

# (介護予防) 福祉用具貸与 重要事項説明書

## 1. 事業者概要

### (1) 指定(介護予防) 福祉用具貸与を提供する事業者について

事業者名称	ソーケンメディカル株式会社
事務所の所在地	京都府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	075-691-8080
FAX番号	075-691-8294
事業所番号	2670500160

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 八幡市 京田辺市 亀岡市 南丹市 木津川市 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	高槻市 島本町
	兵庫県	丹波市 篠山市
	奈良県	奈良市
	滋賀県	大津市

### (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	(介護予防) 福祉用具貸与の提供にあたる
	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) サービス提供の時間帯

月曜日～土曜日	9:00～17:30
休業日	第2土曜日、第4土曜日、第5土曜日、 日曜日、祝日、8月13日～16日、12月29日～1月4日

## 2. 当事業所の事業目的及び運営方針

### (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) 行動規範

- ①スピード応対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応対する
- ④知識・知恵を日々習得し実務に生かす

### (3) 事業の目的

ソーケンメディカル株式会社が行う指定福祉用具及び指定介護予防福祉用具の貸与事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の専門相談員が要介護状態又は要支援状態の利用者に対し、適切な指定福祉用具貸与及び指定介護予防福祉用具貸与を提供することを目的とする。

### (4) 運営の方針

- ①事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、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事業所の専門相談員は、利用者が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、希望及びそのおかれている環境を踏まえた指定福祉用具及び指定介護予防福祉用具の選定の援助、取り付け及び調整等を行い、指定福祉用具及び指定介護予防福祉用具を貸与することにより利用者の日常生活の便宜を図り、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。
- ③事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村・他の居宅サービス事業者・その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者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等の事業の人員、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。

### 3. サービスの内容

(1) 「(介護予防) 福祉用具貸与」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目の用具を貸与する介護保険制度上のサービスです。

(取扱品目) ※要介護度によっては例外給付の場合を除き、貸与対象種目でない用具がございます。

車椅子 車椅子付属品 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 歩行補助つえ 認知症老人徘徊感知機器 移動用リフト 自動排泄処理装置

- (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) 事業者は、利用者の身体の状況に応じて福祉用具の調整を行うとともに、当該福祉用具の使用方法、使用上の留意事項、故障時の対応等を説明し、必要に応じて利用者に実際に当該福祉用具を使用していただきながら、使用方法の指導を行います。
- (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) 福祉用具サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。
- (7) 指定(介護予防) 福祉用具貸与の提供にあたっては、居宅介護支援事業所が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。
- (8) 指定(介護予防) 福祉用具貸与の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (9) 指定(介護予防) 福祉用具貸与の実施ごとに、その貸与の開始日及び終了日、種目及び品名、利用料、福祉用具の使用状況等についての記録を行うこととし、その記録は5年間保存します。

### 4. 利用料

福祉用具のレンタル料金は月額とし、別添のカタログのとおりとします。なお、当該指定(介護予防) 福祉用具貸与サービスが法定代理受領サービスであるときは、本人負担分の支払いを受けるものとします。但し、介護保険料の未払いや、介護保険の給付範囲を超えるサービスの利用など、利用者側の事由により負担額が変動することがあります。

- (1) 利用料 ※商品利用明細書は別紙のとおりです。
- (2) レンタル料金の計算方法は下記のとおりとします。
- (ア) レンタルの開始日が当該月の15日以前の場合・・・1ヶ月分全額  
(イ) レンタルの開始日が当該月の16日以後の場合・・・1ヶ月分の1/2  
(ウ) レンタルの終了日が当該月の15日以前の場合・・・1ヶ月分の1/2  
(エ) レンタルの終了日が当該月の16日以後の場合・・・1ヶ月分全額  
但し、レンタル開始月と終了月が同月内の場合は、1ヶ月全額となります。
- (3) ご利用者負担金は、原則として下記の方法で指定口座より自動引落させていただきます。
- 口座名義人 \_\_\_\_\_様  
・ゆうちょ銀行・・・翌月26日に引き落としさせていただきます。通帳記載「ソーケンメディカル」  
・上記以外の金融機関・・・翌月26日に引き落としさせていただきます。通帳記載「JCBレンタル」  
尚、金融機関が休業日の場合は翌営業日になります。
- (4) 事業者はやむを得ない事情により上記の料金体系を変更した場合には、本契約の期間中であっても契約者に対してサービス利用料金の増額又は減額を求めるすることができます。この場合事業者は契約者に対して、事前に書面をもって通知するものとします。
- (5) 交通費等  
上記1の(1)のサービス提供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になります。(10km毎に¥1,000)  
又、特別な搬出入費が必要な時は事前に文書で説明します。

### 5. サービスの利用方法

#### (1) サービスの利用開始

お電話又はご来店等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

## (2) サービスの終了

ア. お客様のご都合でサービスを終了する場合

契約解除を希望する日の7日前までに事業者にお申し出ください。

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情により、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、事前に文書で通知します。

ウ. 自動終了

以下の場合は、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。

- 利用者が亡くなられた場合。

エ. その他、以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することがあります。

- 利用者が事業者のサービス提供地域外へ移転する場合。
- 利用者やご家族などが当事業者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。
- 利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、催促したにもかかわらず30日以内に支払がなかった場合。
- 2ヶ月を越える期間の医療機関等への入院又は介護保険施設等への入所。

## 6. 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	FAX	075-691-8294
受付日	月曜日から金曜日（祝日、8月13日～16日及び12月29日～1月4日を除く）		
受付時間	午前9時～午後5時		

※故障等が発生した場合は、事業所にお申し出下さい。すみやかに対応いたします。

### (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	京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地COCON烏丸内	
	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	別紙参照		

## 7. 緊急時の対応方法

### (1) 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	
ご 家 族	氏名	
	連絡先	

## 8. 事故発生時の対応

### (1) 利用者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与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、必要な措置を講じます。

### (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します。

### (3) 当事業所は東京海上日動火災保険 株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

※PL法（生産物賠償責任保険）の範囲内での保険取扱となります。

## 9. 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) 従業者であった者が、業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後ににおいても、これらの秘密を保持するべき旨を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ご家族の同意を、あらかじめ得るものとする。

## 10. 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。

## 11. 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に実施します。

## 12. 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 NPO法人きょうと介護保険にかかわる会
		結果の開示 あり

年 月 日

- ①福祉用具の貸与にあたり、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。
- 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」取扱いに関して説明しました。
- ③福祉用具の利用に関して「事故防止の為の注意事項」について説明を行いました。
- ④個人情報の取扱いについて説明しました。
- ⑤福祉用具の使用前点検を実施しました。（異常あり・異常なし）
- ⑥郵便物の送り先を確認しました。

事業所

所在地	〒615-0057 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	滝村易史 (印)

- ①私は、本書面により、事業者から（介護予防）福祉用具貸与についての重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。
- ②私は「福祉用具の取扱い説明書」を受け取り、「福祉用具を使用した取扱い説明」を受けました。
- ③私は、福祉用具の利用に関して「事故防止の為の注意事項」について説明を受けました。
- ④私は、個人情報の取扱いについて説明を受け、同意します。
- ⑤福祉用具の使用前点検をした事を確認しました。
- ⑥郵便物の送り先を確認しました。
- ⑦私は、重要な事項説明書の交付を受けました。

利用者

住所	〒		
氏名	(印)	代筆者氏名	(印)
電話番号	(続柄)		
生年月日	被保険者番号		
要介護度		認定有効期間	至 迄
利用者負担割合	1割 2割 3割		年 月 日 至 年 月 日 迄

代理人（選任している場合）

住所	〒		
氏名	(印)	続柄	電話番号

※確認資料をお見せいただく場合がございます。あらかじめご承認ください。

郵便物の送り先が利用者以外の住所を希望する場合のみ記入して下さい。

住所	〒		
氏名		続柄	電話番号