

介護予防福祉用具貸与サービス及び福祉用具貸与サービス 内容兼重要事項説明書

1. 当法人の概要は、次のとおりです。

(1) 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 佐渡ふれあい福祉会		
所在地	〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1		
代表者氏名	理事長 越渡 佳弘		
電話番号	0259(63)2300	FAX番号	0259(63)3180

(2) 事業所の概要と提供できるサービスの種類及び地域

事業所名	介護サービスセンター ふれあい館
所在地	〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1
電話・FAX番号	TEL 0259(63)2300 / FAX 0259(63)3180
提供可能サービス及び介護保険指定番号	介護予防福祉用具貸与、福祉用具貸与 新潟県1572200846号 (平成17年9月1日)
サービス提供地域	佐渡市

(3) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	備考
管理者		1人		1人	常勤で兼務
福祉用具専門相談員	厚生労働大臣指定講習修了	2人以上		2人以上	

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日
営業時間	午前8時30分から午後6時00分(日曜日は午後5時30分 但し、ご要望により、時間外も随時対応します。)

2. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

在宅において、要支援・要介護状態やそれに準ずる状態にあるものに対し、適切な介護サービスを提供することにより、生きがいや生活への満足感、自立能力の維持向上等を目指すとともに、その家族の身体的・精神的な負担の

軽減を図ります。

(2) 運営方針

ア. 介護予防福祉用具貸与

- ①心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に関するサービス提供を行います。
- ② 意欲を高めるような適切な働きかけを行い、自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。

イ. 福祉用具貸与

- ① 利用者本位を基本とし、利用者本人の意思・人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めます。
- ② 地域福祉の向上のために、各関係機関との密接な連携を図ります。

3. サービスの内容

- (1) 利用者に提供するサービスは、「介護予防福祉用具貸与」及び「福祉用具貸与」です。

「介護予防福祉用具貸与」

介護予防福祉用具貸与は、要支援者に必要な福祉用具（要介護者等の日常生活上の便宜、又は機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるためのものをいいます）のうち、厚生労働大臣が定めた種目の用具を貸与することによって、日常生活の自立を支援するサービスです。

「福祉用具貸与」

福祉用具貸与は、要介護者等に必要な福祉用具のうち、厚生労働大臣が定めた種目の用具を貸与する介護保険上のサービスです。

- (2) 事業者は、利用者の心身の状況、希望、居住環境等を踏まえて、適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行います。また、一部の福祉用具については、貸与と販売のいずれかを選択できるよう十分説明を行うとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行います。
- (3) 福祉用具の提供に当たっては、利用開始後 6 月以内に少なくとも 1 回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行い、モニタリング結果を介護支援専門員に交付します。

(3) 本契約期間中、次の福祉用具を貸与します。

種 目	品名・仕様	個数	貸 与 期 間
車いす			年 月 日～契約終了日まで
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			
歩行補助杖			
認知症老人徘徊感知機器			

(4) 用具の故障等の際には、迅速に必要な対応を行います。

- ① 用具導入後、電話、又は訪問により、利用者及びその家族が、用具を安全に使用できているか、又、利用者の身体に合ったものかどうかの確認を行います。

(5) 貸与期間

貸与開始日とは、原則、商品を利用者宅へ納品した日とします。又、貸与終了日とは、電話等で連絡をいただいた日とします。

(6) ご利用いただく福祉用具の種目、品名、仕様、又は貸与期間において変更及び追加が発生した場合は、別途書面で確認します。また入院等で、貸与を一時中断した後に貸与を再開する場合も同様とします。

4. 担当の配置

専門相談員等は、次のとおりです。

専門相談員 指定講習修了者 2名以上

5. 利用者負担金

- (1) 利用料金は、別紙単品利用料金明細表の記載金額で、暦月単位の月割りで月払いとします。但し、貸与開始日が、月の16日から末日までの間（以下「月後半」といいます）である場合は、その月の利用料金は、

月額額の2分の1とします。又、貸与終了日が、月の初日から15日までの間（以下「月前半」といいます）にある場合も、その月の利用料金は、月額額の2分の1とします。なお、開始日と終了日が同月の前半、又は後半のみにある場合は、月額額の2分の1とし、開始日と終了日が月前半と月後半にまたぐ場合は、月額料金をいただきます。

- (2) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が介護保険制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。
- (3) 利用料金の支払いは、**契約書第4条**のとおりです。

6. キャンセル

- (1) 利用者が、福祉用具の貸与を開始される前に、その全部、又は一部の利用を中止する場合には、貸与開始の前日までに、次の連絡先（又は前記の専門相談員又は管理者責任者の連絡先）までご連絡ください。
連絡先（電話）：0259(63)2300
- (2) 前日までに連絡がない場合は、次のキャンセル料をいただくことになります。（但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

時 期	キャンセル料
貸与開始の前々日まで	無料
貸与開始の前日まで	無料
貸与開始の当日で、既に福祉用具の運送作業等に着手している場合	利用者負担金の月額額の100%

- (3) 福祉用具の貸与を開始した後でも、1週間の予告期間を置いて、貸与契約の全部、又は一部を解約することができます（**契約書5条**）。

7. 相談・要望・苦情・緊急時の連絡窓口

福祉用具貸与に関する相談・要望・苦情・緊急時は、管理責任者、又は専門相談員が、下記窓口で対応いたします。

苦情窓口の名称	社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会
電 話 番 号	0259-63-2300
F A X	0259-63-3180
対 応 日 時	月曜～日曜日 午前8時30分～午後6時00分（日曜日は5時30分）
対 応 者	市橋 英樹（管理責任者） 藤井 静香（専門相談員） 石川 良生（専門相談員）

また、サービスに関する苦情は、次の窓口へ直接申し出ることもできます。

申し出先	電話番号	部署名
佐渡市の介護保険担当 窓口	0259-63-3790	高齢福祉課介護保険係
新潟県国民健康保険団 体連合会の苦情受付窓 口	025-285-3022	介護サービス相談室

8. 第三者による評価の実施状況等

第三者による 評価の実施状 況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

10. 身体拘束について

事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

11. その他

- (1) 利用者は、福祉用具の通常の利用方法等に従って、使用及び管理していただきますようお願いします。
- (2) 契約期間中に、利用者の過失、又は重過失により焼失、損害、汚損、その他の事由により返却できない状態にしてしまったときは、速やかに事業者連絡するものとし、修復等の費用負担は、原則として、利用者が負担するものとします。
但し、費用負担等は利用者と事業者が話し合いのうえ決定するものとします。
- (3) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

以上のとおり、福祉用具貸与サービスの提供に関する契約を締結します。

契約が成立したことの証として、本契約書を2通作成し、利用者および事業者記名押印のうえ、それぞれ1通を保有します。

年 月 日

利用 者	私は、以上の契約内容について説明を受け、内容を確認しました。 私は、この契約書で確認するサービスの利用を申し込みます。		
	ご住所	〒 - 新潟県佐渡市 電話番号（ ）	
	お名前	印	
代 理 人 又 は 立 会 人	※ 代理人 私は、本人に代わり上記署名を行いました。私は本人の契約意思を確認しました。 ※ 立会人 私は、以上の契約内容について説明を受け内容を確認しました。		
	本人との関係		代理人の場合 署名を代行した理由
	ご住所	〒 - 電話番号（ ）	
	お名前	印	
事 業 者	当事業者は、サービス事業者として利用者の申込みを受諾し、この契約に定めるサービスについて誠実に責任をもって行います。		
	所在地	〒952 - 1209 新潟県佐渡市千種58番地1 電話番号0259 (63) 2300／FAX番号0259 (63) 3180	
	事業者名	社会福祉法人 佐渡ふれあい福祉会 理 事 長 越 渡 佳 弘 印	
	説明者	福祉用具専門相談員氏名 印	

(家族代表) 私は、第9条(守秘義務及び個人情報保護並びに個人情報の利用目的)に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 ご 住 所
 お 名 前
本人との関係

印