

まり介護付高齢者住宅 山南

重要事項説明書

1: 事業者

事業者の名称	社会医療法人社団 沼南会
法人所在地	広島県福山市沼隈町大字常石 1083 番地
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長 檜谷鞠子
電話番号	084-987-0045

2: ご利用施設

施設の名称	まり介護付高齢者住宅 山南
施設の目的	介護保険法に基づく特定施設入居者生活介護サービスの提供
施設の住所	広島県福山市沼隈町大字中山南 1387 番地
施設の電話番号	084-988-1764
施設のFAX番号	084-988-1765

3: ご利用施設で併せて実施する事業

【施設サービス】

- ・ 診療所

【居宅サービス】

■ 1 階

- ・ 通所リハビリテーション
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 訪問介護ステーション

■ 2 階

- ・ 短期入所生活介護事業

4: 事業の目的と運営の方針

【事業の目的】

この事業は、指定居宅サービスに該当する、介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護(まり介護付高齢者住宅 山南)を運営するものとします。対象は要支援 1・2、要介護者で、施設サービス計画に基づき、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他、日常生活の世話及び、機能訓練を行うことにより、自立した日常生活を営む事が出来る環境を提供する事を目的としています。

【施設運営の方針】

- ・ 当施設においては、入居者の意思及び、人格を尊重し、常に入居者の立場に立って指定介護福祉サービスを提供するよう努めます。
- ・ 当施設においては、入居者の介護状態の軽減もしくは悪化の防止・予防に資するように、その目標を設定し計画的な介護に努めます。
- ・ 当施設の運営に当たっては、地域と家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他介護保険施設、保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

5:施設の概要

【敷地と建物】

	構造	RC造(鉄筋コンクリート)
	利用定員	40 名
設備	食堂及び 機能訓練室	224.7 ㎡(3、4階合計)
	浴室	特殊浴室2ヶ所 一般浴室2ヶ所
	便所	各室に設置
	居室	1 人部屋:20.70 ㎡から 23.70 ㎡ 2 人部屋:24.10 ㎡

6:利用料金

介護保険法に基づき定められた介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護の利用者負担金額

【介護保険負担割合が 1 割の方】

要介護度	1ヶ月(30日)間の負担金額	要介護度	1ヶ月(30日)間の負担金額
要介護1	$542 \times 1 \times 30 = 16,260$ 円	要支援1	$183 \times 1 \times 30 = 5,490$ 円
要介護2	$609 \times 1 \times 30 = 18,270$ 円	要支援2	$313 \times 1 \times 30 = 9,390$ 円
要介護3	$679 \times 1 \times 30 = 20,370$ 円		
要介護4	$744 \times 1 \times 30 = 22,320$ 円		
要介護5	$813 \times 1 \times 30 = 24,390$ 円		

上記に加え、下記の項目が加算されます。

加算内容	1ヶ月(30日)間の負担金額
個別機能訓練加算(Ⅰ)	$12 \times 1 \times 30 = 360$ 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	$20 \times 1 = 20$ 円
ADL 維持等加算	$30 \times 1 = 30$ 円
生活機能向上連携加算	$100 \times 1 = 100$ 円
科学的介護推進体制加算	$40 \times 1 = 40$ 円
夜間看護体制加算Ⅱ(要介護認定者のみ加算)	$9 \times 1 \times 30 = 270$ 円
協力医療機関連携加算	$100 \times 1 = 100$ 円
高齢者施設等感染対策向上加算	$5 \times 1 = 5$ 円
サービス提供体制加算Ⅰ(要支援認定者のみ加算)	$22 \times 1 \times 30 = 660$ 円
入居継続支援加算Ⅰ(要介護認定者のみ加算)	$36 \times 1 \times 30 = 1,080$ 円
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき+所定単位数 $\times 15/1,000$ が加算
介護職員処遇改善加算	1月につき+所定単位数 $\times 82/1,000$ が加算
介護職員等特定処遇改善加算	1月につき+所定単位数 $\times 18/1,000$ が加算

その他の加算	1ヶ月(30日)間の負担金額
退院・退所時連携加算	$30 \times 1 \times 30 = 900$ 円(入居から 30 日以内)
若年性認知症入居者受入加算	$120 \times 1 \times 30 = 3,600$ 円
口腔・栄養スクリーニング加算	$20 \times 1 = 20$ 円(6 ヶ月に 1 回)

退居時情報提供加算	250 円(1 回)
新興感染症等施設療養費	$240 \times 1 \times 5 = 1,200$ 円
看取り介護加算	死亡日 $1,280 \times 1 \times 1 = 1,280$ 円 死亡日の前日及び前々日 $680 \times 1 \times 2 = 1,360$ 円 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 $144 \times 1 \times 27 = 3,888$ 円 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 $72 \times 1 \times 15 = 1,080$ 円

【介護保険負担割合が2割の方】

要介護度	1ヶ月(30日)間の負担金額	要介護度	1ヶ月(30日)間の負担金額
要介護1	$542 \times 2 \times 30 = 32,520$ 円	要支援1	$183 \times 2 \times 30 = 10,980$ 円
要介護2	$609 \times 2 \times 30 = 36,540$ 円	要支援2	$313 \times 2 \times 30 = 18,780$ 円
要介護3	$679 \times 2 \times 30 = 40,740$ 円		
要介護4	$744 \times 2 \times 30 = 44,640$ 円		
要介護5	$813 \times 2 \times 30 = 48,780$ 円		

上記に加え、下記の項目が加算されます。

加算内容	1ヶ月(30日)間の負担金額
個別機能訓練加算(Ⅰ)	$12 \times 2 \times 30 = 720$ 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	$20 \times 2 = 40$ 円
ADL 維持等加算	$30 \times 2 = 60$ 円
生活機能向上連携加算	$100 \times 2 = 200$ 円
科学的介護推進体制加算	$40 \times 2 = 80$ 円
夜間看護体制加算Ⅱ(要介護認定者のみ加算)	$9 \times 2 \times 30 = 540$ 円
協力医療機関連携加算	$100 \times 2 = 200$ 円
高齢者施設等感染対策向上加算	$5 \times 2 = 10$ 円
サービス提供体制加算Ⅰ(要支援認定者のみ加算)	$22 \times 2 \times 30 = 1,320$ 円
入居継続支援加算Ⅰ(要介護認定者のみ加算)	$36 \times 2 \times 30 = 2,160$ 円
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき+所定単位数 $\times 15/1,000$ が加算
介護職員処遇改善加算	1月につき+所定単位数 $\times 82/1,000$ が加算
介護職員等特定処遇改善加算	1月につき+所定単位数 $\times 18/1,000$ が加算

その他の加算	1ヶ月(30日)間の負担金額
退院・退所時連携加算	$30 \times 2 \times 30 = 1,800$ 円(入居から 30 日以内)
若年性認知症入居者受入加算	$120 \times 2 \times 30 = 7,200$ 円
口腔・栄養スクリーニング加算	$20 \times 2 = 40$ 円(6 ヶ月に 1 回)
退居時情報提供加算	500 円(1 回)
新興感染症等施設療養費	$240 \times 2 \times 5 = 2,400$ 円
看取り介護加算	死亡日 $1,280 \times 2 \times 1 = 2,560$ 円 死亡日の前日及び前々日 $680 \times 2 \times 2 = 2,720$ 円 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 $144 \times 2 \times 27 = 7,776$ 円

	死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72×2×15=2,160 円
--	--

【介護保険負担割合が3割の方】

要介護度	1ヶ月(30日)間の負担金額	要介護度	1ヶ月(30日)間の負担金額
要介護1	542×3×30=48,780 円	要支援1	183×3×30=16,470 円
要介護2	609×3×30=54,810 円	要支援2	313×3×30=28,170 円
要介護3	679×3×30=61,110 円		
要介護4	744×3×30=66,960 円		
要介護5	813×3×30=73,170 円		

上記に加え、下記の項目が加算されます。

加算内容	1ヶ月(30日)間の負担金額
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12×3×30=1,080 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20×3=60 円
ADL 維持等加算	30×3=90 円
生活機能向上連携加算	100×3=300 円
科学的介護推進体制加算	40×3=120 円
夜間看護体制加算Ⅱ(要介護認定者のみ加算)	9×3×30=810 円
協力医療機関連携加算	100×3=300 円
高齢者施設等感染対策向上加算	5×3=15 円
サービス提供体制加算Ⅰ(要支援認定者のみ加算)	22×3×30=1,980 円
入居継続支援加算Ⅰ(要介護認定者のみ加算)	36×3×30=3,240 円
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき+所定単位数×15/1,000 が加算
介護職員処遇改善加算	1月につき+所定単位数×82/1,000 が加算
介護職員等特定処遇改善加算	1月につき+所定単位数×18/1,000 が加算

その他の加算	1ヶ月(30日)間の負担金額
退院・退所時連携加算	30×3×30=2,700 円(入居から 30 日以内)
若年性認知症入居者受入加算	120×3×30=10,800 円
口腔・栄養スクリーニング加算	20×3=60 円(6 ヶ月に 1 回)
退居時情報提供加算	750 円(1 回)
新興感染症等施設療養費	240×3×5=3,600 円
看取り介護加算	死亡日 1,280×3×1=3,840 円 死亡日の前日及び前々日 680×3×2=4,080 円 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144×3×27=11,664 円 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72×3×15=3,240 円

上記入居者負担金は、「法定代理受領(現物支給)」の場合について記載しています。「償還払い」となる場合は、いったん入居者が利用料(10割)をご負担頂き、その後に市町に対して保険給付分を請求することになります。

詳細についてはお気軽に管理者までお問い合わせください。

【月額利用料(30日間の場合)】(税込)

- ・ 賃料:60,000 円～100,000 円
- ・ 共益費:30,000 円
- ・ 人員配置加算料:5,500 円
- ・ 食費:49,500 円(1,650 円／日)
朝食:400 円、昼食:650 円、夕食:600 円

3日前までの申込により喫食されなかった場合は翌月に精算します。

7:施設サービスの概要

【介護予防給付サービス及び介護保険給付サービス】

- ・ 食事
 1. 栄養士の立てる献立により、栄養面及び利用者の身体状況に配慮した食事を提供いたします。
 2. 食事は出来るだけ離床して食堂で摂って頂けるように配慮します。
 3. 食事時間 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
- ・ 排泄
 1. 入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
 2. オムツを使用する方に対しては、適宜交換します。
- ・ 入浴
 1. 週2回の入浴または、清拭を行います。
週2回以上の入浴をご希望の方は別途実費を徴収の上、入浴が可能です。
 2. 寝たきり等で座位の取れない方は、特別入浴(機械を用いての入浴)も可能です。
- ・ 離床、着替え、整容等
 1. 寝たきり防止の為、離床に配慮します。
 2. 生活リズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
 3. 個人としての尊厳を配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
 4. シーツ交換は、週に1回行います。(必要な場合は適宜交換します)
- ・ 健康管理
看護職員は常に入居者の健康の状況に注意するとともに健康保持のための適切な措置を行います。
- ・ 相談および援助
当施設は入居者およびその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。
- ・ 社会生活上の便宜
当施設では、施設での生活を実りあるものとする為に適宜、活動や療法等を提供します。
- ・ 家族との連絡等
常に入居者の家族との連携を図るとともに入居者とその家族との交流等の機会を確保いたします。

【予防給付外サービス及び介護保険外サービス】

- ・ 理美容サービス
外部業者来所時にサービスを受けることができます。
- ・ クリーニングサービス
クリーニングを希望される方は直接職員にお申し出下さい。

項目	費用	備考	
パンツタイプM	¥280/枚	利用者のみ加算	
パンツタイプL	¥310/枚	利用者のみ加算	
紙おむつM	¥220/枚	利用者のみ加算	
紙おむつL	¥250/枚	利用者のみ加算	
平おむつ(フラット)	¥60/枚	利用者のみ加算	
平おむつ(サラケア)	¥120/枚	利用者のみ加算	
尿とりパット	¥50/枚	利用者のみ加算	
洗濯代	¥550	1 ネット	
コイン洗濯機	¥200	1 回	
コイン乾燥機	¥200	60 分	
自動車使用料	¥1,100	1 回	
付添い料金	¥1,100	30 分毎	
入浴(一般)	¥770	週に 3 回目より、入浴一回につき	
入浴(特浴)	¥1,100		
理美容代	実費(およそ¥2,500)		
日常生活品費	¥150	日額	
	日常生活品費とは、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないものを指します。具体的には当施設でご用意させていただいた下に示すものであり、利用者又はそのご家族の希望により、自由な選択に基づいてご使用いただきます。また、クラブ活動等、個別に行うものについての材料費等の教養娯楽費はその都度、別途実費を徴収します。		
		種類	金額
	1	タオル	¥50
	2	おしぼり(朝、昼、夕など)	¥100
	3	シャンプー類	¥40
	4	ボディタオル	¥60
	5	バスタオル	¥80
	※おしぼり類は、平均的な利用枚数の 4 枚を基本にしておりますが、これ以上おつかいいになっても¥150 を超える料金はいたしません。		
	※ご自分で持参される場合は無料です。		

・ お支払い方法

原則自動口座引落としとなります。

ご指定の金融機関の口座から毎月 1 回引落とし致します。(引落日が土日祝日の場合は翌営業日に引落としとなります。)

引落とし金額については引落とし日の5日前までにはお知らせ致します。

8:ご利用営業日

営業は年中無休とします。

9:職員体制(主たる職員)

従業員の職種	常勤	非常勤
管理者	1 名	0 名
介護支援専門員	1 名	0 名
生活相談員	2 名	0 名
看護職員	4名	0 名
介護職員	12 名	3名
機能訓練指導員	1 名	1名

10:入退居等について

【入居の条件】

- ・ 自立または要支援1、2及び経過的要介護～要介護5の認定を受けている方。
- ・ 常時医療機関において治療をする必要がない方。
- ・ 他の入居者に伝染する疾患がない方。
- ・ 自傷他害の恐れが無い方。
- ・ 身元引受人を立てることができる方。

【身元引受人の条件、義務等】

身元引受人を決めていただきます。身元引受人は、契約上の債務について契約者と連帯して責任を負うことになります。また、事業者が入居契約の解除を必要と認め要請をした時は、協議の上、入居者の身柄引き取り、居室の明け渡しおよび居室の残り置き財産の引き取り等を行っていただきます。契約者と身元引受人は同一でも構いません。

【契約の解除】

〔利用者による解除〕

利用者、及び代理人は、事業者に対しいつでも1週間の予告期間において、入所利用を解除・終了することができます。

〔事業者による解除〕

事業者は、次の各項に該当する場合には、1ヶ月の予告期間において、入居者及びその代理人に対して本契約に基づくサービスの利用を解除・終了することができます。

- ・ 正当な理由無く利用料その他、自己の払うべき費用を3ヶ月以上滞納した時。
- ・ 入居者の行動が、他の入居者の生命又は健康に重大な危険を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない場合。
- ・ 入居申込後、身上書、健康診断書に重大な不実記載があった場合、その他不正な手段により入居がなされた場合。
- ・ 入居者が自傷他害の恐れがあり、かつ、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと医師の意見を聴いた上で事業者が判断した場合。(※ 他害においては暴言を

含む)

- ・ 入居者の心身状況が著しく低下するなど、施設生活を営むことに支障が生じたと、医師の意見を聴いたうえで事業者が判断した場合。

11: 秘密の保持と個人情報の保護について

【入居者および家族に関する秘密の保持について】

事業者は、本人または第三者の生命、身体等に危険があるなど正当な理由なしに、サービスを提供する上で知り得た入居者または家族に関する事項を第三者にもらしません。この秘守義務は契約が終了した後も継続をします。

【個人情報の保護について】

〔使用目的〕

- ・ 介護保険法に関する法令に従い、入居者の介護計画を適切妥当に作成するために必要な場合。

〔使用にあたっての条件〕

- ・ 個人情報の提供は、上記の目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際は関係者以外には決して洩れる事のないよう、細心の注意を払います。
- ・ 事業者以外の外部サービスに担当者等に対して、個人情報を使用した場合、会議、相手方、内容等について記録します。

〔利用が有りうる個人情報の内容例〕

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他一切の入居者や家族個人に関する情報。
- ・ 認定調査会、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意思(認定結果通知書)
- ・ その他必要な情報。

12: ご家族への連絡

入居者の生活や健康状態、サービスの提供状況等は、定期的に契約者または身元引受人に連絡します。

13: 記録の保管

- ・ サービス計画およびその実施状況に関する記録は、2年以上の期間を定めて保管します。
- ・ 上記書類が必要な場合は、交付いたします。(記録のコピー代は頂く場合があります)

14: 拘束の禁止

- ・ 入居者は、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を受けたり精神抑制剤を投与されることはありません。
- ・ 緊急やむを得ず入居者の行動を制限する場合には、その様態、時間、入居者の心身の状況、また行動の制限がやむを得ないと判断した理由を記録します。

15: 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・ 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者： 管理者 村上 尚人

- ・ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ・ 虐待防止のための指針を整備しています。

- ・ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ・ サービス提供中に、当施設従業者又は擁護者(現に擁護している家族・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、これを福山市に通知します。

16:衛生管理等

- ・ 特定施設入居者生活介護の用に供する施設、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。
- ・ 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。
- ・ 事業者において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - 1、事業者における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね 6 月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - 2、事業者における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - 3、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

17:業務継続計画の策定等について

- ・ 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する特定施設入居者生活介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ・ 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ・ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18:事故発生時の対応

- ・ サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- ・ 専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関又は専門的機関での診察を依頼します。
- ・ 当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

19:損害賠償

- ・ 事業者の故意または過失によって、入居者または契約者が受けた損害について、事業者は賠償責任を負います。
- ・ 天災地変、火災、盗難、暴動等あるいは自由な外出中の不慮の事故等により、入居者が受けた損害については、事業者は賠償責任を負いません。
- ・ 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当施設に対して、損害を賠償するものとします。

20:非常災害対策

【非常災害対策】

- ・ 事業者は、消防法に規定する防火管理者を設置して、消防計画を作成するとともに、当該計画に基づく次の業務を実施する。
 - 一 消火、通報及び避難の訓練(年二回)
 - 二 消防設備、施設等の点検及び整備
 - 三 従業者の火気の使用又は取扱いに関する監督
 - 四 その他防火管理上必要な業務

【防火設備】

スプリンクラー・誘導灯・避難階段・自動火災報知機・防火扉・非常通報装置・消火器

21: サービス提供に関する相談、苦情について

当事業所における相談や苦情は、次の窓口で受付を致します。尚、利用者及び身元引受人等のご協力、ご支援により事業運営をしていきたいと願っております。お気付きの点につきましても、所定の場所に設置する「ご意見箱」をご利用頂くか、職員までご一報下さいますことを希望します。

苦情解決責任者	管理者
苦情受付担当者	生活相談員・介護支援専門員
受付時間	9:00～18:00(月～金、祝、祭日は除く) 上記の時間以外をご希望の場合は、別途ご相談下さい。
電話番号	084-988-1764

公的機関においても、次の機関において苦情申出等が出来ます。

福山市 介護保険課	所在地	広島県福山市東桜町3番5号
	電話番号	084-921-2111
	対応時間	8:30～17:15 (土曜、日曜、祝日、年末年始は除く)

広島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地	広島県広島市中区東白島町19番49号
	電話番号	082-554-0772
	FAX番号	082-511-9126
	利用時間	8:30～17:15 (土曜、日曜、祝日、年末年始は除く)

22: 協力医療機関

協力 医療 機関	医療機関の名称	沼隈病院
	院長名	川真田 修
	所在地	広島県福山市沼隈町大字中山南469番地3
	電話番号	084-988-1888
	診療科	内科、外科、整形外科、婦人科、耳鼻咽喉科、眼科
	救急指定の有無	有

23: 留意事項

- 事業者は、目的施設の管理運営について、介護保険法令等を遵守し、管理者および介護従事者その他必要な職員を配置して、契約に基づくサービスを行うとともに、施設の維持管理を行います。
- 職員の禁止行為は就業規則に定めます。
- 居室にご持参された冷蔵庫はご自由にお使いいただけますが、職員が週に1回確認させていただきます。衛生上、賞味期限をはるかに越えて保管されている食品については処分させていただきます。

- ・敷地内は禁煙となっております。

サービス利用に当たり上記重要事項説明書を説明しました。

令和 年 月 日
(事業者)所在地:広島県福山市沼隈町大字中山南 1387 番地
事業者名:まり介護付高齢者住宅 山南

説明者氏名 _____ 印

個人情報使用同意書

1. 使用する目的

社会医療法人社団沼南会が運営する施設ならびに事業所において、個人情報保護法の規程に従い、厳正なる管理運用することを前提とした個人情報の使用を目的とする。

(1) 介護関係事業所内での情報利用

- ア) 利用者へのサービスを円滑に提供するための利用
相談員および介護支援専門員による連絡調整、その他の連絡調整など
- イ) 利用者にかかる事業所管理業務のための利用
入退所等の管理、会計経理、事故報告、介護サービス向上のため
- ウ) 保険事務のための利用
介護保険（請求等目的）、医療保険（受診等目的）
- エ) 家族への心身状況等説明のための利用

(2) 他の関係事業所への情報提供

- ア) 居宅サービス事業所および居宅介護支援事業所
サービス担当者会議、照会への回答、他事業所との連携
- イ) 医療機関
受診、入院、医療機関との連携
- ウ) レセプト審査機関
レセプト請求、照会への回答
- エ) 保険者
照会への回答など
- オ) 保険会社
損害賠償などに関する相談および請求など

(3) その他の使用

- ア) 介護サービス向上のための基礎資料としての利用
- イ) 実習生受入れによる閲覧使用 ※使用前には必ず事前確認を行う
- ウ) ホームページ、広報誌への掲載使用 ※使用前には必ず事前確認を行う

2. 使用する期間

契約開始時から契約終了時まで有効とする。

3. 使用にあつての条件

- (1) 個人情報の提供は、1. に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、情報提供の際は、関係者以外の第三者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した使途（会議、相手方、内容等）の経過を記録する。

4. 個人情報の定義

個人情報とは、利用者個人および家族に関する情報であつて、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいう。

5. 同意の内容の変更

同意内容の変更または解除の申し出があつた場合、本個人情報使用同意書の契約内容を直ちに変更または解除することができる。

私（利用者およびその家族等）の個人情報については、上記記載するところにより、必要最小限の範囲で以下の項目について使用することに同意します。

（※該当する項目の□にチェック）

- ☐ 上記 1. （1）介護関係事業所内での情報利用
- ☐ 上記 1. （2）他の関係事業所への情報提供
- ☐ 上記 1. （3）その他の使用 ア）介護サービス向上のための基礎資料としての利用
- ☐ 上記 1. （3）その他の使用 イ）実習生受入れによる閲覧使用
- ☐ 上記 1. （3）その他の使用 リ）ホームページ、広報誌への掲載使用

令和 年 月 日

社会医療法人社団 沼南会
理事長 檜谷鞠子 様

利用者本人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者家族代表

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____