

この福祉用具レンタルサービス重要事項説明書は、福祉用具レンタルサービスを受けられるに際し、ご利用者様やそのご家族に対し、サービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. 事業所の概要

事業所名	かしわばら指定福祉用具貸与センター
介護保険指定事業者番号	2372500104（愛知県指定）
所在地（連絡先）	愛知県春日井市東野町10丁目12番地の15 電話番号 0568-84-8470 ファックス番号 0568-85-8140
事業所の行う他の業務	特定福祉用具販売・住宅改修 ※1
営業日	月曜日～金曜日（国民の祝日・8月13日～8月15日・12月29日～1月4日を除く）
営業時間	午前9時～午後6時
サービス提供日	月曜日～金曜日（国民の祝日・8月13日～8月15日・12月29日～1月4日を除く）
サービス提供時間	午前9時～午後6時
通常のサービス実施地域	春日井市・小牧市・瀬戸市・尾張旭市・名古屋市守山区 北区・名東区・千種区 通常のサービス実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートルあたり100円徴収します

※1 介護予防も含む

2. 事業所の職員体制（契約時点）

職種	職務内容	人員数
管理者	従業員、業務の管理を一元で行う	1人
福祉用具専門相談員	適切な福祉用具の選定、取り付け、調整等を行う	2以上 常勤換算

※福祉用具専門相談員は常勤換算数

3. 法人の概要

事業者名称	有限会社 かしわばらメディカル
代表者氏名	柏原 公和
本社所在地（連絡先）	愛知県春日井市東野町10丁目12番地の15 電話番号 0568-84-8470 ファックス番号 0568-85-8140
法人の行う他業務	接骨院経営・居宅介護支援・グループホーム経営

4. 事業の目的および運営方針

事業の目的	私たちは高齢者とそのご家族に、こころに届く最適なサービスを提供し、「ゆとりと笑顔のある暮らし」の実現をお手伝いすることで社会に貢献します。
運営方針	要介護（要支援）状態となった利用者様が可能な限り居宅において、自立した生活を営むことが出来るよう心身状況、希望、環境を踏まえ適切な用具の選定援助、取り付け、調整等を行い特定（介護予防）福祉用具を販売することにより利用者の生活上便宜・機能訓練、介護者の負担軽減を図ります。

5. 福祉用具のご相談窓口について

相談担当者	山口 理恵	電話番号	0568-84-8470
受付日及び受付時間	月曜日～金曜日午前9時～午後6時	ファックス番号	0568-85-8140

6. 機密の保持と個人情報について

①ご利用者様及びそのご家族に関する機密の保持について

事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様およびそのご家族に関する機密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

この機密を保持する義務は、販売後も継続します。

②個人情報の保持について

事業者は、ご利用者様からあらかじめ文書で同意を得ない限り、ご利用者様の個人情報を用いません。また、ご利用者様のご家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限りご利用者様のご家族の個人情報を用いません。事業者は、ご利用者様およびそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

7. 高齢者虐待防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

①事業所における虐待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する。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

②事業所における虐待の防止のための指針を整備します。

③事業所において、従業員に対し虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

8. サービス提供に関する相談、苦情窓口について

事業者はご相談や苦情があった場合は速やかに対応します。

サービスの提供に関しご相談や苦情がある場合は下表へご連絡できます。

【事業者の窓口】 有限会社かしわばらメディカル	所在地：春日井市東野町10丁目12番地の15
	電話番号：0568-84-8470
	ファックス番号：0568-85-8140
【市町村の窓口】 春日井市役所 介護 ・高齢福祉課	所在地：春日井市鳥居松町5丁目44番地
	電話番号：0568-85-6182
	ファックス番号：0568-84-5764
小牧市役所 介護保険課	所在地：小牧市堀の内三丁目一番地
	電話番号：0568-76-1198
	ファックス番号：0568-76-4595
瀬戸市役所 高齢者福祉課 介護認定給付係	所在地：瀬戸市追分町64番地の1
	電話番号：0561-88-2620
	ファックス番号：0561-88-2625
尾張旭市役所 長寿課	所在地：尾張旭市東大道町原田2600-1
	電話番号：0561-53-2111（代）
	ファックス番号：0561-52-3749

【事業者の窓口】 名古屋市役所 介護保険課	所在地：名古屋市中区三の丸三丁目1番1号
	電話番号：052-972-2593
	ファックス番号：052-955-3367
	所在地：
	電話番号：
	ファックス番号：
【公的団体の窓口】 愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地：名古屋市中区三の丸三丁目6番5号
	電話番号：052-971-4165
	ファックス番号：052-962-8870

9. 書類の保存期間について

保険者の介護給付費適正化の適切な遂行のため、また、事業者が介護報酬請求の正当性を証明するために介護報酬請求の根拠となる書類をサービス終了から5年間保存します。

10. 提供するサービスの内容とレンタル料金について

1) 提供するサービスの主な内容

①福祉用具の選択をお手伝い致します。

ご利用者様の心身の状況ご要望やお住まい等を考慮し適切な福祉用具を紹介し選んでいただきます。

②福祉用具の取り付けに関するご説明を致します。

ご利用される福祉用具の取扱方法、注意点及びトラブル対応の方法等についてご説明いたします。

③福祉用具のアフターサービス（変更・修理・交換）

福祉用具に破損・故障が発生した場合、速やかに対応いたします。

2) レンタル料金及びご利用者様のご負担

①レンタル料金について

ご利用者様のご負担分は介護保険をご利用時は福祉用具それぞれの料金の介護保険負担割合証に応じた額となります。

介護報酬改定に伴う料金改定については現行の制度に則した料金をお支払ください。

なお、介護保険給付に減額がある場合は、減額分はご利用者様のご負担になります。

また、月の途中での契約・解約・契約終了の場合には下記の料金表にもとづきお支払いいただきます。

3) 入院・入所について

入院・入所の間は、介護保険を利用できませんので、全額自己負担となります。入院・入所された場合は速やかに事業者へご連絡ください。

レンタル開始月の レンタル料金	①レンタル開始日とその月の15日以前	1ヵ月分全額
	②レンタル開始日とその月の16日以後	1ヵ月分の半額
レンタル終了月の レンタル料金	①レンタル開始日とその月の15日以前	1ヵ月分の半額
	②レンタル開始日とその月の16日以後	1ヵ月分全額
レンタル開始と終了が同じ月内の場合のレンタル料金		1ヵ月分全額
ショートステイ利用月に在宅実績のある場合のレンタル料金		1ヵ月分全額

②代表的な福祉用具のレンタル料金を下表に示します。

品名	レンタル料金	単位（1単位10円）	ご利用者様の負担額
電動ベッド： 楽匠プラスHタイプ 3モーションタイプ	11,400円	1,140単位	1,140円（1割負担額）
			2,280円（2割負担額）
			3,420円（3割負担額）
			（介護保険負担割合証に応じた額）
車いす：ふわりすKF-22	4,000円	400単位	400円（1割負担額）
			800円（2割負担額）
			1,200円（3割負担額）
			（介護保険負担割合証に応じた額）

11. 利用料金の支払いについて

前記10の料金は、1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので以下のいずれかの方法でお支払いください。

①金融機関口座からの自動引き落とし

②現金でのお支払い

12. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

上記内容について『指定居宅サービス等の事業人員、設備および運営に関する基準

（平成11年厚生労働省令第37号）』第8条の規定に基き、ご利用者様に説明を行いました。

事業者	所在地	愛知県春日井市東野町10丁目12番地の15
	法人名	有限会社 かしわばらメディカル
	代表者名	柏原 公和
	事業所名	かしわばら指定福祉用具貸与センター
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

○ご利用者様	住所：
	氏名：

□代理人	住所：
	氏名：