

スマイルワン

福祉用具貸与 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
介護保険事業所番号 1772200992

- ① 当事業所はご契約に対して福祉用具の貸与を提供します。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。
- ② 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果『要支援』・『要介護』と認定された方が対象となりますが、認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- 【1】 会社名 株式会社 らいふわん
- 【2】 所在地 石川県白山市相木町 820
- 【3】 代表者氏名 代表取締役 橋爪 正
- 【4】 設立年月 平成 19 年 2 月

2. 事業所の概要

- 【1】 事業所の種類 福祉用具貸与事業所

- 【2】 事業の目的 介護保険に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に貸与事業サービスを提供します。

- 【3】 事業所の名称 スマイルワン
- 【4】 事業所の所在地 石川県白山市村井町 322 番地 6 西川テナント 1 階
- 【5】 電話番号 076-287-3007
- 【6】 管理者氏名 橋爪 正
- 【7】 理念 高齢者の心身の特性を踏まえ、多様多層に応える利用者本位のシルバーサービスを開発・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、活力ある高齢者の形成に寄与するよう努める。
- 【8】 運営方針 事業所の専門相談員は、利用者の心身の状態、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、調整を行い、福祉用具を貸与することにより、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、利用者を介護する者の負担の軽減を図るよう支援する。
事業の実施に当たっては、関係各市町村、地域の保健・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るものとする。

- 【9】 開設年月 令和 2 年 6 月
- 【10】 通常の事業の実施地域 白山市、野々市市、金沢市の区域とする。

【11】 営業日及び営業時間

- ① 営業日 : 月曜日から金曜日までとする。
ただし、国民の祝日、12月29日から1月5日を除く。
- ② 営業時間 : 午前9時から午後6時までとする

3. 職員の職種、員数、及び職務内容

- 【1】 管理者 1名
管理者は、事業所の従業者管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定福祉用具貸与事業の提供に当たるものとする。
- 【2】 専門相談員 2名以上
専門相談員等は、指定福祉用具貸与事業の提供に当たる。
- 【3】 事務職員 1名 (非常勤)

4. 料金について

◎介護保険利用者は、前年度の所得に準じて、月額レンタル料金の1割から三割負担額を利用料金とする。

- 【1】 レンタル開始月のレンタル料
レンタル開始日が開始月の15日以前の場合 月額レンタル料全額
レンタル開始日が開始月の16日以降の場合 月額レンタル料の1/2相当額
- 【2】 レンタル終了月のレンタル料
レンタル終了日が終了月の15日以前の場合 月額レンタル料の1/2相当額
レンタル終了日が終了月の16日以降の場合 月額レンタル料全額
- 【3】 1ヶ月以内のレンタル料
レンタル期間が1ヶ月以内の場合のレンタル料 月額レンタル料全額

- 【4】 入院時
入院時には、介護保険適用とならず、レンタル物品についての料金は、連絡があれば、保留できるものとする。
但し、解約とは違い、月額レンタル料金を徴収することもある。

●販売事業については、カタログ・パンフレットの費用通りとする。

5. その他の費用

通常の事業の実施地域を越えて行う福祉用具貸与に要した交通費・通常の事業の実施地域を越えた地点から・・・・・・・・・・100円

6. 福祉用具に係る貸与と販売の選択制

- 【1】 選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具貸与または特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリットおよびデメリットを含め十分説明を行うとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供し、医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行います。
- 【2】 選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、利用開始後 6 月以内に少なくとも 1 回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行います。
- 【3】 選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、特定福祉用具販売計画の作成後、目標の達成状況を確認させていただきます。また、利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導、修理等(メンテナンス)を行います。なおその際の費用については実費となります。

7. 福祉用具貸与計画の実施状況の把握

福祉用具貸与計画の作成後、当該福祉用具貸与計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、結果を踏まえ、必要に応じて当該福祉用具貸与計画の変更を実施いたします。

なお、モニタリングの結果を記録した記録については、担当の指定居宅介護支援事業者に報告いたします。

8. キャンセル・交換・解約

契約者は、レンタル福祉用具が納入される前に、諸事情があるとき契約をキャンセルすることができます。この場合、キャンセル料金は請求されませんが、すみやかなる連絡をお願いします。

契約者は、レンタル商品が不要になった場合、あるいはレンタル商品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、本契約を解除することができます。この場合には、契約者は契約終了を希望する日の 1 週間前までに事業者へ通知するものとします。但し、利用者の入院等、契約を継続することができない特別な事が生じた場合、あるいは、レンタル商品の交換に緊急を要する場合には、事前の通知がなくても本契約を解約する事ができます。

9. 相談・苦情の受付について

当事業所における苦情の受付窓口 担 当 : 清水 亮
電話番号 : 076-287-3007

10. 事故発生時の対応

事故発生時の対応は次のとおりとする。

- 【1】 福祉用具貸与事業所は、利用者に対する福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者にかかる居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じなければならない。
- 【2】 福祉用具貸与事業所は、前項の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なければならない。
- 【3】 福祉用具貸与事業所は、利用者に対する福祉用具貸与の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わなければならない。

【緊急連絡先】 スマイルワン
 白山市村井町 322 番地 6 西川テナント 1 階
 TEL 076-287-3007
 担当者 ： 清水 亮

11. 秘密保持について

- 【1】 専門相談員は、業務上知り得た利用者または家族の秘密を保持する。
- 【2】 専門相談員であった者に、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密保持をさせる為、専門相談員でなくなった後においてもこれらの保持すべき旨を、専門相談員との雇用契約の内容とする。

12. 個人情報の取り扱いについて

- 【1】 甲は、乙及び使用者の個人情報を本契約の履行及び管理並びに、介護保険下の福祉用具レンタルサービス提供業務遂行のために利用します。また、甲は、乙及び使用者の個人情報に対し不正なアクセスや漏えい等がないように大切に扱うものとしします。
- 【2】 甲は、個人情報の保護について必要な契約を締結した上で、乙及び使用者の個人情報の保護を、第 6 項記載の物件所有者に提供します。物件所有者は、乙及び使用者の個人情報を、使用者に対する福祉用具レンタルサービスの提供、物件管理及び甲より受託する介護報酬請求事務のために利用するものとしします。
- 【3】 第 2 項の他、甲が物件所有者以外の第三者に乙及び使用者の個人情報処理業務（個人情報の委託を含む。）を委託する場合は、受託会社においても甲と同等の個人情報の管理を行うよう契約を締結するものとしします。

- 【4】 甲は、乙及び使用者の個人情報について、開示、訂正、削除の要求があった場合は、関連法令に従い、速やかに対応するものとします。
ただし、乙は本人又は代理人であることの確認が必要であること、情報によっては2週間ほどかかること、及び有償の場合があることを了承します。
- 【5】 乙は、乙及び使用者の個人情報提供の諾否を任意に決定することができます。ただし、必要な個人情報が提供されない場合には、甲は乙の要望に応じかねる場合があります。
- 【6】 個人情報に係る問い合わせは、甲（賃貸人）及び、下記記載の物件所有者とします。

株式会社日本ケアサプライ

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-13 営業部 TEL03-5251-3151

13. 取扱説明書交付及び、保守・事故防止対策に関する確認

スマイルワンとの間で締結された福祉用具貸与の契約において、福祉用具についての使用方法を利用者の確認の上、説明をし、当該福祉用具の取扱説明書の交付及び、保守・自己防止対策に関する説明を受けた事を確認致しました。

14. 介護保険福祉用具レンタル搬入依頼に関する確認

依頼者の搬入希望日を同意の上、搬入請負業者スマイルワンが該当福祉用具の搬入を致しました。

15. 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	清水 亮
-------------	------

【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。

令和 年 月 日

(事業者)

福祉用具貸与の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

スマイルワン

説明者 氏名 清水 亮

(利用者)

福祉用具貸与事業所 スマイルワン につきまして、福祉用具貸与重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け十分に理解しましたので同事業所の利用に同意します。

氏名 _____

(家族又は代理人)

私は、利用契約書に記載の理由により上記署名を代行しました。

氏名 _____