

株式会社 孝生会
グループホームフォレスト

重要事項説明書

株式会社孝生会

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

作成日 令和 7年 4月 1日

1 事業主体

事業主体（法人名）	株式会社 孝生会
法人の種類	株式会社
代表者（役職名及び氏名）	代表取締役 津森孝生
法人所在地	〒578-0935 東大阪市若江東町4丁目2番5号
電話番号及びFAX番号	電話06-6728-3900 FAX06-6728-6500
Eメールアドレス	
設立年月日	平成19年10月15日
法人の理念	一人ひとりの命を輝かす医療と介護をめざして

2 事業所の概要

① 事業所の名称等

事業所の名称	株式会社 孝生会 グループホームフォレスト
事業所の責任者（管理者）	片岡有紀
開設年月日	平成21年3月1日
介護保険事業者指定番号	東大阪市指定 2795000070
事業所の所在地	〒578-0935 東大阪市若江東町4丁目2番5号 日常生活圏域 若江地域
電話番号及びFAX番号	電話06-6224-7645 FAX06-6729-7437
交通の便	近鉄奈良線若江岩田駅から南へ 徒歩約15分
敷地概要・面積	都市計画法による市街化区域 敷地面積：725.12㎡
建物概要	構造：鉄筋コンクリート造5階建3・4階部分 延べ床面積：548㎡
損害賠償責任保険の加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

② 主な設備

定員	18名（全室個室1人部屋）
居室面積	9.64㎡～10.71㎡
食堂、居間	3・4階、各階食堂・居間47.51㎡ 合計47.51㎡ (1人当たり5.28㎡)
トイレ	3・4階、各階に車椅子対応トイレ1箇所 トイレ2箇所
浴室	3・4階 各階3.54㎡（1方向介助対応）

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	必要なケアを提供し、認知症状の進行・身体能力の低下を最小限に抑え、自律した生活を送れるようお手伝いします。
運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者それぞれが役割をもち、助け合い、支え合いが生まれる場にします。 ・今までの生活習慣やその人らしい暮らしを大切にします。 ・笑いの溢れる家庭的な雰囲気の中で、楽しく生活していただきます。 ・利用者の心身状態をきめ細かく把握し、適切なケアに努めます。 ・地域の方々との交流をもち、たくさんの方々とは触れ合う機会を作ります。

4 職員勤務の体制

① 職員配置状況

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	職務内容
管理者	介護支援専門員	1名	—	あり	1名	介護従業者及び業務の管理。
計画作成者	認知症実践者研修修了	2名	—	あり	2名	認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成。
介護従事者	介護福祉士	8名	2名	あり	10名	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	介護支援専門員	1名	—	なし	—	
	ヘルパー2級・初任者研修	3名	2名	なし	5名	
	資格なし		—	なし	—	

② 主な職種の勤務の体制

職種	勤務体制	職種	勤務体制
管理者	9:00～18:00	介護従事者	昼間の体制 早番 7:00～16:00 1名 日勤 9:00～18:00 1名 遅出 11:00～20:00 1名 夜間の体制 夜勤 17:00～翌10:00 1名
計画作成者	9:00～18:00		

5 利用者の状況（令和6年12月1日現在）

入居者数	15名（男性0名 女性15名）		
要介護度別	要支援2：1名	要介護2：1名	要介護4：4名
	要介護1：1名	要介護3：8名	要介護5：3名

6 サービスの概要

食 事	朝食：午前7時～ 昼食：午後0時～ 夕食：午後6時～
入 浴	週に最低2回入浴していただきます。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。
機能訓練	利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
健康管理	血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。
介 護	利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。
レクリエーション	日常生活を活性化する為に、数々のレクリエーション活動を実施し、楽しみのある生活になるよう援助します。

7 サービス利用料金

① 保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。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、利用者の負担額を変更します。 月途中から入居又した場合、又は月途中で退去した場合には、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。
----------	--

※地域区分 5級地 1単位あたり 10,45円

介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本単位数	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位
料金	7,827 円	7,868 円	8,234 円	8,485 円	8,652 円	8,830 円
利用者負担 1 割	783 円	787 円	824 円	849 円	866 円	883 円
利用者負担 2 割	1,566 円	1,574 円	1,647 円	1,697 円	1,731 円	1,766 円
利用者負担 3 割	2,349 円	2,361 円	2,471 円	2,546 円	2,596 円	2,649 円

◎ 認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護（1日あたり）

※（単位数×日数×10.45）が料金。（料金×0.9）が介護保険給付額となり利用者負担額は料金から保険給付額を差し引いた額となりますので1月（30日）に換算すると次のとおりになります。

介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用者負担 1 割 1月（30日）あたり	23,490 円	23,610 円	24,720 円	25,470 円	25,980 円	26,490 円
利用者負担 2 割 1月（30日）あたり	46,980 円	47,220 円	49,410 円	50,910 円	51,930 円	52,980 円
利用者負担 3 割 1月（30日）あたり	70,470 円	70,830 円	74,130 円	76,380 円	77,880 円	79,470 円

◎ 虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記単位数の100分の1に相当する単位数を上記単位数より減算します。

※ 業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記単位数の100分の1に相当する単位数を上記単位数より減算します。

◎ 初期加算（1日あたり）

認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）事業所に入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の利用者負担があります。（原則過去3月間当該事業所に入居したことがない場合に限り、ただし「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する方は過去1月間入居した事がない場合となります。）

また、医療機関の1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算を算定します。

初期加算単位数	30 単位
料金	313 円
利用者負担 1 割	32 円
利用者負担 2 割	63 円
利用者負担 3 割	94 円

◎ 医療連携体制加算（1日あたり）

要介護1～5の方に対し、入院・外泊期間を除いて、医療連携体制として下記のとおり加算分の利用者負担があります。

医療連携体制加算単位数	37 単位
料金	386 円
利用者負担 1 割	38 円
利用者負担 2 割	77 円
利用者負担 3 割	116 円

◎ 入居者の入退院支援の取り組み(1日あたり)

入院後3カ月以内の退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として算定する1日あたりの加算料金です。

入退院支援の取り組み加算	246 単位
料金	2,570 円
利用者負担 1 割	257 円
利用者負担 2 割	514 円
利用者負担 3 割	771 円

◎ 口腔衛生管理体制加算（1月1回）

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導の評価した1月1回の加算料金です

口腔衛生管理体制加算	30 単位
料金	313 円
利用者負担 1 割	32 円
利用者負担 2 割	63 円
利用者負担 3 割	94 円

◎ 看取り介護加算（1日あたり）

看護師の配置と夜間における24時間連携体制の確保等を行っている施設で、本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に算定する1日あたりの加算料金です。

看取り介護加算	死亡日以前 31 日 以上 45 日以下	死亡日以前 4 日 以上 30 日以下	死亡日の前日及 び 前々日	死亡日
看取り介護加算 単位	72 単位	144 単位	680 単位	1,280 単位
料金	752 円	1,504 円	7,106 円	13,376 円
利用者負担 1 割	76 円	151 円	711 円	1,338 円
利用者負担 2 割	151 円	301 円	1,422 円	2,676 円
利用者負担 3 割	226 円	452 円	2,132 円	4,013 円

※ただし、入院・外泊期間・退所した日の翌日から死亡日までの間は、算定しません。

◎ サービス提供体制強化加算（1日あたり）

当該加算の体制・人材要件を満たす場合に算定する1日あたりの加算料金です。

サービス提供 体制強化加算	I.介護職員総数の うち介護福祉士の 資格保有者の占め る割合 70%以上で ある事。 勤続10年以上の介 護福祉士の資格保 有者 25%以上であ る事	II.介護職員総数の うち介護福祉士の 資格保有者の占め る割合が 60%以上 である事	III.介護職員総数 のうち常勤職員の 割合が 75%以上で あること介護福祉 士の資格保有者の 占める割合が 50% 以上である事	III.介護職員の総 数のうち勤務年数 7年以上のものが 30%以上である事
加算単位	22単位	18単位	6単位	6単位
料金	229円	188円	62円	62円
利用者負担1割	23円	19円	7円	7円
利用者負担2割	46円	38円	13円	13円
利用者負担3割	69円	57円	19円	19円

※『加算Ⅰ～Ⅲ』のいずれか1つを算定致します。

◎ 介護職員処遇改善加算（1月あたり）

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	(Ⅰ)所定単位数の 186/1000	左記の1割	1月当たり
---------------	-----------------------	-------	-------

② その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

日常生活費	理美容代	利用者希望時、訪問理容代の実費を負担
	おむつ代	利用者希望時、おむつ等代の実費を負担
	シーツ代	30日3,150円 寝具一式1日105円(レンタル料)
敷 金		200,000円【生活保護受給者】152,000円
食材料費		30日46,260円 1日朝食308円 昼食565円 夕食669円 計1,542円 (前日までに欠食の連絡を受けた食事は徴収しません。)
家 賃		30日63,000円(内訳)土地・建物賃貸料 1日2,100円 【生活保護受給者】月額37,980円(内訳)土地・建物賃貸料 1日1,266円
水道光熱費		30日15,600円(内訳)電気・水道代1日520円 【生活保護受給者】(4月～10月)315円×30日9,450円 (11月～3月)365円×30日10,950円
共益費		30日15,600円(内訳)エレベータ、受水槽保守点検代、 建物清掃代 1日520円 【生活保護受給者】30日10,950円 1日365円

③ 利用料金の支払い方法

利用料、その他の費用 の請求	<p>利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額、また食費や水道光熱費などについては、上記内容に基づき適正な額を請求いたします。</p> <p>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に発送します。</p>
利用料、その他の費用 の支払い	<p>請求月の末日までに、下記の方法によりお支払い下さい。</p> <p>『自動口座引き落とし』 <u>自動引き落としの手続きが出来ない際は、下記の口座まで振り込んで頂きます。</u></p> <p>【事業者指定口座振り込みの場合】 ゆうちょ銀行 店名 四一八(読み ヨンイチハチ) 店番 418 普通預金 口座番号 2750800 口座名義 株) 孝生会 口座名義フリガナ カ) コウセイカイ</p> <p>お支払いを確認後、領収書を翌月の請求書と合わせて発送しますので、必ず保管頂けますようお願いいたします。</p>

8 サービスの利用方法

面会	面会時間 午前9時～午後7時30分 (来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください。)
外出・外泊	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
飲酒・喫煙	全館禁煙です。飲酒はレクリエーション等状況に応じて許可します。 節度を持ってお願いします。
金銭、貴重品の管理	利用者・ご家族・代理人で、管理出来る範囲でお願いします。
所持品の持ち込み	居室に入る範囲で原則自由。
設備、器具の利用	設備、器具は従来の方方法に従ってご利用下さい。それに反した利用により、破損等が生じた場合、弁償して頂くことがあります。

9 入退居にあたってのの留意事項

サービスの開始	<p>(1) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護（要支援者）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。</p> <p>① 認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者 ② 認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者 ③ 認知症の原因となる疾患が急性の症状にある者</p> <p>(2) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により認知症の状態にあることの確認を行います。</p>
サービスの終了	<p>(1)利用者のご都合でサービスを終了する場合 退所を希望する日の30日前までにお申し出下さい。</p> <p>(2)利用者が入院治療を要するなどの、自ら必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。</p> <p>※明らかに3ヶ月以内に退院できる見込がない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合</p> <p>※（生活保護者）利用者が病院に入院し、明らかに6ヶ月以内に退院できる見込がない場合又は入院後6ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合</p> <p>(3)利用者やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの暴言・暴力・ハラスメント行為などの背信行為が行われた場合、サービスの中断や契約の解除をする場合があります。背信行為が行われた場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所いただく場合があります。</p> <p>(4)利用者が亡くなられた場合</p>

10 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	従業者は利用者の避難・救出等、適切な措置を講じます。又、管理者は日常的に具体的な対応方法、避難経路及び、協力機関等との連携方法を確認、又、災害時には避難・救出の指揮をとります。
平常時の訓練等	年2回定期的に避難・救出等必要な訓練を行います。
消防計画等	消防署への届け出日 平成21年3月4日 防火管理者 野村 圭一
防犯防火設備 避難設備等の概要	<p>(1) 居室からの2方向避難経路の確保</p> <p>(2) 屋外避難階段の設置・スプリンクラー・消火器</p> <p>(3) 自動火災報知設備・火災通報設備・非常照明設備を設置</p>

1 1 緊急時の対応方

事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法	サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。救急病院及び近隣の医療機関・介護老人保健施設と支援協力関係を確保します。		
協力医療機関	「1 2 協力医療機関等」参照		
主治医	利用者の主治医	津森 孝生	
	所属医療機関名	医療法人 津森医院	
	所在地電話番号	東大阪市若江東町4丁目2番5号 電話 06-6729-6020	
家族等	氏名		続柄
	住所		
	電話番号		
家族等	氏名		続柄
	住所		
	電話番号		

1 2 協力医療機関等

協力医療機関	医療法人孝生会津森医院
	所在地東大阪市若江東町4丁目2番5号電話 06-6729-6020
協力歯科医療機関	生内歯科診療所
	所在地東大阪市長田中1丁目4番17-209号電話 06-6787-6404
連携介護老人福祉施設	特別養護老人ホームアンパス東大阪
	所在地東大阪市若江南町3丁目7番7号電話 06-4307-0333
連携介護老人保健施設	介護老人保健施設ヴァンペール
	所在地東大阪市岩田町4丁目2番1号電話 072-961-7875
連携病院	医療法人寿山会喜馬病院
	所在地東大阪市岩田町4丁目2番8号電話 072-961-6888

1 3 秘密の保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	・事業者及び事業所の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
従業者に対する秘密の保持について	・就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務はあります。秘密の保持の義務規定に違反した場合は、懲戒処分の罰則規定を設けています。
個人情報の保護について	・事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。 ・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します。

1.4 認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)

<p>認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護(介護予防認知症対応型共同生活介護)サービスは、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、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境の下で日常生活を送る事ができるよう配慮してサービスの提供に努めます。 ・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、他の介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画(サービス計画)を作成いたします。 ・事業所の計画作成担当者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者との協議のうえサービス計画を定め、また、その実施状況を把握し、常に評価を行い、必要に応じてサービス計画の変更見直しをいたします。また、サービス計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。
<p>サービス提供に関する記録について</p>	<p>サービス提供に関する記録は、サービスを提供した日から5年間保管します。また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。複写の交付については、実費をご負担いただきます。(1枚につき10円)</p>

1.5 身体的拘束等について

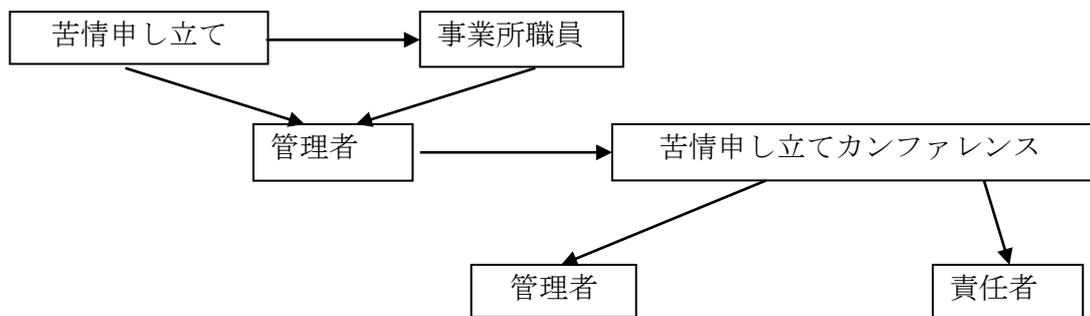
<p>身体的拘束等の禁止</p>	<p>事業者は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行いません。</p>
<p>緊急やむを得ない場合の検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急やむを得ない場合は、以下の要件をすべて満たす状態であるか管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員で構成する「身体的拘束判定、廃止委員会」で検討します。個人では判断しません。 ・当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。 ・身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がない事。 ・身体的拘束等が一時的である事。
<p>家族への説明</p>	<p>緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとします。</p>
<p>身体的拘束等の記録</p>	<p>身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。</p>

1.6 高齢者虐待防止等について

<p>高齢者虐待防止等の取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、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。 ・成年後見制度の利用を支援します。 ・苦情解決体制を整備しています。 ・サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・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、これを市町村に通報します。
<p>高齢者虐待防止等に関する責任者</p>	<p>管理者 片岡 有紀</p>

1 7 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 片岡有紀 担当者 副管理者 武内智子 TEL 06-6224-7645 FAX 06-6728-7437 受付時間 9:00~18:00 また、苦情受付箱を事業所受付けに設置しています。
事業所外苦情相談窓口	東大阪市 福祉部 指導監査室 法人・高齢者施設課 電話 : 06(4309)3315 ファクス: 06(4309)3848 受付時間 9:00~17:30 (土、日、祝祭日は定休日その他規定で決められた休日)
	大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 連絡先: 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号中央大通 FN ビル TEL 06-6949-5418 受付時間 平日(月曜日から金曜日) 9時~17時まで ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日、及び 12月29日30日31日、1月1日2日3日を除く



1 8 運営推進会議の概要

運営推進会議の目的	サービス提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。
委員の構成	利用者代表 町会会長 町会副会長 地域包括支援センターアンパス東大阪職員 利用者の家族代表 民生委員
開催時期	おおむね2ヶ月に1回開催します。

1 9 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和6年2月15日
評価機関の名称	特定非営利活動法人 介護保険市民オンブズマン機構大阪
結果の開示状況	評価結果、目標達成計画を開示し、市へ提出しています。また、福祉医療機構ホームページ WAMNET (ワムネット) から評価結果が閲覧できます。

20 衛生管理等について

衛生管理等	<p>利用者が使用する施設、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るとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行う。</p> <p>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るものとし、必要に応じ保健所の助言、指導を求める。</p>
-------	--

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

上記の内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）」第 108 条により準用する第 3 の 7（「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための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 36 号）」第 64 条により準用する第 11 条）の規定にもとづき、利用者に説明を行いました。

事業者所在地	東大阪市若江東町 4 丁目 2 番 5 号
事業者法人名	株式会社孝生会
法人代表者名	津森 孝生
事業所名称	株式会社孝生会グループホームフォレスト
説明者 氏名	片岡 有紀

利用者 住 所	
利用者 氏 名	
利用者の家族 住 所	
利用者の家族 氏 名	

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受けました。

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院に行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画若しくは介護支援計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の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会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

株式会社孝生会グループホームフォレスト様

住所
氏名

(家族)住所
氏名