

重要事項説明書

契約者に対する福祉用具貸与サービスの提供開始にあたり、平成11年厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	ラミコジャパン(株)
主たる事務所の所在地	新潟市中央区日の出3-4-15
法人種別	株式会社
代表者名	金子重行
電話番号	025-244-3131

介護保険法令に基づき 高知市長から指定をうけている 事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき高知市長から指定を受けている居宅サービスの種類
シルバーサポート高知店 3970105841	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	ラミコジャパン株式会社 シルバーサポート高知店
指定番号	3970105841
所在地	高知県高知市若草南町17番13号 103号室
電話番号	088-828-8825

3. 事業の目的と運営方針

（事業の目的）

事業所の専門相談員が要介護状態又は、要支援状態にある高齢者に対し、適切な福祉用具を貸与することを目的とする。

（運営の方針）

- ① 事業所の専門相談員は、要介護状態又は要支援状態にある高齢者が、可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、利用者の心身の状況、置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、取付け、調整を行い、利用者を介護する者の負担軽減を図る。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、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。
- ③ 事業の実施に当っては、関係市町村・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。
- ④ 前3項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
専門相談員	2人以上	常勤2名以上（福祉用具専門相談員）
管理者	1人	常勤1名

5. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする 但し、国民の祝日・冬季休日（12月30日から1月4日） 夏季休日（8月14日から8月16日）を除く
営業時間	午前8時30分から午後5時30分までとする

6. 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。

7. 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	1か月分の利用料の全額
利用開始日が開始月の16日以降の場合	1か月分の利用料の半額
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の15日以前の場合	1か月分の利用料の半額
利用終了日が終了月（解約・入院・入所等）の16日以降の場合	1か月分の利用料の全額
利用開始日と終了日が同月の場合	1か月分の利用料の全額

※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。

搬入・搬出費用	福祉用具の搬入・搬出に特別な措置が必要な場合（階段やエレベーターの使用が困難でクレーンを使用する等）は、運営規程の定めに基づき、その措置に要する費用をご負担いただきます。その他の通常の搬入・搬出の場合、費用請求は致しません。
交通費	サービス提供地域外の場合、交通費の実費をご請求致します。

（４）支払い方法

上記（２）及び（３）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指定日に、指定いただいた口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月指定日までに、当事業所が指定する口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月指定日までに、現金でお支払いください。

８． 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。

（自社において福祉用具の消毒・保管を行う場合）

- ・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。

（福祉用具の消毒・保管を行う他の事業者に行わせる場合）

- ・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、定期的に確認し、その結果等を記録します。

９． 身分証携行義務

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。

１０． 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。

1 1. 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)	(氏名) 村田 元
---------------	-----------

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

1 2. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合

1 3. 業務継続計画の策定

- (1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）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) 事業者は、介護支援専門員従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 事業者は、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。

1 4. 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2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。

15. 苦情申立窓口

(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。

シルバーサポート高知店 苦情相談窓口 管理者 村田 元

ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時30分

ご利用方法 電話 088-828-8825

(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。

- ・高知市役所介護保険課事業係 088-823-9972
- ・南国市役所長寿支援課介護保険係 088-880-6556
- ・高知県国保連合会介護保険課苦情相談係 088-820-8410

16. 苦情の処理及び手順

苦情が発生した場合、電話にて内容確認し営業担当にその旨を伝え、利用者に連絡を取り実際に伺い詳しい状況の把握をするとともに、管理者に事情報告します。深刻な場合は報告会議を行います。

対応手段としては、まず謝罪し商品の取り替え等、具体的な対応を行うとともに、今後二度と同じ苦情が発生しない為に「苦情処理簿」を作成し、日時・利用者・苦情内容・対応の仕方を記録します。

苦情が出ないようなサービス（福祉用具が適切に使用されるよう十分に取り扱い説明を行う）提供に配慮します。

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当事業所は、第三者評価による評価を実施しておりません。

18. 事故発生時の対応

- ①当事者は、利用者に対する指定福祉用具貸与の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村・利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- ②当事者は、利用者に対する指定福祉用具貸与の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- ③当事者は、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- ④緊急時の連絡先

利用者の主治医又は、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

・緊急連絡先

利用者の主治医	氏名
	所属医療機関の名称
	所在地
	電話番号
緊急連絡先	氏名
	住所
	電話番号
	昼間の連絡先
	夜間の連絡先

19. 運営営業実施地域一覧

通常の実施地域は下記の通りとする。

高知県全域

個人情報保護方針

ラミコジャパン株式会社は、個人情報を保護することが事業活動の基本であるとともに、社会的責務であると考えております。

よって、以下の個人情報保護方針を定め、全従業員に周知徹底し、確実な履行に努めます。

1、個人情報の収集、利用及び提供

個人情報を収集する場合には、あらかじめ、利用目的並びに提供範囲を明確にします。

個人情報は、対象となる方の同意のもとに、適法かつ公正な手段により収集します。

お預かりした個人情報は、あらかじめ本人の同意がある場合や法令等の規定がある場合を除き、目的外の利用や第三者への提供を行いません。

2、正確性・安全性の維持

お預かりした個人情報を、正確かつ最新の状態に維持します。

そのために、不正アクセス、紛失、破壊、改ざんおよび漏えいなどを防止するための必要な措置を講じます。

3、照会等への対応

本人からの個人情報の照会、修正、削除などの要望に対し、担当窓口を設置し、可能な範囲で速やかに対処します。

4、法令、規範の遵守

個人情報保護に関して適用される法令、規範を遵守します。

5、継続的改善

個人情報保護のための体制を維持し、状況の変化や社会的動向を踏まえ、継続的に改善・改良に努めます。

● 個人情報の開示について

お客様は、ラミコジャパン株式会社に対して、いつでも弊社が有しているお客様の個人情報をお客様に開示するよう求めることができます。お客様より、個人情報の開示を求められた場合には、遅滞なくこれに応じます。

● お問い合わせ窓口

〒950-0073 新潟市中央区日の出3-4-15

ラミコジャパン株式会社

TEL 025-244-3131 FAX 025-244-1431

令和 年 月 日

事業者は、契約者に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、契約者

家族・代理人

に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(事業者) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 高知県高知市若草南町17番13号

名 称 ラミコジャパン株式会社 印

シルバーサポート高知店

店長 村田 元 印

説明者 氏名 ☐村田 元 ☐西森 大智

私は、個人情報保護方針及び重要事項説明書に基づいて、重要事項の説明を受け、それらについて同意し受領しました。

契約者

住所

(貸与利用先)

氏名

印

電話

☐家族代表

☐署名代行者又は法廷代理人

住所

氏名

印

電話

本人との続柄