

重要事項説明書

(福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与) (福祉用具販売及び介護予防福祉用具販売)

ご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、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者がご契約者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 岐阜県恵那市大井町 727 番地 11
- (3) 電話番号 0573-26-5221
- (4) 代表者氏名 会長 宮地 政臣
- (5) 設立年月日 平成16年10月25日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 福祉用具貸与・平成16年10月25日指定
介護予防福祉用具貸与・平成18年4月1日指定
福祉用具販売・平成18年5月1日指定
介護予防福祉用具販売・平成18年5月1日指定
岐阜県指定 2171700319 号
- (2) 事業所の目的 要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な福祉用具貸与サービスを提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 恵那市社協福祉用具貸与事業所すずらん
- (4) 事業所の所在地 岐阜県恵那市明智町 1090 番地
- (5) 電話番号 0573-54-4820
- (6) 事業所長(管理者) 氏名 和戸 正紀
- (7) 当事業所の運営方針 要介護者又は要支援者及びその家族の意思と、おかれている環境・心身の特性をもとに、居宅サービス計画に沿って適切な福祉用具の選定の援助・取り付け・調整等を行い、福祉用具を貸与、販売することにより利用者の日常生活の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護するものの負担の軽減を図ることを、諸機関との連携を図り、総合的に行うこととする。
- (8) 開設年月日 平成16年10月25日
- (9) 通常の事業の実施区域 恵那市の区域とする
- (10) 第三者評価の実施状況 未実施

3. 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	勤務の態勢
福祉用具専門相談員	2人	常勤2名

4. 営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜日まで。ただし、国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで。ただし、利用者の要請に基づき、休日・早朝・夜間の対応を行うことができることとする。

5. 貸与取扱種目

サービスの種類	内 容
車椅子	自走用標準型車椅子、普通型電動車椅子又は介助用標準型車椅子に限る。
車椅子付属品	クッション、電動補助装置等であって、車椅子と一体的に貸与されるものに限る。
特殊寝台	サイドレールが取り付けられているかもしくは取り付けられるもので以下のいずれかのものである。 ・背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能 ・床板の高さが無段階で調整できる機能
特殊寝台付属品	マットレス、サイドレール等であって、特殊寝台と一体的に貸与されるものに限る。
褥瘡予防用具	次のいずれかに該当するもの。 ・送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット ・水等によって減圧による体圧分散効果をもつ全身用マット
体位変換機	空気パッド等を体の下に挿入することにより、居宅要介護者等の体位を容易に変換できる機能を有するもので、体位の保持のみを目的とするものは除く
手すり	取り付けに際し工事を伴わないものに限る。
スロープ	段差解消のためのものであって、取り付けに際し工事を伴わないものに限る
歩行器	歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、次のいずれかに該当するものに限る。 ・二輪～四輪のものにあつては、体の前及び左右を囲む把手等を有する。 ・四脚を有するものにあつては、上肢で保持して移動させることが可能。
歩行補助杖	松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、及び多点杖に限る。

認知症老人徘徊感知機器	認知症老人が屋外に出ようとしたとき等、センサーにより感知し、家族、隣人等へ通報するもの。
移動リフト（つり具の部分を除く）	床走行式、固定式又は据置式であり、かつ、身体を吊り上げ又は体重を支える構造を有するものであって、その構造により、自力での移動が困難な者の寝台と車椅子の間等の移動を補助する機能を有するもの（取り付けに住宅改修を伴うものを除く）。

6. 特定福祉用具販売取扱種目

サービスの種類	内 容
腰掛便座	次のいずれかに該当するものに限る <ul style="list-style-type: none"> ・ 和式便座の上に置いて、腰掛式に変換するもの ・ 洋式便座の上に置いて、高さを補うもの ・ 電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの ・ 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器（居室において利用可能であるものに限る）
特殊尿器	尿が自動的に吸引されるもので、居宅要介護者又はその介護を行うものが容易に使用できるもの。
入浴補助用具	座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって次のいずれかに該当するものに限る。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴用いす ・ 浴槽用手すり ・ 浴槽内いす ・ 入浴台（浴槽の縁にかけて利用するものであって浴槽への出入りのためのもの） ・ 浴室内すのこ ・ 浴槽内すのこ
簡易浴槽	空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取り水又は排水のために工事を伴わないもの。
移動用リフトのつり具	移動用リフトのつり具の部分

*なお、利用者の身体の状況や居住環境等の多様性と変化に対応できるよう、上記の厚生労働大臣の定める品目以外の多種多様な福祉用具を取り扱うものとする。

7. 利用料

各品目の利用料は、別紙の目録による。	
なお、福祉用具の搬入時にクレーン等を使用する場合は、車両賃借料等の実費を徴収する。	
また、法定代理受領サービスである場合は、その1割、2割又は3割の額とする。	
開始日が15日以前の場合	1ヶ月の貸与料の全額
開始日が16日以降の場合	1ヶ月の貸与料の半額
終了日が15日以前の場合	1ヶ月の貸与料の半額

終了日が16日以降の場合	1ヶ月の貸与料の全額
開始日と終了日が同月のとき	1ヶ月の貸与料の全額

8. 今回契約または購入した福祉用具・特定福祉用具

今回契約（販売も含む）した用具の品名、貸出日および返却日、利用料金ならび利用負担分の確認・記録は、別に定めるものとする。

9. 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域である岐阜県恵那市以外にある時は、自動車使用の場合は当事業所から指定居宅までの距離1kmあたり25円を、公共交通機関利用の場合は、その実費をいただく場合があります。

10. サービスに関する相談、商品の回収、事故対応、故障等の緊急窓口

ご利用時間	平日	午前8時30分～午後5時15分
ご利用方法	電話	0573-54-4820
	面接	恵那市明智福祉センター内 当該事業所

11. 苦情の受付

(1) 苦情受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）和戸 正紀

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

電話番号 0573-54-4820

○苦情解決責任者（職名）恵那市社会福祉協議会 常務理事

小林 規男

電話番号 0573-26-5221

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住いの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

〈第三者委員〉

名 前	連 絡 先
吉田 健市	電 話 0573-27-3507
緩目 章	電 話 0573-43-2786

(3) 行政機関その他の苦情受付期間

恵那市役所 高齢福祉課 介護保険係	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時15分 ご利用方法 電話 0573-26-2111 面接 恵那市役所
岐阜県国民健康保険 団体連合会 介護・障害課苦情相談係	ご利用時間 平日 午前9時～12時、午後1時～5時 ご利用方法 電話 058-275-9826 面接 岐阜県福祉農業会館内
岐阜県社会福祉協議会 運営適正化委員会	ご利用時間 平日 午前9時～12時、午後1時～5時 ご利用方法 電話 058-278-5136 面接 岐阜県福祉農業会館内

1.2. 虐待防止に関する事項

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (3) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者（管理者：和戸正紀）

サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1.3. ハラスメントに関する事項

事業者は、適正な指定福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与を提供する観点から、ハラスメント防止対策に関する基本方針を整備し、職場や支援現場におけるハラスメント対策の推進を行います。

1.4. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 緊急連絡先に連絡いたします。		
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	

令和 年 月 日

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与・福祉用具販売・介護予防福祉用具販売の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 恵那市社協福祉用具貸与事業所すずらん

説明者 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与・福祉用具販売・介護予防福祉用具販売の提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所 岐阜県恵那市

氏 名 印

代理人 印

注意事項説明、取扱説明書の交付及び実使用での取扱説明

種 目	品 名	注意事項説明	説明書交付	実使用説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明

上記商品中の電動車いす・移動用リフト等の使用に関する注意事項について十分説明を致しました。

福祉用具専門相談員 印

上記のとおり説明を受けました。

利用者氏名 印

適合状況の確認

お届けいたしました福祉用具の適合状況について下記のとおり確認いたしました。

設置場所	<input type="checkbox"/> 問題なし ()	<input type="checkbox"/> 要調整
取付場所	<input type="checkbox"/> 問題なし ()	<input type="checkbox"/> 要調整
操作状況	<input type="checkbox"/> 問題なし ()	<input type="checkbox"/> 要調整
身体との適合状況	<input type="checkbox"/> 問題なし ()	<input type="checkbox"/> 要調整
その他の留意点	<input type="checkbox"/> 問題なし ()	<input type="checkbox"/> 要調整

福祉用具専門相談員 印

