【様式10-1】

居宅介護支援事業者
介護予防支援事業者　→　市町村

# 介護サービス等苦情・相談処理状況報告書

年　　月分

居宅介護支援事業者名
介護予防支援事業者名

| | | 項　　目 | 苦　情 | 相　談 |
|---|---|---|---|---|
| 苦情・相談対象サービス | 居宅サービス | 訪問介護 | | |
| | | 訪問入浴介護 | | |
| | | 訪問看護 | | |
| | | 訪問リハビリテーション | | |
| | | 通所介護 | | |
| | | 通所リハビリテーション | | |
| | | 福祉用具貸与 | | |
| | | 居宅療養管理指導 | | |
| | | 短期入所生活介護 | | |
| | | 短期入所療養介護 | | |
| | | 特定施設入居者生活介護 | | |
| | | 特定福祉用具販売 | | |
| | 地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | |
| | | 夜間対応型訪問介護 | | |
| | | 認知症対応型通所介護 | | |
| | | 小規模多機能型居宅介護 | | |
| | | 認知症対応型共同生活介護 | | |
| | | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | |
| | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | |
| | | 看護小規模多機能型居宅介護 | | |
| | | 地域密着型通所介護 | | |
| | その他 | 居宅サービス計画及び居宅介護支援 | | |
| | | 住宅改修 | | |
| | | その他のサービス | | |
| | 施設サービス | 介護老人福祉施設 | | |
| | | 介護老人保健施設 | | |
| | | 介護医療院 | | |
| | | その他の施設 | | |
| | 介護予防居宅サービス | 介護予防訪問入浴介護 | | |
| | | 介護予防訪問看護 | | |
| | | 介護予防訪問リハビリテーション | | |
| | | 介護予防居宅療養管理指導 | | |
| | | 介護予防通所リハビリテーション | | |
| | | 介護予防短期入所生活介護 | | |
| | | 介護予防短期入所療養介護 | | |
| | | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | |
| | | 介護予防福祉用具貸与 | | |
| | | 特定介護予防福祉用具販売 | | |
| | 介護予防地域密着型サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | |
| | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | |
| | | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | |
| | その他（介護予防） | 介護予防サービス計画及び介護予防支援 | | |
| | | 住宅改修（介護予防） | | |
| | | その他のサービス（介護予防） | | |

【様式10-1】

居宅介護支援事業者
介護予防支援事業者　→　市町村

# 介護サービス等苦情・相談処理状況報告書

年　　月分

居宅介護支援事業者名
介護予防支援事業者名

| | | | 項　　目 | 苦　情 | 相　談 |
|---|---|---|---|---|---|
| 苦情・相談対象サービス | 総合事業 | 訪問型 | 訪問介護（従前相当） | | |
| | | | 訪問型サービスA（多様な主体によるサービス） | | |
| | | | 訪問型サービスB（住民主体による支援） | | |
| | | | 訪問型サービスC（短期集中予防サービス） | | |
| | | | 訪問型サービスD（移動支援） | | |
| | | 通所型 | 通所介護（従前相当） | | |
| | | | 通所型サービスA（多様な主体によるサービス） | | |
| | | | 通所型サービスB（住民主体による支援） | | |
| | | | 通所型サービスC（短期集中予防サービス） | | |
| | | その他の生活支援サービス | | | |
| | | 介護予防ケアマネジメント | | | |
| | 計 | | | | |
| 苦情・相談内容（複数選択） | | 説明・情報不足 | | | |
| | | 職員の態度（責任者） | | | |
| | | サービス量の不足 | | | |
| | | サービスの質の低さ | | | |
| | | 手続方法の不明 | | | |
| | | 権利侵害 | | | |
| | | 被害・損害 | | | |
| | | その他（不注意等） | | | |
| | | 計 | | | |
| 処理期間 | | 10日以内 | | | |
| | | 11日以上20日以内 | | | |
| | | 21日以上30日以内 | | | |
| | | 31日以上60日以内 | | | |
| | | 61日以上 | | | |
| 処理結果 | | 指導助言により改善 | | | |
| | | 事実確認できず | | | |
| | | その他 | | | |
| | | 計 | | | |

※ 居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所から市町村に報告するときの留意事項

・ 毎月15日までに報告してください。