

福祉用具貸与に係る重要事項説明書

1 サービス提供に係る事業者について

事業者名称	日本パムコ株式会社
代表者	代表取締役 北村 真治
本社所在地 (連絡先・電話番号等)	〒272-0023 千葉県市川市南八幡 4-2-5 いちかわ情報プラザ 301 TEL 047-377-8210 FAX 047-377-8215
法人設立年月日	1980 年 12 月 24 日

2 利用者に対してサービスを提供する指定事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	日本パムコ株式会社
介護保険指定 事業所番号	指定事業所番号 1270800145
事業所所在地	〒272-0023 千葉県市川市南八幡 4-2-5 いちかわ情報プラザ 301
連絡先	TEL 047-377-8210 FAX 047-377-8215
通常の事業の 実施地域	市川市・松戸市・船橋市・鎌ヶ谷市・柏市・浦安市・千葉市 ・江戸川区

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護・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・介護予防福祉用具貸与サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	1. 利用者の意志、及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 2. 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心身の状況、希望及び環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取り付け、調整等を行う。福祉用具を貸与することにより利用者の日常生活の便宜を図り、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。 3. 事業の実施に当たっては、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、その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。 休日：土・日曜日 祝祭日 8/13～8/15 12/29～1/3 ※但し急を要する場合はこの限りではありません。
営業時間	午前9時から午後6時まで

(4) 事業所の職員体制

管理者	木村 亮太
-----	-------

	常勤（人数）		非常勤（人数）	
	専従	兼任	専従	兼任
管理者	1名			
福祉用具 専門相談員	5名	1名		

(5) 福祉用具の取扱い種目

☐ 車いす ※1	☐ 手すり
☐ 車いす付属品 ※1	☐ スロープ
☐ 特殊寝台 ※1	☐ 歩行器
☐ 特殊寝台付属品 ※1	☐ 歩行補助つえ
☐ 床ずれ防止用具 ※1	☐ 認知症老人徘徊感知機器 ※1
☐ 体位変換器 ※1	☐ 移動用リフト ※1
	☐ 自動排泄処理装置 ※2

※1…要支援1～2及び要介護1の方については、原則として給付が認められません。

※2…要介護4以上の方が給付の対象です。

※ 対象外の方であっても一定の条件に当てはまる場合は、例外的に給付が認められる場合があります。

3 提供するサービスの内容及び費用等について

(1) 福祉用具貸与計画の作成

利用者の日常生活や心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画（又は介護予防サービス計画）の内容に沿って、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具貸与計画を作成します。

福祉用具貸与計画の作成に当たっては、その内容を利用者に説明し、同意を得たうえで、交付します

(2) 基本料金

サービスを利用した際にお支払いいただく「利用者負担金（介護保険が適用された場合）」は、当事業所のレンタル料金表によるものとし、原則サービスに要した費用の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額となります。

サービスの利用開始月及び終了月毎における利用料の取扱いは、次のとおりです。

利用開始又は終了の時期	利用料
利用開始日が開始月の15日以前の場合	全額請求
利用開始日が開始月の16日以降の場合	半額請求
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の15日以前の場合	半額請求
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の16日以降の場合	全額請求
利用開始日と終了日が同月の場合	全額請求

※ 個々の貸与品名の利用料については、弊社カタログや利用目録等を御覧ください。

※ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額（10割）をご負担いただきます。

(3) その他費用

以下の事由に該当する場合は、別途その費用をご負担いただきます。

交通費	通常の事業実施地域外の地域で行なう交通費は、 実施地域から5km毎に1000円（消費税別）
搬出入費用	通常の事業実施地域外の地域で行なう搬出入費は、 実施地域から5km毎に2000円（消費税別） 搬出入に際し、特別な機材が必要な場合等は別途御見積

(4) 支払い方法

上記（1）及び（2）の利用者（利用者負担分の金額）は1ヶ月ごとにまとめて請求いたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月20日（祝休日の場合は直前の平日）に、指定いただいた口座より引き落とします。
コンビニ払い	サービスを利用した月の翌月中旬頃にコンビニ払い専用振込用紙を郵送いたしますので、月末までにお支払いください。
店頭現金払い	サービスを利用した月の翌月中旬頃に御請求書を郵送いたしますので、月末までに、ご来店の上、現金にてお支払いください。

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3カ月以上遅延し、さらに支払いの督促から10日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

4 衛生管理等について

- (1) 従業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。
- (2) 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に務めます。
 - ・ 福祉用具の保管又は消毒に係る業務については、他の事業者へ委託する場合があります。また、当該委託先事業者の業務の実施状況について、定期的（概ね１年ごと）に確認し、その結果等を記録します。

5 身分証携行義務

- (1) 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示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

6 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する福祉用具貸与に係るサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- (2) 利用者に対する福祉用具貸与に係るサービス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います。

保険会社名：東京海上日動火災保険 保険名：賠償責任保険

- (3) 事故が生じた際には、その原因を究明し再発防止の対策を講じます。

7 苦情等の相談窓口について

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 047-377-8210
	面接場所 当事業所内相談室

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	千葉県国保連苦情処理係	電話番号 043-254-7428
	市川市介護福祉課	電話番号 047-712-8541
	松戸市介護保険課	電話番号 047-366-7067
	船橋市介護保険課	電話番号 047-436-2302
	鎌ヶ谷市介護保険係	電話番号 047-445-1141
	柏市高齢者支援課	電話番号 047-167-1134
	浦安市介護保険課	電話番号 047-712-6403
	千葉市介護保険課	電話番号 043-245-5061
	江戸川区介護保険課	電話番号 03-5662-0309

8 秘密の保持、個人情報の取扱いについて

- (1) 当事業所は、サービスを提供するうえで知りえた利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文章により利用者及びその家族から同意を得た場合は、前項にかかわらず、情報を提供することができます。
- (3) 利用者の個人情報の取扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報をを用いる場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、対応します。
なお、利用者の家族の個人情報についても同様です。
- (4) 利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する期間はサービス利用契約期間とします。

9 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	木村 亮太
-------------	-------

- (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、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的を開催しています。
- (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。

10 サービスの提供内容に係る記録・保管

- (1) サービスを提供した際はサービスの内容等を記録します。また利用者からの申出があった場合は当該情報を利用者に対して提供します。
- (2) サービス提供に係る記録を契約終了後5年間保管し、利用者の求めに応じて閲覧させ、又は複写物を交付します。ただし、複写に際しては、利用者に対し、実費相当額を請求できるものとします。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記の通り重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 日本パムコ株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 北村 真治

説明者職・氏名 福祉用具専門相談員 木村 亮太

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また8（2）に記載している個人情報の使用についても、同意します。

利用者 氏 名

署名代行者（又は法定代理人）

本人との続柄

氏 名