利 用 案 内

認知症対応型通所介護事業

利用契約書・重要事項説明書・個人情報利用同意書

医療法人 上善会

デイサービス　あらかわ

電　話 (0980) 83-3932

ＦＡＸ (0980) 83-3932

利　用　契　約　書

（介護予防）認知症対応型通所介護

.....様（以下「利用者」という。）と医療法人上善会（以下「事業者」という。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第１条　事業者は、介護保険法その他関係法令及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り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、生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る目的のため、認知症対応型通所介護サービス又は介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。

（契約期間）

第２条　この契約の期間は、令和　　年　　月　　日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

２　前項契約期間満了日までに利用者から更新拒絶の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

３　利用者から更新拒絶の意思が表示された場合は、事業者は、他の事業者へ情報を提供する等、必要な措置をとります。

（（介護予防）認知症対応型通所介護計画の作成）

第３条　事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した（介護予防）認知症対応型通所介護計画を作成します。

２　（介護予防）認知症対応型通所介護計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明し同意を得た上で、交付します。

３　事業者は、（介護予防）認知症対応型通所介護計画の実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明します。

（居宅サービス計画・介護予防サービス計画変更の援助）

第４条　事業者は、利用者が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

（サービス内容の変更）

第５条　事業者が提供する（介護予防）認知症対応型通所介護サービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用料及び介護保険適用の有無については、別紙重要事項説明書の通りです。

２ 利用者は、いつでも（介護予防）認知症対応型通所介護サービスの内容を変更するよう申し出ることができます。

事業者は、利用者からの申し出があった場合、第１条に規定する（介護予防）認知症対応型通所介護サービス契約の目的に反する等変更を拒む正当な理由がない限り、速やかに（介護予防）認知症対応型通所介護サービスの内容を変更します。

（介護保険の適用を受けないサービスの説明）

第６条 事業者は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第７条 利用者は、事業者からのサービスの提供を受けたときは、重要事項説明書の記載に従い、事業者に対し、利用料の利用者負担額を支払います。

２ 利用料の請求や支払方法は、重要事項説明書のとおりです。

（利用料の変更）

第８条 事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解除することができます。

（利用料の滞納）

第９条 利用者が、正当な理由なく事業者に支払うべき利用料の自己負担分を１ヶ月分以上滞納した場合、事業者は利用者に対し、１０日以内の猶予期間を設けた上で支払期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。

２ 事業者は、前項の催告をした場合には、利用者の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等と連絡を取り、解除後も利用者の健康・生命に支障のないように必要な措置を講じます。

３ 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第１項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解除することができます。

（利用者の解約権）

第１０条 利用者は、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、７日以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

（利用者の解除権）

第１１条 利用者は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

一 事業者が、正当な理由なく、本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしないとき

二 事業者が、第１５条に定める守秘義務に違反したとき

三 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど本契約を継続しがたい重大な事由が認められるとき

（事業者の解除権）

第１２条 事業者は、利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、この契約の目的を達することが著しく困難となったときは、文書により、３０日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

２ 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の介護支援専門員等に連絡を取り、必要な措置を講じます。

（契約の終了）

第１３条 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

一 利用者が死亡したとき

二 第２条第２項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合

三 第１０条に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき

四 第１１条に基づき、利用者から契約の解除の意思表示がなされたとき

五 第９条ないし第１２条に基づき、事業者から契約解除の意思表示がなされたとき

六 利用者が介護保険施設へ入所したとき

七 利用者の要介護状態区分が自立となったとき

（損害賠償）

第１４条 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、事業者に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。

２ 前項の場合、利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

（秘密保持）

第１５条 事業者及び事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らしません。

２ 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

３ 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の、利用者の家族の個人情報を用いる場合は利用者の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者又は利用者の家族の個人情報を用いません。

４ 第１項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待防止法に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

（苦情処理）

第１６条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに不満がある場合、いつでも重要事項説明書記載の苦情申立機関に、苦情を申し立てることができます。

２ 事業者は、利用者に提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。

３ 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

（サービス内容等の記録作成・保存）

第１７条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から５年間保存します。

２ 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ、利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでもサービスの提供に関する記録の閲覧・謄写を求めることができます。ただし、謄写に際しては、事業者は利用者に対して実費相当額を請求できるものとします。

３ 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業所等へ、第１項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

第１８条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、（介護予防）認知症対応型通所介護に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書２通を作成し、利用者及び事業者の双方が署名・押印の上それぞれ１部ずつ保有します。

重 要 事 項 説 明 書

(介護予防)認知症対応型通所介護

(介護予防)認知症対応型通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 (介護予防)認知症対応型通所介護サービスを提供する事業者について

事業者の名称	医療法人 上善会
法人所在地	沖縄県石垣市字新川2124番地
代表者名	理事長 東上 震一
電話番号	(0980)83－5600

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1)事業所の所在地等

事業所名称	デイサービスあらかわ
介護保険事業者番号	4770700229
事業所所在地	沖縄県石垣市字新川2372－11
連絡先	電話番号 (0980)83－3932 FAX (0980)83－3932

(2)営業日・営業時間及びサービス提供時間

営業日	営業日は月曜日～土曜日 日曜日、旧盆(旧7月15日)、12月31日、1月1日は休みです *台風時は暴風警報発令でお休みとなります
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後5時00分
事業所の通常の事業の実施地域	石垣市
利用定員	12名

(3)事業の目的及び運営の方針

事 業 の 目 的	デイサービスあらかわが行う(介護予防)認知症対応型通所介護事業を通して認知症の症状のある要介護・要支援状態にある高齢者に対し、(介護予防)認知症対応型通所介護サービスを提供することを目的とします。
運 営 の 方 針	利用者が可能な限り居宅において、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

(4)事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管理者	利用の申込に係る調整、業務の実施状況の把握と事業所に携わる従業者の総括管理を行います。	1名 常勤兼務
生活相談員	利用者の心身の状況や生活環境について的確に把握し、利用者またはその家族からの相談に応じ、必要な助言を行います	1 名以上
看護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、日常生活上の健康管理を行います。	1 名以上
介護職員	利用者の心身の状況に応じて、日常生活上の介護サービスを提供します。	3 名以上
機能訓練指導員	利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能改善、減退を防止するための訓練を実施します。	1名以上

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1)提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ　ー　ビ　ス　の　内　　容
(介護予防) 認知症対応型通所介護計画の作成		○利用者に係る居宅サービス計画または、介護予防サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた(介護予防) 認知症対応型通所介護計画を作成します。 ○管理者は、(介護予防) 認知症対応型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又は家族に対して説明し、利用者の同意を得、その計画書を交付します。 ○ (介護予防) 認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況を説明し記録を行います。
利用者居宅への送迎		○送迎車輌により利用者居宅と事業所間の送迎を行います。
日常生活上の世話	排せつ介助	○介助が必要な利用者に対して、排泄等の介助を行います。
	更衣介助	○介助が必要な利用者に対して、上着等の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	○介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
健康管理		○看護職員により、脈拍、血圧、体温等全身の観察を行い、サービス利用中の健康管理を行います。
相談サービス		○利用者またはご家族からの介護等に関する相談に応じます
機能訓練・アクティビティサービス等		
○利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、機器・器具等を使用した訓練を行います。 ○利用者の身体的、精神的な疲労回復と気分転換が図れるよう各種サービスを提供します (レクレーション、グループワーク、行動的活動、体操等)		
入浴介助		
○家庭において入浴することが困難な利用者に対し、必要な入浴サービスを提供します 衣類の着脱の介助、身体の清拭・洗髪・洗身、その他必要な入浴の介助		
給食サービス		
○栄養と身体状況に配慮した食事を提供いたします。 準備・後始末の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助		

(2)提供するサービスの利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

○基本料金(1日につき)

認知症対応型通所介護　　単位:円

介護度	3時間以上4時間未満				4時間以上5時間未満				5時間以上6時間未満			
	利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要介護1	5,430	543	1,086	1,629	5,690	569	1,138	1,707	8,580	858	1,716	2,574
要介護2	5,970	597	1,194	1,791	6,260	626	1,252	1,878	9,500	950	1,900	2,850
要介護3	6,530	653	1,306	1,959	6,840	684	1,368	2,052	10,400	1,040	2,080	3,120
要介護4	7,080	708	1,416	2,124	7,410	741	1,482	2,223	11,320	1,132	2,264	3,396
要介護5	7,620	762	1,524	2,286	7,990	799	1,598	2,397	12,250	1,225	2,450	3,675

介護度	6時間以上7時間未満				7時間以上8時間未満				8時間以上9時間未満			
	利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要介護1	8,880	880	1,760	2,640	9,940	994	1,988	2,982	10,260	1,026	2,052	3,078
要介護2	9,740	974	1,948	2,922	11,020	1,102	2,204	3,306	11,370	1,137	2,274	3,411
要介護3	10,660	1,066	2,132	3,198	12,100	1,210	2,420	3,630	12,480	1,248	2,496	3,744
要介護4	11,610	1,161	2,322	3,483	13,190	1,319	2,638	3,957	13,620	1,362	2,724	4,086
要介護5	12,560	1,256	2,512	3,768	14,270	1,427	2,854	4,281	14,720	1,472	2,944	4,416

介護予防認知症対応型通所介護　　単位:円

介護度	3時間以上4時間未満				4時間以上5時間未満				5時間以上6時間未満			
	利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要支援1	4,750	475	950	1,425	4,970	497	994	1,491	7,410	741	1,482	2,223
要支援2	5,260	526	1,052	1,578	5,510	551	1,102	1,653	8,280	828	1,656	2,484

介護度	6時間以上7時間未満				7時間以上8時間未満				8時間以上9時間未満			
	利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額			利用料	利用者負担額		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要支援1	7,600	760	1,520	2,280	8,610	861	1,722	2,583	8,880	888	1,776	2,664
要支援2	8,510	851	1,702	2,553	9,610	961	1,922	2,883	9,910	991	1,982	2,973

○加算・減算料金

項　目	料 金	1割負担分	2割負担分	3割負担
入浴介助加算(Ⅰ)	400円	40円	80円	120円
個別機能訓練加算(Ⅰ)	270円	27円	54円	81円
若年性認知症利用者受入加算	600円	60円	120円	180円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円	18円	36円	54円
送迎減算 (片道につき)	-470円	-47円	-94円	-141円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	基本サービス費に各種加算を加えた 1月当たりの総単位数×22.9%×10円の1割から3割			

※入浴介助加算(Ⅰ)は、必要に応じて入浴介助、転倒予防のための声掛け、気分の確認などを行います。

※個別機能訓練加算(Ⅰ)は、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練について算

定します。機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎にその目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画書を作成し、開始時及びその3か月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し記録します。

※若年性認知症利用者受け入加算は、若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、利用者様の特性やニーズに応じたサービスを提供します。

※サービス提供体制強化加算（Ⅱ）は、介護職員の総数のうち、介護福祉士の者の占める割合が50％以上であること。

※事業所が送迎を実施していない場合、減算します。

※「介護職員等処遇改善加算」は、介護施設、事業所で従事する介護職員及びその他の職員の待遇改善を目的に創設され、介護現場で働き続けることが出来るよう、賃金改善、資格、経験、キャリアアップ支援や職場環境の改善等、処遇改善の取り組みを行う介護施設、事業所へ加算として算定します。

(3)その他の費用について

サービス	利用料
昼食費	480 円／回

4 利用料の請求及び支払い方法について

① 利用料の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ィ 上記に係る請求書は、利用者が指定する送付先に利用明細を添えて利用月の翌月 10 日前後にお届け（郵送）します。
② 支払い方法	ア 下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)利用者指定口座からの自動振替 (イ)現金支払い ィ お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。

※利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合は、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて石垣市に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

※利用料について、利用者及びご家族等は連帯してお支払いをお願い致します。

5 秘密の保持と個人情報の保護について

(1)利用者及びその家族に関する秘密の保持について

① 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

② 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2)個人情報の保護について

① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、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、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

② 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ます。

6 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

※主治医

氏名		医療機関名	
所在地		電話番号	

※ご家族等

氏名		続柄	
住所		電話番号	
勤務先		電話番号	

7 事故発生時の対応方法について

利用者に対する(介護予防)認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する(介護予防)認知症対応型通所介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8 非常災害対策

① 非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、利用者に対して避難訓練、救出訓練等その他必要な訓練を実施します。

② 管轄の消防署との連携を密にし、消火器などにより初期消火活動に重点をおいた定期的な防火訓練を行います。

③ 消火設備・器具等は定期的に点検を行います。

9 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施しておりません。

10 虐待の防止について

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置をずるものとする。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

(2)虐待の防止のための指針を整備する。

(3)従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。

(4)前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者(管理者)を置く。

11 身体拘束の廃止について

事業所は、原則として身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。ただし、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。利用者の行動を制限する場合は、利用者及びご家族へ対して説明と同意を得るとともに、その様態及び期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及び経過について記録します。

12 認知症利用者のケア

事業所は、認知症の症状にある利用者の個性と生活リズムを尊重したケアのため、これまでの生活習慣の情報収集を行うとともに、次の取り組みを行います。

① 認知症ケアに関する留意事項の情報共有及び伝達会議の実施

② 研修等を通じ、認知症に関する正しい知識やケアの習得に努め、専門性と資質向上を図ります。

13 サービス提供に関する相談・苦情窓口

事業所の苦情受付 担当 : 吉峰 正枝	受付時間 毎週月曜日～土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 電話番号 (0980)83-3932 FAX(0980)83-3932
石垣市役所 介護長寿課	受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 住 所 石垣市真栄里 672 番地 電話番号 (0980)82-7158 FAX (0980)83-5525
石垣市地域包括支援センター	住 所 石垣市真栄里 672 番地 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 電話番号 (0980)84-3333 FAX (0980)83-5525
沖縄県国民健康保険 団体連合会	受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 5 時 住 所 那覇市西 3-14-18 電話番号 098-860-9026 FAX 098-860-9026
沖縄県福祉サービス 運営適正化委員会	受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 5 時 住 所 那覇市首里石嶺町 4-373-1(総合福祉センター内) 電話番号 098-882-5704 FAX 098-882-5714

14 その他の留意事項

① 原則として事業所内での飲酒を禁止します。

② 事業所内での営利行為、宗教活動を行わないで下さい。

③ 他の利用者の迷惑となる言動、暴力行為を行わないで下さい。

④ お薬の服薬等、医師の指示がある場合は、飲み方等を職員へ説明お願いします。

⑤ 体調不良(発熱・その他)の際にはサービスの利用を中止し、ご家族の方が付き添われて受診されるようお願いします。
また、ご利用中に体調不良を訴えられた場合、ご家族へお迎えをお願いする事があります。

⑥ 金銭、貴重品の紛失等の事故につきましては一切の責任を負いかねますので、ご注意下さい。

⑦ 利用者の安全には十分気を付けておりますが、不可抗力的事故は起こり得ますので、その際には利用者及びご家族へご説明させていただき、その後の対応を双方話し合いの上で解決していきます。

⑧ 台風接近の際、暴風警報発令された場合はお休みとなりますのでご了承下さい。

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

一　介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と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

二　上記の外、介護支援専門員又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

三　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へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合

2　個人情報の提供

一　居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所

二　主治医、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）

三　行政機関へ情報提供が必要な場合

四　家族等への心身状況の説明

五　介護保険事務

（審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からの照会への回答）

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

一　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洩れることのないよう細心の注意を払う。

二　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。

デイサービスあらかわ 利用申込書

私及び私の家族等は、重要事項説明書に基づいて、事業所からサービス内容及び契約書、重要事項、個人情報利用同意書についての説明を受け、(介護予防)認知症対応型通所介護を利用することに同意し、同説明書を事業所より受領しました。サービスの利用を申し込みます。

同 意 日 : 令和　　年　　月　　日

利 用 者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者の家族等
(連帯保証人)　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄(　　)　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※行事・ボランティア公演等の広告紙等掲載への撮影について同意される場合はチェックをお願いします。 □

緊急時及び事故発生時連絡先(上記連絡者以外で連絡がつく者)

続柄(　　)　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主 治 医　病 院 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医 師 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当事業所は、利用者に対する(介護予防)認知症対応型通所介護の提供開始に当たり、利用者及びその利用者の家族に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び契約書、重要事項、個人情報利用同意書を説明し、同意を得、本説明書を利用者に対し交付しました。

説 明 日 : 令和　　年　　月　　日

事 業 者　所 在 地　石垣市字新川 2372-11
法 人 名　医療法人　上善会
理 事 長　東上　震一　　印
事業所名　デイサービスあらかわ
管 理 者　吉峰　正枝
説 明 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印