

重要事項説明書（福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与）

事業所概要

事業所名称	株式会社ケアコネクト
事業所所在地	沖縄県浦添市沢岬2丁目9番1号
法人種別	営利法人
代表者氏名	仲間 清章
法人設立年月日	H25.3.29
電話番号	098-878-1975(つながらない場合:070-5480-4407)
ファックス番号	098-800-1736

1・事業の目的及び運営の方針

（事業の目的）株式会社ケアコネクトが開設する沖縄県指定福祉用具貸与事業所（以下「事業所」）が行う特定福祉用具貸与の事業（以下「事業」）の適正な運用を確保するため人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の専門相談員その他の従業員（以下「専門相談員」）が要介護状態にある高齢者に対し、適切な福祉用具（法第七条七項により厚生大臣が定める福祉用具を言う）を提供することを目的とする。

（運営の方針）事業所の専門相談員は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境をを踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、調整を行ない、福祉用具を貸与することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るよう支援する。事業の実施に当たっては、関係各市町村、地域の保険・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。

2・従業員の職種、員数及び職務内容

管理者1名

事業所の管理

福祉用具専門相談員2名以上

福祉用具貸与の提供にあたる

3・営業日及び営業時間

営業日：月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝日、12月30日から

1月3日・ウーケイ(旧7月15日)を除く。

営業時間：(月曜日～金曜日)午前9時から午後6時までとする。

4・指定福祉用具貸与の提供方法、

取り扱う種目及び利用料その他の費用の額

①車椅子 ②車椅子付属品 ③特殊寝台 ④特殊寝台付属品 ⑤床ずれ防止用具 ⑥体位変換器 ⑦手すり

⑧スロープ ⑨歩行器 ⑩歩行補助杖 ⑪認知症老人徘徊感知機器 ⑫移動用リフト(吊具部分を除く)

⑬自動排泄処理装置

※利用料は別紙契約書に記載されている通りとする。

※通常実地地域外における搬入・搬出に掛かる金額および特殊な環境において

掛かる費用においては御見積りを行い、合意の上で実費徴収致します。

※介護保険による利用の際は介護保険負担割合証に基づく割合により自己負担額を徴収致します。

5・福祉用具の選択制について

以下の項目の用具について、10ヵ月から1年を超える利用が見込める場合、購入を選択した方がメリットが高い可能性があります。ただし、アセスメントや医療職などとの意見の統一が必要となります。

固定用スロープ (医療職の助言が必要)	段差のある場所にブロック状のスロープを敷き、高齢者の歩行、車椅子での移動を楽にするもの。
歩行器 (医療職の助言が必要)	足に痛みがある場合や、筋力の低下でバランスをうまく取れない方が体を支えながら歩行するための福祉用具。歩行車は除く。
歩行補助杖 (医療職の助言が必要)	T字型になっており、地面と接する先端が1点であるため、単点杖と呼ぶ。歩行する際に安定感を出してくれるため、脚力が弱っている、足に痛みがある場合の歩行に役立つ。松葉杖は除く。単点杖とは異なり、地面に接する先端が3～4本に分かれている杖のこと。単点杖より安定感が増すため、単点杖では不安定さを感じる方などに向いている福祉用具。

6・モニタリングの実施：6ヵ月以内(毎)に少なくとも一度、訪問、お電話などの方法で確認が義務づけられています。

7・通常の事業の実施地域

浦添市・那覇市・豊見城市・南風原町・西原町

福祉用具におけるご不明な点・苦情について

お客様相談・苦情担当 TEL:098-878-1975 担当:仲間 清章

※ 緊急連絡先 携帯:070-5480-4407 代表者:仲間 清章

お住まいの地域においても公的機関に相談・苦情ができます。

浦添市役所代表電話番号 098-876-1234	那覇市役所代表電話番号 098-862-9010
豊見城市役所代表電話番号 098-850-0024	南風原町役場代表電話番号 098-889-4415
西原町役場代表電話番号 098-945-5011	その他の地域に関してはご連絡ください。

※ 事故発生においては、当社へご連絡ください。状況により、保証が適応される場合があります。

※ 個人情報使用に関しては、別紙同意書を頂いております。

6・その他、レンタルに関してのお伝えしたいこと

1・利用開始日より1か月以内の解約は月額レンタル代金全額のご請求となります。
2か月目以降は当月1日から15日以内の解約で月額レンタル料の半額、16日から
末日までの解約で月額レンタル料全額のご請求となります。

2・自己負担額は、介護保険自己負担割証を元に金額が異なります。

3・ご利用のキャンセル適応に関しては、開始日より3日以内を原則とします。

4・福祉用具の破損及び損害については、自然破損・経年劣化などに関する破損に
関しては交換やその場での補修で対応させていただきます。故意もしくは重大な過失に
おける破損におきましては、お客様ご負担になる場合がありますのでご了承ください。

5・入院時の利用金額に関しましては、原則介護保険の請求に準じます。
状況により、対応が異なる場合はご連絡させていただきます。

6・その他、ご不明な点があればご連絡ください。

以上の重要事項説明書の内容を説明致しました。

事業所名称: 株式会社ケアコネクト
事業所住所: 沖縄県浦添市沢岬2-9-1

担当説明者 :
担当者携帯 :

株式会社ケアコネクトの説明者より、重要事項説明書の説明を受けました。

年 月 日

利用者 氏名:

利用者
代理等 氏名:
