

重要事項説明書

介護予防通所リハビリテーション（通所リハビリテーション）

【契約の目的】

介護サービス スマイル永生（以下「当施設」という）は、要支援状態及び要介護状態と認定されたご利用者（以下「ご利用者」という）に対し、介護保険法令、及び重要事項説明書の趣旨に従って、ご利用者が可能な限り自宅において、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に、通所リハビリテーションまたは介護予防通所リハビリテーション（以下「通所リハビリテーション」という）を提供し、一方、ご利用者及びご家族または代理人（以下「ご家族等」という）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことを契約の目的とします。

【契約期間】

契約は、ご利用者が本重要事項説明書を当施設に提出した時から効力を有します。
ご利用者は、前項に定める事項の他、本重要事項説明書及び料金一覧表について同意した上で契約書提出をもって当施設利用を開始することができるものとします。

【ご利用者からの解除】

ご利用者及びご家族等は、当施設に対し利用中止の意思表示をすることにより、本重要事項説明書に基づく通所リハビリテーションサービス（以下「リハビリテーションサービス」という）の利用を解除・終了することができます。なお、この場合ご利用者及びご家族等は速やかに当施設及びご利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

【当施設からの解除】

当施設は、ご利用者及びご家族等に対し次に掲げる場合は、本重要事項説明書に基づくリハビリテーションサービスの利用を解除・終了することができます。

1. ご利用者が要介護認定において自立と認定又は利用の目標が達成された場合
* 要支援認定者の利用期間は、原則ご利用開始月から起算して 12 月となります
2. ご利用者の介護予防サービス又は居宅介護サービス計画で定められた利用単位数を超える場合
3. ご利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設のリハビリテーションサービスの利用が困難であると判断された場合

（施設の設備上、トイレ自立が困難になった場合利用中止とさせていただきます。またこの場合には他サービスを紹介するなどの措置を講じます。）

4. ご利用者及びご家族等が、本重要事項説明書に定める利用料金を 2 か月分以上滞納し、その支払いを督促した日から 20 日間以内に支払われない場合
5. ご利用者が、当施設、当施設職員又は他のご利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
6. 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により当施設を利用していただくことができない場合
7. 利用が長期（3 ヶ月）にわたり中止した場合

【利用料金】

ご利用者及びご家族等は、連帯して当施設に対し本重要事項説明書に基づくリハビリテーションサービスの対価として、利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び、ご利用者が個別に利用したサービスに伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設はご利用者の経済状況に変動があった場合、上記料金を変更することがあります。

当施設は、重要事項説明書に定める方に対し、前月利用料金の合計額の請求書を発行します。ご利用者及びご家族等は、連帯して当施設に対し当該合計額を当該請求書に基づきお支払いいただくものとし、ます。なお、支払いの方法は原則として口座振替とします。さらに、ご利用者若しくはご家族等から上記利用料金の支払いを受け、領収書を発行します。

【記録と開示】

当施設は、ご利用者に提供したサービス内容の記録を作成し、その記録を利用終了後 2 年間保管します。

当施設は、ご利用者が上記の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、ご家族等その他の者が記録の閲覧等を求めた際には、ご利用者の承諾があった場合やその他必要と認められる場合において、これに応じます。

【身体の拘束等】

当施設は、原則としてご利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害のおそれがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は医師が判断し、説明と同意を得てから身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその状態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録することとします。

【秘密の保持及び個人情報の保護】

当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得たご利用者又はそのご家族等に関する個人情報の利用目的を別紙 3 のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の項については、法令上、介護関係事業者が行うべき業務として明記されているため、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、照会等
- ② 地域包括支援センター（介護予防支援事業所）、居宅介護支援事業所等との連携
- ③ ご利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ ご利用者に病状の変化が生じた場合等の主治医への連絡、情報提供、相談等
- ⑤ 生命・身体保護のために必要な場合（災害時において安否情報を行政に提供する場合等）
- ⑥ 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合、ご利用者本人を特定できないように使用することを厳守します。

（⑥についての情報提供については、個人が特定できるような状況である場合はご利用者及びご家族等から予め同意を得た上で行うこととします。）

上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

【緊急時の対応】

当施設ではご利用者に対し、施設医師の医学的判断により診療が必要と認める場合、当施設または併設医療機関、その他の専門医療機関での診察を依頼することがあります。その際の診療費についてはご利用者負担となります。

当施設は、ご利用者に対し、当施設における対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、他の専門的機関を紹介します。

上記の他、ご利用中にご利用者の心身の状態が急変した場合は、当施設はご利用者及びご家族等が指定する者に対し緊急に連絡します。

【事故発生時の対応】

リハビリテーションサービスを提供中にご利用者の症状の急変、転倒等の緊急事態が生じた場合には、当施設はご利用者に対し必要な措置を講じます。また必要性があれば、施設の医師が診察します。その後施設医師の医学的判断でより専門的対応が必要な場合は、併設医療機関またはその他の専門的機関での診療を依頼します。

上記の他、当施設はご家族等、介護支援専門員、包括支援センター担当、当該市に対して速やかに連絡します。また事故内容については当該市に事故記録を提出します。

【要望又は苦情の申し出】

ご利用者及びご家族等は、当施設の提供するリハビリテーションサービスに対しての要望又は苦情等について地域包括支援センター、担当介護支援専門員、当法人施設の苦情窓口、当該市、東京都国民健康保険団体連合会等に申し出ることができます。また施設内に設置する「みなさまの声」に投函し申し立てることもできます。なお、苦情申し立てを行った事を理由として、ご利用者はいかなる不利益を受けることもありません。

【賠償責任】

リハビリテーションサービスの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由によってご利用者が被害を被った場合、当施設はご利用者に対して加盟している保険会社と相談の上、損害を賠償するものとします。但し、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。またご利用者の責に帰すべき事由によって当施設が損害を被った場合、ご利用者及びご家族等は連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

【重要事項説明書に定めのない事項】

この重要事項説明書に定められていない事項は、介護保健施設法令その他諸法令に定めるところにより、ご利用者又はご家族等と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

介護サービス スマイル永生のご案内（運営規定概要）

（2025 年 11 月 18 日現在）

1. 施設の概要

（1）施設の名称等

- | | |
|-----------|------------------------|
| ・開設事業者名 | 医療法人社団永生会 |
| 理事長 | 安藤 高夫 |
| ・事業所名称 | 介護サービス スマイル永生 |
| 管理者 | 金子 弥樹 |
| ・開設年月日 | 平成 18 年 4 月 1 日 |
| ・所在地 | 東京都八王子市梶田町番地 588 番地 17 |
| ・電話番号 | 042-661-4175 |
| ・ファックス番号 | 042-661-7788 |
| ・介護保険指定番号 | 1372903623 号 |

（2）介護サービス スマイル永生の目的と運営方針

[目的]

介護サービス スマイル永生は、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の介護などのリハビリテーションサービスを提供することで、ご利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、居宅での生活を一日でも長く継続することができるよう、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

当施設ではこの目的に沿って以下のような運営方針を定めています。

[運営方針]

- ・ご利用者にとって、快適な生活を送っていただけるように、高齢者ケアの基本を踏まえた日常生活サービスを支援します。
- ・リハビリテーション施設として、職員とご家族との結びつきを大切にして、ご利用者とご家族の絆がより深まるようなサポートを行います。
- ・ご利用者の個々の症状、障害に応じた計画を作成します。
- ・より良いサービスの提供が行われるように、職員全員が研修、研鑽に励みます。
- ・生活リハビリを中心とした生活の質の向上を図ります。
- ・ご利用者、ご家族のプライバシー及びご意見を尊重します。

（3）営業日及び営業時間

月・火・水・木・金 9：00～16：55 まで

（定休：土・日・祝祭日・12 月 30 日～1 月 3 日）

祝日及びご利用者都合の休みに対し、振替利用のご案内が可能です

(4) 通所リハビリテーション送迎地域

館町、狭間町、めじろ台、梶田町、寺田町、散田町、東浅川町、台町、山田町、小比企町、並木町、片倉町、西片倉、子安町、初沢町、長房町、大船町、みなみ野、七国、兵衛、宇津貫町、緑町、千人町

(5) 施設の職員体制

	職員体制	業務内容
・医 師	2 名以上	ご利用者の診療及び健康管理
・理学療法士	2 名以上	ご利用者の心身の理学療法
・作業療法士	1 名以上	ご利用者の心身の作業療法
・言語聴覚士	1 名以上	ご利用者の口腔ケア等の指導管理
・介護職員	4 名以上	ご利用者の生活介護
・管理栄養士	1 名	ご利用者の栄養等の指導管理
・事務職員	1 名以上	庶務等

(6) 通所リハビリテーション定員

- ・ 9 名（1・2 時間、1 単位につき）
- ・ 60 名（3・4 時間、1 単位につき）

2. サービス内容

- ① リハビリテーション計画の立案
- ② 医学的管理
- ③ 介護
- ④ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑤ 送迎
- ⑥ その他

3. 利用料金

利用料金は、ご利用サービス毎の料金一覧表をご覧ください。

＊基本料金・加算料金とは別に、自費料金をいただくことがあります。

4. 連携医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科医療機関と連携し、ご利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・併設医療機関

- ・ 名称 医療法人社団永生会 永生クリニック
- ・ 住所 東京都八王子市栢田町 588 番地 17

- ・連携医療機関

- ・ 名称 医療法人社団永生会 永生病院
- ・ 住所 東京都八王子市栢田町 583 番地 15

- ・緊急時の連絡先

緊急の場合には緊急時連絡先に連絡します。

5. 施設利用にあたっての留意事項

- ① 飲酒

飲酒をご遠慮下さい。

- ② 喫煙

喫煙は健康上、防火上の理由から禁止となっております。

- ③ 火気の取扱い

施設内へは火の元となるライター、マッチなどの持ち込みはご遠慮下さい。

- ④ ペット等の動物について

施設内へのペット等の動物の持ち込みはご遠慮下さい。

- ⑤ 設備・備品

危険防止のため、処置室、操作室へは職員不在時の入室はご遠慮下さい。

備品・設備を破損、破壊した場合は、弁償していただくことがあります。

- ⑥ 所持品・備品の持ち込み

それぞれの所持品・備品には記名をお願いします。

- ⑦ 金銭・貴重品の管理

ご利用者の金銭管理は自己管理を原則とさせていただきます。

紛失、盗難については施設側では責任を負いかねますのでご了承下さい。

また職員への金品の受け渡しは固くお断りいたします。

- ⑧ 食品などの持ち込みについて

生食など当事業所で準備されない食材の持ち込みはご遠慮下さい。

6. サービス提供にあたっての留意事項

- ① サービスの利用に当って、体調不良等によって指定通所リハビリテーション等に適さないと判断された場合には、サービスの提供を中止することがある。
- ② 届出事項の変更として、ご利用者の住所・連絡先、その他事業所に届出または通知している事項に変更があった場合、速やかにその旨を届け出ること。
- ③ その他
 - ・ 職員は年金管理、金銭の貸借など、利用料徴収以外での金銭の取り扱いは致しません。
 - ・ 職員に対する贈り物や飲食等の接待等は、ご遠慮下さい。
 - ・ 交通渋滞や他の利用者の状況、その他緊急訪問が生じた場合等は、送迎時間がずれることがあります。
 - ・ 悪天候などの止むを得ない事情により、サービス提供を中止させていただくことがあります。
 - ・ 事業所の都合により、担当理学療法士等に変更になることがあります。
 - ・ 職員に対して暴力（身体的・精神的）が発生した場合、サービスを中止させて頂くことがあります。

7. 非常災害対策

- ・ 防災設備 消火器、自動火災通報装置、非常警報装置、避難器具、誘導灯及び誘導標識、防火戸、防火シャッター、煙感知器、熱センサー。
- ・ 防災訓練 年2回以上。

8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して通所サービスをご利用いただくために、ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

9. 虐待防止に関する事項

当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる措置を講じるものとする。

- ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- ・ 虐待の防止のための指針を整備する。
- ・ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- ・ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

10. 要望及び苦情等の相談

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、下記の相談窓までお気軽にご相談、お申し出ください。職員、リハビリテーション科所属長、管理者で解決策を検討して、謝罪と説明をさせていただきます。

① 介護サービス スマイル永生 苦情担当係

電話番号 042-661-4175 (スマイル永生直通)

受付時間 8:55~16:55 (土・日・祝祭日を除く)

施設に設置された「みなさまの声」もご利用いただけます。

② 永生会相談窓口 永生会コールセンター

電話番号 0120-001-083

③ 八王子市役所 介護保険相談窓口高齢者福祉課

電話番号 042-620-7420

受付時間 9:00~17:00 (土・日・祝祭日を除く)

*居住地が八王子市以外の方

多摩市役所: 042-338-6901、町田市役所: 042-721-3136

④ 東京都国民健康保険団体連合会

電話番号 03-6238-0177

受付時間 9:00~17:00 (土・日・祝祭日を除く)

11. 情報開示について

当施設は下記のホームページにおいて、当施設に関する情報を開示しています。

とうきょう福祉ナビゲーション <http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/index.html>

12. その他

① 従業員の資質向上を図るため研修の機会を設け、業務体制を整備します。

② 従業員は業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を保持します。

③ 従業員であった者に、業務上知り得たご利用者またはそのご家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。

④ この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は医療法人社団永生会が定めるものとします。

⑤ 当施設についての詳細は、パンフレットをご用意してありますのでご利用下さい。

⑥ 高齢者の方には、心身の障害や老化に伴い転倒、転落、誤嚥等の様々な事故の危険性があります。当施設ではそのような事故の発生防止に出来る限り努めておりますが、ご利用者皆様の全ての行為を管理・予測できるものではありませんので、ご了承下さいますようお願い申し上げます。

⑦ 通所リハビリテーションは、自宅・および自宅周辺の状態などをリハビリ的な視点で評価して通所リハビリ計画を立てるために、原則として利用開始時に居宅訪問をさせていただきます。また開始時以外でも自宅内で困難なことが生じた場合、居宅訪問を行うことができます。なお、ご利用者やご家族等の体調やご都合が悪い場合等は、この限りではございません。

⑧ 当施設は第三者機関による評価を受けていません。

リハビリテーションサービスについて

1. 各種保険証等の確認

ご利用のお申し込みにあたり、ご希望者の介護保険証、医療保険証等を確認させていただきます。

2. リハビリテーションの概要

介護サービス スマイル永生で提供させて頂くリハビリテーションサービスは、要支援及び介護状態の方の家庭等での生活を継続させるために立案されたリハビリテーションサービス（居宅介護サービス）計画に基づき、当施設サービスを一定期間ご利用いただき、理学療法、作業療法、言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、ご利用者の心身の機能の維持・向上を図るために行われます。このサービスを提供するにあたっては、ご利用者に関わる様々な職種の従事者の協議によって、リハビリテーション計画が作成されますが、その際ご利用者及びご家族等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

介護サービス スマイル永生 利用料金一覧表

介護予防通所リハビリテーション（要支援の方）

基本料金

	項目	介護度	頻度	単位	1割(円)	2割(円)	3割(円)
<input type="checkbox"/>	予防通所リハ 1	要支援 1	1ヶ月	2268	2456	4912	7368
<input type="checkbox"/>	予防通所リハ 2	要支援 2	1ヶ月	4228	4578	9157	13736

加算料金

	項目	介護度	頻度	単位	1割(円)	2割(円)	3割(円)
<input type="checkbox"/>	栄養改善加算	支援 1・2	1ヶ月	200	216	432	648
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算Ⅰ	支援 1・2	1ヶ月	150	162	324	486
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算Ⅱ	支援 1・2	1ヶ月	160	173	346	519
<input type="checkbox"/>	一体的サービス提供加算	支援 1・2	1ヶ月	480	519	1039	1557
<input type="checkbox"/>	生活行為向上リハ実施加算	支援 1・2	1ヶ月	562	608	1216	1824
<input type="checkbox"/>	栄養アセスメント加算	支援 1・2	1ヶ月	50	54	108	162
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	支援 1・2	6ヶ月	5	5	10	15
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	支援 1・2	1ヶ月	40	43	86	129
<input type="checkbox"/>	若年性認知症利用者受入加算	支援 1・2	1ヶ月	240	259	519	779
<input type="checkbox"/>	退院時共同指導加算	支援 1・2	初月	600	649	1299	1949
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅰ	支援 1	1ヶ月	88	95	190	285
		支援 2	1ヶ月	176	190	380	570
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×8.6%					

自己負担料金 単価：10.83 円

＊ 自費料金は、自費発生月に利用料へ含め請求いたします。

通所リハビリテーション（要介護の方）

基本料金

1時間以上 2時間未満

	項目	介護度	頻度	単位	1割(円)	2割(円)	3割(円)
<input type="checkbox"/>	通所リハⅠ 111	要介護 1	1日	369	399	799	1198
<input type="checkbox"/>	通所リハⅠ 112	要介護 2	1日	398	431	862	1293
<input type="checkbox"/>	通所リハⅠ 113	要介護 3	1日	429	464	929	1393
<input type="checkbox"/>	通所リハⅠ 114	要介護 4	1日	458	496	992	1488
<input type="checkbox"/>	通所リハⅠ 115	要介護 5	1日	491	531	1063	1595

3 時間以上 4 時間未満

	項目	介護度	頻度	単位	1 割(円)	2 割(円)	3 割(円)
<input type="checkbox"/>	通所リハ I 131	要介護 1	1 日	486	526	1052	1579
<input type="checkbox"/>	通所リハ I 132	要介護 2	1 日	565	611	1223	1835
<input type="checkbox"/>	通所リハ I 133	要介護 3	1 日	643	696	1392	2089
<input type="checkbox"/>	通所リハ I 134	要介護 4	1 日	743	804	1609	2414
<input type="checkbox"/>	通所リハ I 135	要介護 5	1 日	842	911	1823	2735

加算料金

	項目		頻度	単位	1 割(円)	2 割(円)	3 割(円)
□	リハマネジメント加算イ	6 ヶ月以内	1 ヶ月	560	606	1212	1818
		6 ヶ月超え	1 ヶ月	240	259	518	777
□	リハマネジメント加算ロ	6 ヶ月以内	1 ヶ月	593	642	1284	1926
		6 ヶ月超え	1 ヶ月	273	295	590	885
□	リハマネジメント加算ハ	6 ヶ月以内	1 ヶ月	793	858	1717	2576
		6 ヶ月超え	1 ヶ月	473	512	1024	1536
□	リハマネジメント加算に医師が関わる場合		1 ヶ月	270	292	584	877
□	短期集中個別リハ加算Ⅰ	3 ヶ月以内	1 日	110	119	238	357
□	認知症短期集中リハ加算Ⅰ	3 ヶ月以内	1 日	240	260	520	780
□	生活行為向上リハ実施加算	6 か月以内	1 ヶ月	1250	1353	2706	4059
□	栄養改善加算		1 回	200	216	432	648
□	口腔機能向上加算Ⅰ		1 回	150	162	324	486
□	口腔機能向上加算Ⅱ		1 回	155	168	336	503
□	栄養アセスメント加算		1 ヶ月	50	54	108	162
□	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ		6 ヶ月	20	22	43	65
□	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ		6 ヶ月	5	5	10	15
□	科学的介護推進体制加算		1 ヶ月	40	43	86	129
□	若年性認知症利用者受入加算		1 日	60	65	130	194
□	サービス提供体制強化加算Ⅰ		1 日	22	23	46	69
□	理学療法士等体制強化加算（1-2 時間クラス）		1 日	30	32	64	96
□	リハ提供体制加算（3-4 時間クラス）		1 日	12	12	24	36
□	移行支援加算		1 日	12	12	24	36
□	送迎減算		片道	-47	-50	-100	-150
□	退院時共同指導加算		初月	600	649	1299	1949
□	介護職員等処遇改善加算Ⅰ		所定単位数×8.6%				

自己負担料金 単価：10.83 円

＊ 自費料金は、自費発生月に利用料へ含め請求いたします。

ご利用料金（概算）： _____ 円

介護予防通所リハビリテーション（通所リハビリテーション）

利用契約書

介護サービス スマイル永生のリハビリテーションサービスを利用いただくにあたり、甲は重要事項説明書及び別紙 1、別紙 2、別紙 3 を受領し、これらの内容に関して乙、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意し契約を結びます。また、本書面を 2 通作成し、事業者、ご利用者が署名捺印の上 1 通ずつ保有するものとします。

年 月 日

（甲） ご利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご利用者のご家族代表

住 所 _____

氏 名 _____（続柄 _____） 印

代理人

住 所 _____

氏 名 _____（続柄 _____） 印

（乙） 事業者

事業所名 スマイル永生 _____

住 所 東京都八王子市櫛田町 588 番地 17 _____

電 話 042-661-4175 _____

管 理 者 金子 弥樹 _____ 印

説 明 者 _____ 印

個人情報の利用目的

介護サービス スマイル永生ではご利用者またはそのご家族等の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下の通り定め、同目的の範囲内でのみ使用いたします。

【ご利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔施設内部での利用目的〕

- ・ 当施設がご利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスのご利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - ―入退所等の管理
 - ―会計・経理
 - ―事故等の報告
 - ―当該ご利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・ 当施設がご利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ―ご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
 - ―ご利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ―ご家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - ―保険事務の委託
 - ―審査支払機関へのレセプトの提出
 - ―審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険など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】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
 - ―医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ―当施設において行なわれる学生の実習への協力
 - ―当施設において行なわれる事例研究

〔他の事業者への情報提供に係る利用目的〕

- ・ 当施設の管理運営業務のうち
 - ―外部監査機関への情報提供

介護サービス スマイル永生のリハビリテーションサービスを利用いただくにあたり、甲は個人情報の利用に関して乙、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で、個人情報を契約書の内容及び個人情報利用目的の範囲内で使用することに同意いたします。

年 月 日

(甲) ご利用者

住 所 _____

電 話 _____

氏 名 _____ 印

ご利用者のご家族代表者

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____) 印

代理人

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____) 印

(乙) 事業者

事業所名 介護サービス スマイル永生 _____

住 所 東京都八王子市櫛田町 588 番地 17 _____

電 話 042-661-4175 _____

管 理 者 金子 弥樹 _____ 印

説 明 者 _____ 印