

砺波市北部デイサービスセンター

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
(富山県指定 第1670800471号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護サービス及び指定第1号通所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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」、「要介護」と認定された方が対象となります。要支援認定又は要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇ ◆目次◆ ◇

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	2
5. 事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 虐待について	7
7. 身体拘束の禁止	7
8. 利用にあたっての留意事項	7
9. 非常災害対策について	7
10. 緊急時の対応について	8
11. 事故発生時の対応について	8
12. 苦情受付について	8

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 砺波市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 富山県砺波市幸町8番17号
- (3) 電話番号 0763-32-0294
- (4) 代表者職・氏名 会長 齊藤 一夫
- (5) 設立年月日 平成16年11月1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業・平成19年4月1日指定
指定介護予防通所介護事業・平成19年4月1日指定
(平成27年4月1日より指定第1号通所事業に名称変更)
富山県第 1670800471号
※当事業所は、砺波市多世代交流施設 北部苑に隣接されています。
- (2) 事業所の目的 当事業所は、要支援及び要介護状態の被保険者（以下「利用者」という）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出来るように支援するとともに、その家族の身体的・精神的な負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 事業所の名称 砺波市北部デイサービスセンター
- (4) 事業所の所在地 砺波市林1202番地
- (5) 電話番号 0763-33-3082
- (6) 事業所長 宮嶋 洋子
- (7) 事業所の運営方針 当事業所は、市内の居宅要介護者等を対象として、送迎により、入浴及び食事の提供や介護、その他日常生活上の世話並びに機能訓練の目標を設定し、計画的にサービスを提供する。
- (8) 開設年月 平成19年4月1日
- (9) 利用定員 45人

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の実施地域 砺波市、小矢部市、南砺市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日まで
営業時間	月～土 8時00分～18時00分

*12月29日から翌年1月3日までは休業とします。他、会長において必要があると認めた場合は、臨時に休業することがあります。

4. 職員の配置

当事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は、以下のとおりです。

- (1) 管理者 常勤1名
管理者は、事業所の職員の管理及び業務の管理を行います。
- (2) 生活相談員 常勤1名以上
生活相談員は、事業所に対する事業の利用の申込みに係る調整、他の職員に対す

る相談助言及び技術指導を行い、また他の職員と協力して利用者の通所介護計画又は第1号通所事業計画の作成等を行います。

(3) 看護職員 常勤1名以上

看護職員は、利用者の健康チェックをしてその健康状態を的確に把握するとともに利用者が各種サービスを利用するために必要な処置を行います。

(4) 介護職員 常勤7名以上

介護職員は、利用者の心身の状況を的確に把握するとともに、利用者に対し適切な介護を行います。

(5) 機能訓練指導員 常勤1名

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行います。

5. 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。

当事業所で提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。〈別表参照〉

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

☆共通サービス

① 入浴

- ・入浴又は清拭を行います。身体の状態に応じて機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 食事介助

- ・食事の準備、介助を行います。

③ 排泄

- ・排泄の介助を行います。

(ただし、おむつが必要な方は利用者にあったものを必要数ご持参下さい。)

④ 送迎

- ・朝ご自宅までお迎えに伺い、サービス終了後ご自宅までお送りします。

⑤ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練及びレクリエーションを実施します。

<通所介護サービス>（契約書第6条及び重要事項説明書付属文書参照）

通所介護費について

当事業所は、通所介護費について通常規模型通所介護費を算定します。

重要事項説明書付属文書の介護保険給付サービス料金表によって、ご契約者の要介護度並びに利用時間に応じたサービスの利用料金から介護保険給付費を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。なお、通所介護費には、送迎に係る費用が含まれます。また、送迎を行わない場合は、所定単位数から減算します。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） について

介護職員の総数のうち、国家資格の介護福祉士を取得した介護職員を70%以上配置、又は介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合に加算することがあります。

若年性認知症利用者受入加算について

65歳未満の認知症利用者やその家族を支援する加算です。ご契約者やその家族の希望を踏まえたサービスを提供します。

中重度者ケア体制加算

利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が、30%以上であると加算することがあります。

認知症加算

利用者の総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の占める割合が、15%以上であると加算することがあります。

中山間地域に居住するご契約者にサービス提供した場合の評価について

富山県は中山間地域に指定されています。通常の実施地域以外のご契約者にサービスを提供した場合、移動費用として所定単位数の5%を加算することがあります。

介護職員等処遇改善加算加算について

厚生労働大臣が定める基準に適合した、介護職員の賃金改善等を実施しており、このことを富山県知事に届け出ていますので、所定の割合に応じた介護報酬を加算します。

加算対象サービスについて

利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、ケアプランに沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算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。

①入浴介助加算

入浴介助を行います。利用当日の身体状況に応じて、入浴介助方法を決めます。

②個別機能訓練加算(Ⅰ)イ (月、火、水、木、金、土)

機能訓練指導員が、ご契約者の心身等の状況に応じて、居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画を作成し、身体機能及び生活機能の向上を目的とする訓練を実施します。その後3月ごとに1回以上、居宅を訪問した上で、訓練内容の見直し等を行います。

③生活機能向上連携加算

リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職から助言を受けた上で、当事業所の機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画書の作成を行います。

④口腔機能向上加算

口腔機能の低下が認められる状態、または口腔機能が低下する恐れがあるご契約者に対し、口腔機能改善指導計画を作成し、個別指導を行います。

<第1号通所サービス> (契約書第6条及び重要事項説明書付属文書参照)

第1号通所サービス費について

要支援1及要支援2のご契約者については、重要事項説明書付属文書の料金表によって、要支援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。なお、第1号通所サービス費には、送迎及び入浴に係る費用が含まれます。また、送迎を行わない場合は、所定単位数から減算します。

サービス提供体制強化加算（I）について

介護職員の総数のうち、国家資格の介護福祉士を取得した介護職員を70%以上配置、又は介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上配置されている場合に加算することがあります。

若年性認知症利用者受入加算について

65歳未満の認知症利用者やその家族を支援する加算です。ご契約者やその家族の希望を踏まえたサービスを提供します。

中山間地域に居住するご契約者にサービス提供した場合の評価について

富山県は中山間地域に指定されています。通常の実施地域以外のご契約者にサービスを提供した場合、移動費用として所定単位数の5%を加算することがあります。

介護職員等処遇改善加算について

厚生労働大臣が定める基準に適合した、介護職員の賃金改善等を実施しており、このことを富山県知事に届け出ていますので、所定の割合に応じた介護報酬を加算します。

口腔機能向上加算について

口腔機能の低下が認められる状態、または口腔機能が低下する恐れがあるご契約者に対し、口腔機能改善指導計画を作成し、個別指導を行います。

<通所介護及び第1号通所事業共通利用料金について> (契約書第6条及び重要事項説明書付属文書参照)

- ☆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。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払いと言います)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が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。
- ☆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。
- ☆要支援者並びに要介護者それぞれに定められた介護保険サービス限度基準額を超える場合は、超えた金額について自己負担となります。
- ☆当事業所では低所得者に対し、「社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業」を実

施しています。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第6条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 食事の提供にかかる費用

- ・当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床支援して食堂にて食事を取っていただくことを原則としています。
- ・食費（食材料費及び調理費用を含む）については自己負担となっており850円をいただきます。
- ・付添い食事料についても同様に自己負担となっており850円をいただきます。
- ・食事サービスの中止は来所後30分以内に申し出ください。それ以後の中止は850円をいただく場合があります。

② レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代の実費等をいただくことがあります。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。ただし、記録の保存は5年間としておりますので、それ以前の記録については閲覧できません。複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき： 10円

☆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、適正な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

利用料金等のお支払いは、サービスの利用月の翌月20日までに請求金額をお知らせしますので、ご契約者が届出をした指定口座から翌月27日（土、日、祭日は次の日）に口座振替となります。口座振替手数料は当事業所が負担いたします。また、利用開始の書類整備ができるまでの期間及び口座振替不能の場合は、現金でお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第7条参照)

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更、若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。この場合にはサービス実施日の前日午後5時までに事業者にお申し出ください。
- 利用予定日当日、朝9時まで連絡なく休まれた場合、お迎えに伺って休みとなった場合、食事料(850円)をお支払いいただきます。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示

して協議します。

6. 虐待について（契約書第3章第9条参照）

当事業所は、ご契約者等の人権擁護・虐待の防止のために、次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を設定しています。

虐待防止に関する責任者	所長 宮嶋 洋子
-------------	----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) サービス提供中に、当事業所サービス従事者又は擁護者（ご契約者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われるご契約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。
- (4) サービス従事者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、サービス従事者がご契約者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

7. 身体拘束の禁止（契約書第3章第9条参照）

当事業所はサービス提供中に、ご契約者本人もしくは他のご契約者の身体に危険が生じるような緊急やむを得ない場合を除いて、ご契約者に身体拘束をすることはありません。なお、緊急やむを得ず、ご契約者の身体を拘束する場合はご家族に説明し、同意を得て、その態様及び時間、その際の身体状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。

8. 利用にあたっての留意事項（契約書第11条参照）

ご契約者は、事業の提供を受ける際に、次に掲げる事項について留意して下さい。

- (1) 事業に係るサービスの利用に当たっては、必要に応じて主治医の指導、指示内容及び日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を生活相談員等に連絡して下さい。
- (2) 介護支援専門員とよく相談し、サービスの利用目的を明確にした上でご利用ください。
- (3) 施設内の設備及び備品等の利用に際しては、生活相談員等の指示に従い十分に注意して下さい。
- (4) 常備薬、介護給付の対象となっているサービス以外の介護用品等については、生活相談員等が必要と認めたものは、持参して下さい。
- (5) 非常災害対策に可能な限り協力して下さい。

9. 非常災害対策について

当事業所は、消防法に規定する防火管理者を設置し、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し、災害事故防止とご契約者の安全確保に努めます。

- (1) 消火、通報及び避難誘導の訓練(年2回)
- (2) 消防設備、施設等の点検及び整備
- (3) 生活相談員等の火気の使用又は取扱いに関する監督
- (4) その他防火管理上必要な業務

10. 緊急時の対応について(契約書第9条参照)

サービス提供時にご契約者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

11. 事故発生時の対応について(契約書第12条参照)

- (1) ご契約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、速やかに県・関係市町村、担当介護支援専門員、ご契約者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) ご契約者に対するサービスの提供に伴い、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生したときは、速やかにその損害を賠償します。

12. 苦情受付について(契約書第20条参照)

苦情処理の体制、手順

- (1) ご契約又はご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- (2) 苦情や相談があった場合、苦情受付担当者は、状況の把握や事実確認に努めます。
- (3) 苦情受付担当者は、速やかに管理者に状況等の報告を行い、適切な対応方法を検討します。
- (4) 検討内容については、適宜連絡します。
- (5) 個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発や今後のサービス向上のための取り組みを検討します。

当事業所における苦情受付窓口

砺波市北部 デイサービスセンター	所在地	砺波市林1202番地
	電話番号	0763-33-3082 ・ FAX 0763-33-3182
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分
	担当者	宮嶋 洋子・辻田 寛信・小北 千春

行政機関その他苦情受付機関

富山県 国民健康保険団体連合会	所在地	富山市下野字豆田995番地の3
	電話番号	076-431-9833 ・ FAX 076-431-9850
	受付時間	午前9時～午後5時
砺波市役所 高齢介護課	所在地	砺波市栄町7番3号
	電話番号	0763-33-1111 ・ FAX 0763-33-7622
	受付時間	午前8時30分～午後5時15分
富山県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地	富山市安住町5-21 県総合福祉会館内
	電話番号	076-432-3280 ・ FAX 076-432-6532
	受付時間	午前8時30分～午後4時

砺波地方介護保険組合	所在地 砺波市栄町7番3号 電話番号 0763-34-8333 ・FAX 0763-34-8334 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
小矢部市 総合保険福祉センター 健康福祉課	所在地 小矢部市鷺島15番地 電話番号 0766-67-8605 ・FAX 0766-67-8602 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
南砺市 地域包括ケア課	所在地 南砺市北川166-1番地 南砺市地域包括ケアセンター内 電話番号 0763-23-2034 ・FAX 0763-64-2550 受付時間 午前8時30分～午後5時15分

第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

以上指定通所介護サービス及び指定第1号通所サービスの提供開始にあたり、この書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者：社会福祉法人砺波市社会福祉協議会
会長 齊藤 一夫

事業所：砺波市北部デイサービスセンター
所長 宮嶋 洋子

説明者：砺波市北部デイサービスセンター

_____ 印

【利用者】 私は、この重要事項説明書の内容について説明を受け、指定通所事業の提供開始に同意しました。

利用者住所： _____

氏名： _____ 印

【利用者代理人（代理人を選任した場合）】

私は、利用者を代理して、この重要事項説明書の内容について説明を受け、利用者への通所事業の提供について同意しました。

利用者代理人住所： _____

氏名： _____ 印

重要事項説明書付属文書

介護保険給付対象サービス料金表

<通所介護>

通所介護費（1日単位）

サービス提供区分	提供時間帯	介護報酬額	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,700円	370円	740円	1,110円
	要介護2	4,230円	423円	846円	1,269円
	要介護3	4,790円	479円	958円	1,437円
	要介護4	5,330円	533円	1,066円	1,599円
	要介護5	5,880円	588円	1,176円	1,764円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,880円	388円	776円	1,164円
	要介護2	4,440円	444円	888円	1,332円
	要介護3	5,020円	502円	1,004円	1,506円
	要介護4	5,600円	560円	1,120円	1,680円
	要介護5	6,170円	617円	1,234円	1,851円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,700円	570円	1,140円	1,710円
	要介護2	6,730円	673円	1,346円	2,019円
	要介護3	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護4	8,800円	880円	1,760円	2,640円
	要介護5	9,840円	984円	1,968円	2,952円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,840円	584円	1,168円	1,752円
	要介護2	6,890円	689円	1,378円	2,067円
	要介護3	7,960円	796円	1,592円	2,388円
	要介護4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
	要介護5	10,080円	1,008円	2,016円	3,024円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,580円	658円	1,316円	1,974円
	要介護2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
	要介護3	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	要介護4	10,230円	1,023円	2,046円	3,069円
	要介護5	11,480円	1,148円	2,296円	3,444円
8時間以上 9時間未満	要介護1	6,690円	669円	1,338円	2,007円
	要介護2	7,910円	791円	1,582円	2,373円
	要介護3	9,150円	915円	1,830円	2,745円
	要介護4	10,410円	1,041円	2,082円	3,123円
	要介護5	11,680円	1,168円	2,336円	3,504円

加 算

加算名称	介護報酬額	ご利用様負担額		
		1割	2割	3割
入浴介助加算(I)	400円/日	40円/日	80円/日	120円/日
個別機能訓練加算	560円/日	56円/日	112円/日	168円/日
9時間以上10時間まで	500円/日	50円/日	100円/日	150円/日
サービス提供体制強化加算(I)	220円/日	22円/日	44円/日	66円/日
中重度者ケア体制加算	450円/日	45円/日	90円/日	135円/日
認知症加算	600円/日	60円/日	120円/日	180円/日
若年性認知症利用者受入加算	600円/日	60円/日	120円/日	180円/日
生活機能向上連携加算 (1ヵ月につき)	1,000円/月	100円/月	200円/月	300円/月
口腔機能向上加算(I) (2回/月)	1,500円/回	150円/回	300円/回	450円/回
送迎を行わない場合 (片道につき)	-470円/片道	-47円/片道	-94円/片道	-141円/片道
介護職員等処遇改善加算 (1ヵ月につき)	所定単位数の9.9%を加算			

所定単位数…基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

重要事項説明書付属文書

介護保険給付対象サービス料金表

<第1号通所事業>

1 週当たりの標準的な回数を定める場合（1 ヶ月につき）

	介護報酬額	ご利用者様負担額		
		1割	2割	3割
要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

1 回当たりの回数を定める場合（1 回につき）

	介護報酬額	ご利用者様負担額		
		1割	2割	3割
要支援1	4,360円	436円	872円	1,308円
要支援2	4,470円	447円	894円	1,341円

加算等（1 ヶ月につき）

	介護報酬額		ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
サービス提供体制 強化加算(I)	要支援1	880円	88円	176円	264円
	要支援2	1,760円	176円	352円	528円
若年性認知症利用者 受入加算	2,400円		240円	480円	720円
口腔機能向上加算	1,500円		150円	300円	450円
送迎を行わない場合 〈片道につき〉	-470円		-47円	-94円	-141円
介護職員等処遇改善 加算	所定単位数の9.9%を加算				

所定単位数…基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

個人情報保護に対する重要事項説明

社会福祉法人砺波市社会福祉協議会砺波市北部デイサービスセンター指定通所介護事業所及び指定第1号通所事業所（以下「事業所」という）は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことが、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。

当事業所が保有する利用者等の個人情報に関し適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関する法律その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ります。

記

1.個人情報の適切な取得、管理、利用、開示

- ① 個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用します。
- ② 個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、本人の同意を得ることとします。

2.個人情報の安全性確保の措置

- ① 当事業所は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報に関する規定類を整備し、必要な教育を継続的に行います。
- ② 個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失、またはき損の予防及び是正のため、当事業所内において規定を整備し安全対策に努めます。

3.個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除等への対応

当事業所は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除等の申し出がある場合には速やかに対応します。

- | | |
|------------|-------------------------------------|
| ○ 個人情報相談窓口 | 砺波市北部デイサービスセンター |
| ○ 電話番号 | 0763-33-3082 |
| ○ 担当者 | 宮嶋 洋子 辻田 寛信 小北 千春 |

4.苦情の処理

当事業所は、個人情報取扱に関する苦情に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。

社会福祉法人 砺波市社会福祉協議会

会長 齊藤 一夫

砺波市北部デイサービスセンター

所長 宮嶋 洋子

個人情報の利用目的

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1. 施設内部での利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用にかかる施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・利用開始終了等の管理
 - ・会計、経理
 - ・介護事故、緊急時等の報告
 - ・当該利用者の介護・医療サービスの向上

2. 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ①施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・利用者の診療等にあたり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち
 - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1. 施設内部での利用に係る利用目的

- ①施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・介護保険サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - ・施設等において行われる学生等の実習への協力
 - ・施設において行われる事例研究等

2. 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ①施設の管理運営業務のうち
 - ・外部監査機関、評価機関等への情報提供

なお、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

社会福祉法人 砺波市社会福祉協議会
会長 齊藤 一夫
砺波市北部デイサービスセンター
所長 宮嶋 洋子

個人情報提供に関する同意書（利用者本人）

私は、貴事業所の生活相談員等がサービス担当者会議等において、私に関する個人情報（通所介護計画書等に記載された内容、または計画書を作成する上で知り得た情報）を主治医、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係者に提示することについて同意いたします。

令和 年 月 日

【利用者】

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

【利用者代理人】

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

個人情報提供に関する同意書（利用者家族）

私は、貴事業所の生活相談員等がサービス担当者会議等において、利用者の家族に関する個人情報（通所介護計画書等に記載された内容、または計画書を作成する上で知り得た情報）を用いることについて同意いたします。

令和 年 月 日

【利用者家族の代表者】

住所 _____

氏名 _____ 印