

# 『(介護予防) 小規模多機能型居宅介護 ウィズ双葉』

## 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています  
(阿南市指定 第 3690400027 号)

当事業所はご契約者に対して指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

### ◇◆ 目次 ◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	3
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
6. 苦情の受付について (契約書第 18 条参照)	10
7. 運営推進会議の設置	10
8. 福祉サービス第三者評価の実施について	11
9. 協力医療機関、バックアップ施設	11
10. 非常火災時の対応	11
11. 事故発生時の対応	11
12. サービス利用時の留意事項	12
13. 個人情報の利用について	12

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 双葉会  
(2) 法人所在地 徳島県阿南市見能林町南林260-3  
(3) 電話番号 0884-22-2913  
(4) 代表者氏名 理事長 坪光 良直  
(5) 設立年月 昭和57年1月20日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護  
(2) 事業の目的 当事業所は住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。  
(3) 事業所の名称 ウィズ双葉  
(4) 事業所の所在地 徳島県阿南市見能林町南林260番地2  
(5) 電話番号 0884-24-9123  
(6) 管理者氏名 伊沢 英邦  
(7) 当事業所の運営方針
  - ・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ことができるよう配慮します。
  - ・利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保険医療サービスが、効率的に提供されるよう配慮します。
  - ・利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に公平中立に行います。
  - ・事業の運営にあたっては、市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、医療機関等との連携に努めます。

(8) 開設年月日 平成21年11月1日  
(9) 登録定員 29名  
(通いサービス定員18人、宿泊サービス定員9人)  
(10) 居室等の概要  
当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室ですが、2人部屋など他の種類の利用をご希望される場合は、その旨お申し出ください(ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります)
  - ・個室(3室)・2人部屋(3室)※厚生労働省が定める指定小規模多機能型居宅支援事業所の基準に従っている施設・設備となっております。

### 3.事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 阿南市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	月曜日～日曜日 (基本時間) 午前6時～午後9時
訪問サービス	24時間
宿泊サービス	月曜日～日曜日 (基本時間) 午後9時～午前6時

### 4.職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	従業者数	指定基準	職務の内容
1. 管理者	1人	1人(兼務可)	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1人以上	1人(兼務可)	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	6人以上	6人	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1人以上	1人	健康チェック等の医務業務

※常勤換算:職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(例:週40時間)で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 管理者	勤務時間: 8:30～17:30
2. 介護支援専門員	勤務時間: 8:30～17:30
3. 介護職員	主な勤務時間: 6:30～15:30 7:00～16:00 8:00～17:00 8:30～17:30 9:00～18:00 10:00～19:00 11:30～20:30 12:00～21:00 17:00～9:00 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
4. 看護職員	勤務時間: 8:30～17:30 その他、利用者及び事業所の状況に応じ介護職員の勤務時間と同様の時間を使用します。

## 5.当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (介護保険の給付の対象となるサービス)
---

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 (介護保険の給付対象とならないサービス)
---

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の9割から7割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は、介護保険負担割合証(全体の1割から3割)の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

### <サービスの概要>

#### ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

##### ①食事

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・食事サービスの利用は任意です。

##### ②入浴

- ・入浴または清拭を行います。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身、整容の介助を行います。
- ・入浴サービスは任意です。

##### ③排泄

・ご契約者の状況に応じて適切な排泄の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。

##### ④機能訓練

- ・ご契約者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

##### ⑤健康チェック

- ・血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。

##### ⑥送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

#### イ 訪問サービス

- ・ご契約者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の支援を提供します。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等(水道・ガス・電気を含む)は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。

##### ①医療行為

- ②ご契約者もしくはその家族からの金銭または物品の授受
- ③ご契約者もしくはその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ④その他契約者もしくはその家族に行う迷惑

## ウ 宿泊サービス

・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の支援を提供します。

### <サービス利用料金> (契約書第5条参照)

ア 通い・訪問・宿泊(介護費用分)すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

利用料金は1ヶ月ごとの包括費用(定額)です。

下記の利用表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください(サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります)

1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1 34,450円	要支援2 69,720円	要介護1 104,580円	要介護2 153,700円	要介護3 223,590円	要介護4 246,770円	要介護5 272,090円
2.うち、介護保険から給付される金額 1割負担の場合	31,050円	62,748円	94,122円	138,330円	201,231円	222,093円	244,881円
2割負担の場合	27,600円	55,776円	83,664円	122,960円	178,872円	197,416円	217,672円
3割負担の場合	24,150円	48,804円	73,206円	107,590円	156,513円	172,739円	190,463円
3.サービス利用に係る自己負担額 1割負担の場合	3,450円	6,972円	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円
2割負担の場合	6,900円	13,944円	20,916円	30,740円	44,718円	49,354円	54,418円
3割負担の場合	10,350円	20,916円	31,374円	46,110円	67,077円	74,031円	81,627円

※月ごとの包括利用金ですので、契約者の体調不良や状態の変化等により(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はしません。

※月途中から登録した場合または月途中から登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、宿泊のいずれかのサービスを実際に利用した日

登録終了日・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいった

んお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が介護保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ご契約者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます(下記(2)ア及びイ参照)。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

《短期利用居宅介護費》(1日につき)

1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	4,240円	5,310円	5,720円	6,400円	7,090円	7,770円	8,430円
2.うち、介護保険から給付される金額							
1割負担の場合	3,816円	4,779円	5,148円	5,760円	6,381円	6,993円	7,587円
2割負担の場合	3,392円	4,248円	4,576円	5,120円	5,672円	6,216円	6,744円
3割負担の場合	2,968円	3,717円	4,004円	4,480円	4,963円	5,439円	5,901円
3.サービス利用に係る自己負担額							
1割負担の場合	424円	531円	572円	640円	709円	777円	843円
2割負担の場合	848円	1,062円	1,144円	1,280円	1,418円	1,554円	1,686円
3割負担の場合	1,272円	1,593円	1,716円	1,920円	2,127円	2,331円	2,529円

小規模多機能型居宅介護の宿泊室に空床がある場合、緊急やむを得ない場合等、一定の条件下において、登録者以外の短期利用が可能となります。

(利用要件)

※登録者の宿泊サービスの利用者と登録者以外の短期利用者の合計が、宿泊定員の範囲内で、空いている宿泊室を利用するものであること。

※利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用が必要と認めた場合であって、当事業所の介護支援専門員が、当事業所の登録者に提供されるサービスに支障がないと認めた場合

※利用期間は7日以内(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内)であること

※当事業所が提供するサービスが過少である場合の減算を受けていない場合

※指定基準に定める従業員数を配置している場合

## イ加算項目

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金(自己負担額)が加算されます。

### 《小規模多機能型居宅介護》

加算の種類	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合	加算及び算定の内容
初期加算	30 円/日	60 円/日	90 円/日	利用を開始した日から 30 日間に係る 1 日当たりの加算料金です。30 日を越える入院をされた後に再び利用を開始した場合も算定します。
認知症加算 (Ⅱ)	890 円/月	1,780 円/月	2,670 円/月	認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し会議等を開催していること。日常生活に支障のきたすおそれのある症状または行動が認められることから介護を必要とする利用者(日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)に専門的な認知症ケアを実施した場合に算定する 1 月当たりの加算料金です。
認知症加算 (Ⅳ)	460 円/月	920 円/月	1,380 円/月	要介護 2 であって、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする利用者(日常生活自立度Ⅱ)の場合に算定する 1 月当たりの加算料金です。
看護職員配置加算(Ⅰ)	900 円/月	1,800 円/月	2,700 円/月	専従の看護師を 1 名以上配置している場合の 1 月当たりの加算料金です。
看護職員配置加算(Ⅱ)	700 円/月	1,400 円/月	2,100 円/月	専従の准看護師を 1 名以上配置している場合の 1 月当たりの加算料金です。
総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)	1,200 円/月	2,400 円/月	3,600 円/月	利用者の心身の状況又はその家族を取り巻く環境の変化に応じ、随時介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員等が共同し、小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行い、かつ日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加している等厚生労働省が定めた算定要件を実施している場合 1 月当たりの加算料金です。
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月	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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に 3 ヶ月に 1 回提出していること。またその情報を活用している場合に算定する 1 月当たりの加算料金です。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	750 円/月	1,500 円/月	2,250 円/月	小規模多機能型居宅介護費を算定している場合で、当該加算の体制・人材要件を満たす場合の 1 月当たりの加算料金です。 ※介護福祉士割合が、100 分の 70 以上
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	$(\text{介護報酬総単位数}^{※1} \times 14.9\%)^{※2} \times 10 \text{ 円/月}$ ※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算(介護職員等特定処遇改善Ⅰ、ベースアップ加算除く) ※2 1 単位未満の端数四捨五入 ※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額は、上記額－(上記額×負担割合(1 円未満切捨))			当該加算の算定要件を満たす場合の 1 月当たりの加算料金です。 ※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。

《介護予防小規模多機能型居宅介護》

加算の種類	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合	加算及び算定の内容
初期加算	30 円/日	60 円/日	90 円/日	利用を開始した日から30日間に係る1日当たりの加算料金です。30日を越える入院をされた後に再び利用を開始した場合も算定します。
総合マネジメント体制強化加算(I)	1,200 円/月	2,400 円/月	3,600 円/月	利用者の心身の状況又はその家族を取り巻く環境の変化に応じ、随時介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員等が共同し、小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行い、かつ日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加している等厚生労働省が定めた算定要件を実施している場合1月当たりの加算料金です。
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月	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利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に3ヶ月に1回提出していること。またその情報を活用している場合に算定する1月当たりの加算料金です。
サービス提供体制強化加算(I)	750 円/月	1,500 円/月	2,250 円/月	小規模多機能型居宅介護費を算定している場合で、当該加算の体制・人材要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。 ※介護福祉士割合が、100分の70以上
介護職員等処遇改善加算I	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×14.9%) <sup>※2</sup> ×10円/月 ※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算(介護職員等特定処遇改善I、ベースアップ加算除く) ※2 1単位未満の端数四捨五入 ※3 介護職員等処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切捨))			当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。 ※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。

《(介護予防)短期利用居宅介護》

加算の種類	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合	加算及び算定の内容
認知症行動・心理症状緊急対応	200 円/日	400 円/日	600 円/日	医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅の生活が困難であり、緊急に小規模多機能を利用することが適当であると判断した場合に7日を限度として算定する加算料金です。
サービス提供体制強化加算(I)	25 円/日	50 円/日	75 円/日	短期利用居宅介護費を算定している場合で、当該加算の体制・人材要件を満たす場合の1日当たりの加算料金です。 ※介護福祉士割合が、100分の70以上
介護職員等処遇改善加算I	(介護報酬総単位数 <sup>※1</sup> ×14.9%) <sup>※2</sup> ×10円/月 ※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算(介護職員等特定処遇改善I、ベースアップ加算除く) ※2 1単位未満の端数四捨五入 ※3 介護職員等処遇改善加算の利用者負担額は、上記額-(上記額×負担割合(1円未満切捨))			当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。 ※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

<サービスの概要と利用料金>

ア 食事の提供

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食・400円 昼食・600円 夕食・530円

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

1,500円

ウ おむつ代

実費

エ レクリエーション、趣味活動

ご契約者の希望によりレクリエーションや趣味活動に参加していただくことができます。(材料費等は実費)

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更する事由について、必ずご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算(月末までに請求書発行しご請求)しますので、翌月中に事業所での現金払いか集金にてお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第6条参照)

・(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービスは(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスを組み合わせて介護を提供するものです。

・利用予定日の前に、ご契約者の都合により、(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には原則としてサービスの実施の前日までに事業所に申し出てください。

☆5.(1)の介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用(定額)のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の利用料は変更されません。ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません

☆サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

(5) (介護予防)小規模多機能型居宅介護計画について

(介護予防)小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域

での暮らしを支援するものです。

事業者は、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその実施状況进行评估します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

## 6. 苦情の受付について（契約書第 18 条参照）

### （1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けています。

○苦情受付窓口（担当者）

【職名】 介護支援専門員 伊沢 英邦

○苦情解決責任者

【職名】 管理者 伊沢 英邦

○受付時間 午前 9 時～午後 5 時半 電話番号 0884-24-9123

### （2）行政機関その他苦情受付機関

阿南市 介護保険課	所在地・阿南市役所内 介護保険課 電話番号・0884-22-1793 受付時間・午前 8 時半～午後 5 時
国民健康保険団体連合会	所在地・徳島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話番号・088-666-0117 受付時間・午前 9 時～午後 5 時
徳島県運営適正化委員会	所在地・県立総合福祉センター 3 階 徳島県社会福祉協議会内 電話番号・088-611-9988 受付時間・午前 9 時～午後 5 時

## 7. 運営推進会議の設置

当事業所では、（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進協議会を設置しています。

### <運営推進会議>

構成： 利用者代表 利用者家族代表 地域住民代表  
阿南市介護保険課職員 地域包括支援センター職員  
小規模多機能型居宅介護について知見を有する者

開催： 隔月で開催

会議録： 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

## 8. 福祉サービス第三者評価の実施について

地域密着型サービスは、サービスの質の確保の観点から、少なくとも年に1回は都道府県が認証した評価機関の実施する第三者評価又は運営推進会議による評価を受け、その結果を公表することが義務づけられています。

- ・第三者評価の実施の有無・・・実施なし ・実施した直近の年月日・・・実施なし
- ・実施した評価機関の名称・・・実施なし ・評価結果の開示状況・・・実施なし

※但し、小規模多機能型居宅介護事業所については、平成27年度より、都道府県が認証した評価機関による評価から、事業所が自らその提供するサービスの質を評価し、これを運営推進会議等に報告した上で公表する仕組みへと変更になっています。

## 9. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

原田医院	所在地 阿南市桑野町岡元 5-1 電 話 0884-26-0101
吉田歯科	所在地 阿南市津乃峰町東分 68 電 話 0884-27-0154
地域密着型特別養護老人ホーム 双葉の丘	所在地 阿南市見能林町南林 30-1 電 話 0884-23-2882

## 10. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練(地震・津波)を年2回、契約者も参加して行います。

## 11. 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- (1) 事業者は、事故が発生した場合にはその原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。
- (2) 事業者は、利用者に対するサービスの提供により発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらない場合は、この限りではありません。

尚、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	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 險 名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保障の概要	事業所内外における業務上の過失の保障（但し、車両事故は除く）

## 1 2. サービスにあたっての留意事項

- ・サービスの利用の際には、介護保険被保険者証を提示して下さい。
- ・事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
- ・利用者が、故意又は重大な過失により、事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、ご利用を継続しがたい事態を発生させた場合には、登録を終了させていただく場合があります。

## 1 3. 個人情報の利用について

ご契約者および代理人、ご家族様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、または収集を致します。

### 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) ご利用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、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) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用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) 施設内での写真の掲示及び施設広報紙等でお名前、写真の掲載
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 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

- (1) 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ない。また、利用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、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所 ウィズ双葉

説明者職名 管理者兼介護支援専門員 氏名 伊 沢 英 邦 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_