

重要事項説明書（介護老人福祉施設）

＜令和 7 年 4 月 1 日現在＞

1 施設経営法人

法人の名称	社会福祉法人 美楽会
代表者名	理事長 井 筒 岳
所在地 電話番号	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢 5 0 6 番 6 0 1 9 7 - 5 1 - 3 1 1 1
設立年月日	平成 1 1 年 7 月 8 日

2 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム いこいの森
所在地 電話番号	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢 4 9 7 番 1 0 1 9 7 - 5 1 - 1 1 5 5
介護保険事業所番号	0 3 7 0 4 0 0 4 8 3
管理者	施設長 佐藤 英樹

3 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	入居者がその有する能力に応じ可能な限り自律的な日常生活を営むことができるよう介護等適切なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準に沿い運営することを基本とし、施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、健康管理及び療養その他日常生活上の支援を行います。また、入居者の意思及び人格を尊重し、入居者の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。

4 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービスの種類、業務	人 員	勤務体制	
			昼	夜
管理者	職員・業務その他の管理	1 名（短期兼務）	○	
医 師	健康管理・療養上の指導	1 名以上（短期兼務）	○ 週 4 日を基本	
事務職員	庶務及び会計事務等	4 名（短期兼務）	○	当直 1 名
生活相談員	諸相談、企画立案・実施	1 名（短期兼務）	○	
介護支援専門員	施設サービス計画等介護支援業務	1 名以上（短期兼務）	○	
介護職員	生活全般の介護・支援	4 0 名以上	1 ユニットに 1 名以上	朝夕 1 ユニッ トに 1 名 深夜 2 ユニッ トに 1 名
看護職員	保健衛生・看護業務	3 名以上（短期兼務）	7:00 ～ 17:15 の間で時間差 勤務	オンコール 対応
機能訓練指導員	機能の改善、維持のための訓練	1 名（短期兼務）	○	
管理栄養士	栄養指導・給食管理	1 名（短期兼務）	○	

※勤務体制の○は日勤（原則 8:30～17:15、出勤日は勤務表による）

5 施設の概要

区 分	数量・規模	備 考
入居定員	83名	ユニット数：10 (1ユニット8～9名)
居 室	個室 83室 (1室約 15 m ²)	ベッド、収納棚、洗面台、冷暖房
食堂 (リビング)	各ユニットに1室	
浴室 (各階)	一般浴、リフト浴、特殊浴、個浴	2ユニットに1箇所個浴
ト イ レ	2ユニットに5箇所	
そ の 他	医務室、面接相談室、地域交流室、喫茶コーナー	

6 サービス内容

項 目	内 容
食 事	朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ (概ね 1～2 時間)
介 護	食事介助、排泄介助、入浴介助、着替え介助、体位交換、シーツ交換、施設内移動の付き添い等
入 浴	最低週 2 回の入浴が可能です。ただし身体の状態に応じ清拭となる場合があります。
機能訓練	個別に機能訓練計画を作成し、日常生活の中で機能訓練を行います。
生活相談	生活相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
健康管理	医師による診察や健康相談を受けることができます。年間 1 回の健康診断を行います。
理容・美容	定期的に理容美容サービスを実施しています。
レクリエーション	入居者の状況に応じて企画します。
行政手続き代行	行政手続きの代行を施設にて受け付けます。ただし、手続きに経費が伴う場合、その都度お支払いいただきます。
預り金	施設利用料以外の日常生活に係る費用等の支払い代金を施設に依頼することができます。サービスの利用に際しては別途「預かり金依頼書」の提出が必要となり、また、管理については預り金管理規程に基づいて行います。

7 利用料等

(1) 介護報酬に係る負担金

単位：円

区分	サービス内容略称	金額 (円)			内容の説明
		1 割	2 割	3 割	
1) 施設 サービス 費	要介護 1	670	1,340	2,010	
	要介護 2	740	1,480	2,220	
	要介護 3	815	1,630	2,445	
	要介護 4	886	1,772	2,658	
	要介護 5	955	1,910	2,865	
2) 加算	日常生活継続支援 加算Ⅱ	46	92	138	入居者 6 人に対して介護福祉士を 1 名以上配置している場合。かつ、新規入居者の総数のうち、要介護 4 又は要介護 5 の者が占める割合が 70%以上、または認知症日常生活自立度Ⅲ以上の占める割合が 65%以上、または入居者のうち胃ろう・吸引等の行為を必要とする者の占める割合が 15%以上である場合。

区分	サービス内容略称	金額（円）			内容の説明
		1 割	2 割	3 割	
2) 加算	看護体制加算(Ⅰ)ロ	4	8	12	常勤の看護師を 1 名以上配置している場合。
	看護体制加算(Ⅱ)ロ	8	16	24	入居者 25 名に対して 1 名以上の看護職員を配置している場合。かつ、最低基準を 1 名以上上回って看護職員を配置している場合。かつ、当施設の看護職員による 24 時間の連絡体制を確保している場合。
	夜勤職員配置加算(Ⅳ) ロ	21	42	63	夜勤職員の数が最低基準を 1 名以上上回っている場合。かつ、夜勤時間帯を通じて看護職員を配置している場合、または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合。
	生活機能向上連携加算Ⅱ	100	200	300	訪問リハ若しくは通所リハ又はリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士等が施設を訪問し、施設職員と共同で個別の機能訓練計画を作成し、その計画に基づいて計画的に機能訓練を行っている場合。(月 1 回)
	個別機能訓練加算Ⅰ	12	24	36	機能訓練指導員の職務に従事する常勤・専任の職員を 1 名以上配置し、かつ、各職種と連携しながら入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画に基づいて計画的に機能訓練を行っている場合。
	個別機能訓練加算Ⅱ	20	40	60	個別機能訓練加算Ⅰを算定し、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚労省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他の機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。(月 1 回)
	ADL 維持等加算Ⅰ	30	60	90	ADL（日常生活動作）の状況を定期的に評価し、その評価結果を厚労省に提出。ADL の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合。(月 1 回)
	ADL 維持等加算Ⅱ	60	120	180	ADL 維持等加算Ⅰよりも高い水準で ADL の改善が見られた場合。(月 1 回)
	外泊時費用	246	492	738	病院等へ入院した場合及び居宅等における外泊を認めた場合。(月 6 日を限度)
	外泊時在宅サービス利用費用	560	1,120	1,680	入居者に対して居宅における外泊を認め、当該入居者が介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合。(月 6 日を限度)
	初期加算	30	60	90	入居日から 30 日以内の期間。30 日を超える入院後の再入居も同様。
	退所時栄養情報連携加算	70	140	210	特別食または低栄養状態の入居者の退居に際し、退居先の医療機関等に栄養管理に関する情報を提供した場合。(月 1 回に限る)
	再入所時栄養連携加算	200	400	600	特別食等の入居者が医療機関から再入所する際、医療機関の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を作成し、施設へ再入居した場合。(1 回に限る)
	退所前訪問相談援助加算	460	920	1,380	退居に先立ち、退居後に生活する居宅を訪問し、退居後の相談援助を行った場合。(入居中 1 回を限度)
	退所後訪問相談援助加算	460	920	1,380	退居後 30 日以内に退居者の居宅を訪問し、相談援助を行った場合。(退居後 1 回を限度)
	退所時相談援助加算	400	800	1,200	入居者及びその家族に対して退居後の相談に援助を行い、かつ、退居後 2 週間以内に退居後の市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合。(1 回に限る)
	退所前連携加算	500	1,000	1,500	居宅介護支援事業所と退居前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合。(1 回に限る)
	退所時情報提供加算	250	500	750	医療機関へ退居する入居者につて、心身の状況や生活歴等の情報を提供した場合。(1 回に限る)

区分	サービス内容略称	金額			内容の説明
		1 割	2 割	3 割	
2) 加算	協力医療機関連携加算（１）	50	100	150	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合。（月１回）
	協力医療機関連携加算（２）	5	10	15	上記以外の協力医療機関と連携している場合。（月１回）
	経口移行加算	28	56	84	経管により栄養摂取される入居者について、経口摂取を進めるための計画を作成し、医師の指示に基づく栄養管理を実施した場合（計画作成から 180 日を限度）
	経口維持加算(Ⅰ)	400	800	1,200	摂食障害があり誤嚥が認められる入居者に対して経口摂取を継続維持するための計画を作成し、食事の観察や多職種による会議等を行っている場合。（月１回）
	経口維持加算(Ⅱ)	100	200	300	経口維持加算(Ⅰ)を算定し、経口摂取を継続維持するための食事の観察や会議に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士等が参加した場合。（月１回）
	療養食加算	6	12	18	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合。（１日３回を限度）
	特別通院送迎加算	594	1,188	1,782	透析を要する入居者に月 12 回以上送迎を行った場合。（月１回）
	配置医師緊急時対応加算（１）	325	650	975	あらかじめ配置医師と施設の間で緊急時の注意事項や病状についての情報共有の方法等具体的な取り決めがなされている場合。かつ、配置医師と協力病院の医師が連携し、施設の求めに応じ 24 時間対応できる体制を確保している場合で、配置医師が施設の求めに応じ早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、入居者の診療を行った場合。 配置医師の勤務時間外の場合
	配置医師緊急時対応加算（２）	650	1,300	1,950	
	配置医師緊急時対応加算（３）	1,300	2,600	3,900	
	看取り介護加算(Ⅰ) 1	72	144	216	看取り介護加算に係る施設基準を満たした場合。 <施設基準> ・常勤看護師 1 名以上配置し、医療食と 24 時間連絡できる体制を確保 ・入居時に入居者・家族に看取り介護の指針内容を説明、同意を得る ・多職種との協議の上、適宜看取りに関する指針の見直しを行う ・看取りに関する職員研修を行う等
	看取り介護加算(Ⅰ) 2	144	288	432	
	看取り介護加算(Ⅰ) 3	680	1,360	2,040	
	看取り介護加算(Ⅰ) 4	1,280	2,560	3,840	
	看取り介護加算(Ⅱ) 1	72	144	216	入居者に対する緊急時の注意事項や病状等について情報共有の方法等具体的な取り決めがなされている場合、かつ、配置医師と協力病院の医師が連携し、施設の求めに応じ 24 時間対応できる体制を確保している場合で、配置医師が施設の求めに応じ 24 時間対応できる体制を確保している場合。 また、看護体制加算（Ⅱ）を算定し、届出を行っているなどの医療体制を整備し、実際に施設内で看取った場合。
	看取り介護加算(Ⅱ) 2	144	288	432	
	看取り介護加算(Ⅱ) 3	780	1,560	2,340	
	看取り介護加算(Ⅱ) 4	1,580	3,160	4,740	
	在宅復帰支援機能加算	10	20	30	在宅へ退居するにあたり、入居者、家族に対して、入居者が希望する居宅介護支援事業所へ必要な情報の提供、退居後の居宅サービスの利用に関する調整を行うなどの支援を行う場合。
	在宅・入所相互利用加算	40	80	120	複数の方で在宅と入居期間（３カ月を限度）を定めて居室を相互に利用する場合。

区分	サービス内容略称	金額			内容の説明
		1 割	2 割	3 割	
2) 加算	若年性認知症 入所者受入加算	120	240	360	初老期における認知症によって要介護者となった入居者を受け入れた場合。
	認知症チームケア 推進加算（Ⅱ）	120	240	360	認知症介護に係る専門的な研修修了者 1 名以上配置し、認知症の行動・心理症状に対応するチームを組み、カンファレンス等を行っている。（月 1 回）
	認知症行動・心理 症状緊急対応加算	200	400	600	認知症の行動・心理症状により緊急入所が適当と医師が判断した場合に 7 日間を限度として算定する。
	褥瘡マネジメント 加算Ⅰ	3	6	9	入居者ごとの褥瘡の発生に係るリスクを施設入居時に評価するとともに、3 月に 1 回評価し、その結果を厚労省に提出、褥瘡管理の実施に当たり、その当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。また、評価の結果褥瘡リスクがあるとされた入居者に対し、関連職種の方が共同して褥瘡ケア計画を作成し、その計画に基づき褥瘡管理を実施し、少なくとも 3 月に 1 回褥瘡ケア計画を見直している場合。（月 1 回）
	褥瘡マネジメント 加算Ⅱ	13	26	39	褥瘡マネジメント加算Ⅰの要件を満たし、かつ、施設入居時の評価の結果、褥瘡の認められた入居者について褥瘡が治癒したこと、または褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者について褥瘡の発生がないこと。
	褥瘡マネジメント 加算Ⅲ	10	20	30	入居者ごとの褥瘡の発生に係るリスクを施設入居時に評価するとともに、3 月に 1 回評価している場合。また、評価の結果褥瘡リスクがあるとされた入居者に対し、関連職種の方が共同して褥瘡ケア計画を作成し、その計画に基づき褥瘡管理を実施し、少なくとも 3 月に 1 回褥瘡ケア計画を見直している場合。（3 月に 1 回を限度）
	科学的介護推進 体制加算Ⅰ	40	80	120	入居者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出。また必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービス提供に当たり、提出した情報その他適切かつ有効に行うために必要な情報を活用している場合。（月 1 回）
	科学的介護推進 体制加算Ⅱ	50	100	150	科学的介護推進体制加算Ⅰの要件に加え、疾病の状況を厚労省に提出している場合。（月 1 回）
	安全対策体制加算	20	40	60	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合。（入居時に 1 回）
	高齢者施設等感染 対策向上加算（Ⅰ）	10	20	30	感染者の対応を行う医療機関と連携体制を構築。院内感染対策に関する研修訓練に年 1 回以上参加。（月 1 回）
	高齢者施設等感染 対策向上加算（Ⅱ）	5	10	15	感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、感染制御等の実地指導を 3 年に 1 回以上受ける。（月 1 回）
	新興感染症等施設 内療養費	240	480	720	別に定める感染症に感染した場合に診療等対応する医療機関を確保し、適切な感染対策のもとサービスを提供した場合。（月 1 回 5 日を限度）
	生産性向上推進体 制加算（Ⅱ）	10	20	30	生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合。（月 1 回）
	サービス提供体制 強化加算Ⅰ	22	44	66	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 80%以上であるか、若しくは勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上である場合で、かつ、サービスの質の向上に資する取り組みを実施している場合。 日常生活継続支援加算を算定する場合、算定しない。

区分	サービス内容略称	金額			内容の説明
		1 割	2 割	3 割	
2) 加算	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	36	54	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 60%以上配である場合。 日常生活継続支援加算を算定する場合、算定しない。
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	12	18	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 50%以上であるか、若しくは看護・介護職員のうち常勤職員が 75%以上である、またはサービスを直接提供職員のうち勤続年数 7 年以上の者を 30%配置している場合。 日常生活継続支援加算を算定する場合、算定しない。
	常勤医師配置加算	25	50	75	常勤の医師を 1 名以上配置している場合。
	自立支援促進加算	280	560	840	医師が自立支援に係る医学的評価を行い、自立支援計画を策定しケアを実施、3 か月に 1 回支援計画を見直している場合。(月 1 回)
	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数に 14%を乗じた金額			厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設が、入居者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合に算定。 ※(施設サービス費+加算)×ひと月の入居日数×0.14 で算出された数値を四捨五入したものがこの加算の単位となります。

※加算の詳細については法令等に基づきます。

(2) 利用料

ア 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」

区 分	金額・内容説明
居住費	1 日あたり 2, 0 6 6 円 (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が 1 日あたりの上限) ただし、6 日を超えた外泊、入院期間中については、その限度額に関わらず 2, 0 6 6 円負担して頂きます。
食 費	1 日あたり 1, 8 0 0 円 (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が 1 日あたりの上限)
理美容代	実費
預り金管理料	1 日あたり 5 0 円
電気料	1 日あたり テレビ、電気毛布、加湿器、冷蔵庫 3 0 円 ラジオ、CD ラジカセ、携帯電話、タブレット、パソコン 1 0 円
コピー代	1 面 1 0 円 (用紙の大きさを問わず)
行事費	実費
クラブ活動材料費	実費
クリーニング代	実費 (施設での洗濯に適さないもの)

※その他医療費、予防接種費用等は別途かかります。

日用品(ティッシュ、歯ブラシ、化粧品など)は持ち込みとなります。

イ その他の費用

区 分	金額・内容説明
家族室代	1 泊 1 室 1, 0 0 0 円
付添寝具代	1 泊 1 人 1, 0 0 0 円
付添食代	朝食 5 0 0 円 昼食 6 5 0 円 夕食 6 5 0 円

送迎代	片道 1,840円 (送迎の範囲は奥州市及び金ヶ崎町内とする。入居者及び家族等の希望による外泊及び外出時の送迎とし、病院受診を除く。)
死亡診断書作成料	5,500円
エンゼルケア料	11,000円

(3) 支払い方法

当月の利用料金は翌月10日過ぎに請求書を発行いたしますので、その月の末日までに窓口又は銀行振込、口座振替でお支払い願います。なお、手数料は利用者負担となります。

8 サービス利用にあたっての留意事項

項 目	内 容
面会時間	午前7時から午後8時まで（土日・祝日も同様） 面会の際には、事務所窓口にて面会カードのご記入をお願いいたします。
金銭貴重品の管理	原則として貴重品の持ち込みはお断りします。万一、金銭等（小銭も含む）を入居者ご自身でお持ちになる場合は鍵付きの引き出しに保管するなど、盗難や紛失に十分お気をつけ願います。なお、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。
外出・外泊	事前に届出用紙にご記入の上お申し出ください。
飲酒・喫煙	飲酒は他の人の迷惑にならない程度で、喫煙は指定の場所で行います。
宗教活動	信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の入居者にならない範囲とさせていただきます。
ペット	ペットの持ち込みは原則としてお断りします。
ハラスメント	入居者・家族等からの以下のハラスメントが認められた場合、契約解除となる場合があります。 ①身体的暴力（回避したため危害を免れたケースを含む） ②精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけ貶めたりする行為） ③セクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為） ただし、以下の言動はハラスメントとはいたしません。 ・認知症等の病気又は障害の症状として現れた言動（BPSD等）
撮影・録音・データの公表	他利用者・職員の撮影、録音及びSNS等でのデータの公表は禁止させていただきます。

9 緊急時等の対応方法

入居者に容体の変化があった場合には、協力病院の医師に連絡を取る等必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡致します。

10 協力病院

病院名	所在地・連絡先
井 筒 医 院	岩手県奥州市水沢羽田町久保5番地 0197-23-2971
美 山 病 院	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢495番地2 0197-24-2141
美 希 病 院	岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野100番地 0197-56-6111
ちば歯科医院	岩手県奥州市水沢字桜屋敷420 0197-23-2974

1.1 入院期間中の居室の利用

入居者の長期入院中の居室について、短期入所生活介護等に利用する場合があります。その場合には、事前に入居者又は代理人にその旨を通知するものとし、その期間の居住費の徴収はしないものとします。

1.2 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに代理人、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

1.3 非常災害対策

当施設では次のような防災設備を備えています。また、防災訓練を実施しています。

- ・防災設備 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知機、非常通報装置、避難滑り台、非常電源設備、消火器、消防署への火災自動通報装置ほか
- ・防災訓練 年2回

1.4 相談窓口・苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

いこいの森 苦情解決委員	受付担当	電話番号	0197-51-1155
		FAX 番号	0197-51-1251
	第三者 委員	担当者	主任生活相談員兼介護支援専門員 千田 恵 介護支援専門員 岩渕 幸也 介護支援専門員 佐藤 歩
		対応時間	8:30～17:15（月～金）
	第三者 委員	及川信勝	住所 奥州市水沢羽田町字下屋敷 13-2 電話 0197-24-1244
		千葉 新一	住所 奥州市水沢羽田町字洗田 369-20 電話 0197-25-8029
		佐藤 弘美	住所 奥州市水沢羽田町駅前 1-113 電話 0197-24-9234

○次の機関においても、苦情申出ができます。

☐	奥州市 長寿社会課	所在地 岩手県奥州市水沢大手町一丁目1番地 電話番号 0197-24-2111
☐	金ヶ崎町 保健福祉センター	所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根鑓水98番地 電話番号 0197-44-4560
☐	北上市 長寿介護課	所在地 岩手県北上市芳町1-1 電話番号 0197-64-2111
☐	一関市 長寿社会課	所在地 岩手県一関市竹山町7-2 電話番号 0191-21-8370
☒	岩手県国民健康保険団 体連合会	所在地 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話番号 019-604-6700
☒	岩手県福祉サービス運 営適正化委員会	所在地 岩手県盛岡市三本柳8地割1-3 電話番号 019-637-8871
☐		所在地 電話番号

1.5 第三者評価の実施について

当施設では第三者評価は受審しておりません。

【緊急連絡先】

第1連絡先	氏 名 (続柄) 住 所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場) (会社名)
第2連絡先	氏 名 (続柄) 住 所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場) (会社名)
第3連絡先	氏 名 (続柄) 住 所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場) (会社名)

【説明確認欄】

令和 7年 月 日

介護老人福祉施設をご利用にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 特別養護老人ホーム いこいの森
説明者 職名
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設について重要事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

入居者 住所
氏名 印
代理人 住所
氏名 印
入居者との続柄 ()

(本人、代理人用)

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）及び代理人（ ）は、社会福祉法人美楽会が、私及び代理人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 入居者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関（入院、受診時の情報提供）、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
- (4) 入居者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 入居者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。
また、入居者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。

令和 年 月 日

入 居 者 住 所

氏 名 印

代 理 人 住 所

氏 名 印

入居者との続柄（ ）