

ケアプランセンター名嘉村

重要事項説明書

1 ケアプランセンター名嘉村 概要

(1) 指定居宅介護支援を提供する事業者について

事業者名称	医療法人 H S R
代表者氏名	理事長 名嘉村 博
法人所在地 連絡先及び電話番号	沖縄県浦添市伊祖三丁目 8 番 15 号 098-870-6600
法人設立日	平成 13 年 10 月 22 日

(2) 利用者に対しての指定居宅介護支援を実施する事業所について

事業所名	ケアプランセンター名嘉村
所在地	沖縄県浦添市伊祖 4 丁目 2 番 1 号
電話番号	098-870-8022
FAX 番号	098-917-2832
事業所番号	4760890071
サービスを提供できる地域	浦添市、那覇市、宜野湾市、西原町

：上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(3) 当事業所の職員体制

職 名	常勤	業務内容
管理者 兼 主任介護支援専門員	1 名	従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 居宅介護支援業務を行います。
主任介護支援専門員	2 名	居宅介護支援業務を行います。
介護支援専門員	8 名	居宅介護支援業務を行います。

(4) 営業日及び営業時間

平 日（月～金）	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
土曜日	午前 8 時 30 分～午後 12 時 30 分
休業日	日曜日・祝日・12 月 30 日～1 月 3 日 必要時連絡体制

*** 緊急連絡先：090-6869-1152（24 時間連絡対応体制）**

2 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 目 的

医療法人 HSR が開設する「ケアプランセンター名嘉村」(以下事業所という)において実施する指定居宅介護支援事業(以下事業という)の適正な運営を確保するために必要な人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要支援・要介護状態にある高齢者に対し、利用者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できるように支援することを目的としています。

(2) 運 営 の 方 針

1. 事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態等となった場合においても、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できるように配慮したものとします。
2. 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮を行います。
3. 提供される居宅サービスについて、特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏ることがないよう、公正中立に行ないます。また、居宅介護支援の提供にあたり、特定の居宅サービス事業者等によるサービスの位置付けによる対償として、当該居宅サービス事業者等からの金品は受取りません。
利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求める事が可能であり、当該事業所をケアプランに位置づけた理由を求めることが可能です。
4. 指定居宅介護支援の提供にあたって、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならないことを踏まえ、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに、訪問介護・通所介護・福祉用具貸与・地域密着型通所介護がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合、訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合(上位3位まで)等につき十分に説明を行います。ご希望があれば文書による交付も行います。この前6月間については、毎年度2回、次の期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象とします。
 - ・ 前期(3月1日から8月末日)
 - ・ 後期(9月1日から2月末日)
5. 事業を行うにあたっては、利用者の所在する市町村、包括支援センター、他の居宅介護支援事業所、介護保険施設等との連携に努めます。

(3) 居宅介護支援の実施概要等

指定居宅介護支援事業等の事業の人員及び運営に関する基準に定める取扱い方針に基づき、指定居宅介護支援の内容は次のとおりとします。

- 1.要介護認定申請代行
- 2.ケアプラン作成
- 3.サービス事業所との調整
- 4.サービス計画の見直し変更
- 5.相談（介護相談、苦情相談）

(4) 実施方法

1.利用者からの居宅サービス計画作成依頼等に対する相談対応はプライバシーに配慮し当事業所内の相談室、又は利用者居宅にて行います。

2.モニタリング（課題分析）の実施

①課題分析の実施にあたっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、指定居宅介護サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととします。特段の事情がない限り、少なくとも1か月に1回は原則、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族と面接を行い、少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録します。その際には、介護支援専門員証を携行いたします。

②利用者の同意を文書で得て、サービス担当者会議等で主治医、サービス事業所から以下の合意が得られている場合、少なくとも2月に1回利用者の居宅を訪問するときは、訪問しない月においてはテレビ電話装置等を活用して面接を行います。

- ・主治医の意見も踏まえ、利用者の心身の状態が安定していること。
- ・家族等のサポートがある場合も含めて、利用者がテレビ電話等を介して意思表示できること。
- ・テレビ電話等を活用した課題分析では収集できない情報については他のサービス事業所との連携により収集すること。

また、テレビ電話装置等の活用にあたっては個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守します。その際には、文書により面接のメリット・デメリットを説明したうえで、同意を得てから実施するものとします。

③課題分析の実施にあたっては、利用者の生活全般についての状態を十分把握し、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援する上で、解決すべき生活課題を把握するために行います。

3.居宅サービス計画原案の作成

利用者及びその家族の希望並びに利用者について把握された解決すべき課題に基づき、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスを利用する上での留意点を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

①利用する介護サービスの選択にあたっては、当該地域における指定介護サービス事業所等に関する情報を利用者又は家族に提供します。その際、利用者は複数の介護サービス事業所等を紹介するように求めることができます。

②利用者に対して介護サービスの内容が、特定の種類又は事業者等に不当に偏るような誘導指示は行いません。

③医療系サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めます。また、その場合は、居宅サービス計画を主治の医師に交付いたします。

④障害福祉サービスを利用してきた利用者が、本契約により介護保険サービスを利用する場合において、障害福祉制度の相談支援専門員など、特特定相談支援事業者との連携にも努めます。

⑤指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき、その他必要があると認めたときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要があると認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師、薬剤師に提供します。

又、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

4. サービス担当者会議等の実施

居宅サービス計画原案に位置づけた指定居宅介護サービス等の担当者を招集した、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画原案の内容について、担当者より専門的見地からの意見を求めるものとします。

5. 居宅サービス計画の確定

介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、その種類、内容、利用料等について利用者またはその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得るものとします。

6. サービス実施状況の継続的な把握及び評価

居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業所等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業所等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

7. 医療機関との連携

指定居宅介護支援の提供開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、病院又は診療所に入院する必要がある場合は、担当する介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるようお願いいたします。

入院先医療機関へ介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えて頂くことで、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービス等の情報を入院医療機関と共有することができ、利用者の退院支援に資すると共に、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援します。

3 利用料金

(1) 利用料

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されますので自己負担はありません。

【サービス利用料】

	サービス内容		居宅介護支援費（Ⅰ）
通常算定 される項目	要介護 1・2		10,860 円／月
	要介護 3・4・5		14,110 円／月
状況により 算定される 項目	初回加算	3,000 円／回	○新規及び要支援から要介護に移行した場合の計画策定時 ○要介護状態区分が 2 段階以上変更時の計画策定時
	入院時情報連携 加算(Ⅰ)	2,500 円／月	入院後 1 日以内に病院・診療所に、必要な情報提供を行った場合
	入院時情報連携 加算(Ⅱ)	2,000 円／月	入院後 3 日以内に病院・診療所に、必要な情報提供を行った場合
	通院時情報連携 加算	500 円/月 利用者 1 人につき、1 月 1 回の算定	利用者が医師・歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師・歯科医師に心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師・歯科医師から必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合
	退院・退所 加算（Ⅰ）	イ 4,500 円	病院等の職員からの情報提供を 1 回受けた場合
		ロ 6,000 円	病院等の職員からの情報提供を、カンファレンスにて 1 回受けている場合
	退院・退所 加算（Ⅱ）	イ 6,000 円	病院等の職員からの情報提供を 2 回以上受けた場合
		ロ 7,500 円	病院等の職員からの情報提供を、2 回以上受けた場合で、うち 1 回以上がカンファレンスによる場合
	退院・退所 加算(Ⅲ)	9,000 円	病院等の職員からの情報提供を 3 回以上受けている場合で、うち 1 回以上がカンファレンスによる場合

	緊急時等居宅カンファレンス加算	2,000 円/回	病院又は診療所の求めにより、職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合
	ターミナルケアマネジメント加算	4,000 円/月	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行う終末期の患者であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む） 24 時間連絡がとれる体制を確保 利用者、家族の同意を得たうえで死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上在宅を訪問し、主治医等の助言を得て支援を実施
	介護職員等処遇改善加算（居宅支援）		居宅介護支援費の総単位数に 2.1%を乗じる。

＊特定事業所加算Ⅰ 5,190 円/月 Ⅱ 4,210 円/月 Ⅲ 3,230 円/月 共通項目あり

- 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を 2 名以上配置している。
- 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を 3 名以上配置している。
- 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。
- 24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保している。
- 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護 3、要介護 4、要介護 5 である者の占める割合が 100 分の 40 以上である。
- 当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施している。
- 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供している。
- 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加している。
- 居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていない。
- 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員 1 人当たり 45 名未満である。但し、居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は 50 名未満である。
- 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に 協力又は協力体制を確保している。
- 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。

13. 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している。

＊特定事業所医療介護連携加算 1,250 円/月 基準は次のとおりです。

1. 前々年度の 3 月から前年度 2 月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報提供を受けた回数)の合計が 35 回以上あること。
2. 前々年度の 3 月から前年度 2 月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を 15 回以上算定していること。

特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定していること。

(2) 交通費

1 の(2)サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、介護支援専門員が訪問する為の交通費の実費をご負担していただくことになります。自動車を使用した場合は、通常の実施地域を超えた地点から片道 20 k m まで 200 円 片道 20 k m を超える場合は 1 k m を越すごとに 50 円を追加

(3) その他

料金の支払い方法

要介護または要支援認定を受けられた方は、介護保険からサービス料金に相当する給付を受領する場合(法定代理受領)は利用者の自己負担はありません。但し保険料の滞納により法定代理受領ができなくなった場合、1 ヶ月につき要介護度に応じて居宅介護支援利用料をいただき、当事業所から提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、保険者の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けられます。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業所の職員がお伺いいたします。

(2) サービス・契約の終了及び解除について

1. 利用者のご都合でサービス・契約を終了する場合

文書でお申し出下さればいつでも解約できます。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、予告期間満了日には契約は解除されます。

2. 当事業所の都合でサービス・契約を終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了 1 ヶ月前までに文書で通知すると共に、他の居宅介護支援事業所をご紹介いたします。

3. その他の都合でサービス・契約を終了する場合

利用者や家族などが当事業所や当事業所の介護支援専門員に対して以下に記載する、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂くことがあります。

利用者または、家族の非協力など双方の信頼関係を損壊する行為に、改善の見込みがない場合や、

社会通念を超えたと思われる苦情やハラスメント行為などにより、当事業所及び介護支援専門員の通常の業務遂行に支障がでていると判断した場合には、契約を解除させて頂くことがあります。

以下のような行為があり、ハラスメントと該当するとみなされる場合契約を解除いたします。身体暴力(たたく等)及び精神的暴力(大声を発する、怒鳴る等)並びにセクシャルハラスメント(体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等)その他(個人の携帯番号を聞く、ストーカー行為等)

(3) 介護支援専門員の交替

1. 事業所の都合により、介護支援専門員の交替をすることがあります。

介護支援専門員を交替する場合は、利用者及び家族に対して利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

2. 利用者からの交替の申し出

選任された介護支援専門員の交替を希望する場合には、当該介護支援専門員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して介護支援専門員の交替を申し出ることができます。利用者及び家族から特定の介護支援専門員の指名については、可能な限り沿えるよう配慮致します。

(4) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

1. 利用者が介護保険施設に入所した場合
2. 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合。＊この場合、条件を変更して再度契約することができます。
3. 利用者が亡くなられた場合

(5) 記録の設備、閲覧

1. 事業所は、利用者に対する介護支援サービスの提供に際して作成した記録、書類を完了日より5年間保管します。
2. 事業所は、利用者または利用者の家族に対し、いつでも保管する利用者に関する記録、書類の閲覧、謄写に応じます。但し、謄写の実費を請求することがあります。尚、開示請求については完了日より5年間とする。
3. 事業所は、利用者又は契約者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、その他申し出があった場合には、利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付します。

5 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の利用者相談・苦情窓口

担当者： 當銘 朋美

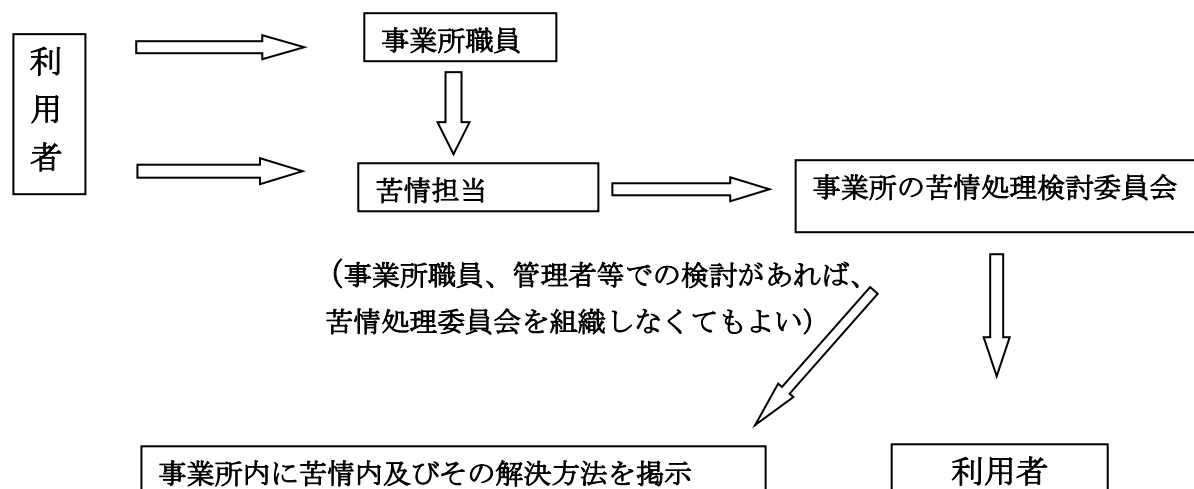
電 話：098-870-8022 FAX：098-917-2832

受付日：年中（ただし、12月31日～1月3日を除く）

受付時間：午前8時30分～午後17時30分

(2) 苦情処理体制

<苦情処理フロー>



その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び沖縄県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 浦添市いきいき高齢支援課 | 電話：098-876-1234 |
| 2. 那覇市ちゃーがんじゅう課 | 電話：098-862-9010 |
| 3. 宜野湾市介護保険課 | 電話：098-893-4411 |
| 4. 沖縄県介護保険広域連合業務課指導係 | 電話：098-911-7502 |
| 5. 沖縄県国民健康保険団体連合会 | 電話：098-860-9026 |

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合により、主治医、利用者の家族等への連絡をいたします。

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は利用者に対して応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、家族等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の提供したサービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、サービスで締結した契約内容に沿った対応とさせていただきます。

8 高齢者虐待の防止

当事業者は利用者の人権擁護、虐待発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

1. 虐待防止委員会を設置し、定期的な会議を開催、及びその結果について従業者に周知徹底します。
2. 虐待防止のための指針を整備します。
3. 虐待等の発生防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討するとともに、虐待防止に関する措置を適切に実施します。
4. 従業者に対し定期的な研修を実施し、従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
5. 前各号に掲げる措置を適切に実施するため事業所に担当者を設置します。

9 身体拘束の廃止

当事業所は利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等を行いません。

身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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を記録します。なお、当該記録は5年間保存します。

10 感染症対策の強化

当事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう措置を講じるものとします。

1. 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設置し、定期的な会議を開催、及びその結果について従業者に周知・徹底を行います。
2. 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
3. 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的 to 実施します。

11 業務継続計画の策定等

当事業者は、感染症や非常災害の発生時において、サービス提供を継続的に実施するため及び、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画（BCP）を策定し、計画に従い必要な措置を講じるものとします。

1. 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該事業計画に従い必要な措置を講じます。
2. 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。
3. 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じ業務継続計画の変更を行います。

12 従業者の健康管理等

当事業所は、介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理と、年1回の健康診断を実施しています。

13 秘密の保持等について

当事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密をもらしません。

1. 当事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らさないことを雇用契約の内容とします。
2. 事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内での利用者又はご家族の個人情報を用います。
3. 職員は業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持します。職員であった者に、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、職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、従業者との雇用契約の内容とします。

13 認知症ケアについて

当事業所は、認知症のある利用者の個性を尊重するケアのため、以下の内容について取り組んでいます。

1. 利用者に対する認知症ケアの方法等について介護者に伝え、利用者を共に支えていきます。
2. 利用者の現在の生活やこれまでの生活について話を伺い、一日の生活リズムや本人のペースを踏まえた臨機応変な支援を行うようにします。また、サービス利用中のみならず、利用がない日においても、利用者や家族が安定した生活を過ごせるように支援します。
3. 利用者の様子や変化をとらえ、介護者や他のサービス事業者、医療機関と共有し、よりよいケアの提供に努めます。
4. 認知症に関する正しい知識やケアを習得し、専門性と資質向上を目的とした研修を毎年開催します。

14 その他

1. 質の高いケアマネジメントの推進を図るため、週1回の事業所内会議や職員の年間の研修計画・実施を行い、指定居宅介護支援を実施しています。
2. ハラスメント対策について

事業所におけるハラスメント防止対策に関する基本指針を整備し、ハラスメント防止対策に関する基本指針に従業者に周知徹底を図ります。

上司や総務部を窓口とした相談体制の設置、従業者に対しハラスメント防止のための研修を定期的に実施します。(年1回)

同意年月日 年 月 日

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者及び家族に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明し、同意し交付しました。

事業所 ケアプランセンター名嘉村
所在地 浦添市伊祖四丁目 2 番 1 号

説明者氏名 印

私及び家族は、本書面により、事業所から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意し、本書面を受領しました。

利用者 住 所

氏 名 印

(代理人) 住 所

氏 名 印

続柄()

平成 31 年 4 月 1 日改定
令和 4 年 4 月 1 日改定
令和 6 年 4 月 1 日改定
令和 6 年 12 月 10 日改定
令和 8 年 1 月 19 日改定
令和 8 年 6 月 1 日改定

個人情報利用同意書

ケアプランセンター名嘉村は、当事業所の居宅介護支援サービス(以下この項において「サービス」といいます)を利用するご利用者等の個人情報を、以下の目的で使用します。当事業所が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

【個人情報利用目的】

1. 適切なサービスを円滑に行うために、事業所内で情報共有や職員研修をするため
2. 利用者に提供する介護サービスの記録を行うため
3. サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きのため
4. サービス利用にかかわる管理運営のうち、入退所等の管理、会計・経理、事故等の報告のため

【他の事業所等への情報提供を伴う目的】

1. 他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所との連携(サービス担当学会議やカンファレンス等)、照会への回答のため
2. テレビ電話装置等を活用した他の居宅サービス事業所や病院、施設との連絡、説明・報告のため
3. サービス担当学会議やカンファレンスにおいて、リモート会議を開催することについて

Web 会議における方針

Web 会議サービスでは、音声、映像、共有資料、チャット、録画及び音声データ等多種のデータを取り扱います。当事業所では暗号化が明確となっている Zoom を使用します。Web 会議では音声・映像・参加者のメールアドレスを使用するため、個人情報保護法、厚労省の示す「医療介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及びガイダンスに従い取り扱います

(1) 会議の開催案内

会議の URL 及びパスワードの連絡はメールまたは FAX、郵送で行います。LINE などのメッセージングアプリは使用しません。

(2) 会議の実施

・参加者の確認について

参加予定者以外の意図しない第三者が会議に参加しないよう、担当者確認します。参加が確認された場合は、強制退室の措置を行います

・会議内容の録音、録画について

録音、録画はクラウド上では行いません。録音、録画したデータは当法人で管理している端末に保管します。

(3) 会議終了後のデータ削除

・会議開催後録音、録画されたデータがある場合には、一定期間後削除します。

4. 利用者かかりつけ医、及び事業者協力医療機関への連絡のため
5. 損害賠償保険等にかかる保険会社等への相談または届出のため

【上記以外の利用目的】

1. 当事業所において行われる実習生及びボランティア受入のため
2. 法令上義務付けられている、医療機関(行政・医療・警察・消防等)からの依頼があった場合

同意年月日 年 月 日

【法人名】 医療法人 H S R

【事業所名】 ケアプランセンター名嘉村

私と私の家族の個人情報の取扱いについて説明を受けたので、上記の範囲において利用することに同意します。

【ご利用者】 住所

氏名 _____ 印 _____

【代理人】 住所

氏名 _____ 印 _____ 続柄()

【ご家族代表】住所

氏名 _____ 印 続柄()