

**「介護予防認知症対応型共同生活介護」**  
**「認知症対応型共同生活介護」**  
**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。  
 (香川県指定 第3790100816)

当事業所はご契約者に対して介護予防認知症対応型共同生活介護・認知症対応型共同生活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通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要支援2および要介護1から5であって、認知症の状態である要支援・要介護者の方が、利用可能です。要認定がまだ出ていない方は認定が出てからのご利用になります。

◇◆目次◆◇

1.	事業者	2
2.	事業所の概要	2
3.	職員の体制	3
4.	当事業所が提供するサービスと利用料金	4
5.	施設利用の留意事項	7
6.	苦情の受付について	8
7.	事故発生時の対応について	9
8.	守秘義務・個人情報について	9
9.	情報開示について	9
10.	サービス提供における事業者の義務	10
11.	損害賠償について	10
12.	施設を退所していただく場合（契約の終了について）	10
13.	残置物引取人	12
14.	非常災害時の対応	12
15.	個人情報使用同意書	12

管理台帳番号

—

## 1. 事業者

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 さぬき         |
| (2) 法人所在地 | 香川県高松市宮脇町2丁目37番21号 |
| (3) 電話番号  | 087-831-4451       |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 藤目 真皓          |
| (5) 設立年月  | 昭和4年3月21日          |

## 2. 事業所の概要

- |                 |   |
|-----------------|---|
| (1) 事業所の種類      | 認知症対応型共同生活介護・令和3年4月1日指定<br>香川県3790100816号   |
| (2) 事業所の目的      | 当事業所は、要支援2および要介護1から5であって認知症の状態にある高齢者に、適正な指定介護予防認知症対応型共同生活介護・指定認知症対応型共同生活介護を提供する事を目的とする。 |
| (3) 事業所の名称      | グループホーム 新番丁   |
| (4) 事業所の所在地     | 香川県高松市番町2丁目14番2号  |
| ①建物の構造          | 鉄骨造 地上2階  |
| ②建物の延べ床面積       | 1,161.65㎡   |
| ③事業所の周辺環境       | 暮らし心地の良い閑静な地にあり、向かいに新番丁小学校、200m<br>東にコンビニエンスストア、公園あり。また1キロ圏内に高松赤十字病院もあり駅から交通のアクセス良好。    |
| (5) 電話番号        | 087-813-3351 FAX 087-813-3360   |
| (6) 事業所長（管理者）氏名 | 間野 亜紀子  |
| (7) 当事業所の運営方針   |   |

当事業所の指定介護予防認知症対応型共同生活介護・指定認知症対応型共同生活介護の従業者は、共同生活において、当事業所を利用するものが有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で日常の生活及び心身上の機能訓練を行います。

\*寝たきりや認知症となり、日常生活の全てに介助を必要とする状態となっても、一人の人間として誇りを持って毅然として介護が受けられる介護環境をつくります。

\*人間の尊厳に価する介護をします。

長年当施設が育み培ってきた人への深い思いやりと暖かい手と心によるやさしい介護をします。

\*経験豊かな介護技術を基に「自立に向けた介護の展開技術」の科学的専門技術を習熟し質の高い介護をします。その人の心身の状況や個人の長い生活歴、習慣、嗜好や価値観など利用される本人の意思を尊重した介護計画を作り、実践し、楽しく安心して過ごせる介護をします。

\*ひとり暮らしや身寄りのない人、生活困難な状態となった人々の介護を支援します。

\*地域社会の人々と連携し、人を思いやり、共に支え助け合う、安心して暮らせる地域づくりに努めます。

(8) 開設年月 令和3年4月1日

(9) 利用定員 18名

(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。利用される居室は、原則として1人部屋です。  
(但し、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沿えない場合もあります。)

		東ユニット	西ユニット
居室数		9室	9室
入居定員		9人	9人
居室面積		9.95㎡ ~ 13.57㎡	
共用施設		食堂 ・ 居間 ・ 風呂 ・ 便所	
管理者	人数	1名	1名
	保有資格	介護福祉士	介護福祉士
	兼務	有	有
計画作成担当者		1名	1名

※居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

### 3. 職員の体制

当事業所では、ご契約書に対して指定認知症対応型共同生活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。

令和6年4月1日時点

東ユニット	職務内容	常勤		非常勤		常勤換算
		専業	兼業	専業	兼業	
管理者	事業所の管理		1			
計画作成担当者	介護計画作成		1			
介護従事者	介護業務	5	1			6

西ユニット	職務内容	常勤		非常勤		常勤換算
		専業	兼業	専業	兼業	
管理者	事業所の管理		1			
計画作成担当者	介護計画作成		1			
介護従事者	介護業務	5	1			6

#### <主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	<p>標準的な時間帯における最低配置人員</p> <p>早出1： 7：00～15：30 1名</p> <p>早出2： 8：00～16：30 1名</p> <p>日勤： 9：00～17：30 1名</p> <p>遅出： 10：30～19：00 2名</p> <p>夜勤： 16：30～ 9：30 2名</p>

#### 4. 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

- (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

当事業所が提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）

・以下のサービス費については、居住費、食材料費を除き通常 1 割又は 2 割又は 3 割（一定額以上の所得のあるかた）が自己負担となり、9 割又は 8 割又は 7 割が介護保険から給付されます。

##### <サービスの概要>

- ① 居室の提供
- ② 食事

・当事業所では、朝食・夕食は、外部に委託しています。季節感を味わって頂き、食事が楽しみの一つになるよう工夫しています。 昼食は、管理栄養士の立てた献立で、バランスのある食事を提供しています。

・なお、ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

・朝食 7：30～9：30 昼食 12：00～14：00 夕食 17：00～19：00

- ③ 入浴
  - ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
  - ・歩行が困難な方には、座ったまま入れる機械浴をご利用いただけます。
- ④ 排泄
  - ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ⑤ 機能訓練
  - ・離床援助・室外散歩同行・家事共同等により、生活機能の維持に努めます。
- ⑥ 健康管理
  - ・週1回、訪問看護師による健康管理、状態観察を行います。
- ⑦ その他自立への支援
  - ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
  - ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
  - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第5条参照）

- ・ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金（自己負担額1割又は2割又は3割）と居住費および食費自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）
- ・医療連携体制加算（Iイ：57単位/日、Iロ：47単位/日、Iハ：37単位/日、II：5単位/日）
- ・サービス提供強化体制加算（I：22単位/日、II：18単位/日、III：6単位/日）
- ・介護職員等処遇改善加算（I：18.6%、II：17.8%、III：11.3%、IV：9.0%）
- ・※下表の「1. サービス利用に係る1ヶ月の自己負担額」は、例として1割で記載しています。（1ヶ月=30日）

ご契約者の要介護度	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護5
1. サービス利用に係る1ヶ月の自己負担額	22,470円 (749単位/日)	22,590円 (753単位/日)	23,640円 (788単位/日)	24,360円 (812単位/日)	24,840円 (828単位/日)	25,350円 (845単位/日)
2. 居住費	¥60,000 又は ¥65,000（トイレ付）					
3. 管理費	¥30,000					
4. 食材料費	¥45,000（1日1500円）※おやつ代込み					

※その月利用したサービス単位数の合計に、介護職員等処遇改善加算I～IVのうち、あてはまるものいづれかひとつをそれぞれ乗じ、足した合計に、地域区分（7級地）として3.0% を乗じた金額の負担

割合分が、1ヶ月の自己負担分の利用料となります。上記には例として1割負担分の利用料金を明記しています。

#### ※医療連携加算について

訪問看護ステーションとの連携により、看護師を1名以上、24時間連絡できる体制を確保します。また、重度化した場合における対応の指針を定め、説明し、同意を得ます。

##### 【重度化対応指針の概要】

体調の急変などが発生した場合には、医師又は訪問看護師の対応により、速やかに適切な処置を行い、医師の往診と訪問看護師による看護対応を継続的に行う事により、身体状況を常に把握し、体調管理を行います。入院を伴う医療処置が必要とされた場合においては速やかにご家族に連絡を行います。医師により、グループホームに居住した状態での看護、介護が困難と判断された場合、またはご利用本人及びご家族が医療機関への入院を希望する場合には、医療機関への入院を調整します。

#### ※入院時費用加算について

ご契約者が入院をされた場合、月に6日まで、3ヶ月以内の退院が見込まれる場合、入院時費用加算を算定します。1日あたりの利用料金は、下記の通りです。

1. サービス利用料金	2,460円
2. うち、介護保険から給付される金額	2,214円
3. 自己負担額（1－2）	246円

#### ※初期加算について

新規入所及び、1ヶ月を超える入院後の再入所の場合、入所から30日間に限って、1日につき30単位を加算します。

※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。

#### (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（契約書第4条、第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

##### ① 理髪・美容サービス

美容師の出張による美容サービスを希望される方はご相談ください。

##### ② 貴重品の管理

金銭等の管理はご本人のご希望があっても致しかねます。（どうしてもご本人が持たれる場合は責任を負いかねます。）

##### ③ 日常生活上必要となる諸費用実費

・ご利用者の日常生活に要するものは、ご契約者様にご負担いただきます。  
（ちり紙、洗面用具等購入実費）

④ 契約書第 19 条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

ご契約者の要介護度	要支援 2	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護 5
料金	介護報酬額 10割					

(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 ヶ月ごとに計算し、ご通知します。

お支払いは利用月の翌月、27日に、ご指定の口座より引き落としさせていただきます。

(4) 入所中の医療の提供について

かかりつけ医が決まっていない場合は、ご契約者の希望により、協力医療機関において、診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力医療機関

医療機関の名称	クワヤ病院
所在地	高松市塩屋町 1 - 4
診療科	内科・整形外科・皮膚科・泌尿器科・リハビリテーション科

(5) 入所中の医薬品の介助について

ご契約者又は家族の依頼に基づき、介護職員が医薬品の使用介助を行います。医師の処方により、薬袋等に区分された医薬品に限り、服薬指導の上、看護職員の助言を尊重し、医薬品の介助をします。但し、ご契約者の状態が、以下の 3 点を満たしている事を条件とします。

- ①入院・入所して治療する必要がなく、容態が安定している事。
- ②副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による、連続的な容態の経過観察が必要ではないこと。
- ③誤嚥の可能性や、座薬については出血の可能性等、医薬品の使用そのものについて専門的な配慮が必要ではないこと。

## 5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 面会（LINE面会も含む）

面会時間 10:30～17:00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

※なお、来訪される場合、なまもの持ち込みはご遠慮ください。

(2) 外出・外泊（契約書第 21 条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出頂き、行先と帰着予定時間を届け出てください。

但し、外泊については、最長で月6日間とさせていただきます。

(3) 食事

1日3食の食事の内、1食でも提供した場合は、1日分の食事料金を頂きます。

(4) 施設・設備の使用上の注意（契約書第9条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により、原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 喫煙

施設内及び敷地内は、駐車場も含め禁煙となっております。

## 6. 苦情の受付について（契約書第24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ます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者 間野 亜紀子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

10:00～17:00

○電話番号 087-813-3351

また、苦情受付ボックスを2階グループホーム玄関に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

高松市介護保険担当課	所在地 高松市番町1丁目8番15号 電話番号 087-839-2326・FAX 087-839-2337 受付時間 8:30～17:00
福祉サービス運営適正化委員会	所在地 高松市番町1丁目10番35号 電話番号 087-861-1300 FAX 087-861-1300 受付時間 9:00～17:00
香川県国民保険団体連合会 介護保険課	所在地 高松市福岡町2丁目3番2号 電話番号 087-822-7453・FAX 087-822-7455 受付時間 8:30～17:00



第三者委員 上枝 典子	所在地 電話番号 受付時間
第三者委員 小橋 素子	所在地 電話番号 受付時間

(3) サービスの質の向上のため、利用者等の意見の把握や第三者による評価の実施状況。

アンケート調査・意見箱による意見聴取	実施
高松市介護相談員派遣事業	実施
福祉サービス第三者評価	R6.3 事業所内に掲示

## 7. 事故発生時の対応について

当事業所では、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は、市町村、当該契約者の家族に連絡を行うと共に、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じることとします。又賠償すべき事態においては速やかにその損害を賠償いたします。但し、その事故発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況に斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 8. 守秘義務・個人情報保護について（契約書第8条参照）

- (1) 当事業所では、サービスの提供をするに当たり、正当な理由無くその業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該指定介護福祉施設の従業者であった者が正当な理由無く、その業務上知り得た利用者又はそ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) 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る場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人の情報を用いる場合は、当該家族の同意をあらかじめ文章により頂きます。

## 9. 情報開示について

事業運営の透明性の確保のため、事業計画及び財務内容（収支予算、決算等）に関する資料を利用者、ご家族の求めに応じて開示します。また、個人情報を使用した会議の内容や経過を記録し、利用者本人からの請求があれば開示します。（本人以外の開示申し出につきましては、あらかじめ身分証明を開示していただき、判断する場合もございます。）

## 10. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、ご利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑤ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)  
ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。  
また、契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

### 1 1. 損害賠償について（契約書第 10 条、第 11 条参照）

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

### 1 2. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

(契約書第 13 条参照)

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖し

た場合

- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第14条、第15条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の30日前までにお申し出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第16条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・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、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が他施設に入所した場合

※契約者が病院等に入院された場合の対応について※（契約書第12条参照）

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

① 検査入院等、6日以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居することができます。

但し、入院期間中であっても、所定の単位数分のご負担をいただきます。

1日あたり 246単位

② 上記を超える入院の場合

短期入院の期間を超える入院について、3か月以内に退院された場合には、

退院後再び施設に入居することができます。入院中、居住費は全額負担とします。

入院後、月6日まで合計12日まで、①同様、所定の単位数分のご負担をいただきます。

③ 3か月以内の退院が見込まれない場合

3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。

この場合には、当施設に再び優先的に入居することは出来ません。

<入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金は、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第17条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

1.3. 残置物引取人（契約書第20条参照）

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。（契約書第20条参照）

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

1.4. 非常災害時の対策

非常時の対応 別に定める「防災計画」に則り対応を行います。

消防計画 防火管理者 1名

避難訓練 年2回 火災・地震等を想定した訓練を行います。

防火設備 スプリンクラー・消火器・自動火災報知機・煙感知器・ガス漏れ感知器

## 15. 個人情報使用同意書

### グループホーム契約における個人情報使用同意書

私の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。  
記

#### 1. 使用する目的

- (1) 利用者に関わる介護計画（施設入所介護計画）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等での情報提供
- (2) 医療機関、福祉事務所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整
- (3) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要のある場合
- (4) 介護保険事務
- (5) 上記各号に関わらず、緊急を要する連絡等の場合

※ご本人様の写真掲載に関して

どちらかにチェックをお願いします。

施設内	<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません
ホームページ等の SNS	<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません
広報	<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません

#### 2. 使用にあたっての条件

- (1) 個人情報の提供は、必要最小限とし、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時においても第三者に漏らさない。

#### 3. 個人情報の内容

- 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、サービスの利用者や家族個人に関する情報

#### 4. 利用期間

サービス利用期間中

#### 5. 契約事業所

認知症対応型共同生活介護

令和 年 月 日

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グループホーム 新番丁

説明者 職 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

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同意しました。

契約者 住 所 \_\_\_\_\_

(本人様)

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

家 族 続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

代理人 続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞