指定特定福祉用具販売　重要事項説明書

お客様が利用しようと考えている福祉用具販売サービス(以下サービス)について、事前に知っておいていただきたい内容を説明させていただきます。不明点があれば遠慮なくご質問ください。

（事業の目的）

第１条　株式会社ひかるケアサービス（以下「事業所」という。）において実施する指定特定福祉用具販売事業[指定特定介護予防福祉用具販売事業]（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［要支援状態］の利用者に対し、適切な指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第２条　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[特定介護予防福祉用具]の選定の援助・取り付け・調整等を行い、特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]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負担の軽減を図るも

２　事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止並びに利用者を介護する者の負担の軽減に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとす

３　事業の実施に当たっては、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。

４　事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、保健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

５　前４項のほか、「指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例」「指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（事業所の名称等）

第３条　事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

（１）名　称　　（株）ひかるケアサービス　長田店　（事業所番号：2870603343）

（２）所在地　　兵庫県神戸市長田区北町1-39-1　Flat長田１F

（３）代表者　　藤原裕輝

（従業者の職種、員数及び職務の内容）

第４条　事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

（１）管理者　１名
管理者は、従業者及び業務実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定特定福祉用具販売事業[指定特定介護予防福祉用具販売事業]の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行
（２）専門相談員　2名（常勤　2名）
専門相談員は、利用者が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、あるいは介護者等の負担を軽減するよう、適切な特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]の選定を行うとともに、その相談に応じる。
特定福祉用具販売計画（特定介護予防福祉用具販売計画）（指定福祉用具貸与の利用があるときは、福祉用具貸与計画と一体のものとして作成する）の作成・変更等を行う。
（営業日及び営業時間）
第５条　事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。
（１）営業日　月曜～金曜
（２）営業時間　9：00～18：00
（指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供方法及び取扱種目）
第６条　事業所で行う指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供方法は次のとおりとする。
　（１）指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供に当たっては、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて選定し、使用できるよう専門的知識に基づき、使用方法の指導、留意事項、販売費用等に関する情報を提供す
（２）指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供に当たっては、機能、使用方法、安全性、衛生状態等の点検を行う。
２　事業所において取り扱う特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]の種目は次のとおりである。
１．腰掛便座　　２．自動排泄処理装置の交換可能部品　３．入浴補助用具　４．簡易
５．移動用リフトのつり具の部分　6. 多点杖・単点杖　　7. 歩行器　8. スロープ
（利用料等）
第７条
１　(１)特定福祉用具[特定介護予防福祉用具]を販売した場合の利用料の額は、別添料金表によるものとする。
(２)代金等の支払い
① 利用者は、代金等を商品の購入時に現金にて支払うものとします。
なお、事業者は利用者から支払いを受けたときは、利用者あての領収書を発行します。
② 本契約に基づき販売する商品の搬入及び搬出費用は、原則代金に含まれるものとします。
但し、次に該当する場合、利用者は別途、当該費用を負担するものとします。
ア　搬入及び搬出業務の際、特別な作業又は措置が必要な場合の当該作業費用
イ　事業者の通常の事業実施地域以外の地域に搬入及び搬出する際の当該搬入及び搬出費用

２　　指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]の提供に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、利用料並びにその他の利用料の内容及び金額に関し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることと

（通常の事業の実施地域）

第８条　通常の事業の実施地域は、兵庫県の区域とする。

（事故発生時の対応）

第９条　事業所は、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には、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行うものとする。

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、損害賠償責任保険に加入する。

なお、事業所は下記の損害賠償に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険社会福祉事業者総合保険
保障の概要	職員の業務活動上の不注意が原因で第三者に怪我をさせたり、 受託物を破損させた場合に法律上損害賠償責任を負うことにより 被る損害に対して支払う保険

（苦情処理）

第１０条　指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]に係る利用者からの

２　事業所は、提供した指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]に関

３　事業所は、提供した指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]に係る相談や苦情受付については下記へ

事業者窓口
株式会社　ひかるケアサービス 長田店 相談担当： 大西健文(090-1582-8001) 電話：078-531-5505　FAX：078-531-5506 受付時間：9時00分～18時00分(平日)
市町村窓口
神戸市保健福祉局高齢福祉部介護指導課 所在地：神戸市中央区加納町6-5-1 TEL： 078-322-6326　　FAX：078-322-6762 受付時間：８：４５～１７：３０
公的団体窓口
兵庫県国民健康保険団体連合会 所在地：神戸市中央区三ノ宮町1-9-1-180-1 TEL：078-332-5618　　FAX：078-332-9520 受付時間：８：４５～１７：３０

（個人情報の保護）
第１１条　事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。
２　事業者が得た利用者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その代理人の了解を得るものとする。
（虐待防止に関する事項）
第１２条　事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。
（１）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
（２）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
（３）その他虐待防止のために必要な措置
２　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するものとする。
（その他運営に関する留意事項）
・　従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
・　事業所は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後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。
・　事業所は、指定特定福祉用具販売[指定特定介護予防福祉用具販売]に関する記録を整備し、サービスを提供した日から５年間保存するものとする。
上記の契約の成立を証するため本書２通を作成し、利用者、事業所が署名押印の上、１通ずつを保有するものとします。

重要事項説明確認欄　　説明日　令和　年　月　日
上記内容について、利用者に説明を行いました。
事業者　所在地　兵庫県神戸市長田区北町1-39-1　Flat長田１F
説明者　大西健文(090-1582-8001)
上記内容の説明を事業者から確かに受けました。
ご利用者　住所：
氏名：
緊急連絡先　住所：
氏名：
TEL：
代理人　住所：
氏名：