

令和 年 月 日

## 「福祉用具貸与」重要事項説明書

福祉用具貸与サービスステーションすみれ

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(沖縄県指令第 1604 号)

当事業所はご契約者に対して福祉用具貸与サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

### ◇ ◆目次◆ ◇

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・・・・・	2
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	3
6. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5

## 1、事業者

- |           |                |
|-----------|----------------|
| (1)法人名    | 社会福祉法人 おもと会    |
| (2)法人の所在地 | 沖縄県那覇市天久1000番地 |
| (3)電話番号   | 098-862-1000   |
| (4)代表者氏名  | 理事長 石井 和博      |
| (5)設立年月日  | 昭和47年5月9日      |

## 2、事業所の種類

- |           |                             |
|-----------|-----------------------------|
| (1)事業所の種類 | 福祉用具貸与事業所                   |
|           | 平成12年3月27日指定                |
|           | 介護保険事業者番号477280035号         |
|           | ※当事業所は介護老人福祉施設すみれに併設されています。 |

(2)事業所の目的

在宅の老人に対して、福祉用具貸与サービスを提供することによって、老人の QOL 向上、心身機能の維持向上等を図るとともに、その家族の身体的、精神的な負担を軽減することを目的とする。

(3)事業所の名称 福祉用具貸与サービスステーション すみれ

(4)事業所の所在地 沖縄県豊見城市字渡嘉敷 1 5 0 番地

(5)電話番号 0 9 8—8 5 1—0 1 0 1

(6)事業所長(管理者)氏名 平良 智秀

(7)事業所の運営方針

1、当事業所は、介護保険法による要支援～要介護度 5 と認定された 1 号保険者で、居宅においての生活の援助、心身機能の向上の一助となるように福祉用具を貸与し、その家族の身体的、精神的な負担の軽減を図る。

(8)開設年月 平成 1 2 年 4 月 1 日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)通常の事業の実施地域 豊見城市、那覇市、糸満市、南風原町、八重瀬町、南城市  
与那原町、西原町

(2)営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日	
受付時間	月～金	8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分
サービス提供時間	月～金	8 時 3 0 分～1 7 時 3 0 分

(3)取り扱い説明・注意事項

使用する福祉用具の取り扱い説明書をお渡しし、使用方法及び取り扱い上の注意事項の説明をいたします。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定福祉用具貸与サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長(管理者)	兼務 1 名	
2. 専門相談員	常勤 2 名以上	2 名

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総称を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(例：週 4 0 時間)で除した数です。

(例)週 8 時間勤務の専門職員が 2 名いる場合、常勤換算では、1 名  
(8 時間× 2 名÷ 4 0 時間＝ 1 名)となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 専門相談員	勤務時間 0 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

- |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。 |
|-----------------------------------------------------------|

### (1)介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常 9 割)が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

以下の 13 項目について貸与する。(料金についてはカタログを御参照ください。)

- ① 車椅子貸与
- ② 車いす付属品貸与
- 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 認知症徘徊感知器
- ⑫ 移動用リフト
- ⑬ 自動排泄処理装置

#### <サービス利用料金(1回あたり)>

下記の料金表によって、利用料金から介護保険給付費額(7割～9割)を除いた金額(自己負担額)1割～3割を負担割合に応じてお支払いください。

1、サービス利用料金	サービスを受けられる機器の1ヶ月の金額
2、うち、介護保険から給付される金額	7割～9割
3、サービス利用に係る自己負担額(1－2)	1割～3割

☆ ご契約者がまだ要介護認定をうけていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記述した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

### (2)介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

#### <利用料金>

- ① 介護保険給付対象外の機器の利用を希望された場合

#### (3) 利用料金のお支払い方法

前期(1)、(2)の料金・費用は、サービス利用終了時に、その都度お支払いください。

#### (4) 利用中止、変更、追加

- ご契約者の都合により、福祉用具貸与サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することが出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日までに居宅介護支援事業者に申し出てご相談ください。
- ご契約者の体調不良等正当な事由で入院になった場合は、この限りではありません。

ご利用月の15日までに申し出があった場合	50%
ご利用月の15日以降に申し出があった場合	50%

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、契約者に提示して協議します。

## 7. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付ます。

○苦情受付窓口 担当者 「職名」福祉用具専門相談員 新崎文子・比嘉一滋・新里聰  
○受付時間 毎週 月～金曜日まで  
08:30～17:30

○電話：098-851-0101 / Fax：098-851-0200

また、苦情受付ボックスを1階に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

豊見城市役所 社会福祉課介護長寿係	所在地 豊見城市字翁長854番地の1 電話番号 098-850-0101 FAX 098-851-0200 受付時間 09:00～17:00
国民健康保険団体連合会 介護苦情相談	所在地 那覇市西3丁目14番18号 電話番号 098-860-9026 FAX 098-860-9026 受付時間 09:00～17:00
沖縄県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 那覇市首里石嶺町4-373-1番地 電話番号 098-887-2000 FAX 098-887-2024 受付時間 09:00～17:00

## 8. 情報の開示について

利用者本人からの要請に基づき、利用者本人の情報についての開示依頼があった場合は、その要請に基づき情報を開示する。

令和 年 月 日

福祉用具貸与サービス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。

福祉用具貸与サービスステーション すみれ

説明者職名 専門相談員 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、福祉用具貸与サービスの提供開始に同意し、**交付を受けました。**

利用者住所

氏 名 印

代筆者住所

氏 名 印