

モデル重要事項説明書

(福祉用具貸与用)

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている指定福祉用具貸与サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例(平成24年大阪府条例第115号)」第10条の規定に基づき、指定福祉用具貸与サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定福祉用具貸与サービスを提供する事業者について

事業者名称	(法人格及び法人の名称)
代表者氏名	(代表者の役職名及び氏名)
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	(法人登記簿記載の所在地) (連絡先部署名)(電話・ファックス番号)
法人設立年月日	(法人設立年月日)

2 利用者に対するサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	(指定事業所名称)
介護保険指定事業所番号	(指定事業所番号)
事業所所在地	(事業所の所在地、ビル等の場合には 建物名称、階数、部屋番号まで)
連絡先 相談担当者名	(連絡先電話・ファックス番号) (部署名・相談担当者氏名)
事業所の通常の事業の実施地域	(運営規程記載の市町村名を記載)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	(運営規程記載内容の要約)
運営の方針	(運営規程記載内容の要約)

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	(運営規程記載の営業日を記載)
営業時間	(運営規程記載の営業時間を記載)

(4) 事業所の職員体制

管理者	(職名) (氏名)
-----	-----------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 従業員の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 	常勤 名
福祉用具専門相談員	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の居宅サービス計画に基づき、福祉用具貸与計画を作成し、利用者又はその家族に対して説明を行い、利用者の同意を得たうえで、福祉用具貸与計画を交付します。指定特定福祉用具販売の利用がある場合は、特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成します。 2 福祉用具が適切に選定され、かつ、使用されるよう、専門的知識に基づき相談に応じます。 3 目録等の文書を示して福祉用具の機能、使用方法、利用料等に関する情報を提供し、個別の福祉用具の貸与に係る同意を得ます。 4 貸与する福祉用具の機能、安全性、衛生状態等に関し、点検を行います。 5 利用者の身体の状況等に応じて福祉用具の調整を行うとともに、当該福祉用具の使用方法、使用上の留意事項、故障時の対応等を記載した文書を利用者に交付し、十分な説明を行った上で、必要に応じて利用者実際に当該福祉用具を使用していただきながら使用方法の指導を行います。 6 利用者等からの要請等に応じて、貸与した福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導、修理等を行います。 7 当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。 8 居宅サービス計画に福祉用具貸与が新規に必要な理由が記載されるとともに、介護支援専門員により、必要に応じて随時その必要性が検討された上で、継続が必要な場合はその理由が居宅サービス計画に記載されるように、福祉用具の適切な選定のための助言、情報提供を行うなど必要な措置を講じます。 	常勤 名 非常勤 名
事務職員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常勤 名 非常勤 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、適切な福祉用具選定の援助、取付け、調整等を行います。

(2) 介護予防福祉用具貸与の種目、品名及び利用料及び利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

種 目	品 名	利用料 (月額)	利用者 負担額 (月額)
車いす			
車いす付属品			
特殊寝台			
特殊寝台付属品			
床ずれ防止用具			
体位変換器			
手すり			
スロープ			
歩行器			
歩行補助つえ			
認知症老人徘徊くはいか い)感知機器			
移動用リフト(つり具の 部分を除く。)			
自動排泄処理装置(交換 可能部品を除く)			

(メモ) 1つの種目について、複数の品名が有る場合など、上記の表中に記載することが困難な場合は、目録を別添するなどの方法によることも差し支えありません。

※ 中山間地域等における小規模事業所加算は、サービスを提供する福祉用具貸与事業所が次の地域にあり、1月当たりの実利用者数が15人以下の事業所である場合、福祉用具貸与の開始日の属する月に、通常の事業の実施地域において要する交通費に相当する額の3分の2に相当する額を事業所所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を、個々の福祉用具貸与費の3分の2に相当する額を限度として加算します。また当加算を行う場合は、利用者に事前に説明を行ない、同意を得たうえでサービスを行います。

中山間地域等：千早赤阪村の全域、太子町の一部(山田)、能勢町の一部(東郷、田尻、西能勢)

※ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、上記の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて福祉用具貸与を行う場合に、福祉用具貸与の開始日の属する月に、通常の事業の実施地域において要する交通費に相当する額の3分の1に相当する額を事業所所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を、個々の福祉用具貸与費の3分の1に相当する額を限度として加算します。なお、当加算を行う場合は、通常の事業の実施地域を越える場合でも交通費は徴収しません。

(2) 福祉用具専門相談員の禁止行為

福祉用具専門相談員はサービスの提供に当たって、次の行為はできません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(大掃除、庭掃除など)

- ⑤ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑥ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑦ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

※ 貸与期間が1か月に満たない場合の利用料の計算方法は、以下のとおりです。

$$\text{利用料} \times \text{利用日数} \div 30.4 \quad (365 \text{ 日} / 12 \text{ 月})$$

(メモ) 貸与の開始月と中止月が異なり、かつ貸与期間が1か月に満たない場合は、利用料は原則として日割り計算としてください。ただし、当分の間は半月単位の計算を行うこととしても差し支えありません。(H15.6.30 付け厚生労働省 Q&A)

貸与の開始月と中止月が同一であり、かつ貸与期間が1か月に満たない場合は、利用料の計算方法は、事業者で任意に設定してもかまいませんが、いずれの場合も居宅介護支援事業者において給付管理が適切に行い得るよう、運営規程に定めておく必要があります。

※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収証」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

4 その他の費用について

① 交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求します。 なお、自動車を使用した場合は（運営規程に記載されている内容を記載する）により請求します。
② 特別搬出入費	福祉用具の搬出入に特別な措置が必要な場合（階段やエレベーターによることが困難でクレーンを使用するなど）は、運営規程の定めに基づき、その措置に要する費用を請求します。 なお、通常の搬出入の場合は、費用請求はしません。

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>ア 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額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてお届け（郵送）します。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア 行われたサービス提供と請求書の内容を照合のうえ、請求月の△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収証をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。</p>

※ 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2月以上遅延し、さらに支払いの督促

から 14 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。

(メモ) ②のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

6 サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 福祉用具専門相談員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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	(職・氏名を記載する)
-------------	-------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 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。
- (5) ○○○○○○○○
- (6) ○○○○○○○○

8 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ol style="list-style-type: none">① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又は
--------------------------	---

	その家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）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するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

9 事故発生時の対応方法について

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は、市町村、利用者の家族、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、必要な措置を講じます。

また、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は、損害賠償を速やかに行います。

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村、居宅介護支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

記載内容の例示

市町村：市町村名、担当部・課名、電話番号

家族等連絡先：氏名及び続柄、住所、電話番号（自宅、勤務先及び携帯）

居宅介護支援事業者：事業所名、所在地、担当介護支援専門員氏名、電話番号

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

<p>保険会社名</p> <p>保険名</p> <p>補償の概要</p>

10 身分証携行義務

福祉用具専門相談員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

11 心身の状況の把握

指定福祉用具貸与の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

12 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定福祉用具貸与の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

13 サービス提供の記録

- ① 指定福祉用具貸与の実施ごとに、その貸与の開始日及び終了日、種目及び品名、利用料、福祉用具の使用状況（修理、点検結果等を含みます。）等についての記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

14 衛生管理等

- ① 従業者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、衛生的な管理に努めます。

（自ら福祉用具の消毒・保管を行う場合）

- ③ 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）⇒以下を追記

- ④ なお、上記の福祉用具の保管又は消毒に係る業務は、（株）〇〇に委託して行います。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（概ね〇〇月ごと）に確認し、その結果等を記録します。

15 指定福祉用具貸与サービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 福祉用具専門相談員

氏名 _____（連絡先： _____）

- (2) 貸与の開始日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- (3) 貸与予定の指定福祉用具の種目、品名等及び利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

種 目	品 名	数 量	介護保険 適用の有無	利用料	利用者 負担額
車いす	○○○○	1	○	○○○	○○
車いす付属品	●●●●	1	○	●●●	●●
1月当りの利用料(見積もり)、利用者負担額合計額				○○○円	○○円

(4) その他の費用

①交通費の有無	(有・無の別を記載) … (金額)
②特別搬出入費の有無	(有・無の別を記載) … (金額)

(5) 1か月当りのお支払い額(利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)とその他の費用の合計)の目安

お支払い額の目安	(目安金額の記載)
----------	-----------

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払は、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

(メモ) なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途料金表の活用も可能です。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

16 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定福祉用具貸与に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- -
 -
 -
- 指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号
------------------------------	---------------------	---------

【市町村（保険者）の窓口】 （利用者の居宅がある市町村（広域 連合）の介護保険担当部署の名称）	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号

17 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	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 115 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	
	法人名	
	代表者名	印
	事業所名	
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者	住 所	大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏 名	大 阪 太 郎 印

上記署名は、浪速 花子（子）が代行しました。