

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	一般社団群馬保健企画
代表者（役職・氏名）	代表理事 野口 陽一
本社所在地 （連絡先・電話番号等）	〒371-0811 群馬県前橋市朝倉町 839 番地 6 電話 027-265-6868 FAX 027-265-6060
法人設立年月日	平成 31 年 1 月 23 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	あおば薬局
介護保険指定 事業所番号	前橋市指定 1070107642 号
事業所所在地	〒371-0811 群馬県前橋市朝倉町 839 番地 6
連絡先	電話 027-212-6061 FAX 027-265-6060
緊急連絡先	（夜間休日）携帯 090-2565-9884
開設年月日	平成 31 年 4 月 1 日
通常の事業の実施地域	群馬県全域

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	指定福祉用具貸与は、介護保険法令に従い、要介護状態にある利用者に対し、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。指定介護予防福祉用具貸与は、介護保険法令に従い、要支援状態にある利用者に対し、適正な指定介護予防福祉用具貸与を提供することを目的とします。
運営の方針	指定福祉用具貸与は、要介護者の心身の特性を踏まえて、自立した日常生活を営むことができるよう、適切な福祉用具の選定の援助・取り付け・調整等を行います。福祉用具を貸与することにより、介護者の負担の軽減が図られるよう努めます。事業の運営にあたっては、関係機関と連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。指定介護予防福祉用具貸与は、要支援者が、自立した日常生活を営むことができるよう、適切な福祉用具の選定の援助、取り付け、調整等を行います。福祉用具を貸与することにより、要支援者の生活機能の維持又は改善が図られるよう努めます。事業の運営にあたっては、関係機関と連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(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（ただし、国民の祝日及び12月30日～1月3日は除く）
営業時間	9：00～17：30

(4) 事業所の職員体制

管理者	星野 益子
-----	-------

	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	3 名	2 名	3 名	0 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
	■ 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。

※ 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 1/2 の額
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 1/2 の額
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) 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	・ 遠隔地、当社の営業地域以外への交通費（通常実施地域を超えた地点から 25 円/km 実費としていただきます）
搬出入費用	・ 搬入・搬出に特別な作業を必要とする場合 ・ お客様の都合による貸与品の移動等

(4) 支払い方法

利用者（利用者負担分の金額）は、原則口座引落とさせていただきます。現金払いを希望の方については、担当者にご相談ください。

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 27 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	担当者と相談の上決定

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。
- (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 年に 1 度）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員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 027-212-6061（担当：星野） 面接場所 当事業所内
---------	--

- (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	前橋市役所介護保険課	電話番号 027-224-1111（代）
	群馬県国民健康保険団体連合会介護保険課	電話番号 027-290-1323

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）	星野 益子
---------------	-------

- (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、従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的開催しています。
- (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 身体拘束の禁止について

- (1) 原則として、利用者の身体を自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
- (2) ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、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について記録します。

1.1 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 5 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。

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	法人名	一般社団法人群馬保健企画
	代表者職・氏名	代表理事 野口 陽一
	事業所名	あおば薬局
	説明者氏名	

年 月 日

私は、指定居宅サービス事業者等、居宅サービスを提供する関係各機関に対し、事業者が利用者本人あるいは家族の個人情報の使用についても同意します。

利用者 氏 名 _____

ご 家 族 氏 名 _____ (続柄: _____)

署名代行者 (又は法定代理人)

氏 名 _____ (続柄: _____)