

重要事項説明書

【(介護予防) 福祉用具貸与】

利用者： _____ 様

事業者： 株式会社ALC

(介護予防) 福祉用具貸与サービス重要事項説明書

[令和3年4月1日現在]

第1 事業所の概要

1 事業所名および所在地等

事業所名	介護相談室あえる
事業者	株式会社ALC
所在地	加古川市野口町北野1289-2
連絡先	079-441-7690
営業日	土日祝日及び12月29日から1月3日までを除く平日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
通常サービス実施地域	加古川市・高砂市・稲美町・播磨町・加西市・三木市・小野市・明石市・神戸市・芦屋市・西宮市・尼崎市・伊丹市・宝塚市・三田市・加東市・西脇市・太子町・姫路市(家島町・安富町・夢前町・香寺町を除く)
ホームページアドレス	http://www.a-lc.co.jp
E-Mail	aeru-kaigo@a-lc.co.jp
事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定福祉用具貸与を提供することを目的とする。
運営方針	1 事業所の専門相談員は、その利用者が可能な限り居宅において、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、要介護者等の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえ、適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、日常生活上の便宜を図り、その機能訓練等に資するとともに、利用者を介護する者の負担軽減を図るものとする。 2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、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。
法人の行う他の事業	居宅介護支援・(介護予防)訪問介護・(介護予防)通所介護 住宅改修・特定福祉用具販売 地方自治体(市町村)から介護被保険者認定調査業務の受託

2 職員体制

管理者 1名

福祉用具専門相談員 2名以上

3 福祉用具を居宅へ搬入・搬出する時間帯

	早 朝 6:00~8:30	通常時間帯 8:30~17:30	夜 間 17:30~22:00
平日	△	○	△
土・日・祝日	△	△	△

※ 搬入・搬出には料金はかかりません。

※ お客様の希望の日付及び時間が指定できます。

上記「△」の時間帯につきましては、お問い合わせください。

※ 深夜（22:00~6:00）の搬入・搬出はできません。

4 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービス（福祉用具貸与）を利用する場合は原則として月額福祉用具貸与料金の1割です。所得により負担割合が2割もしくは3割の方もいらっしゃいます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた福祉用具貸与料金は全額自己負担となります。

(2) 交通費

通常の実施地域における搬入・搬出に掛かる交通費はいただきません。

(3) 料金の支払い方法

当月分の利用料の請求書を翌月15日までにお渡しいたします。請求書に

は

明細書がついていますので必ず内容をご確認ください。原則口座引落でのお支払いをお願いいたしております。

その他振込でもお支払いいただけます。

ア 口座引落

当月分は翌月27日に引落となります。引落しできなかった場合は、ご連絡

さ

せていただきます。

イ 銀行振込の場合

銀行名	種別	口座番号	名義人
姫路信用金庫／東加古川支店	普通	0237476	株式会社ALC 代表取締役 花田 原樹
但陽信用金庫／神野支店	普通	0254605	株式会社ALC 代表取締役 花田 原樹

第2 (介護予防)福祉用具貸与サービスの利用方法

1 (介護予防)福祉用具貸与サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。福祉用具貸与契約を結び、福祉用具を貸与いたします。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

2 (介護予防)福祉用具貸与契約の終了

(1) お客様のご都合で契約を終了する場合

契約の終了を希望する日の1週間前までに文書または口頭でお申し出ください。

(2) 当事業所の都合で契約を終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、(介護予防)福祉用具貸与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。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約が終了します。

ア お客様が介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付で(介護予防)福祉用具貸与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〕又は要支援と認定された場合

※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

ウ お客様が亡くなられた場合

(4) その他

ア 当事業所が正当な理由なく(介護予防)福祉用具貸与サービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

イ 以下の場合等、当事業所や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、文章で通知することにより即座に(介護予防)福祉用具貸与サービスを終了させていただく場合がございます。

(ア) お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合

(イ) お客様やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して以下のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合

・暴力又は乱暴な言動・無理な要求・物を投げつける・刃物を向ける

服を引きちぎる・手を払いのける・怒鳴る・奇声や大声を発する
対象範囲外のサービスの強要

- ・セクシャルハラスメント・介護従事者の体を触る・手を握る
腕を引っ張り抱きしめる・ヌード写真を見せる・性的な話や卑猥な
言動・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く・ストーカー行為
など
- ・十分な配慮の上、サービスの提供を行います。しかし、利用者様の
転倒等、不慮の事故等はありませんことをご承知おき願います。
事故は起こりえます。万が一事故が起こった場合は、誠意を持っ
て対応いたします。介護サービスは利用者様、ご家族、そして弊
社との互いの信頼関係により、成り立ちます。そのことをご理解
いただき、ご契約していただけますようお願いいたします。

3 感染症対策について

弊社では、消毒やメンテナンスを行い万全な状態で商品を納品しております。
安心してご利用下さい。

4 事故発生時の対応

利用者に対する（介護予防）福祉用具貸与サービス提供により事故が発生した
場合は、市町村、当該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、必要な措置を講ずる。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。

5 福祉用具の故障等の連絡について

福祉用具の故障等（ベッドのリモコンが作動しないなど）があった場合、事業
所にお申し出ください。早急に対応させていただきます。

第3 緊急時の対応方法

お客様の病状の急変やその他の必要な場合には、主治医（かかりつけ医）ならびに
ご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

第4 プライバシーについて

当事業所は、お客様にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者
に漏らすことはありません。契約終了後でも同様です。

サービスを提供する上でお客様やそのご家族の情報を利用するには、お客様の同
意が必要となります。別紙「個人情報の保護と取扱いについて」により、ご説明

いたします。

第5 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・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 小林 美星子
-------------	------------

- 2 苦情解決体制を整備しています。
- 3 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。
- 4 虐待の防止のための検討する委員会を開催しています。
- 5 虐待の防止のための指針を整備しています。

第6 こんな場合はこちらまで

- 1 担当者と連絡を取りたい場合
079-441-7690
- 2 サービスの提供に関して苦情や相談がある場合
(当社の苦情相談窓口)

連絡先： 079-441-7690
受付時間： (平日)午前8時30分～午後5時30分
担当者： 管理者および代表取締役 花田 原樹

(介護保険サービスの苦情について)

兵庫県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情相談窓口)	連絡先 078-332-5617 受付時間(平日)午前9時～午後5時15分
兵庫県加古川健康福祉事務所 監査指導課	連絡先 079-421-9296 受付時間(平日)午前9時～午後5時15分
加古川市 法人指導課	連絡先 079-421-2000 (代表) 開庁時間 (平日) 午前8時半～午後5時15分

第6 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合、ご利用者に文書を交付の上、口頭でも説明いたします。

(介護予防) 福祉用具貸与サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

年 月 日

事業者： 住 所 加古川市野口町北野1289-2
事業所 介護相談室あえる
会社名 株式会社ALC
代表取締役 花田 原樹 印

説明者 印

私は、本書面によりALCから重要事項の説明を受けました。

利用者： 住 所
氏 名 印

代理人 (選任する場合)： 住 所
氏 名 印