

# 介護保健施設サービスについて (重要事項説明書)

介護老人保健施設 笠間シルバーケアセンターパル

## 《施設サービスに関する重要事項》

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

|          |                                        |
|----------|----------------------------------------|
| 施設の名称    | 笠間シルバーケアセンターパル                         |
| 開設年月日    | 平成 9 年 9 月 1 日                         |
| 所在地      | 茨城県笠間市来栖 2 5 5-1                       |
| 連絡先      | (電話) 0296-70-1185 (FAX番号) 0296-72-3110 |
| 管理者名     | 施設長 野島 博勝                              |
| 介護保険指定番号 | 介護老人保健施設 (0 8 5 1 6 8 0 0 1 7 号)       |

#### (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、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お世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所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、1 日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整など退所時の支援も行いますので、安心して退所頂けます。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設笠間シルバーケアセンターパルの運営方針]

1. 老人福祉処遇の質の確保と向上に努める。家庭と病院との中間的処遇をベース にした介護を行う。
2. 医療と福祉の機能を十分に備えた施設の位置づけにおける処遇を行う。  
医療面の偏重（過剰医療、過小医療）を避け、生活援助の場として施設を原則に踏まえたバランスのとれた処遇に努める。

#### (3) 入所定員等 ・定員 80 名(うち認知症専門棟 40 名)

|     |     |    |      |      |     |      |     |
|-----|-----|----|------|------|-----|------|-----|
| 療養室 | 2 階 | 個室 | 6 室  | 2 人室 | 3 室 | 4 人室 | 7 室 |
|     | 3 階 | 個室 | 10 室 | 2 人室 | 1 室 | 4 人室 | 7 室 |

#### (4) 施設の職員体制

|         | 常勤      | 非常勤      | 夜間  | 業務内容                   |
|---------|---------|----------|-----|------------------------|
| 医 師     | 1 (0.8) |          |     | 診察並びに保健衛生の指導           |
| 看護職員    | 7       | 3        | (1) | 健康管理、医療補助、看護、リハビリテーション |
| 薬剤師     |         | 1        |     | 医薬品の調剤、管理              |
| 介護職員    | 16      | 9        | (3) | 介護及び生活指導               |
| 支援相談員   | 2 (0.8) |          |     | 各種支援及び相談業務             |
| 理学療法士   | 4 (3.5) |          |     | 計画に基づいた機能回復訓練          |
| 作業療法士   | 2 (1.5) |          |     | 計画に基づいた機能回復訓練          |
| 言語聴覚士   | 2 (1.5) |          |     | 計画に基づいた機能回復訓練          |
| 栄養士     | 1       |          |     | 栄養指導                   |
| 介護支援専門員 | 1       |          |     | 施設サービス計画の立案            |
| 事務職員    | 3       |          |     | 一般事務及び庶務               |
| その他     |         | 13 (5.9) |     | 洗濯、送迎、清掃               |

## 2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。  
入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑩ 理美容サービス
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ その他

## 3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

### ・協力医療機関

- ・名 称 さくらがわ地域医療センター
- ・住 所 桜川市高森1000

- ・協力医療機関

- ・名 称 立川記念病院
- ・住 所 笠間市八雲 2-1 2-1 4

- ・協力歯科医療機関

- ・名 称 つなかわ歯科医院
- ・住 所 笠間市笠間 1 9 5 8

#### 4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事の内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・面会 (10:00～17:30)
- ・外出、外泊は必ずご相談ください。
- ・飲酒、喫煙禁止
- ・火気の取扱い注意
- ・所持品、備品等での危険物の持ち込み禁止
- ・金銭、貴重品の管理
- ・外出、外泊時の施設外での受診時には、必ずご一報ください
- ・宗教活動の勧誘禁止
- ・ペットの持ち込み禁止
- ・携帯電話・スマートフォンなどの無線機器の持込禁止

#### 5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等
- ・防災訓練 年2回

#### 6. 事故発生時の対応

- 1 施設内又は、勤務施行中に事故が発生した場合は下記の体制で報告、処理に徹する。

##### 処 置

事故発生、事故等に遭遇した看護、介護職員は、利用者が負傷している場合は、応急処置に全力を尽くし、必要に応じて至急、消防（119）等に連絡をする。

## 連絡体制

- ① 発見又は、遭遇者→管理者(上司)→法人事務長、その後の連絡網にて各職員に連絡
- ② 家族への連絡、場合によっては、管轄保健所(029-241-0100)、市役所(77-1101)に連絡、各保険者へ連絡。

## 2 事故等の報告

- ① 事故等に対応した各職員は、その内容を、報告書にまとめ管理者に提出する。
- ② 報告書を提出後、必要に応じて業務改善報告書を管理者に提出する。
- ③ 未然に事故等を防ぐ為、危険と感じた際はヒヤリハット等の報告書を管理者に提出し、朝礼等で話合うこと。

## 7. 賠償責任

- 1 介護保険施設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、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害を賠償する物とします。
- 2 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、利用者及び扶養者は、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。

## 8. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、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. 要望及び苦情等の相談

・笠間シルバーケアセンターパル TEL 0296-70-1185  
受付時間 8:30~17:30 担当 支援相談員 永田

・笠間市役所 高齢福祉課 TEL 0296-77-1101  
受付時間 8:30~17:15

・国民健康保険団体連合会 TEL 029-301-1565  
受付時間 9:00~17:00  
各保険者 各市町村へお問い合わせください。

また、1階ロビーに設置してある「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

## 10. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい

## 11. 施設サービスの内容と費用

### ◇介護保険証の確認

説明を行うにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

### ◇ケアサービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていた状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際ご本人契約者の後見人、契約者の家族、身元引受人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。

#### 医療：

介護老人保健施設は入院の必要のいらない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

#### 機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

#### 栄養管理：

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

### ◇生活サービス

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活して頂けるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

#### 療養室：

個室、2人室、4人室

\* 3F個室及び2人室の利用には、別途料金をいただきます。

#### 食 事：

朝食 7時30分～8時

昼食 12時00分～13時00分

夕食 17時00分～18時30分

\* 食事は原則として食堂でおとりいただきます。

#### 利用者が選定する特別な食事の提供：

昼食に通常のメニューのほか特別な食事を用意しています。（月1～2回程度）  
毎月10日までにお申し出ください。

\* 特別な食事提供には、別途料金をいただきます。

#### 入 浴：

週に最低2回。ただし利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります

## 12. カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方

当施設では、すべての利用者様に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。

そのため、利用者様又はご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。

具体的には、次のような行為が該当することがあります。

①職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)

②職員に対する精神的暴力

- ・ 大声での叱責や威圧的な言動
- ・ 人格を否定する発言や差別的な言動
- ・ 業務の範囲を超えた過度な要求
- ・ 長時間にわたる執拗な要望やクレーム

③職員に対するセクシャルハラスメント

- ・ 性的な冗談を言う、容姿や体型をしつこく批評する
- ・ 連絡先をしつこく聞き出す、プライベートな交際を迫る
- ・ 意図的に体に触れる、つきまとい行為をする
- ・ 性的な関係を要求する

理美容：

理美容サービスを実施します。

\*理美容サービスは、別途料金をいただきます。

## 12. 施設サービスの利用料、その他の費用

利用料：単位数×地域単価×1割（又は2割・3割）＝自己負担額

【地域単価は1単位＝10,14円（7級地）】

### （1）施設サービス費：基本料金

#### 【基本型】

|      | 費用項目               | 単位数         | 利用料     | 1割    | 2割    | 3割    | 算定回数           |
|------|--------------------|-------------|---------|-------|-------|-------|----------------|
| 基本報酬 | 従来型個室 要介護1         | 717         | 7,270円  | 727   | 1,454 | 2,181 |                |
|      | 従来型個室 要介護2         | 763         | 7,736円  | 774   | 1,548 | 2,321 |                |
|      | 従来型個室 要介護3         | 828         | 8,395円  | 840   | 1,679 | 2,519 |                |
|      | 従来型個室 要介護4         | 883         | 8,953円  | 896   | 1,791 | 2,686 |                |
|      | 従来型個室 要介護5         | 932         | 9,450円  | 945   | 1,890 | 2,835 |                |
|      | 多床室 要介護1           | 793         | 8,041円  | 805   | 1,609 | 2,413 |                |
|      | 多床室 要介護2           | 843         | 8,548円  | 855   | 1,710 | 2,565 |                |
|      | 多床室 要介護3           | 908         | 9,207円  | 921   | 1,842 | 2,763 |                |
|      | 多床室 要介護4           | 961         | 9,744円  | 975   | 1,949 | 2,924 |                |
|      | 多床室 要介護5           | 1012        | 10,261円 | 1,027 | 2,053 | 3,079 |                |
| 加算   | 初期加算（Ⅰ）            | 60          | 608     | 61    | 122   | 183   | 1日につき（入所後30日間） |
|      | 初期加算（Ⅱ）            | 30          | 304     | 31    | 61    | 92    | 1日につき（入所後30日間） |
|      | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）    | 22          | 223     | 23    | 45    | 67    | 1日につき          |
|      | 夜勤職員配置加算           | 24          | 243     | 25    | 49    | 73    | 1日につき          |
|      | 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ      | 月の総単位数×9.7% |         |       |       |       |                |
|      |                    |             |         |       |       |       |                |
|      |                    |             |         |       |       |       |                |
|      |                    |             |         |       |       |       |                |
|      |                    |             |         |       |       |       |                |
|      |                    |             |         |       |       |       |                |
|      | 介護職員等ベースアップ等支援加算   | 月の総単位数×0.8% |         |       |       |       |                |
|      | 認知症ケア加算            | 76          | 770     | 77    | 154   | 231   | 1日につき          |
|      | 療養加算               | 6           | 60      | 6     | 12    | 18    | 1日につき（1日3回限度）  |
|      | 再入所時栄養連携加算         | 200         | 2028    | 203   | 406   | 609   | 1人1回限度         |
|      | 短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）    | 258         | 2616    | 262   | 524   | 785   | 1日につき          |
|      | 短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）    | 200         | 2028    | 203   | 406   | 609   | 1日につき          |
|      | 認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ） | 240         | 2433    | 244   | 487   | 730   | 1日につき          |
|      | 認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ） | 120         | 1216    | 122   | 244   | 365   | 1日につき          |

|        | 費用項目                      | 単位数  | 利用料   | 1 割  | 2 割  | 3 割  | 算定回数                       |
|--------|---------------------------|------|-------|------|------|------|----------------------------|
|        |                           |      |       |      |      |      |                            |
| 加<br>算 | 若年性認知症利用者受入加算             | 120  | 1216  | 122  | 244  | 365  | 1 日につき                     |
|        | 認知症行動・心理症状緊急対応加算          | 200  | 2028  | 203  | 406  | 609  | 1 日につき（入所後 7 日間）           |
|        | 所定疾患施設療養費（Ⅰ）              | 239  | 2423  | 243  | 485  | 727  | 1 日につき                     |
|        | 所定疾患施設療養費（Ⅱ）              | 480  | 4867  | 487  | 974  | 1461 | 1 日につき                     |
|        | ターミナルケア加算                 | 72   | 730   | 73   | 146  | 216  | 死亡日以前 31 日以上45 日以下         |
|        |                           | 160  | 1,622 | 163  | 325  | 487  | 死亡日以前 4 日以上30 日以下          |
|        |                           | 910  | 9227  | 923  | 1846 | 2769 | 死亡日の前日及び前々日                |
|        |                           | 1900 | 19266 | 1927 | 3854 | 5780 | 死亡日                        |
|        | 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）             | 450  | 4563  | 457  | 913  | 1369 | 1 回につき                     |
|        | 入所前後訪問指導加算（Ⅱ）             | 480  | 4867  | 487  | 974  | 1461 | 1 回につき                     |
|        | 試行的退所時指導加算                | 400  | 4056  | 406  | 812  | 1217 | 3 月間に月 1 回を限度              |
|        | 退所時情報提供加算（Ⅰ）              | 500  | 5070  | 507  | 1014 | 1521 | 1 人につき 1 回                 |
|        | 退所時情報提供加算（Ⅱ）              | 250  | 2535  | 254  | 507  | 761  | 1 人につき 1 回                 |
|        | 入退所前連携加算（Ⅰ）               | 600  | 6084  | 609  | 1217 | 1826 | 1 人 1 回限度                  |
|        | 入退所前連携加算（Ⅱ）               | 400  | 4056  | 406  | 812  | 1217 | 1 人 1 回限度                  |
|        | 口腔衛生管理加算（Ⅰ）               | 90   | 912   | 92   | 183  | 274  | 1 月につき                     |
|        | 口腔衛生管理加算（Ⅱ）               | 110  | 1115  | 112  | 223  | 335  | 1 月につき                     |
|        | 経口移行加算                    | 28   | 283   | 29   | 57   | 85   | 1 日につき                     |
|        | 経口維持加算（Ⅰ）                 | 400  | 4056  | 406  | 812  | 1217 | 1 月につき                     |
|        | 経口維持加算（Ⅱ）                 | 100  | 1014  | 102  | 203  | 305  | 1 月につき                     |
|        | 退所時栄養情報連携加算               | 70   | 709   | 71   | 142  | 213  | 1 月に 1 回限度                 |
|        | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ） | 53   | 537   | 54   | 108  | 162  | 1 月につき                     |
|        | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ） | 33   | 334   | 34   | 67   | 101  | 1 月につき                     |
|        | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）         | 10   | 101   | 11   | 21   | 31   | 1 月につき                     |
|        | 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）         | 5    | 50    | 5    | 10   | 15   | 1 月につき                     |
|        | 新興感染症等施設療養費               | 240  | 2433  | 244  | 487  | 730  | 1 日につき連続 5 日が限度            |
|        | 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）             | 3    | 30    | 3    | 6    | 9    | 1 月につき                     |
|        | 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）             | 13   | 131   | 14   | 27   | 40   | 1 月につき                     |
|        | 排せつ支援加算（Ⅰ）                | 10   | 101   | 11   | 21   | 31   | 1 月につき                     |
|        | 排せつ支援加算（Ⅱ）                | 15   | 152   | 16   | 31   | 46   | 1 月につき                     |
|        | 排せつ支援加算（Ⅲ）                | 20   | 202   | 21   | 41   | 61   | 1 月につき                     |
|        | 自立支援促進加算                  | 300  | 3042  | 305  | 609  | 913  | 1 月につき                     |
|        |                           |      |       |      |      |      |                            |
|        | 外泊時費用                     | 362  | 3670  | 367  | 734  | 1101 | 1 月に 6 日限度（外泊初日と最終日は算定しない） |
|        | 緊急時治療管理                   | 518  | 5252  | 526  | 1051 | 1576 | 1 日につき<br>（1 月 1 回、連続 3 日） |
|        | 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）            | 40   | 405   | 41   | 81   | 122  | 1 月につき                     |
|        | 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）            | 60   | 608   | 61   | 122  | 183  | 1 月につき                     |

|        | 費用項目           | 単位数 | 利用料  | 1 割 | 2 割 | 3 割 | 算定回数   |
|--------|----------------|-----|------|-----|-----|-----|--------|
| 加<br>算 | 協力医療機関連携加算     | 50  | 507  | 51  | 102 | 153 | 1 月につき |
|        | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100 | 1014 | 102 | 203 | 305 | 1 月につき |
|        | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10  | 101  | 11  | 21  | 31  | 1 月につき |

## (2) 居住費・食費

※介護保険負担割合、1 割・2 割・3 割、負担同額

< 1 日につき >

負担限度額 第 1 段階（市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者、生活保護受給者の方）

|       | 居住費（滞在費） | 食 費 |
|-------|----------|-----|
| 従来型個室 | 550      | 300 |
| 多 床 室 | 0        |     |

負担限度額 第 2 段階（市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計が 8 0 万円以下の方）

|       | 居住費（滞在費） | 食 費 |
|-------|----------|-----|
| 従来型個室 | 550      | 390 |
| 多 床 室 | 430      |     |

負担限度額 第 3 段階①（市町村民税世帯非課税で、その他の所得金額と年金収入額の合計が 8 0 万円超 1 2 0 万円以下の方）

|       | 居住費（滞在費） | 食 費 |
|-------|----------|-----|
| 従来型個室 | 1, 370   | 680 |
| 多 床 室 | 430      |     |

負担限度額 第 3 段階②（市町村民税世帯非課税で、その他の所得金額と年金収入額の合計が 1 2 0 万円を超える方）

|       | 居住費（滞在費） | 食 費    |
|-------|----------|--------|
| 従来型個室 | 1, 470   | 1, 420 |
| 多 床 室 | 430      |        |

負担限度額 対象外の方

|       | 居住費（滞在費） | 食 費     |
|-------|----------|---------|
| 従来型個室 | 1, 728円  | 1, 950円 |
| 多 床 室 | 437円     |         |

※外泊初日と最終日に施設で食事を摂った場合は、食数に関係なく一日分の食費をいただきます。

(3) その他の費用（実費負担分）

| 費用の種類       | 金 額                            |
|-------------|--------------------------------|
| おやつ代        | 1日 150円                        |
| 日常生活用日※1    | 1日 260円                        |
| 教養娯楽費※2     | 1日 150円                        |
| 電気代（対象者のみ）  | 1日 110円                        |
| 選択食（対象者のみ）  | 月1回 A食 330円・B食 220円            |
| 理美容代（希望者のみ） | 月1回 2,750円                     |
| 特別室利用料      | 1日 1,000円                      |
| 洗濯代（希望者のみ）  | 1日 330円（業者委託の為、別途契約をしていただきます。） |

※1 歯ブラシ、シャンプー、ペーパー類、おしぼり等の費用

※2 クラブ活動やレクリエーションで使用する材料費用

1ヵ月の料金＝（1）＋（2）＋（3）

◇支払い方法

- ・毎月10日頃に、前月分の利用料を請求書により請求をいたします。
- ・お支払い方法は、ご指定された金融機関預金口座からの振替又は、当施設指定の金融機関預金口座へのお振込とさせていただきます。

① 口座振替

|         |                       |
|---------|-----------------------|
| 毎月20日振替 | 常陽銀行・筑波銀行・水戸信用金庫      |
|         | 茨城県信用組合・農業協同組合・結城信用金庫 |
| 毎月27日振替 | ゆうちょ銀行・上記以外の金融機関      |

② 銀行振込・・・当施設の指定口座は請求書に記載されております。

毎月25日までにお振込みして下さい。

- ・振替が完了した利用料については、翌月10日頃の請求書と一緒に領収書を送付させていただきます。領収書の再発行は原則いたしませんので、必ず保管しておいてください。

◇他機関・施設との連携

協力医療機関への受診：

当施設では、病院・診療所や歯科診療所に協力を頂いていますので、利用者の状態が急変した場合には速やかな対応をお願いするようにしています。

他施設への紹介：

当施設での対応が困難な状態になった場合や、専門的な対応が必要になった場合には責任を持って他の機関を紹介いたしますのでご安心下さい。

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

# 介護老人保健施設入所利用同意書

介護老人保健施設笠間シルバーケアセンターパールを入所利用するにあたり、担当者による重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

年 月 日

<利用者>

住 所  
ふり がな  
氏 名

印

<扶養者>

住 所  
ふり がな  
氏 名

印

介護老人保健施設 笠間シルバーケアセンターパール  
管理者 野島 博勝 殿

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| ふり がな<br>氏 名 | (続柄)<br>生年月日 T・S・H 年 月 日 |
| 住 所          | 〒                        |
| 電話番号         |                          |

【緊急時の連絡先】

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| ふり がな<br>氏 名 | (続柄)<br>生年月日 T・S・H 年 月 日 |
| 住 所          | 〒                        |
| 電話番号         |                          |

## 個人情報の利用目的

介護老人保健施設笠間シルバーケアセンターパルでは、利用者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とおり定めます。

### 【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が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
  - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －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
  - －当施設において行われる学生の実習への協力
  - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等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

# 個人情報の利用目的に関する同意書

医療法人社団栄進会

介護老人保健施設 笠間シルバーケアセンターパル 殿

私（サービス利用者 甲 ・ 家族 乙）は個人情報の利用目的に基づき、甲がサービスを受けるために必要な限度で、貴会が個人に関する情報を用いること、提供することに同意します。

年            月            日

甲（利用者）

印

乙（家族）

印