

「指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）」重要事項説明書

いわて生活協同組合
コープ介護・福祉センター

当事業所は、契約者（利用者）に対して指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）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いたします。

目次

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の体制
5. 指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）サービスの内容
6. 利用料金
7. サービスの終了・変更
8. 損害賠償保険への加入
9. 個人情報に関する同意
10. 虐待防止について
11. 苦情の受付について
12. 緊急時及び事故発生時等における対応方法
13. 第三者による評価の実施状況

1. 事業者

- (1) 法人名 : いわて生活協同組合
- (2) 法人住所地 : 岩手県滝沢市土沢 220 番地 3
- (3) 電話番号 : 019-687-1321
- (4) 代表者氏名 : 代表理事 阿部 慎二
- (5) 設立年月日 : 昭和 44 年 12 月 8 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 : 指定福祉用具貸与 平成 17 年 4 月 11 日指定
指定介護予防福祉用具貸与 平成 18 年 4 月 1 日指定
指定事業所番号 0370102063号
- (2) 事業の目的 : 要介護状態（要支援状態）にある高齢者に対し、適正な指定福祉用具貸与（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。
- (3) 事業所の名称 : コープ介護・福祉センター
- (4) 事業所の所在地 : 岩手県盛岡市長橋町 17 番 35 号
- (5) 電話番号 : 019-643-9131
- (6) 管理者氏名 : 昆 華子（兼任）
- (7) 運営方針
 - ・指定福祉用具貸与[指定介護予防福祉用具貸与]サービスは高齢者を対象とするものであり、その身体や健康にも直接影響を与える等生活の基幹に深く係わりを持っており、一般の事業とは特異にするとところがきわめて大きい点を十分に認識し、事故の防止はもとより指定福祉用具[指定介護予防福祉用具]が繰り返し使用されることから安全及び衛生に十分留意する他、自立支援、公的サービスとの連携等を旨とし高い倫理観をもってサービスの提供をおこないます。
 - ・事業所の専門相談員は、その利用者が可能な限り居宅において、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、要介護者等の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえ、適切な指定福祉用具[指定介護予防福祉用具]の選定の援助、取付け、調整等を行ない、日常生活上の便宜を図り、その機能訓練等に資するとともに、利用者を介護する者の負担軽減を図ります。
 - ・事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- (8) 開設年月日 : 指定福祉用具貸与 平成 17 年 4 月 11 日
指定介護予防福祉用具貸与 平成 18 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
岩手県盛岡市 滝沢市 雫石町

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（12/31～1/3は除く）
営業時間	午前9時から午後6時

4. 職員の体制

当事業所では、契約者（利用者）に対して指定福祉用具（指定介護予防福祉用具）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、指定基準を順守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤 換算	指定基準	職務内容
管理者	1名（兼任）		1人	1人	業務の一元的管理
福祉用具専門相談員	3人		3人	2人以上	福祉用具の適切な選定、取り付け、機能等の点検、使用方法の指導、搬入搬出。福祉用具貸与計画書の作成、交付、変更。

5. 指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）サービスの内容

- (1) 車いす、車いす付属品、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、歩行補助用つえ、認知症徘徊感知機器、移動用リフト（つり具の部分を除く）の貸与を行ないます。
- (2) 提供するサービス内容は、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に沿って作成した福祉用具貸与計画、介護予防福祉用具貸与計画に基づき行います。
- (3) 搬入・搬出にあたっては、希望日の日程の確認を行い、速やかに対応します。
搬入時には、福祉用具の調整、安全性等の確認を行い、使用説明や使用上の留意点等について説明します。

6. 利用料金

- (1) 介護保険給付サービスを利用する場合の利用料の額は、「介護保険負担割合証」通りとする。
- (2) 介護保険で認定されていない場合、介護保険給付の範囲を超えた場合、介護保険適用外になった場合はレンタル料金全額がご利用者負担となります。
- (3) レンタル料金の計算方法は、1ヵ月単位で計算し日割り計算はしておりません。
 - ・レンタル開始日及び終了日の計算方法は、開始日が開始月の15日以前の場合は月額レンタル料金の全額、16日以降の場合は月額レンタル料金の半額。
 - ・終了日が終了月の15日以前の場合は月額レンタル料金の半額、16日以降の場合は月額レンタル料金の全額。

- ・レンタル期間が1ヶ月以内の場合のレンタル料金は全額となります。

(4) 契約期間中に利用者の都合により、レンタル商品の移動を行なう場合は搬出搬入費をいただきます。

(5) レンタル料金支払い方法

- ・1ヶ月ごとの精算とし、翌月15日頃までに当月分の請求をいたしますので、請求をしたその月内にお支払い下さい。
- ・利用者の利用料金請求書を以下の住所地に送付します。

○印をつける	利用料金請求書の送付先
	利用者の氏名、住所と同じ
	利用者の氏名、住所と違う 以下の項目を記入して下さい。

郵便番号 _____

住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

- ・利用者の利用料金の支払い方法は、以下のとおりです。

○印をつける	利用料金の支払い方法
	口座振替（毎月26日振替）
	その他（現金集金、持参）

7. サービスの終了・変更

- (1) サービスの終了は、利用者が介護保険施設に入所または医療機関に入院した場合、利用者の要介護認定区分が非該当（自立）及び要支援1・2と認定された場合[利用者の要介護認定区分が非該当（自立）又は要介護1～5と認定された場合]、利用者がお亡くなりになった場合は、双方の通知がなくとも介護保険での給付サービスは終了となります。
- (2) 利用者は事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、倒産した場合には文書にて通知することにより、この契約を解約することができます。
- (3) 事業所は利用者によるサービス料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらず支払われない場合、利用者又はその家族が事業者やサービス従業者に対しこの契約を継続し難い著しい背信行為を行なった場合には、文書にて通知することによりこの契約を解約することができます。
- (4) 利用者が福祉用具貸与サービスの終了・変更を希望される場合は、担当の居宅介護支援専門員、又は当事業所までご連絡ください。

8. 損害賠償保険への加入

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	株式会社アイアンドアイサービス
保険名	生協福祉事業に関する総合保障制度
補償の概要	賠償責任保険 従業者損害保険

9. 個人情報に関する同意

利用者は、指定福祉用具貸与[指定介護予防福祉用具貸与]を利用するにあたり、以下の内容に同意します。

- (1) 指定福祉用具貸与[指定介護予防福祉用具貸与]の取引先（日本ケアサプライ、アルプスビジネスクリエーション、ランダルコーポレーション、柏木実業、パラマウントケアサービス、ワキタケアネット、小田島アクティ、日建リース工業）に、利用者とのレンタル契約が締結されたこと、およびその内容が知らされ、レンタル商品の管理及び介護保険料に係る業務に当該情報が使用されること。
- (2) 介護サービス計画の作成やサービスの調整、及びサービス担当者会議等において必要があるときは、関係事業者や市町村、主治医に対して利用者及び家族または代理人の情報を提供すること。
- (3) 口座振替方法の場合は、別紙（預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書）内容を「みずほファクター株式会社」に提供することに同意していただきます。
- (4) いわて生協からの福祉事業に関する事業紹介資料等を送付することに使用されること。

10. 虐待防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。3) 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。(担当者は管理者とする) |
|--|

11. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は下記で受付いたします。

- | | | |
|--------------------|--------------|-------------------|
| ・担当者：昆華子、阿部睦雄、小岩文男 | | |
| ・苦情解決責任者 | 小岩文男 | 職名：センター長 |
| ・受付時間 | 月曜日～土曜日 | 午前9時～午後6時 |
| ・電話 | 019-643-9131 | ・FAX 019-643-9138 |

(2) 行政機関その他受付機関

・盛岡市役所	介護保険課	電話番号 0 1 9 - 6 5 1 - 4 1 1 1 (代表)
・滝沢市役所	高齢者支援課	電話番号 0 1 9 - 6 8 4 - 2 1 1 1 (代表)
・矢巾町役場	健康長寿課	電話番号 0 1 9 - 6 9 7 - 2 1 1 1 (代表)
・紫波町役場	長寿介護課	電話番号 0 1 9 - 6 7 2 - 2 1 1 1 (代表)
・岩手県国民健康保険団体連合会		電話番号 0 1 9 - 6 0 4 - 6 7 0 0 (代表)

1 2. 緊急時及び事故発生時等における対応方法

- (1) 現にサービスの提供を行っている時に、利用者の容体の変化等が生じた場合、速やかに主治医、家族、居宅介護支援事業所等へ連絡します。
- (2) 利用者に対する福祉用具貸与に係るサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、該当利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (3) 利用者に対する福祉用具貸与に係るサービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行い、その原因を究明し再発防止に努めます。
- (4) 事故が発生した場合は事務所職員が対応できる体制となっております。

コープ介護・福祉センター 事務所 対応時間：午前9時～午後6時	
電話 0 1 9 - 6 4 3 - 9 1 3 1	FAX 0 1 9 - 6 4 3 - 9 1 3 8

1 3. 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	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2. なし		

指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

■事業者

所在地 岩手県盛岡市長橋町 17 番 35 号

名称 コープ介護・福祉センター

説明者名 _____ 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、「指定福祉用具貸与（指定介護予防福祉用具貸与）」の提供開始に同意しました。

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

（利用者との続柄 _____）