

# 福祉用具貸与重要事項説明書(介護予防含む)

## 1. 事業の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称 淡路市社会福祉協議会福祉用具貸与事業  
所在地 兵庫県淡路市浅野南2-40  
介護保険指定番号 2871600694

### (2) サービスを提供する地域

淡路市内 \*左記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (3) 職員体制

|           | 常勤(人) |    | 非常勤(人) |    | 常勤換算 | 指定基準 |
|-----------|-------|----|--------|----|------|------|
|           | 専従    | 兼務 | 専従     | 兼務 |      |      |
| 管 理 者     |       | 1  |        |    |      |      |
| 福祉用具専門相談員 | 1     | 1  | 1      |    | 2.8  | 2    |

### (4) 営業日及び営業時間

月曜日～金曜日 8時30分～17時15分  
(但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日までの年末年始は休業させていただきます。)  
電話連絡先 (0799)62-5214

## 2. 取扱い種目

厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目

|              |            |                            |
|--------------|------------|----------------------------|
| ① 車いす ※1     | ⑥ 体位変換器 ※1 | ⑪ 認知症老人徘徊感知機器 ※1           |
| ② 車いす付属品 ※1  | ⑦ 手すり      | ⑫ 移動用リフト<br>(つり具の部分を除く) ※1 |
| ③ 特殊寝台 ※1    | ⑧ スロープ     |                            |
| ④ 特殊寝台付属品 ※1 | ⑨ 歩行器      | ⑬ 自動排泄処理装置 ※2              |
| ⑤ 床ずれ防止用具 ※1 | ⑩ 歩行補助つえ   |                            |

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

※2…尿のみを吸引するタイプは要支援1から、尿と便の両方を吸引するタイプは要介護4以上が対象です。

\*ただし、対象外の方でも一定の条件に当てはまれば、例外的に給付が認められる場合があります。

## 3. 取扱い商品名ならびに利用料金

### ① 別紙一カタログに記載のとおり

### ② 指定福祉用具を提供した場合の利用料金は、所得に応じて一定割合をご負担いただくことになります。

尚、利用料は原則として1ヶ月単位とし、指定福祉用具貸与開始が月1日～15日の場合、1ヶ月分の利用料とし、16日～末日の場合は、その1/2とします。

また、指定福祉用具貸与終了(解約)が月1日～15日の場合、最終月の利用料は1/2とし、16日～末日の場合、1ヶ月分の利用料とします。但し、同月内での貸与開始・貸与終了の場合、係る使用料は当該福祉用具貸与の1ヶ月分とします。また、月1日～15日の入院、月16日～末日までの退院は、それぞれ半月分の利用料とします。

a. 法定代理受領分 介護報酬の告示上の額とする。

b. 法定代理受領分以外 介護報酬の告示上の額とする。

介護保険給付の支給限度額を超えるサービスは全額自己負担となります。

#### 4. その他の費用

福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合は、それに要する費用については利用者の同意を得て、実費を徴収します。

#### 5. サービス利用料金の支払い

サービス利用料金は1ヶ月ごとに計算し、1ヶ月間の請求書は利用明細を添えて利用のあった月の翌月20日頃までに利用者宅にお届けいたしますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ア. 窓口での現金支払
- イ. 自宅での集金
- ウ. ゆうちょ銀行からの自動振替

#### 6. 搬入

- ① 利用者の希望する日時に搬入致します。
- ② 搬入時には、利用者の身体・自宅の状況などに応じて福祉用具の組立て調整を行います。
- ③ 商品の機能、使用方法、使用上の留意事項、それを記載した取扱説明書をご利用者、家族に提示し、十分に説明を行った上で、必要に応じて利用者実際に当該福祉用具をご使用いただきながら、使用方法の説明を実施致します。

#### 7. 搬出

- ① 利用者の希望日時に搬出できるよう、事業所内調整をとり実施致します。
- ② 搬出時、必要に応じて即日点検を行います。
- ③ 利用者に補修代金をいただく場合があります。  
＊取扱説明書記載内容以外の使用方法の結果、著しい汚れ、または故意と思われる破損、故障にいたる等。

#### 8. 安全衛生

福祉用具貸与サービスの提供のために準備した福祉用具、及びその消毒・保管点検・運搬等について、安全衛生をふまえて適切な管理を行います。

#### 9. 秘密保持

- 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。

#### 10. 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する福祉用具貸与サービスの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サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、損害賠償を行います。
- 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。

#### 11. その他

レンタル期間中は、必要に応じて随時点検を行います。

#### 12. サービス内容に関する相談窓口・苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|                               |          |                 |
|-------------------------------|----------|-----------------|
| <b>当社</b><br><b>お客様相談コーナー</b> | 所在地      | 淡路市浅野南2-40      |
|                               | 電話番号     | (0799)82-0922   |
|                               | FAX番号    | (0799)82-0913   |
|                               | 相談員(責任者) | 池 奥 康 民         |
|                               | 対応時間     | 午前8時30分～午後5時15分 |

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

|                                                   |       |                       |
|---------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| <b>市</b><br><b>介護保険相談窓口</b>                       | 所在地   | 淡路市生穂新島8番地            |
|                                                   | 電話番号  | (0799)64-2511         |
|                                                   | FAX番号 | (0799)64-2529         |
|                                                   | 対応時間  | 午前8時30分～午後5時15分       |
| <b>都道府県</b><br><b>国民健康保険団体連合会</b><br><b>(国保連)</b> | 所在地   | 神戸市中央区三宮町1丁目9-1-1801号 |
|                                                   | 電話番号  | (078)332-5617         |
|                                                   | FAX番号 | (078)332-5650         |
|                                                   | 利用時間  | 午前9時00分～午後5時15分       |

私は、本書面に基づいて事業者の職員(職名：福祉用具専門相談員 氏名： ) から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和      年      月      日

|             |                                           |     |           |  |
|-------------|-------------------------------------------|-----|-----------|--|
| 利<br>用<br>者 | 住 所                                       | 淡路市 |           |  |
|             | 氏 名                                       |     |           |  |
|             | 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。<br>私は、本人の意思を確認しました。 |     |           |  |
|             | 本人との関係                                    |     | 署名を代行した理由 |  |
|             | 住 所                                       |     |           |  |
|             | 氏 名                                       |     |           |  |

|                      |                                                                  |                                   |       |               |
|----------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------|---------------|
| <b>事<br/>業<br/>者</b> | 当事業者は、福祉用具貸与事業として利用者の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める各種サービスについて誠実に責任を持っています。 |                                   |       |               |
|                      | 所 在 地                                                            | 兵庫県淡路市志筑新島5-1                     |       |               |
|                      | 名 称                                                              | 社会福祉法人淡路市社会福祉協議会                  |       |               |
|                      | 代表者名                                                             | 会長 小 南 廣 之                      ㊞ |       |               |
|                      | 電話番号                                                             | (0799)62-5214                     | F A X | (0799)62-5503 |