

都道府県 国民健康保険団体連合会	所在地	広島県広島市中区白島町 19 番 49 号 国保会館
	電話番号	0 8 2 - 5 5 4 - 0 7 8 3
	FAX 番号	0 8 2 - 5 1 1 - 9 1 2 6

1 2、当社の概要

名称・法人種別	有限会社 リアルワース
代表者名	滝口 晋介
本社所在地・電話	広島県庄原市平和町 525 番地 ・ 0 8 2 4 - 7 5 - 2 1 3 3

サービス契約の締結にあたり、上記の通り説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者住所

利用者氏名 (自筆署名) _____

(利用者家族 署名) _____

取扱説明書の交付及び実使用での取扱説明確認書

種目	品名	説明書交付	実使用説明	注意事項説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明
		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 説明

上記商品の使用に関する注意事項および事故防止のための注意事項について十分説明を致しました。

福祉用具専門相談員 氏名 _____

上記の通り説明を受けました。

利用者 氏名 _____

適合状況の確認

お届け致しました福祉用具の適合状況について下記の通り確認致しました。

設置場所	問題なし <input type="checkbox"/> 要調整 <input type="checkbox"/> ()
取付状況	問題なし <input type="checkbox"/> 要調整 <input type="checkbox"/> ()
操作状況	問題なし <input type="checkbox"/> 要調整 <input type="checkbox"/> ()
身体との適合状況	問題なし <input type="checkbox"/> 要調整 <input type="checkbox"/> ()
その他留意点	()

福祉用具専門相談員 氏名 _____

・ サービス開始日と終了日が同月内の場合 → 月額サービス料金の全額

- (2) 通常の事業実施地域以外の地域で、指定福祉用具貸与（介護予防）に要した交通費及び搬出入費は、以下の通りとし、あらかじめ利用者又はその家族に対し事前に文書で説明し、同意を得て、文書に記名捺印を受けるものとします。

①交通費

- ・ 弊社サービス地域外での居宅介護サービスに要した交通費は、その実費を頂戴いたします。
- ・ 自動車を使用した場合は下記交通費を頂戴致します。

- 1、サービス地域から片道 50km～100km未満 交通費 1,000円
- 2、サービス地域から片道 100km以上交通費実費（kmあたり20円）

サービス地域	サービス地域までの距離	金額

②搬出入費（搬出入に特別な措置が必要場合の当該措置に要する費用）

クレーン車が必要になる場合等の費用は実費を頂戴いたします。

- (3) 利用者が本契約期間中、福祉用具を破損または滅失したとき、その費用を負担しなければならない場合があります。

6、サービスの内容

- (1) 「福祉用具貸与（介護予防）」は、要介護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、取付け、調整等を行います。
- (3) 事業者は、本契約期間中、次の福祉用具を貸与します。

- | |
|---|
| 1. 車いす 2. 車いす付属品 3. 特殊寝台 4. 特殊寝台付属品 5. 床ずれ防止用具
6. 体位変換器 7. 手すり 8. スロープ 9. 歩行器 10. 歩行補助杖
11. 認知症老人徘徊感知機器 12. 移動用リフト 13. 自動排泄処理装置 |
|---|

注）要支援及び要介護1の方については、1～6及び11、12に関して原則として給付が認められません。

13に関しては要介護4以上の方が給付の対象です。

尚、対象外の方であっても一定の条件に当てはまる場合は、例外的に給付が認められる場合があります。

- (4) 利用者は、本契約にあたり、福祉用具の搬入・搬出日時を都合の良い日時に指定できるものとします。
- (5) 福祉用具貸与計画の作成
利用者の日常生活や心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画（または介護予防サービス計画）の内容に沿って、サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した福祉用具貸与計画を作成し、その内容を利用者へ説明、同意を得たうえで交付します。
- (6) 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制
 - ① 選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具貸与または特定福祉用具販売のいずれかを利用者へ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し、医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行います。
 - ② 選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、利用開始後6か月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行います。
 - ③ 選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、特定福祉用具販売計画の作成後、目標の達成状況を確認させていただきます。また、利用者等からの要請に応じて販売した福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導、修理（メンテナンス）等を行います。尚、その際の費用については実費となります。
- (7) 福祉用具貸与計画の実施状況の把握
福祉用具貸与計画の作成後、当該福祉用具貸与計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、結果を踏まえ、必要に応じて当該福祉用具貸与計画の変更を実施いたします。尚、モニタリング結果の記録については、担当の指定居宅介護支援事業者へ報告いたします。
- (8) 事業者は、利用者のサービス提供記録を2年間保管し、利用者の求めに応じて速やかに当該記録を開示致します

7、虐待の防止のための取り組みについて

- (1) 虐待防止に関する責任者は、以下の者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	滝口晋介
-------------	------

- (2) 虐待防止のための指針を整備するとともに、虐待防止のための対策を行う検討委員会、従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的で開催しています。
- (3) 虐待等に関する利用者およびその家族からの虐待等に関する相談に対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

8、事故時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対する福祉用具貸与（介護予防）の提供により事故が発生した場合には、利用者と確認をとり、市町村、利用者の家族、居宅介護（介護予防）支援事業者に対して、連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、事業者の責により賠償すべき損害が発生した場合は速やかに対応します。
- (3) 事業者は、事故が発生した場合には内容を記録して、その原因を解明し再発防止に努めるものとします。

9、中途解約について

- (1) 利用者が福祉用具の全部又は一部の利用を中止する場合には、1週間前までに事業者連絡をいただければ解約できます。
- (2) 但し、利用者が入院等、契約を継続することができない特別な事情が生じた場合には、通知日をもって解約することができます。

10、苦情処理の体制

- (1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置
苦情、ご相談に対する窓口として専任担当者を置いております。
尚、担当者が不在の場合は基本的な問い合わせについて誰でも対応できる態勢を取るとともに、問い合わせの早期対応が出来るように配慮します。
- ◇ 担当者： 滝口晋介・滝口裕子
◇ 連絡先： TEL：0824-75-2133 FAX：0824-74-0660
- * 事業所に職員が不在でも、転送電話にて常時連絡が出来るよう配慮しております。
- (2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制、手順
- 1) 利用者からの苦情、問い合わせに対しては電話、ファックスにて内容確認をします。
- 2) 苦情内容により検討会議を行い社員への徹底、対抗方法を決定し速やかに顧客先に連絡します。
利用者からの苦情問い合わせに関してはまず事実を把握し管理者に連絡、必要に応じて直接訪問して対応を行います。
- 3) 苦情、問い合わせ内容は記録して、その原因を解明し再発防止に役立てます。

11、相談窓口、苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当社 お客様相談室	電話番号	0824-75-2133
	FAX番号	0824-74-0660
	相談員（責任者）	滝口 晋介
	対応時間	午前 9時00分～午後 6時00分

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村 介護保険相談窓口	所在地	広島県庄原市中本町 1-10-1 本庁 高齢者福祉課 介護保険係
	電話番号	0824-73-1167
	FAX 電話	0824-75-0245