(介護予防) 通所リハビリテーション重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている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。わからないこと、わ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、「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）」第 8 条の規定に基づき、通所リハビリテーションサービス提供の契約締結に際して（「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）」第 8 条の規定に基づき、介護予防通所リハビリテーション提供の契約締結に際して）、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 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	医療法人尽生会 聖和病院
代表者氏名	理事長 京 文靖
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪市都島区中野町 1-7-3 2 TEL (6352) 2525 FAX (6352) 2653
法人設立年月日	平成 8 年 6 月 17 日

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	聖和病院デイケア
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2715202772
事業所所在地	大阪市都島区中野町 1-4-3
連絡先 相談担当者名	TEL (6882) 2111 FAX (6882) 2122 相談担当者氏名 (島添 敏)
事業所の通常の 事業の実施地域	都島区、北区、中央区、城東区、旭区
利用定員	40人

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	聖和病院において実施する通所リハビリテーション事業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、事業所の医師、セラピスト、看護師、介護職員が、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ことを目的とする。
運営の方針	要介護状態の利用者に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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日	休業日：日・祝祭日、12月31日～1月3日
営業時間	9：00～12：00	13：00～16：30

(4) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～土曜日	休業日：日・祝祭日、12月31日～1月3日
サービス提供時間	9：00～12：00	13：00～16：30

(5) 事業所の職員体制

管理者	(院長) 京 文 靖
-----	------------

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
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。	常 勤 4名 非常勤 2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。	常 勤 1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。

日常生活上の世話	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
リハビリテーション	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	個別訓練	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による個別訓練を行います。
	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、言語聴覚士、看護職員、介護職員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。
特別なサービス (利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。)	リハビリテーションマネジメント(I)(原則として、利用者全員が対象となります。)	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種が共同して、利用者ごとのリハビリテーション計画を作成します。 利用者ごとのリハビリテーション計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が通所リハビリテーションを行い、利用者の状態を定期的に記録します。 利用者ごとのリハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直します。 指定居宅介護支援事業者を通じて、指定訪問介護事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して1月以内に利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行います。
	短期集中リハビリテーション(I)	利用者に対して、集中的に通所リハビリテーションを行うことが、身体等の機能回復に効果的であると認められる場合に行います。 退院(退所)日又は認定日から起算して3か月以内の期間に1回あたり20分以上の個別リハビリテーションを行います。
	認知症短期集中リハビリテーション(I)	認知症であると医師が判断した利用者で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が退院(退所)日又は通所開始日から起算して3か月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行います。
	介護職員処遇改善加算IV	離職率の高い介護職員を定着する為、介護職員の待遇に充てられる加算。資質向上による研修を行い、サービスの向上に努めます。
	口腔機能向上注)	口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対し、医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、医師若しくは歯科医師の指示を受けた言語聴覚士若しくは看護職員又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士がこれに基づく適切な口腔機能向上サービスの実施をし、定期的な評価等を行います。(原則として利用開始から3か月以内まで)

注) 利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、その効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

(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。

- ① 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。）
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 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）
- ④ 利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、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

・要介護・

介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス提供時間数						
1時間以上 2時間未満	利用料 (1日当り)	4,014円	4,330円	4,667円	4,983円	5,342円
	利用者 負担額 (1日当り)	401円	433円	466円	498円	534円

加 算	利用料	利用者 負担額	算 定 回 数 等
理学療法士等体制強化	326円	33円	短時間リハビリテーション（1時間以上2時間未満）を実施した日数
短期集中リハビリテーション（I）	退院（退所）日又は認定日から起算して 3月以内 1,197円	120円	短期集中リハビリテーションを実施した日数
認知症短期集中リハビリテーション（I）	退院（退所日）から起算して 3月以内 2,611円	262円	1週間に2日を限度
介護職員処遇改善加算Ⅳ	1ヶ月あたりの総単位数×0.053% 【1単位未満、四捨五入】×単位の単価（10.88）		
口腔機能向上加算	1,632円	164円	3月以内の期間に限り1月に2回を限度
サービス提供体制強化（I）	239円	24円	サービス提供日数
科学的介護推進体制加算	435円	43円	厚生労働省への情報提出することで1か月に一度算定

・要支援・

サービス提供区分		介護予防通所リハビリテーション費 (要支援1)		介護予防通所リハビリテーション費 (要支援2)	
		利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常の場合	基本	24,675円/月	2,467円/月	46,000円/月	4,600円/月
利用開始月より12か月を超えて利用の場合		-217円/月	-21円/月	-435円/月	-43円/月

要支援度による区分	加算	利用料	利用者負担額	算定回数
なし	口腔機能向上加算	1,632円	163円	1月に1回
	選択的サービス複数実施加算(I)	5,222円	522円	1月に1回
	科学的介護推進体制加算	435円	43円	1月に1回
あり	介護職員処遇改善加算IV 要支援1 要支援2	総単位数の 0.053%		1月に1回
	サービス提供強化加算(I) 要支援1	957円	96円	1月に1回
	要支援2	1,914円	191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）によるものとしますが、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せん。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び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。

4 その他の費用について

① 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 おむつ代	フラットタイプ 100円 リハビリパンツM・L・LL 160円 尿パット 70円 (1枚当り) 運営規程の定めに基づくもの

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

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>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日までに利用者あてお届け（郵送）します。</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>ア サービス提供の都度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25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、領収書をお渡します。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となる場合があります。）</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、未払いをお支払いいただくことがあります。

6 休止について

①以下の事象になる場合は休止とさせていただきます。

- ア 1ヶ月を超えて利用をされなかった場合、もしくはその見込みがある場合
- イ 利用者様から申し出がある場合

②休止になった場合は、以下の通り措置をとらせていただきます。

- ア 再開を希望される際に、利用時間・利用曜日を変更させていただく事があります。
- イ 再開を希望される際に、施設の利用人数や送迎の状況によって、サービス提供が困難と判断される場合は終了とさせていただくことがあります。

7 利用にあたっての注意事項

- ・運動メニューが残っている場合でも、送迎時間は厳守でお願いいたします。
- ・飲酒している場合の利用はご遠慮願います。飲酒されている場合は、利用中止となります。
- ・利用時間中は禁煙になります。施設外でも喫煙場所はありません。
- ・混み具合などによっては出来ない運動や、メニューがある場合もございますので、ご了承下さい。
- ・個別リハビリの時間は要支援は約 15 分、要介護は訳 20 分程度です。
- ・個別リハビリは担当制ではありません。また、療法士の指名も承れません。
- ・理学療法士などの勤務状況によって個別リハビリが行えない場合や、個別リハビリの時間が短くなることもございますのでご理解の程宜しくお願い致します。(短期集中リハビリ加算など加算を算定されている方は除く)
- ・運動負荷などを変更される場合は、スタッフに声をお掛け下さい。
- ・安全性確保の為、運動メニューにない運動は行わないで下さい。
- ・利用中は施設の外へ出ないようにお願いいたします。
- ・病院への診察は、利用時間中はできません。(緊急時は除く)
- ・時間設定が無いマシンなどの運動器具のご利用は、他の利用者の方も使われる為 10 分以内でお願いいたします。

8 送迎についての注意事項

- ・身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ・送迎時間につきましては、交通事情等で、10 分以上到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡いたします。
- ・利用日の変更、送迎時間の変更などがある場合(急用や体調不良除く)は、前日までにご連絡をお願いいたします。送迎の都合上変更が出来ない場合もございます。
- ・利用後に当院の受診をされ帰りの送迎を希望される場合は、3 日前までに事業所の方へ連絡をお願いいたします。可能な限り送迎は行いますが、時間指定までに間に合わない場合はお断りさせていただきます。また、送迎に都合によりお断りさせていただくこともございます。
- ・送迎場所は基本的に待ち合わせ場所、もしくは自宅となります。それ以外の場所への送迎は承れません。
- ・利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけるまいりますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。
- ・乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- ・乗車中は、禁煙でお願いいたします。
- ・送迎サービスを利用されない場合で、天候不良・体調不良などにより一時的に送迎を希望される場合は可能な限り調整して送迎を行いますので、なるべく早めにご連絡の方をお願いいたします。ただし、通常の利用時間をご利用いただけない場合もありますのでご了承ください。
- ・送迎サービスを利用されない場合の事故やケガについては、当施設では一切の責任を負いませんのでご了承ください。

9 サービスの提供にあたって

- (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、ご確認いただくようお願いします
- (3) サービス提供は「通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。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。

10 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	介護福祉士 島添 敏
-------------	------------

- (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) 従業者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。

11 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、利用者本人または他人の生命・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、身体拘束をなくしていくための取り組み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、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・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ます。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・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。

12 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、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します。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び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>③ 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>④ 事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 事業者は、利用者から予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ぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予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ぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、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ます。</p> <p>③ 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、追加また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>

13 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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	病院名	
	氏名	
	電話番号	
家族など	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	

14 事故発生時の対応方法について

利用者に対する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（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの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ます。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
保険名	賠償責任保険
補償の概要	1 事故につき支払い限度額 1 億円

15 心身の状況の把握

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るものとします。

16 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 通所リハビリテーションの提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- 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また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また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。

17 サービス提供等の記録

- ① 通所リハビリテーションの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から 5 年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存され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。

18 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：（ 管理課 黒川 徳嗣 ）

- 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 6 月・ 12 月）

19 衛生管理等

- ① 通所リハビリテーションに供する施設、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 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。

20 通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の通所リハビリテーションの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	提供時間帯	サービス内容			利用者負担額 (1日当り)
		短期集中リハビリテーション (I)	口腔機能向上	送迎	
月	: ~ :				円
火	: ~ :				
水	: ~ :				
木	: ~ :				
金	: ~ :				
土	: ~ :				
* 要介護のみ 1週間辺りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額					円
1か月(4週間)辺りの利用者負担額(見積もり) 合計額					円

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

(2) その他の費用

	(有・無) サービス提供1回当り 円
--	--------------------

21 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及び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及び手順は以下のとおりとします。

- 苦情処理担当者をおきます。
- 利用者及び家族からの苦情を受け付けた際は、その内容を記録します。
- 苦情に対しては単に処理するだけではなく、その内容をふまえサービスの質の向上に向けた取り組みをします。
- 苦情に関して市町村や国保連合会が行う調査に協力し、指導や助言を受けた際は必要な改善を行います。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 聖和病院デイケア 担当：島添 敏	所在地：大阪市都島区中野町 1-4-3 電話番号 (6882) 2111 ファックス番号 (6882) 2122 受付時間 9:00~17:00
【市町村（保険者）の窓口】 保健福祉センター保険福祉係 都島区 北区 中央区 城東区 旭区	受付時間 9:00~17:30 (月~金曜日) 所在地 都島区中野町 2-16-20 電話番号 6882-9859 所在地 北区扇町 2-1-27 電話番号 6313-9859 所在地 中央区久太郎町 1-2-27 電話番号 6267-9859 所在地 城東区中央 4-4-29 電話番号 6930-9859 所在地 旭区大宮 1-1-17 電話番号 6957-9859
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町 1-3-8 電話番号 6949-5418 ファックス番号 6949-5417 受付時間 9:00~17:00 (月~金曜日)

22 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	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「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）」第 8 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪市都島区中野町 1-7-32
	法人名	医療法人尽生会 聖和病院
	代表者名	理事長 京 文靖
	事業所名	聖和病院
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、下記記載の内容で、事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

		令和 年 月 日		
事業者	住所	大阪市都島区中野町1-7-32		
	氏名	医療法人尽生会 聖和病院 管理者 京 文靖 印		
利用者	住所			
	氏名			
利用者家族	住所			
	氏名		続柄	
使用する目的	<ul style="list-style-type: none">・ 介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。・ 利用者の利用する介護事業所内の会議のため。・ 主治医等の意見を求める必要のある場合。・ 利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。・ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）その他社会福祉団体等との連絡調整のため。・ 審査支払機関へレセプトを提出するため。・ 審査支払機関や保険者からの照会に回答するため。・ 各関係機関等への事故報告等のため。・ 賠償責任保険などに係る保険会社等への相談または届け出等をするため。・ 利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。・ 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。			
利用期間	サービス提供契約期間に準ずる。			
利用条件	個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかわる目的以外には利用しません。また、契約期間外においても第三者に漏らしません。			
その他	この同意書は、 医療法人尽生会 で運営されている施設・事業所共通のものとする。			