

関西医科大学香里病院 関医デイケアセンター・香里

重要事項説明書

通所リハビリテーション

令和 6 年 11 月 25 日 改定

重要事項説明書

(指定通所リハビリテーション)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定通所リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成30年寝屋川市条例第55号）」の規定に基づき、指定通所リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定通所リハビリテーションサービスを提供する事業者について

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 事業者名称 | 学校法人 関西医科大学 |
| 代表者氏名 | 理事長 山下 敏夫 |
| 本社所在地 (連絡先及び電話番号等) | 大阪府枚方市新町 2-5-1 072-804-0101 (代表) |
| 法人設立年月日 | 昭和3年6月30日 創立 |

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|--------------------|--|
| 事業所名称 | 関医デイケアセンター・香里 |
| 介護保険指定 事業所番号 | 2710305653 |
| 事業所所在地 | 大阪府寝屋川市香里本通町 8-45 関西医科大学香里病院 枚方市香里園町 9-21 一光ビル 1F |
| 連絡先 相談担当者名 | TEL:072-832-5060 FAX:072-832-5061 相談員 赤松 和博 正木 弓賀 |
| 事業所の通常の 事業の実施地域 | 寝屋川市・枚方市 事業所より3km圏内 |
| 利用定員 | 64名 1日 (午前 32名・午後 32名) |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 学校法人関西医科大学が設立する関医デイケアセンター・香里において実施する通所リハビリテーション事業は、利用者の意志及び人格を尊重し、通所リハビリテーション事業者が要介護状態の利用者に対し、適切な通所リハビリテーションを提供する事を目的とします。 |
| 運営の方針 | 利用者が要介護状態となった場合においても、心身の状況、病歴を踏まえて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事が出来るよう理学療法、作業療法、その他、必要なりハビリテーションを行う事により利用者の心身の機能維持回復を図ります。 |

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|--------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日 |
| 営業時間 | 9時から17時（土曜日は、第1、3、5週の提供。13時まで） |

(4) サービス提供時間

| | |
|----------|-----------------------------------|
| サービス提供日 | 月曜日から土曜日 |
| サービス提供時間 | 1単位目 午前9時から12時 2単位目 午後1時から午後5時 |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|-----|-----------|
| 管理者 | 病院長 岡崎 和一 |
|-----|-----------|

| 職 | 職務内容 | 人員数 |
|---|--|--|
| 管理者（又は管理者代行） | 1 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常勤 1名 |
| 専任医師 | 1 利用者に対する医学的な管理指導等を行います。 2 それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載します。 | 常勤 1名 |
| 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）若しくは介護職員 | 1 医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、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、リハビリテーションの目標、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通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 2 利用者へ通所リハビリテーション計画を交付します。 3 通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話をを行います。 4 指定通所リハビリテーションの実施状況の把握及び通所リハビリテーション計画の変更を行います。 | 理学療法士 常勤 3名 看護師 常勤 1名 非常勤 1名 |
| 事務職員 | 1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 | 相談員と兼任 2名 |

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | | サービスの内容 |
|------------------|------------|---|
| 通所リハビリテーション計画の作成 | | 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所リハビリテーション計画を作成します。 |
| 利用者居宅への送迎 | | 事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。 |
| リハビリテーション | 器具等を使用した訓練 | 利用者の能力に応じて、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。 |

(2) 通所リハビリテーション従業者の禁止行為

通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ア 医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。）
- イ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ウ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- エ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。）
- オ 利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

| 事業所区分 要介護度 | | サービス 提供時間 | 1 時間以上 2 時間未満 | | | | |
|---------------|-------|--------------|---------------|---------|------------|------------|-------|
| | | | 基本 単位 | 利用料 | 利用者負担額 | | |
| | | | | | 1 割負担 | 2 割負担 | 3 割負担 |
| 通常 規模 型 | 要介護 1 | 3 6 9 | 3, 9 3 3 円 | 3 9 3 円 | 7 8 6 円 | 1, 1 7 9 円 | |
| | 要介護 2 | 3 9 8 | 4, 2 4 2 円 | 4 2 4 円 | 8 4 8 円 | 1, 2 7 2 円 | |
| | 要介護 3 | 4 2 9 | 4, 5 7 3 円 | 4 5 7 円 | 9 1 4 円 | 1, 3 7 1 円 | |
| | 要介護 4 | 4 5 8 | 4, 8 8 2 円 | 4 8 8 円 | 9 7 6 円 | 1, 4 6 4 円 | |
| | 要介護 5 | 4 9 1 | 5, 2 3 4 円 | 5 2 3 円 | 1, 0 4 6 円 | 1, 5 6 9 円 | |

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしませんが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所リハビリテーション計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所リハビリテーション計画の見直しを行います。
- ※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合又は通所リハビリテーション従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。
- ※ 利用者に対して、その居宅と当該事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき利用料が 501 円（利用者負担：1 割 51 円、2 割 101 円、3 割 151 円）減額されます。
- ※ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも 5/100 以上減少している場合に指定通所リハビリテーションを行った場合は、利用者数が減少した月の翌々月から 3 月以内に限り、1 回につき所定単位数の 3/100 に相当する単位数が加算されます。

(4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 | | | 算定回数等 |
|----------------------------------|-------|------------------|--------|--------|--------|---|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 理学療法士等体制強化加算 | 30 | 319円 | 31円 | 62円 | 93円 | 所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上配置して実施した日数 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ハ) | 793 | 8,453円 | 845円 | 1,690円 | 2,535円 | リハビリテーション計画の同意を得た日から6月以内の期間について、1月につき |
| | 473 | 5,042円 | 504円 | 1,008円 | 1,512円 | リハビリテーション計画の同意を得た日から6月を超えた期間について、1月につき |
| 医師が利用者または家族に説明した場合 | 270 | 2,878円 | 287円 | 574円 | 861円 | 1月につき |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 (適用者のみ算定) | 1,250 | 13,325円 | 1,332円 | 2,664円 | 3,996円 | 利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り1月に1回 |
| 栄養アセスメント加算 | 50 | 533円 | 53円 | 106円 | 159円 | 1回につき |
| 栄養改善加算 (適用者のみ算定) | 200 | 2,132円 | 213円 | 426円 | 639円 | 3月以内の期間に限り1月に2回を限度、1回につき |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 426円 | 42円 | 84円 | 126円 | 1月につき |
| サービス提供体制強化加算(イ) | 22 | 234円 | 23円 | 46円 | 69円 | 1回につき |
| 退院時共同指導加算 (適用者のみ算定) | 600 | 6,396円 | 639円 | 1,278円 | 1,917円 | 1回限り |
| 介護職員処遇改善加算(イ) | 8.6% | 所定単位数に左記の係数×地域区分 | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) |

要介護度による区分なし

- ※ 理学療法士等体制強化加算は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を常勤専従で2名以上配置している場合に算定します。
- ※ リハビリテーションマネジメント加算は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同で計画の作成からサービス提供とその評価を行うことなどにより、継続的に通所リハビリテーションの質を管理したことを評価し、算定します。
- ※ 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標及

- び目標を踏まえたりハビリテーションの実施内容等をあらかじめ定めたりハビリテーション実施計画に基づき、計画的に実施し、利用者の能力の向上を支援した場合に算定します。
- ※ 栄養アセスメント加算は、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合に算定します。ただし、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は算定しません。
 - ※ 栄養改善加算は、低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して、個別的に栄養食事相談等の栄養管理を実施し、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められた栄養改善サービスを行った場合に算定します。
 - ※ 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。なお、他の事業所で既に当該加算を算定している場合は、算定しません。
 - ※ 口腔機能向上加算は、口腔機能が低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施により利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められた口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
 - ※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、指定通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定します。
 - ※ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合に算定します。
 - ※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
 - ※ 介護職員等特定処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
 - ※ 地域区分別の単価(4級地 10.66円)を含んでいます。

4 その他の費用について

| | | |
|--|--|----------------|
| (1) 送迎費 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。 | |
| (2) キャンセル料 | 利用日前日正午までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| | 利用日前日正午以降のご連絡の場合 | 一律600円(体調不良除く) |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 | | |
| (3) おむつ代 | リハビリパンツ 210円 尿取りパッド 100円 | |
| (4) 日常生活費 | 運営規定 第7条 5項に記載の通り | |

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

| | |
|--|--|
| <p>(1) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等</p> | <p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者宛てにお届け（郵送）します。</p> |
| <p>(2) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等</p> | <p>ア お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p> |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとしします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認ください。
- (4) サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行います。なお、「通所リハビリテーション計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 通所リハビリテーション従業者に対するサービスの提供に関する具体的な指示や命令は、全て当事業者が行いますが、実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 相談員 赤松 和博 |
|-------------|-----------|

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) 苦情解決体制を整備しています。

- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

- (5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

8 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束を無くしていくための取組を積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

- (3) 一時性……利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|----------------------------|---|
| (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>ア 事業者は、利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は、従業員に、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、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p> |
|----------------------------|---|

| | |
|-----------------|---|
| (2) 個人情報の保護について | <p>ア 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>イ 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもののほか、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとしします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |
|-----------------|---|

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

| | | |
|-------|----------|--------|
| 緊急連絡先 | 主治医 | |
| | 医療機関 | |
| | 連絡先 | |
| | 家族氏名 連絡先 | (Tel) |
| | 家族氏名 連絡先 | (Tel) |

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供又は送迎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ます。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

| | | |
|--------------|-------|---------------|
| 損害賠償 責任保険 | 保険会社名 | 株式会社 損害保険ジャパン |
| | 保 険 名 | |
| | 補償の概要 | |
| 自動車保険 | 保険会社名 | 東京海上日動火災保険（株） |
| | 保 険 名 | 自動車保険 |
| | 補償の概要 | |

12 心身の状況の把握

指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、居宅介護支援事業者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ます。

13 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 居宅介護支援事業者等と密接な連携を行い、指定通所リハビリテーションの提供の開始から終了後に至るまで利用者が継続して保健医療サービス又は福祉サービスを提供できるよう必要な援助に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14 サービス提供等の記録

- (1) 指定通所リハビリテーションを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等を記録することとし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して、事業者が保存しているサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- (3) 提供した指定通所リハビリテーションに関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

15 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（ 赤松 和博 ）

- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 4月 ・ 10月 ）

16 衛生管理等

- (1) 指定通所リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 指定通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定通所リハビリテーションに係る利用者及びその家族からの相談並びに苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制並びに手順は以下のとおりとします。

利用者からの苦情を処理するために講ずる処置

1. 利用者からの相談または苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者設置

相談または苦情に関する窓口として、相談担当を設ける。また、担当者不在の場合でも事業所の誰もが対応可能な様に相談苦情管理対応ノートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。

常設窓口 TEL:072-832-5060 FAX:072-832-5061

相談担当者 赤松 和博 正木 弓賀

2. 迅速かつ円滑に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りを実施し、事情の確認を行う。

管理者は、職員に事実関係の確認を行う。

相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定する。

対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する)

3. その他参考事項

当事業所において、処理し得ない内容についても行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し、対処する。

(2) 苦情申立の窓口

| | |
|--|---|
| 【事業者の窓口】 関西医科大学香里病院 関医デイケアセンター・香里 | 所在地 寝屋川市香里本通町 8-45 電話番号 072-832-5060 ファックス番号 072-832-5061 受付時間 平日 9時～17時（土日祝は休み） |
| 【市町村（保険者）の窓口】 寝屋川市 福祉部 高齢介護室 | 所在地 寝屋川市池田西町 24 番 5 号 電話番号 072-838-0518(直通) ファックス番号 072-838-0102(直通) 受付時間 9:00～17:30(土日祝は休み) |
| 【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 | 所在地 大阪市中央区常盤町 1 丁目 3 - 8 電話番号 06-6949-5418 受付時間 9:00～17:00（土日祝は休み） |

18 重要事項説明の年月日

| | |
|-----------------|-----------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 月 日 |
|-----------------|-----------------|

上記内容について、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成 30 年寝屋川市条例第 55 号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | |
|-----|-------|----------------|
| 事業者 | 所在地 | 大阪府枚方市新町 2-5-1 |
| | 法人名 | 学校法人 関西医科大学 |
| | 代表者名 | 理事長 山下 敏夫 |
| | 事業所名 | 関医デイケアセンター・香里 |
| | 説明者氏名 | |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

| | | |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | |

上記の署名は _____（続柄 _____）代行しました。

| | | |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | |

| | | |
|----|----|--|
| 家族 | 住所 | |
| | 氏名 | |

| | | |
|----|----|--|
| 家族 | 住所 | |
| | 氏名 | |

