

特定（介護予防）福祉用具販売 重要事項説明書

1. 事業者概要

（１）提供できる居宅サービスの種類と地域

事業者名称	ソーケンメディカル株式会社	
主たる事務所の所在地	京都市右京区西院東貝川町4番地5	
法人種別	株式会社	
代表者名	代表取締役 西 野 尚 記	
電話番号	０ ７ ５－６ ９ １－８ ０ ８ ０	
F A X 番号	０ ７ ５－６ ９ １－８ ２ ９ ４	
事業所番号	指定事業所番号 ２ ６ ７ ０ ５ ０ ０ １ ６ ０	
サービス提供地域	京都府	京都市 向日市 長岡京市 宇治市 城陽市 京田辺市 亀岡市 八幡市 木津川市 南丹市 久御山町 大山崎町 井手町 精華町 和束町 笠置町 宇治田原町 京丹波町
	大阪府	島本町 高槻市
	兵庫県	丹波市 篠山市
	滋賀県	大津市
	奈良県	奈良市

サービス地域以外は10kmにつき¥1,000の交通費を頂きます。特別な搬入費用が必要な時は事前に文書で通知いたします。

（２）当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	福祉用具専門相談員	1名		あり	1名	従業者及び業務の管理
専門相談員	介護福祉士	1名		あり	1名	特定（介護予防）福祉用具販売の提供にあたる
	介護福祉士	1名		なし	1名	
	福祉用具専門相談員	6名		あり	6名	
	福祉用具専門相談員	5名		なし	5名	

（３）サービスの提供時間帯

月曜日～土曜日	午前9時～午後5時30分	休業日	第2土曜日、第4土曜日、第5土曜日、日曜、祝日、8月13日～16日、12月29日～1月4日
---------	--------------	-----	---

2. 当事業所の特徴等

（１）理念

福祉・介護・住まいを通じてお客様の課題を解決し、全社員が物心両面の豊かな人生を歩み、地域発展に寄与できる企業となる

（２）行動指針

- ①スピード対応を常に心がけ行動する
- ②人柄（マナー）向上のため自己研鑽する
- ③状況と的確に把握し柔軟に対応する
- ④知識・知恵を日々習得し実務に生かす

（３）運営の方針

- ①事業の実施にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ②本事業所が実施する事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の状況・希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、特定福祉用具を販売することにより、利用者の日常生活の便宜を図り、利用者を介護する者の介護負担を減らすものとし、特定介護予防福祉用具を販売することにより、利用者の心身機能の維持向上を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- ③事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係各市町村、地域の保健・医療・福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。
- ④事業所は、介護保険法その他の法令、「京都市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成25年1月9日京都市条例第39号）」「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」及び「指定介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）」等に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（２）サービス利用のために

事項	備考
福祉用具の販売	福祉用具の購入を希望される方はご相談ください。
従業員への研修実施	① 採用時研修を入社6ヶ月以内に行う。② 継続研修を年1回実施する。③ 新商品が発売された時（随時）

3. サービスの内容

- （１）「特定（介護予防）福祉用具販売」は、要介護者又は要支援者に必要な福祉用具のうち、厚生労働大臣が定めた種類の用具を販売する介護保険制度上のサービスです。
- （２）事業者は、利用者の心身の状況、希望、置かれている環境等を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付、調整等を行います。
- （３）取り扱い品目
 - ・腰掛便器 ・自動排泄処理装置の交換可能部品 ・入浴補助用具 ・簡易浴槽 ・移動式リフトの吊り具
 - ・固定用スロープ ・歩行者（歩行車を除く）・単点杖（松葉づえを除く）及び多点杖
- （４）事業者は、福祉用具サービス計画を作成し、利用者又はその家族に対して説明を行い、利用者の同意を得た上で、福祉用具サービス計画を交付します。
- （５）福祉用具サービス計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿って作成します。

（６）指定特定（介護予防）福祉用具販売の種目、品名及び販売費用について

種目	商品名	購入費用

4. サービス内容に関する苦情

（１）当事業所のお客様相談・苦情窓口

担 当 者 滝村易史
電 話 075-691-8080 F A X 075-691-8294
受 付 日 土、日、祝日、8月13日～16日及び12月29日～1月4日を除く毎日
受 付 時 間 午前9時～午後5時

（２）その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

京都府国民健康保険団体連合会	所 在 地	京都市下京区烏丸四条下る水銀屋町620番地COCOON烏丸		
	電 話	075-354-9090	受 付 時 間	午前8時30分～午後5時15分
市町村介護保険相談窓口	所 在 地	別紙参照		
	電 話		受 付 時 間	

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏 名			
	連 絡 先		電 話 番 号	
ご家族	氏 名			
	連 絡 先		電 話 番 号	

6. 事故発生時の対応

1. 特定福祉用具販売にかかる利用者に対する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、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に報告を行うとともに、必要な処置を講ずるものとする。
2. 事業所は、サービスの提供に伴って事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うものとする。
3. 事業所は、前項の損害賠償のために損害賠償任意保険に加入する。

7. 秘密保持について

- （１）当該事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- （２）従事者であった者が、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従事者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とする。
- （３）事業者が得た利用者又はご家族の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又は家族の同意を、あらかじめ得るものとする。

8. 納品時の確認事項

- （１）特定（介護予防）福祉用具販売を利用する場合は、被保険者であることを確認し担当ケアマネジャー様の同意を得てサービス調整しております。
- （２）福祉用具の取扱説明書をお渡しして取り扱いについて使用しながら説明しました。
- （３）福祉用具の利用について、事故防止のための注意を説明しました。
- （４）個人情報の取り扱いについて説明しました。
- （５）納品時に福祉用具の利用者様へのフィッティング・調整・引渡し前の事前点検を実施しました。

9. 人権擁護・虐待防止に関する事項について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- （１）虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができます。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- （２）虐待防止のための指針の整備
- （３）虐待を防止するための定期的な研修の実施
- （４）前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

10. 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」といいます。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 1 . 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	あり	実施日	2022. 11. 16
		評価機関名称	NP0法人きょうと介護保険にかかわる会
		結果の開示	あり

以上、福祉用具の販売にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業所

所在地

〒601-8316
京都府京都市右京区西院東貝川町4番地5

名称

ソーケンメディカル株式会社

説明者氏名

\$ {担当者}

印

私は本書面により、事業者から福祉用具購入についての重要事項の説明を受け納品時の確認事項(1)から(5)についても確認し、同意しました。

私は事業者より重要事項説明書の交付を受けました。

購入者	家族（続柄）・法定代理人
〒	〒
住 所	住 所
氏 名	氏 名
印	印
電話番号	電話番号