

# 重要事項説明書

(福祉用具貸与)  
(予防福祉用具貸与)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： 株式会社 ふくはち



## 重要事項説明書

あなた様に対する福祉用具貸与サービスおよび介護予防福祉用具貸与サービスの提供の開始にあたり（福祉用具）厚生省第37号第197条に基づいて、（介護予防福祉用具貸与）厚生省令35号269条に基づいて、当事業者があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 株式会社ふくはち 福祉用具ふくはち（介護予防福祉用具 ふくはち）の概要

#### (1) 概要

事業者名称	株式会社 ふくはち
代表者氏名	代表取締役 榎本 重敏
本店所在地 (連絡先)	大阪府泉南市信達大苗代 765 電話 072-480-2025 FAX072-480-2005
所在地	大阪府泉南市信達大苗代 765
管理者名	榎本 重敏
電話番号 (緊急時の連絡先)	電話番号 072-480-2025 緊急時の連絡先 090-7553-5070
FAX番号	072-480-2005
事業所番号	2775600576
サービス提供地域	泉南市、阪南市、岬町、田尻町、泉佐野市、熊取町 ※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。
取扱品目	車椅子、車椅子付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具、体位変換機、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助杖、認知症老人徘徊感知器移動用、リフト、入浴用リフト、段差解消機、立ち上がり用いす、スライディングボード、六輪歩行器、自動排泄処理装置

#### (2) 事業の目的

- 福祉用具貸与サービス  
要介護状態にある高齢者に対し、適切な福祉用具貸与サービスを提供することを目的とします。
- 介護予防福祉用具貸与サービス  
要支援状態にある高齢者に対し、適切な福祉用具貸与サービスの提供することを目的とします。

#### (3) 当事業所の職員体制

職名	資格等	常勤	非常勤	兼務の別	合計
従業者数総数	—	2名	3名	有	5名
管理者	福祉用具専門相談員	1名	1名	有	1名
従業者	介護福祉士	2名	2名	有	4名

#### (4) 営業日および営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとします。ただし、12月29日から1月3日を除きますが、対象者の状況によってはこの限りではありません。
営業時間	原則午前9時から午後5時までとします（土曜日9時～13時）。ただし、対象者の状況によってはこの限りではありません。
	365日・24時間、電話等により常時連絡が可能な体制としています。連絡先 072-480-2025

## 2 当事業所の特徴等

### 運営の方針・特徴

<p>・福祉用具貸与サービス</p> <p>要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、適切な福祉用具の選定援助・取り付け・調整などを行い、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本人を介護する者の負担に軽減を図るため福祉用具を貸与します。事業の実施にあたっては、関係機関と連携を図り、総合的なサービスに提供に努めます。</p> <p>・介護予防福祉用具貸与サービス</p> <p>要支援者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、適切な介護予防福祉用具の選定援助・取り付け・調整などを行い、要支援者の生活機能の維持又は改善を図るため福祉用具を貸与します。事業の実施にあたっては、関係市町村、保健・医療・福祉サービスとの線密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>
--

## 3 サービス利用料金

### (1) 利用料

貸与する福祉用具のレンタル料金および利用者負担金は、次の記載のとおりです。  
1カ月単位でのご利用となります。

種目	レンタル物品名	レンタル日	利用料	利用者負担
車いす				
車いす付属品				
特殊寝台				
特殊寝台付属品				
六輪歩行器				
自動排泄処理装置				
床ずれ予防用具				
手すり				
スロープ				
歩行器				
歩行補助杖				
徘徊探知機器				
移動用リフト				
合計				

ただし、車いす（自走用タイプ、介助用タイプ、リクライニング車いす、電動車いす）、車いす付属品（クッション）、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ予防用具、体位変換機、徘徊探知機器（ワイヤレス徘徊検知セット）、移動用リフト（釣り具の部分を除く）については、介護予防福祉用具貸与サービス利用者で、利用計画において一定の例外と認める利用者に対してのみ貸与を行います。

\*月中の契約開始、契約終了につきましては以下の通りとなります。

区 分	内 容	料 金	自 己 負 担 額
レンタル開始日 (医療機関退院日)	15 日以前に使用開始	1 か月分の全額	レンタル額の 1 割
	16 日以降に使用開始	1 か月分の 1/2 の額	
レンタル継続月	1 日から月末まで使用	1 か月分の全額	※負担割合が 2 割の 場合があります
レンタル終了日 (医療機関入院日)	15 日以前に使用終了	1 か月分の 1/2 の額	
	16 日以降に使用終了	1 か月分の全額	

但し同月内で貸与開始・貸与終了の場合は、係る使用料は当該福祉用具貸与の 1 ヶ月分とします。

## (2) 搬入・搬出等について

○搬入・搬出につきましては、お客様の希望される日時・場所に従います。

遠慮なくお申し出ください。

○基本的に、搬入搬出費用はサービス料金に含まれて下ります。ただし、以下の場合には別途料金をご負担いただくことがあります。

- ・搬入・搬出に特別な作業を必要とする場合
- ・遠隔地、当社の営業地域以外への搬入・搬出（路程から 10 分ごと 150 円）
- ・お客様の都合による貸与品の移動等

## (3) 交通費等

上記 1 の (1) のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、専門相談員が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことがあります。

## (4) 利用料のご請求等について

○利用者負担金の支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求をいたしますので、月末以内にお支払いください。お支払い確認後、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、郵便局自動払い、現金集金の 3 通りの中から選んでいただけます。

○ご利用料金の滞納

ご利用料金が 3 カ月滞納し、ご請求にも関わらずお支払いいただけない場合には、貸与品を引き上げさせていただく場合がございます。

## (5) 複数商品の提示等

①機能や価格帯の異なる複数の商品を提示いたします。

②商品の特徴や価格帯に加え、該当商品の全国平均価格を説明します。

## 4 その他サービスご利用上の留意点

### (1) サービスの更新

本契約の有効期間は1カ月としますが、毎月更新日を1日とし、前月末日までにサービス終了のご連絡がない場合には、さらに1カ月同条件で更新されたものとします。

### (2) サービスの終了・変更

ア ご利用者のご都合で福祉用具貸与および介護予防福祉用具サービスを終了・変更を希望される場合は担当の居宅介護支援専門相談員か、前記の管理者までにお申し出ください。利用者の方又は利用者の家族の方から連絡をいただいた日が終了日・変更日となります。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事業により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。

#### ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合

#### エ その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

### (3) 一時入院・入所の場合

1カ月未満の一時入院・入所の場合契約料金としますが、1カ月を超える場合には、契約に関わらず、全額自己負担になることがありますので、あらかじめご了承ください。

### (4) 貸与品の点検等

貸与品導入時に、取扱説明及び事故防止の観点でのご注意を指導させていただきます。また、定期的に電話等での使用状況確認、または出張にての点検をさせていただきます。

不具合や事故が生じた場合は、早めのご連絡をお願いいたします。

### (5) 貸与と販売の選択制について

選択制の対象福祉用具の提供にあたっては、福祉用具専門相談員が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととするとともに、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、提案を行なうものとします。

## 5 秘密保持と個人情報の保護の取扱いにつきまして

当事業者及び当事業者の従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。当事業者は、利用者から予め文章で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても予め、文章で得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

## 6. 情報開示につきまして

当社は、ご利用者の皆様のお求めに従って、お客様ご自身に関する情報(ご利用者記録、サービス提供記録、その他)を開示しております。ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、書面にてご本人様のご了解を得てからになります。あらかじめご了承ください。

## 7 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う福祉用具貸与の提供により、事故が発生した場合には(1)の担当者宛にご連絡をお願いいたします。速やかに利用者の家族に連絡を行うとともに必要に応じて、ケアマネジャー、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます

当事業所のサービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を含めて対応いたします。(当事業所は共栄火災海上保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。)

## 8 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な事項を講じます

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護の取り組める環境の整備に努めます。

## 9 身体拘束の禁止

原則として、利用者様の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者様及び家族様へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、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について記録します。

## 10 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

<b>【事業者の窓口】</b> 福祉用具 ふくはち 代表 榎本 重敏	受付時間 24時間 電話番号 072-480-2025 ファックス 072-480-2005 携帯電話 090-7553-5070
<b>【市町村の窓口】</b> 泉南市役所 高齢障害介護課  阪南市役所 介護保険課  岬町役場 高齢福祉課  田尻町役場 介護健康課 (田尻町総合保険福祉センター内)  泉佐野市役所 介護保険課  熊取町役場 介護サービス課 (熊取ふれあいセンター内)	受付時間 9時から17時まで 電話番号 072-483-0001  電話番号 072-471-5678  電話番号 072-492-2001  電話番号 072-466-8811  電話番号 072-463-1212  電話番号 072-452-1001
<b>【公的団体の窓口】</b>  大阪府国民健康保険団体連合会	受付時間 9時から17時まで  電話番号 066-949-5418 ファックス 066-949-5417

### 1.1 苦情処理の体制及び手順

苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡します。)

### 1.2 写真に係る同意

当事業所は福祉用具の選定にあたりご利用者様の住環境を把握するため写真撮影を行い写真(画像)を活用する場合があります。但し活用した写真(画像)は一切関係者以外に漏れないよう厳重に管理し適正な保管に努めます。

同意する

同意しない

### 1 3 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族様	氏名	
	連絡先	( )
主治医への 連絡基準		

### 1 4 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無し
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の状況	

令和 6年 月 日

説明事項確認書

- ①福祉用具の貸与にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。
- ②福祉用具の「取扱説明書をお渡し」し、「福祉用具を使用して」取扱に関して説明を行いました。
- ③福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を行いました。

事業所 大阪府泉南市信達大苗代765

名称 福祉用具ふくはち

説明者氏名

- ①私は福祉用具の「取扱説明書」を受け取り、「用具を使用した取扱説明」を受けました。
- ②私は福祉用具の利用に関して、「事故防止のための注意事項」について説明を受けました。

ご利用者 住所

氏名

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。  
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます)

住所

氏名

ご利用者との関係

親族 ( 続柄: )

成年後見人

代理人

\*確認資料をお見せいただく場合がございます。

あらかじめご了承ください。