の選定)	介護支援専門員（ケアマネジャー）
②品目の選定・同意	介護支援専門員・福祉用具専門相談員
③搬入	福祉用具専門相談員（委託業者が搬入する場合もあり。その際も原則立会い）
④取り付け・調整・適合性判断・取り扱い説明書交付説明・使い方指導	福祉用具専門相談員
⑤モニタリング （再評価の場合②へ）	介護支援専門員・福祉用具専門相談員
⑥点検・修理	福祉用具専門相談員（修理について専門的な技術を有する者が行なう場合もあります。この場合は、専門相談員が責任をもって修理後の点検を行ないます。）
⑦搬出	福祉用具専門相談員（委託業者が搬出する場合もあり。その際も原則専門相談員が立会います）
⑧消毒・保管	福祉用具貸与事業所（委託の場合あり）

(3) 安全性・操作性等に関する情報提供について

福祉用具の選択にあたっては、予め、専門相談員がお客様の心身の状況、要望、住宅環境などを考慮し、適切な選択ができるよう福祉用具の説明をいたします。

①個々の機種選定にあたっては、専門相談員が、各機種の機能や取扱いについての安全性についての情報を記載した文書を提供するとともに説明を致します。

②福祉用具の使用にあたっては、専門相談員が最適の状態に用具を調整致します。

③貸与する福祉用具は衛生上、以下のとおり運用しております。

- ・常に清潔な福祉用具の貸与に供するため、回収した福祉用具を、種類、材料等からみて適切な方法にて消毒を行ない、未消毒の福祉用具と明確に区分して保管します。
- ・消毒保管を外部事業者へ委託する場合には、契約書を交わします。
- ・福祉用具の保管および消毒を委託等により他の事業者に行わせる場合は、当該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。

(4) 説明について

- ・事業者は、本契約期間中、厚生労働大臣が定めた種目の中から必要と認められる福祉用具について候補となる複数商品の説明を行い、作成した福祉用具サービス計画に基づき貸与をします。福祉用具サービス計画書は利用者、介護支援専門員に交付します。

4・利用料金

(1) 基本福祉用具貸与料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割です。ただし平成30年8月から一定以上の所得がある方は2割もしくは3割に引き上げられます。また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は、全額自己負担（消費税課税）となります。

なお、下表の料金表はあくまで当社取扱い品目の一例であり、詳しくは当社パンフレットをご覧ください。

種 目	基本貸与料金 (10 割)	1 割負担	2 割負担	3 割負担
○手摺り	2,000～12,000 円	200～1,200 円	400～2,400 円	600～3,600 円
○スロープ	500～19,000 円	50～1,900 円	100～3,800 円	150～5,700 円
○歩行器	1,800～17,000 円	180～1,700 円	360～3,400 円	540～5,100 円
○歩行補助杖	1,000～1,500 円	100～150 円	200～300 円	300～450 円
△車椅子	2,800～30,000 円	280～3,000 円	560～6,000 円	840～9,000 円
△車椅子付属品	500～3,000 円	50～300 円	100～600 円	150～900 円
△特殊寝台	7,000～14,000 円	700～1,400 円	1,400～2,800 円	2,100～4,200 円
△特殊寝台付属品	200～4,000 円	20～400 円	40～800 円	60～1,200 円
△床ずれ予防用具	4,000～10,000 円	400～1,000 円	800～2,000 円	1,200～3,000 円

△体位変換器	750～9,000 円	75～900 円	150～1,800 円	225～2,700 円
△認知症徘徊感知器	6,700～15,000 円	670～1,500 円	1,340～3,000 円	2,010～4,500 円
△移動用リフト	10,000～40,000 円	1,000～4,000 円	2,000～8,000 円	3,000～12,000 円

* 貸与の開始と終了が同月内に行われた場合には、1 ヶ月分の貸与料金を申し受けます。

* 月途中でのご利用開始またはご利用終了の場合の料金は次のとおりです。

【貸与開始または貸与終了日】

- ①貸与開始日が 1 日～15 日の場合 ⇒ 1 ヶ月分の基本貸与料金
- ②貸与開始日が 16 日～月末の場合 ⇒ 半月分の基本貸与料金
- ③貸与終了日が 1 日～15 日の場合 ⇒ 半月分の基本貸与料金
- ④貸与終了日が 16 日～月末の場合 ⇒ 1 ヶ月分の基本貸与料金

(2) 交通費

上記サービス提供事業所の営業地域以外のお客様は、サービス従業者がおたずねするための交通費の実費が必要となります。

移動手段	負担していただく交通費
公共交通機関	実費
自動車等	必要に応じて

(3) 福祉用具貸与計画及び利用料金の見積もり

居宅サービス計画に基づいて提供する福祉用具貸与計画及びその利用料金の見積もりは、別紙「福祉用具貸与サービスご利用確認票」に記載の通りです。尚、「福祉用具貸与サービスご利用確認票」は、居宅サービス計画の変更により福祉用具貸与計画の変更があった場合、変更が軽微で一過性のものを除き、新たにお客様に交付しその内容を確認するものとします。

(4) 支払方法

- ①自動口座引き落としは2 ヶ月毎の奇数月の20 日になります。
- ②現金払い（翌月1 日から月末までの間に、ご連絡後訪問時お支払い下さい）。
- ③居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったんお客様が基本貸与料金をお支払い下さい。サービス提供証明書を発行しますので、その後市区町村に対して保険給付分（7 割～9 割）を請求してください。

5・キャンセル

- (1) お客様がサービスの利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

□全体窓口（連絡先） TEL：087（868）6353

- (2) お客様の都合でサービスを中止する場合には、サービス実施日の前日までにご連絡下さい。それ以降のご連絡のない無断のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので予めご了承下さい。但し、お客様の容態の急変など、緊急

やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

時間	キャンセル料	備考
サービス利用日の前日まで	無料	
サービス利用日の当日	基本料金の50%	

(3) キャンセル料は、お客様負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

6・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。当社専門相談員または職員がお伺いいたします。お客さまへの個別の福祉用具貸与に係る同意を得て契約を結び、サービスの提供を開始します。

* 居宅サービス計画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。

【具体的方針】

- ①お客様の意思及び人格を尊重し、常にお客様の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ②地域との結び付きを重視し、市区町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他の保健、医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- ③職員の教育研修を重視し、提供するサービスの質について、常にその改善に努めます。

7・緊急時の対応方法

サービス提供中にお客様の容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

お客様の主治医	主治医名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	()
ご家族	氏名	
	住所	
	電話番号	()
お客様担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名	
	氏名	
	住所	
	電話番号	()

8・相談・要望・苦情などの窓口

福祉用具貸与サービスに関する相談、要望、苦情などは下記窓口までお申し出下さい。

各自治体の相談窓口は最終の頁を参照ください。

(1) 当事業所のサービス相談、要望、苦情等窓口

電話番号	087(868)6353
受付時間	営業日の午前9時～午後6時
苦情受付担当者	梅林 美智子
苦情解決責任者	平賀 美和
備考	

* 苦情への対応について

当事業所は、お客様に対して、自ら提供した福祉用具貸与サービスに係る苦情を受付けた場合、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- ①苦情の受付
- ②苦情内容の確認
- ③苦情解決責任者等への報告
- ④お客様への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- ⑤苦情の解決に向けた対応の実施
- ⑥再発防止、および改善の実施
- ⑦お客様への苦情解決結果の説明・同意
- ⑧苦情解決責任者等への最終報告

9. 秘密保持および個人情報保護について

- (1) 当社は、業務上知り得たお客様およびそのご家族等の秘密および個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がない場合以外には開示しません。
- (2) 当社は、そのサービス提供上知り得たお客様およびそのご家族等の秘密および個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は就業中はもとより退職後も同様とします。
- (3) 当社は、必要な範囲においてお客様およびそのご家族等の個人情報を取扱い致します。なお、お客様およびそのご家族等から取得した個人情報を以下の目的のために使用します。

【個人情報使用目的】

- ①当社サービスの提供のため
- ②当社商品の購入・貸与時における商品配送のため
- ③当社サービスや商品のアフターフォローのため
- ④お客様へのサービス提供について他の事業所と連携するため（サービス担当者会議

等)

- ⑤お客様およびそのご家族等へのサービス料金のご請求（徴収）やその他ご連絡のため
- ⑥お客様およびそのご家族等に当社サービスや商品をご案内するため
- ⑦商品配送、請求データ処理などに関する業務委託のため
- ⑧統計データへの利用（但し、個人を特定できるような利用は一切致しません）
- ⑨緊急時に医療機関等に連絡するため

（４）上記に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。

（５）個人情報に関するお問い合わせにつきましては、「８（１）当事業所・当社サービス相談、要望、苦情等窓口までご連絡ください。

10. 損害賠償について

（１）当社は、福祉用具貸与サービスの実施にあたって当社の責めに帰すべき事由により、お客様またはそのご家族の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。

但し、当社自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

（２）お客様またはそのご家族などが当社の事業従業者に対し、生命・身体・財産などの損害を与えた場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求されることがあります。

（３）物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。

（４）修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については、賠償を致しかねることがあります。

（５）取扱いに特別の注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。

11. 介護保険法及び厚生労働省令の改正について

国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「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」等に改正があった場合、当社の料金体系及び人員、設備及び運営に関する基準は、国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「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」等に準拠するものとします。

介護保険に関するお問い合わせ・相談窓口一覧

団体名	所属名	電話番号	FAX番号
高松市	介護保険課	087-839-2326	087-839-2337
丸亀市	高齢者支援課	0877-24-8807	0877-24-8914
坂出市	かいご課	0877-44-5090	0877-44-5028
善通寺市	高齢者課	0877-63-6331	0877-63-6394
観音寺市	高齢介護課	0875-23-3968	0875-23-3993
さぬき市	長寿介護課	0879-26-9904	0879-26-9948
東かがわ市	長寿保健課	0879-26-1360	0879-26-1361
三豊市	介護保険課	0875-73-3017	0875-73-3023
土庄町	健康福祉課	0879-62-7002	0879-62-8301
小豆島町	高齢者福祉課	0879-82-7006	0879-82-1120
三木町	福祉介護課	087-891-3304	087-898-1994
直島町	住民福祉課	087-892-2223	087-892-3888
宇多津町	保健福祉課	0877-49-8003	0877-49-8026
綾川町	健康福祉課	087-876-1113	087-876-3120
琴平町	住民福祉課	0877-75-6706	0877-75-6721
多度津町	高齢者保険課	0877-33-4488	0877-33-2550
まんのう町	福祉保険課	0877-73-0125	0877-73-0127

以上

当社は、福祉用具貸与サービスの提供開始に当たり、福祉用具貸与のサービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明を行ないました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、当社、お客様（またはその代理人）は、記名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 香川県高松市林町2032-2

事業者名 介護ショップ源内 印

サービス事業所（事業所の名称および所在地）

説明者 _____ 印

私は、本書面により、事業者から福祉用具貸与のサービス内容および重要事項の説明を受け、これについて同意します。

令和 年 月 日

お客様 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（お客様との続柄： ）

住所 _____

氏名 _____ 印

立会人口または署名代行人口（該当するものにチェック）

住所 _____

氏名 _____ 印

（注）「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

当社は、福祉用具貸与サービスの提供開始に当たり、福祉用具貸与のサービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明を行ないました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、当社、お客様（またはその代理人）は、記名捺印のうえ、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 香川県高松市林町2032

事業者名 介護ショップ源内 ㊞

サービス事業所（事業所の名称および所在地）

説明者 _____ ㊞

私は、本書面により、事業者から福祉用具貸与のサービス内容および重要事項の説明を受け、これについて同意します。

令和 年 月 日

お客様 住所 _____

氏名 _____ ㊞

代理人（お客様との続柄： ）

住所 _____

氏名 _____ ㊞

立会人口または署名代行人口（該当するものにチェック）

住所 _____

氏名 _____ ㊞

（注）「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

