

## 福祉用具貸与サービス重要事項説明書

## 1. 介護保険法に定める福祉用具貸与事業所（介護予防を含む）の概要

## (1) 法人および事業所の所在地等

法人名	アビリティーズ・ケアネット株式会社		
代表者名	代表取締役会長兼社長 伊東 弘泰	設立年月日	1966年6月11日
本社所在地	東京都渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿ミッドウエストビル		
電話番号	03-5388-7200	F A X 番号	03-5388-7502

事業所名	アビリティーズ・ケアネット株式会社 さいたま営業所		
介護保険事業所番号	1170202079	管理者名	太田 紘志 (常勤兼務)
所在地	埼玉県川口市金山町3-15 井ノ浦ビル1F		
電話番号	048-291-9930	F A X 番号	048-291-9940

## (2) サービスを提供する地域（通常実施地域）

埼玉県
-----

## (3) 営業日および営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (12/30～1/3および祝日を除く)
営業時間	9:00 - 18:00

## (4) 従業員数

サービス従事者 (福祉用具専門相談員)	常 勤	専従	4名、	兼務	2名	常 勤 換算後	6.4 名
	非常勤	専従	1名、	兼務	0名		

## (5) 取扱い種目

車いす 歩行器	車いす付属品 歩行補助つえ	特殊寝台 認知症老人徘徊感知機器	特殊寝台付属品 移動用リフト(吊り具の部分を除く)	床ずれ防止用具 体位変換器	手すり スロープ	自動排泄処理装置
------------	------------------	---------------------	------------------------------	------------------	-------------	----------

## (6) 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施
-----

## 2. 福祉用具貸与サービス（介護予防を含む）の目的と運営方針

## (1) 目的

アビリティーズ・ケアネット株式会社は、ご利用者が適切な福祉用具を用いてその心身の機能を補い、居宅において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、福祉用具貸与サービス（介護予防を含む）（以下「本サービス」といいます。）を提供します。

## (2) 運営方針

- ① 本サービスの実施にあたっては、ご利用者の意思および人格を尊重して、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。
- ② サービス従事者は、ご利用者が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、ご利用者の心身の状況・希望およびそのお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・取り付け・調整等を行い、福祉用具を貸与することにより、ご利用者の日常生活の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、ご利用者を介護する方々の負担の軽減を図ります。
- ③ 本サービスの実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村・他の居宅サービス事業者・その他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する方々との連携に努めます。
- ④ サービス従事者の資質向上のため、採用研修ならびに年間の研修計画を策定し、高齢者の尊厳の保持、感染症対策、認知症ケアに関する知識および理解、事業に係わる知識等についての研修を実施します。

## 3. サービス利用料金について

- (1) 福祉用具貸与品(以下「貸与品」といいます。)は、1ヶ月単位でのご利用となります。カタログ表示価格は、1ヶ月のサービス利用料金となります。(ご利用期間に応じた期間別の料金設定はしていません。)
- (2) サービス利用料金は、1ヶ月単位が基本ですが、本サービス開始月および終了月のサービス利用料金は、次のようになります。

## ■本サービス開始月のサービス利用料金

- ① 契約開始日（契約締結日）がその月の15日以前の場合 → 1ヶ月分の全額
- ② 契約開始日（契約締結日）がその月の16日以降の場合 → 1ヶ月分の半額

## ■本サービス終了月のサービス利用料金

- ① 契約終了日（解約のご連絡を頂いた日、契約解除日、契約失効日）がその月の15日以前の場合 → 1ヶ月分の半額
- ② 契約終了日（解約のご連絡を頂いた日、契約解除日、契約失効日）がその月の16日以降の場合 → 1ヶ月分の全額

※ ただし、契約開始日と契約終了日が同月内の場合のサービス利用料金は、1ヶ月分の全額となります。

- (3) 介護保険の適用を受けた場合は、法律で定められたご利用者負担額(福祉用具貸与サービス契約書ご負担額欄記載金額)をお支払いいただきます。なお、介護保険の適用を受けられない場合は、サービス利用料金の全額がご利用者負担となります。介護保険の月額利用の上限金額を超える場合は、超えた金額のみ全額ご利用者負担となります。

## 4. 搬入・搬出料について

本サービスの搬入・搬出費用は、基本的にサービス利用料金に含まれております。ただし、以下の場合は、特例として、搬入・搬出費をお支払い頂きます。詳しくは、事前にサービス従事者にご相談下さい。

- (1) 搬入・搬出の際に、特別な措置や作業を必要とする場合
- (2) 通常実施地域以外への搬入・搬出
- (3) 契約期間中に、ご利用者の都合により貸与品の移動を行う場合

## 5. サービス利用料金のご請求等について

- (1) 本サービス開始月分のサービス利用料金は、納品時にサービス従事者に直接お支払い頂きます。
- (2) 2ヶ月目以降のサービス利用料金は、原則としてご利用者の金融機関口座から口座振替にてお支払い頂きます。それ以外のお支払方法については、個別にご相談させて頂きます。ただし、現金による集金は、お断りしておりますので、あらかじめご了承ください。
- (3) 口座振替については、当月分を翌月の毎月27日にご利用者負担額を引落としさせて頂きますので、あらかじめご了承ください。
- (4) 万一、サービス利用料金のご請求にも関わらず、お支払いが2ヶ月以上遅延し、文書による「サービス利用料金の支払いのお願い」を行ったにもかかわらず、その日から14日以内にその支払がなかった場合、契約が解除され、ご使用中の貸与品を引き上げさせて頂く場合がございますので、あらかじめご了承ください。

## 6. その他のサービスご利用上の注意点

- (1) 福祉用具貸与期間中の貸与品変更について  
貸与品を変更する場合は、現在契約中の貸与品を解約して頂き、新たな貸与品について契約させて頂きます。
  - ① 同じ種目の貸与品への変更でサービス利用料金が同じ場合
    - イ. その月の15日以前までに変更された場合は、変更後の貸与品名で請求致します。
    - ロ. その月の16日以降に変更された場合は、変更前の貸与品名で請求致します。
  - ② 同じ種目の貸与品への変更でサービス利用料金が違う場合
    - イ. その月の15日以前までに変更された場合は、変更後の貸与品のサービス利用料金を請求致します。
    - ロ. その月の16日以降に変更された場合は、変更前の貸与品のサービス利用料金の半額および変更後の貸与品のサービス利用料金の半額を請求致します。
  - ③ 異なる種目の貸与品への変更の場合  
3. 「サービス利用料金について」に明記されている料金算定方式に応じた所定のサービス利用料金を請求致します。
- (2) 故障時等の取扱い
  - ① 万一故障等が起きた場合には、上記1. 「介護保険法に定める福祉用具貸与事業所」の連絡先にご連絡下さい。速やかに修理・交換等の手配を致します。
  - ② ただし、ご利用者による故意または誤った使用方法による故障の場合には、別途修理費もしくは弁償費相当額をご負担いただきます。

### (3) 一時入院・入所の場合

契約期間中に一時入院・入所された場合、本サービスについては、介護保険からの給付が受けられないため、原則としてこの期間分のサービス利用料金は全額ご利用者の負担となります。ただし、入院・入所の告知を頂く事を条件に入院・入所日を起算日とし、退院・退所日を含む経過日数の合計が2ヶ月以内の場合は、この期間分のサービス利用料金を免除します。ただし、入院・入所期間が2ヶ月間を超える場合は、ご確認の上、ご解約もしくはサービス利用料金全額自己負担への切り替えをご判断いただくことになりますので、あらかじめご了承ください。

なお、入院・入所月および退院・退所月のサービス利用料金は、その月の本サービスご利用日数に準じ、次のようになります。

■ その月の本サービスご利用日数が15日以内の場合 → 1ヶ月分の半額

■ その月の本サービスご利用日数が16日以上の場合 → 1ヶ月分の全額

※ 月途中での入院・入所の場合、当該月1日から入院・入所日までの期間分は、本サービスについては、介護保険での給付対象となりますので、この期間分のご利用者負担はサービス利用料金の自己負担割合に準じた額となります。

※ 月途中での退院・退所の場合、退院・退所日から当該月末日までの期間分は、本サービスについては、介護保険での給付対象となりますので、この期間分のご利用者負担はサービス利用料金の自己負担割合に準じた額となります。

### (4) 契約期間・更新

本契約の有効期間は、1ヶ月間とします。契約更新日は毎月1日とし、契約更新前日（毎月末日）までにご利用者から本サービス終了のご連絡が無い場合は、この契約は更に1ヶ月間同じ条件で更新されるものとします。ただし、本サービス開始月の契約期間は契約開始日から当該月末までとします。

### (5) 貸与品の点検について

定期的に、またご利用者から点検希望のご連絡があった場合、使用状況や適合状況をお尋ねした上で点検に伺います。出張費は原則無料です。（ご使用上不具合が生じた場合は、お早めにご連絡をお願い致します。）

### (6) 貸与品の購入への切替

詳細はサービス従事者にお尋ね下さい。

### (7) 取扱説明書にもとづく使用方法等の説明および練習の実施

サービス従事者が取扱説明書にもとづき使用上の留意点等の説明をさせて頂き、ご利用者またはその家族には実際に練習をして頂きます。（ご利用者の身体状況により練習が困難な場合は、ご利用者の家族のみの練習とさせて頂きます。）

### (8) 福祉用具貸与計画（介護予防を含む）

福祉用具貸与計画の作成・変更等を行い、適切な福祉用具の選定の援助、取り付け、調整、説明等を実施し同意を得て交付いたします。計画の作成後、実施状況の把握を行い、本サービスの継続の必要性等について検討します。その結果を記録し、ご利用者に係る介護支援専門員に報告します。

### (9) 選択制対象福祉用具

本サービスまたは特定福祉用具販売サービスのいずれかを選択できることについて十分な説明を行った上で、当該選択に当たって必要な情報を提供するとともに、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、居宅サービス計画の原案に位置付けた居宅サービス等の担当者その他の関係者の意見および身体の状況等を踏まえて提案を行います。

## 7. 個人情報の取扱いについて

ご利用者およびその家族の個人情報を業務遂行に必要な範囲で取得し、サービス担当者会議等で利用する場合があります。いただいた個人情報は、当社個人情報保護方針に基づき、適切に管理・保管いたします。

ご利用者およびご利用者の家族の個人情報については、サービス従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、サービス従事者との雇用契約の内容に明記します。

## 8. ハラスメントの防止について

### (1) 基本的方針

「男女雇用機会均等法」ならびに「労働施策総合推進法」に基づき、誰であっても誰からも「ハラスメント」を受けることがない職場環境の実現を目指しています。

### (2) ハラスメントの意味

本サービスの提供・利用の場面で①暴力、暴言または著しく不当な要求その他相手方に著しく迷惑をかける言動、または②相手方に不快感を与える性的な言動（セクシャルハラスメント）を意味します。

(3) サービス従事者に対する教育および指導

サービス従事者に対してご利用者またはその家族に対して「ハラスメント」を行うことがないように、研修および指導を行っています。

(4) 苦情または相談

サービス従事者から「ハラスメント」を受けた場合は、相談・苦情処理窓口にお申し出ください。

相談・苦情処理窓口担当者が速やかに対応します。

(5) ご利用者またはその家族による「ハラスメント」の禁止

サービス提供に困難をきたすサービス従事者に対する「ハラスメント」は行わないでください。具体的に、暴力または暴言その他の迷惑行為や不快感を与える性的な言動を指します。

(6) 契約が終了する場合の措置

① 次に掲げるいずれかの場合には、本契約を解除することができます。

- ・ご利用者またはその家族がサービス従事者の心身に危害を及ぼしまたは及ぼす恐れのある行為を行った場合であって、当該行為の再発を防止することが著しく困難である等、当該ご利用者に対してサービス提供することが著しく困難になったとき。

- ・ご利用者またはその家族が上記（５）にある言動をした場合であって、サービス従事者の安全の確保が困難である等当該ご利用者に対してサービス提供をすることが著しく困難なとき。

② 上記①の理由により本契約が終了する場合には、ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を速やかに講じます。

## 9. 高齢者虐待の防止について

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき指針を整備し、ご利用者に対するサービス従事者の高齢者虐待を防止するため各事業所の管理者を担当者とした委員会を設置し、サービス従事者に対する研修計画の策定、研修の実施および虐待または虐待が疑われる事案についての対応方法等の指導を行います。

また、事業所での委員会実施状況ならびに、当社として対応が必要な事項の報告を求め定期的に確認します。

## 10. 身体拘束について

ご利用者またはその家族等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」といいます。）は行いません。

やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

### 11. 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する本サービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」といいます。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

(2) サービス従事者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 12. 衛生管理等について

(1) 事業所の管理者は、サービス従事者の清潔の保持および健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 回収した福祉用具を、その種類、材質等からみて適切な消毒効果を有する方法により速やかに消毒するとともに、既に消毒が行われた福祉用具と消毒が行われていない福祉用具とを区分して保管します。

(3) 事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

① 事業所における感染症の予防およびまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。）をおおむね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、サービス従事者に周知徹底を図ります。

② 事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備します。

③ 事業所において、サービス従事者に対し、感染症の予防およびまん延の防止のための研修および訓練を定期的実施します。

### 1 3 . 緊急・事故発生時の対応

- (1) アビリティーズ・ケアネット株式会社およびサービス従事者は、本サービスの実施により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者の家族、ご利用者に係る介護支援専門員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 緊急・事故発生時の連絡先は、次のいずれかをお願いします。
- ① 事業所への通報は、上記 1. 「介護保険法に定める福祉用具貸与事業所」の連絡先
  - ② 当社「お客様相談室」フリーダイヤル **0 1 2 0 - 8 7 5 - 9 1 0**
- (3) アビリティーズ・ケアネット株式会社は、本サービスの実施によりアビリティーズ・ケアネット株式会社の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

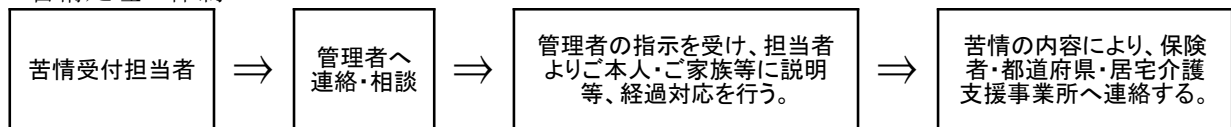
### 1 4 . サービスに関する相談・苦情

- (1) 相談・苦情は、下記までご連絡ください。

アビリティーズ・ケアネット株式会社 さいたま営業所  
電話番号 048-291-9930 F A X 番号 048-291-9940

管 理 者 太田 紘志  
受付時間 9 : 00 - 18 : 00

《苦情処理の体制》



- (2) 市町村お問い合わせ先

- ① ご利用者居住地

電話番号

F A X 番号

受付時間

- ② 事業所所在地 川口市 介護保険課事業者係

電話番号 048-259-7293

F A X 番号 048-258-7493

受付時間 8 : 30 - 17 : 15

- (3) 国民健康保険団体連合会お問い合わせ先

電話番号

F A X 番号

受付時間

【当事業所記入欄】

本サービス実施にあたり、ご利用者、ご利用者の家族に対して、本書面ならびに個人情報に関する同意条項にもとづいて重要事項の説明を行い、本書面ならびに個人情報に関する同意条項を交付しました。

上記６－（７）取扱説明書にもとづく使用方法等の説明および練習の実施に関し、ご利用者またはその家族に、取扱説明書を交付し、説明・指導・練習を行いました。

（事業所名） アビリティーズ・ケアネット株式会社 さいたま営業所

（所 在 地） 埼玉県川口市金山町３－１５ 井ノ浦ビル１Ｆ

サービス従事者 \_\_\_\_\_ 印

【お客様記入欄】

私は本書面ならびに個人情報に関する同意条項により、アビリティーズ・ケアネット株式会社から本サービスについての重要事項の説明を受け、本書面ならびに個人情報に関する同意条項を受領し同意しました。

上記６－（７）取扱説明書にもとづく使用方法等の説明および練習の実施に関し、アビリティーズ・ケアネット株式会社より、取扱説明書を受領し、説明・指導・練習を受け、十分に理解致しました。

（ご利用者）

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

（ご利用者の家族）

ご住所

お名前 \_\_\_\_\_ 印 （続柄： \_\_\_\_\_）

（代理人）

ご住所

お名前 \_\_\_\_\_ 印

※ご利用者、ご利用者の家族が、成年後見人制度等を利用する場合は、代理人欄にご記入下さい。