

## 重要事項説明書

### 1 ケアサポートかいじ事業所の概要(福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与)

#### (1) 概要

事業所名	ケアサポートかいじ
所在地	茨城県石岡市貝地 2-10-39
管理者名	篠崎 保
電話番号（緊急時の連絡先）	電話番号 0299-23-8068 緊急時の連絡先(携帯等) 090-4708-5891
FAX番号	0299-27-6668
事業所番号	0870500709
サービス提供地域	茨城県全域
取扱品目	特殊寝台・特殊寝台付属品・車いす・車いす付属品・スロープ 歩行器・歩行補助杖・手すり・認知症老人徘徊感知器・体位変換器・床ずれ防止用具・移動用リフト

#### (2) 当事業所の職員体制

職名	資格等	常勤	非常勤	兼務の別	合計
管理者	介護福祉士	1名		有り	1名
従業者	介護福祉士	1名		有り	1名
	看護師				
	福祉用具専門相談員	1名			1名

#### (3) サービスの提供日・時間

平日	午前8時30分～午後5時00分
	月曜日～金曜日は営業、24時間連絡可能 090-4708-5891
休業日	土・日曜日、8月13～15日・12月29日～1月3日

### 2 当事業所の特徴等

#### 運営の方針・特徴

要介護状態または要支援状態にある高齢者に対して、適切な福祉用具提供することを目的とし、利用者の心身の状態、希望その他の置かれている環境を踏まえた適切な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、利用者介護する者の負担の軽減を図ることを支援すること。

### 3 サービス利用料金

#### (1) 利用料

福祉用具のレンタル料金及び料金については、別添のカタログにて説明いたします。1ヵ月単位でのご利用となります。

＊ 月中の契約開始、契約終了につきましては以下の通りとなります。

レンタル開始月のレンタル料	①レンタル開始日が開始月の15日以前の場合は：月額レンタル料金全額
レンタル開始月のレンタル料	②レンタル開始日が開始月の16日以降の場合は：月額レンタル料金半額
レンタル終了月のレンタル料	①レンタル終了日が終了月の15日以前の場合は：月額レンタル料金半額
レンタル終了月のレンタル料	②レンタル終了日が終了月の16日以降の場合は：月額レンタル料金全額
1ヶ月以内のレンタル料金	①レンタル期間が1ヶ月以内の場合、月額的全額

#### (2) 搬入・搬出について

○搬入・搬出につきましては、お客様の希望される日時・場所に従います。

遠慮なくお申出ください。

○基本的に、搬入搬出費用はサービス料金に含まれて下ります。

○下記の場合も無料です。

- ・搬入・搬出に特別な作業を必要とする場合
- ・遠隔地、当社の営業地域以外への搬入・搬出
- ・お客様の都合による貸与品の移動等

#### (3) 交通費等

上記1の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、専門相談員が訪問するための交通費の実費を頂く場合があります。

#### (4) 利用料のご請求、お支払い等について

○料金の請求、支払方法

「訪問集金」 ①毎月集金 ②2ヶ月集金 ③3ヶ月集金

請求月の1日～5日までの間にご利用月分の請求書を送付いたします。

○ ご利用料金が6ヶ月滞納し、ご請求にも関わらずお支払いいただけない場合には、貸与品を引き上げさせていただくこともございます。

### 4 その他サービスご利用上の留意点

### (1) サービスの更新

本契約の有効期間は1ヶ月としますが、毎月更新日を1日とし、前月末日までにサービス終了の御連絡がない場合には、さらに1ヶ月同条件で更新されたものとします。

### (2) サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

### (3) 一時入院・入所の場合

1ヵ月未満の一時入院・入所の場合契約料金としますが、1ヵ月を超える場合には、契約に関わらず、全額自己負担となりますので、あらかじめご了承ください。

### (4) 貸与品の点検等

貸与品導入時に、取扱説明及び事故防止の観点でのご注意を指導させていただきます。また、定期的に電話等での使用状況確認、または出張にての点検をさせていただきます。不具合や自己が生じた場合は、早めにご連絡をお願い致します。

## 5 個人情報の取扱につきまして

当社は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を別紙にてご提示し、事前にお客様のご承認をいただいております。

あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

## 6 情報開示につきまして

当社は、ご利用者の皆様のお求めに従って、お客様ご自身に関する情報（ご利用者記録、サービス提供記録、その他）を開示しております。ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方（他のご家族様等）からのご請求につきましては、書面にてご本人様のご了解を得てからになります。あらかじめご了承ください。

## 7 事故・トラブル発生等につきまして

本説明書 1 の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願い致します。

説明に応じて、ケアマネージャー、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

当事業所のサービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を含めて対応いたします。（当事業所は「日本興亜損害保険株式会社」と損害賠償保険契約を結んでおります。）

## 8 虐待防止について

当社は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じるものとします。

(1)虐待防止に関する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 篠崎 保

(2)虐待防止のための指針の整備をしています。

(3)従業員に対して、虐待防止のために定期的な研修を実施しています。

(4)サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	管理者 篠崎 保
-------------	----------

## 9 身体拘束禁止に係る事項

(1) 当社は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為(以下、「身体拘束等」という)を行わない。

(2) 当社は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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その他必要な事項を記録する。

(3) 当社は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

① 身体拘束等の適正化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する)を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

② 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。

- ③ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

身体拘束禁止に関する禁止 責任者	管理者 篠崎 保
---------------------	----------

#### 10 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付け下さい。下記電話番号、担当者宛にご連絡をお願い致します。

苦情受付電話番号 0299-23-8068

又は携帯電話番号 090-4708-5891

担当者 専務取締役 篠崎 保

なお、市区町村、国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

茨城県国民健康保険団体連合会

介護保険苦情相談室 029-301-1565

#### 11 福祉サービス第三者評価について

福祉サービスの第三者評価については、以下の通りです。

第三者による評価の実施状況	①あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	②なし		

#### 12 業務継続に向けた取り組み BCP

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して居宅介護支援の提供を受けられるよう、

業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

#### 13 感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症の発生及びまん延を防止できるよう、下記の措置を講じます。

- (1) 感染症対策委員会の開催
- (2) 感染症及びまん延防止のための指針の整備
- (3) 感染症及びまん延防止のための研修及び訓練の実施
- (4) 専任担当者の配置

感染症予防に関する責任者	管理者 篠崎 保
--------------	----------

#### 14 その他

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範

囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

- (1) ハラスメント委員会の設置
- (2) 定期的な会議の開催及び臨時的な会議を開催する。

令和 年 月 日

## 説明事項確認書

- ①福祉用具の貸与にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。
- ②福祉用具の「取扱説明書をお渡し」し、「福祉用具を使用して」取扱に関して説明を行いました。
- ③福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を行いました。

### 事業所

所在地 茨城県石岡市貝地 2-10-39

名 称 ケアサポートかいじ

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

- ①私は、本書面により、事業者から福祉用具貸与についての「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。
- ②私は福祉用具の「取扱説明書」を受け取り、「用具を使用した取扱説明」を受けました。
- ③私は福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を受けました。

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_  
(代理人)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。  
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

ご利用者との関係(○印)

親族（：続柄

成年後見人

代理人

＊確認資料をお見せいただく場合がございます。

＊あらかじめご了承下さい。

## 福祉用具貸与サービス契約書

## 介護予防福祉用具貸与サービス契約書

ご利用者氏名

様

福祉用具のレンタル・販売・住宅改修

ケアサポートかいじ

〒315-0015

茨城県石岡市貝地 2-10-39

TEL 0299-23-8068 FAX 0299-27-6668

レ ン タ ル 契 約 書

(賃借人)

郵便番号：\_\_\_\_\_

(賃借人)

郵便番号：\_\_\_\_\_

住所：  	住 所：
氏名：  	事業者名：
電話番号：  	電話番号：
	管 理 者：

上記貸借人（以下「甲」と言う。）と賃借人は（以下「乙」という。）は別紙重要事項説明書に従い、下記の通りレンタル契約を締結します。この契約の成立を証するため本書2通を作成し、甲と乙各1通を保有します。

レンタル物件明細・レンタル期間		ご利用者氏名	様
No.	品 名	レ ン タ ル 期 間	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	
		開始 年 月 日～終了 年 月 日	

レンタル料金			
No.	品 名	月額料金（10割）	月額利用者ご負担額
	合 計	円	円

レンタル月中の契約開始、契約終了につきましては以下のとおりです。



レンタル開始月のレンタル料	①レンタル開始日が開始月の15日以前の場合	: 月額レンタル料金全額
レンタル開始月のレンタル料	②レンタル開始日が開始月の16日以降の場合	: 月額レンタル料金半額
レンタル終了月のレンタル料	①レンタル終了日が終了月の15日以前の場合	: 月額レンタル料金半額
レンタル終了月のレンタル料	②レンタル終了日が終了月の16日以降の場合	: 月額レンタル料金全額
1ヶ月以内のレンタル料金	①レンタル期間が1ヶ月以内の場合	: 月額レンタル料金全額

月額レンタル料金（ご利用者負担額）の支払い方法

①銀行自動引落	②銀行振込（3ヶ月毎）	③訪問集金（3ヶ月毎）
銀行振込ご希望の場合は「銀行振込用紙」を郵送致します。		

介護保険適用：①有り（予定を含む）                      ②無（実費レンタル等）

介護支援事業所名：    担当ケアマネージャー：

介護保険番号：NO

介護度： 要支援1   要支援2   要介護1   要介護2   要介護3   要介護4   要介護5

レンタル物件に不具合が発生した場合は下記へご連絡下さい。

ケ ア サ ポ ー ト か い じ

TEL    0299-23-8068

FAX    0299-27-6668

当社における個人情報の利用目的通知

及び第三者提供する場合の目的に関する同意書

当社では個人情報を経営上必要な範囲において利用します。下記目的以外には利用しません。

- ① お客様に提供する介護サービス
- ② 介護保険請求のための事務
- ③ 当社の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ④ 他の医療機関・介護機関との連携
- ⑤ 家族等への状況説明
- ⑥ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑦ 賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力・職員研修等）

(会社名 ケアサポートかいじ )  
(管理者名 小松崎 由美子 )  
(連絡先 0299-23-8068)

第三者へ個人情報を提供する場合の利用目的

- ① お客様に提供する介護サービス
- ② 当社の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ③ 他の医療機関・介護機関との連携
- ④ 家族等への状況説明
- ⑤ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑥ 賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑦ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力・職員研修等）

私は個人情報の利用目的及び上記目的の範囲における第三者への情報提供に同意します。

令和 年 月 日

ご本人

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

(家族代表／代理人)

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

お申し込みはダイヤルFAX0299-27-6668へどうぞ

申込日 令和 年 月 日

レ ン タ ル 申 込 書

御 社 名

担 当 者 :

貴社との間で締結した「レンタル基本契約書」に基づき、下記の条件でレンタルを申し込みます。

1.納品日及びレンタル開始日

納 品 日	年 月 日	レンタル開始日	年 月 日
-------	-------	---------	-------

2.利用者住所・氏名・電話番号及び生年月日・性別

利用者住所		電話番号	
利用者氏名		M・T・S 年 月 日生	男・女

3.介護保険被保険者番号及び要介護度

被保険者番号		要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
--------	--	------	---------	---------------

4.介護支援事業者名及び有効期間

事業者名		有効期間	年 月 日～ 年 月 日
------	--	------	--------------

5.レンタル物件明細

NO	商品番号	商 品 名	数 量
NO.1			
NO.2			
NO.3			
NO.4			
NO.5			
NO.6			
NO.7			
NO.8			
NO.9			
NO.10			
合計			

備 考 :

御中

令和 年 月 日

# レンタル納品確認書（新規）

ケアサポートかいじ

茨城県石岡市貝地2-10-39

TEL 0299-23-8068

下記の条件で新規レンタル申込をお受け致し、納品完了致しましたので、ご確認ください。

1.納品日： 令和 年 月 日

2.レンタル開始日： 令和 年 月 日

3.利用者：

4.住所：

5.電話番号：

6.レンタル物件明細：

	レンタル商品	数量	卸価格	備考
NO.1				
NO.2				
NO.3				
NO.4				
NO.5				
NO.6				
NO.7				
NO.8				
合計				

\*解約の場合は、下記にご記入ご印の上、弊社までFAXください。

解約通知書

通知日：令和 年 月 日

住所：

氏名：

担当者氏名：

印

該当するものに○をし、内容をご記入ください。

全部解約	解約日：	引取希望日：
一部解約	解約日：	引取希望日：
	解約物件{解約する物件の上記物件NOに○をしてください。}	
	NO.1 NO.2 NO.3 NO.4 NO.5 NO.6 NO.7 NO.8	