

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 重要事項説明書

第1 目的・基本方針

お客様の心身の特性を踏まえ、多種多様なニーズに応えるお客様本位のサービスを提供し、高齢者のより豊かで充実した生活の実現を図ることを通じて、活力ある高齢者社会の形成に寄与するよう努めます。

第2 事業者の法人概要

- (1) 法人格・名称 株式会社 セルフ
- (2) 所在地 兵庫県加古川市別府町新野辺 2086
- (3) 電話番号 079-430-0142
- (4) 代表者 代表取締役 江島 和夫
- (5) 設立年月日 平成14年11月27日
- (6) 事業内容 通所介護、訪問看護、住宅改修・福祉用具貸与、生活介護、放課後等デイサービス、就労支援B型、相談支援

第3 事業者の概要

- (1) 事業者名 株式会社セルフ
- (2) 所在地 兵庫県加古川市別府町新野辺 2086
- (3) 提供サービス 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与
- (4) 電話番号 079-430-0142
- (5) 事業所指定番号 2872201302
- (6) 管理者 田中 知恵子
- (7) 開設年月日 平成15年11月1日
- (8) 実施地域 加古川市、高砂市、播磨町、稲美町
明石市、神戸市
- (9) 営業日及び営業時間
月～金曜日 9:00～17:00
祝日、12/29～1/4、8/13～8/15 は除く。
- (10) 交通手段 山陽電車別府駅より徒歩15分

第4 事業者の職員体制

	員数	業務内容
管理者	1名	従業員・お客様に係る調整・対応など業務の管理を行い、必要な指揮命令を行います。
福祉用具専門相談員	2名	お客様からの相談を受け、福祉用具の選定を行います。 福祉用具貸与計画書、介護予防福祉用具貸与計画書の作成、関係機関との連絡調整等を行います。

第5 サービス内容

1 福祉用具の選定

お客様の身体状況等を確認し、居宅介護支援事業者、担当医師等の指導・助言に基づき、福祉用具を選定します。

2 福祉用具の納品

福祉用具の組立・設置を行い、福祉用具の作動具合及び適合状況を確認します。使用方法、使用上の注意事項、故障等の対応等を説明し、取扱説明書を交付します。

3 福祉用具の修理・交換

契約と異なる福祉用具が納品された場合や使用中の故障・破損が発生した場合には、速やかに修理・交換を行います。

修理・交換に伴う費用は原則として事業者が負担します。ただし、お客様の事情により交換変更を希望される場合や事業者の指示・説明に反して使用された為に故障・破損が発生した場合には、この費用はお客様にご負担いただくこととなります。

第6 取扱品目および利用料金

1 取扱品目および利用料金は、カタログをご参照ください。

福祉用具貸与が法定代理受領サービスであるときは、お客様の負担割合に応じた、1割又は2割又は3割の金額をお支払いいただきます。

2 開始月の料金は、契約開始日が1日～15日の場合は1か月分の料金、16日～末日の場合は半月分の料金となります。

3 終了月の料金は、契約終了日が1日～15日の場合は半月分の料金、16日～末日の場合は1か月分の料金となります。

ただし、契約開始と終了が1ヵ月以内に行われた場合は、1ヵ月分の料金をお支払いいただきます。

- 4 キャンセル料は不要です。
- 5 福祉用具搬入に係る費用は、介護保険利用の場合は不要です。ただし、特別な措置が必要な場合には、実費となる場合があります。
- 6 料金改定の際には1ヵ月以上前に文書で連絡致します。
- 7 お客様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けたあと、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻しされます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、お客様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

第7 利用料のお支払方法

お支払方法は契約者指定口座からの引き落としとさせていただきます。毎月、15日前後に前月分の請求書をお渡し致します。

お支払をいただきますと、領収書を発行致します。

口座からの引き落としはサービス提供月の翌月27日に契約者指定口座より引落としさせていただきます。

第8 事故発生時の対応

福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合、契約者のご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その原因を解明し、再発防止策を講じます。
- 3 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。
- 4 事業者は「兵庫福祉サービス総合保障制度」に加入しています。

第9 留意事項

福祉用具の貸与にあたっては、使用方法及び使用上の注意事項を遵守していただき、下記の行為は行わないで下さい。

- 1 福祉用具の仕様変更、改造、加工等により原状を変更する。
- 2 福祉用具を第三者に譲渡し担保に差し入れたり、その他所有

者の所有権を侵害するような行為をする。

- 3 福祉用具を第三者に転貸し、本人以外の物に使用させる。
- 4 この契約に基づく権利、地位を第三者に譲渡する。
- 5 以下の行為は禁止させていただきます。
 - (1) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
 - (2) 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
 - (3) 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ等）

第 10 サービスの提供にあたって

- 1 お客様の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿った計画書を作成し、お客様に説明した上でこれに従って、サービスを提供します。
- 2 お客様が福祉用具の不適合等で変更を希望される場合、その変更が「居宅サービス計画」の範囲内で可能な時は、速やかに福祉用具の変更を行います。
- 3 お客様が福祉用具の変更を希望される場合は、速やかに介護支援事業者への連絡調整等の支援を行います。

第 11 サービス内容に関する相談・苦情

- 1 事業者における相談・苦情担当者

相談・苦情担当	管理者	田中 知恵子
	電話番号	079-430-0142
	受付時間	月～土曜日 10:00～17:00

- 2 行政機関その他苦情受付機関

- (1) 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係
電話番号 078-332-5617
- (2) 兵庫県加古川健康福祉事務所 監査・地域福祉課
電話番号 079-421-9296
- (3) 加古川市役所 介護保険課
電話番号 079-427-9123

第 12 非常災害対策

- 1 災害時の対応 非常災害対策計画に基づき対応します。
- 2 防災設備 自動火災報知器、非常警報器具、誘導灯、消火器

第 13 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年 1 回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

第 14 虐待の防止について

事業者は、お客様の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者・田中知恵子
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

第 15 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限り
ます。

- (2) 非代替性・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

第 16 身分証携行義務

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出を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

第 17 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 職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。
- (5) 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。
- (6) なお、福祉用具の保管又は消毒に係る業務は、委託して行います。当該委託先事業者の業務の実施状況については、定期的に確認し、その結果等を記録します

プライバシーポリシー (個人情報保護方針)

1. 個人情報の取得について

当社は、適法かつ公正な手段によって、個人情報を取得します。

2. 個人情報の利用目的

当社の提供するサービス申込みの際にご提出いただいた個人情報について、利用者様との連絡の為に利用させていただくほか、利用者及び家族がお申込みのサービスの手配および受領の為に必要な範囲内で利用させていただきます。

また、個人情報を第三者との間で共同利用し、または、個人情報の取り扱いを第三者に委託する場合には、当該第三者につき厳正な調査を行ったうえ、秘密を保持させるために、適正な監督を行います。

また、当社グループでは、よりよいサービスや、サービス提供のご案内をお客様にお届けする為に、利用者及び家族の個人情報を利用させていただくことがあります。

3. 個人情報の第三者提供について

当社は、法令に定める場合を除き、個人情報を、事前に利用者及び家族の同意を得ることなく第三者に提供しません。

4. 個人情報の管理について

- ・ 当社は、個人情報の正確性を保ち、これを完全に管理致します。
- ・ 当社は、個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏洩などを防止するため、不正アクセス、コンピュータウイルス等に対する適正な情報セキュリティ対策を講じます。
- ・ 当社は、個人情報を持ち出し、外部へ送信する等により漏洩させません。
- ・ 当社は、役員及び従業員に対し、個人情報の保護及び適正な管理方法について研修を実施し、日常業務における個人情報の適正な取り扱いを徹底します。

5. 個人情報の開示・訂正・利用停止・消去について

当社は、利用者及び家族が自己の個人情報について、開示・訂正・利用停止・消去等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求ある場合には、異議なく速やかに対応します。

なお、当社の個人情報の取り扱いにつきましてご意見、ご質問がございましたら、下記までご連絡下さいますようお願い申し上げます。

当社個人情報相談窓口

株式会社セルフ

兵庫県加古川市別府町新野辺 2086

電話番号：079-430-0142

M a i l : self@apricot.ocn.ne.jp

株式会社セルフ

代表取締役 江島 和夫

同意書

居宅サービスの提供開始に当たりまして、福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与契約書及び重要事項説明書に基づく重要な事項を契約者に対して説明しました。

事業者 所在地 加古川市別府町新野辺 2086
名称 株式会社 セルフ
代表取締役 江島和夫

私は、本書面により事業者から福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与契約書及び重要事項説明書についての説明を受けました。

また私の個人情報については、福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与契約書にある必要最低限の範囲内で使用することを同意します。

契約者 住所
氏名

署名代行者 住所
氏名

ご家族様代表 住所
氏名

この重要事項説明書の説明場所・年月 日	
	令和 年 月 日

※なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、契約者にその内容を文書にて通知し、口頭にてご説明します。

提出用

事業者が契約者に、別添福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与契約書及び重要事項説明書を説明した上で、本契約を締結します。また、上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が署名のうえ、各1通ずつ保有するものとします。

なお、契約者についての署名代行者がご家族以外の方で必要と判断される場合は、お客様の住所・氏名のほか、次の該当署名欄に署名のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 加古川市別府町新野辺 2086
名 称 株式会社 セルフ
代表取締役 江島和夫

契約者 住 所
氏 名

署名代行者 住 所
氏 名

お客様控え用

事業者が契約者に、別添福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与契約書及び重要事項説明書を説明した上で、本契約を締結します。また、上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が署名のうえ、各1通ずつ保有するものとします。

なお、契約者についての署名代行者がご家族以外の方で必要と判断される場合は、お客様の住所・氏名のほか、次の該当署名欄に署名のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 加古川市別府町新野辺 2086
名 称 株式会社 セルフ
代表取締役 江島和夫

契約者 住 所
氏 名

署名代行者 住 所
氏 名

契約解約申出書

株式会社 セルフ 殿

届出日 令和 年 月 日

私は、令和 年 月 日 付けで貴社と契約した福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与サービスについて、以下のとおり解約の届出を致します。

契約者氏名	
契約者住所	
署名代行者氏名	
署名代行者住所	
被保険者番号	
契約終了日	令和 年 月 日

届出受付日 令和 年 月 日