

# 重 要 事 項 説 明 書

(認知症対応型通所介護サービス事業)

(2025 年 3 月 21 日)

通所介護サービス提供開始にあたり、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 事業者の名称 | 医療法人 真誠会        |
| 法人所在地  | 鳥取県米子市河崎 580 番地 |
| 法人種別   | 医療法人            |
| 代表者氏名  | 理事長 前田 浩寿       |
| 電話番号   | (0859) 24-5666  |

## 2 ご利用施設

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 施設の名称    | 弓浜脳活性クラブ        |
| 施設の所在地   | 鳥取県米子市大崎 1511-1 |
| 管理者      | 杉谷 めぐみ          |
| 電話番号     | (0859) 48-2339  |
| ファクシミリ番号 | (0859) 48-2277  |

## 3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類       | 鳥取県知事の事業者指定     |                    |
|-------------|-----------------|--------------------|
|             | 指定年月日           | 指定番号               |
| 介護老人保健施設    | 平成 12 年 4 月 1 日 | 鳥取県 第 3150280265 号 |
| 短期入所療養介護    | 平成 12 年 4 月 1 日 | 鳥取県 第 3150280265 号 |
| 通所リハビリテーション | 平成 12 年 4 月 1 日 | 鳥取県 第 3150280265 号 |

#### 4 事業の目的と運営の方針

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的   | 要介護状態にある方に対し、適切な認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 施設運営の方針 | <p>通所介護の従業者はご利用者が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、リハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図る。</p> <p>また、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に向け、その目標を設定し計画的に行う。</p> <p>認知症の状態にあるご利用者に対し、その方の特性に対応したサービス提供が出来る体制を整えます。</p> <p>指定通所介護の実施にあたっては居宅介護支援事業者その他保健医療サービス、及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。</p> |

#### 5 施設の概要

##### (1) 敷地および建物

|     |       |                         |
|-----|-------|-------------------------|
| 敷   | 地     | 8,587.71 m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造   | 鉄骨コンクリート造 1 階建          |
|     | 延べ床面積 | 116.32 m <sup>2</sup>   |
|     | 利用定員  | 12 名                    |

##### (2) 主な設備

| 設備の種類     | 数     | 面 積                  | 1人あたりの面積            |
|-----------|-------|----------------------|---------------------|
| 食堂及び機能訓練室 | 1 室   | 67.76 m <sup>2</sup> | 6.78 m <sup>2</sup> |
| 一般浴室      | 1 室   | 6.74 m <sup>2</sup>  |                     |
| 便 所       | 1 か 所 | 3.49 m <sup>2</sup>  |                     |
| 相 談 室     | 1 室   | 10.04 m <sup>2</sup> |                     |
| 静 養 室     | 1 室   | 5.18 m <sup>2</sup>  |                     |

## 6 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種       | 員<br>数 | 区 分 |     |                    |
|--------------|--------|-----|-----|--------------------|
|              |        | 常 勤 | 非常勤 | 摘 要                |
| 管 理 者        | 1      | 1   |     | 老人保健施設弓浜ゆうとぴあ施設長兼務 |
| 生 活 相 談 員    | 2      | 1.4 |     |                    |
| 介護職員若しくは看護職員 | 6      | 4.6 | 0.5 |                    |
| 機能訓練指導員      | 2      |     | 0.4 | 看護職員が兼務            |

## 7 営業日及び営業時間

|      |              |
|------|--------------|
| 営業日  | 年中無休         |
| 営業時間 | 午前8時30分～午後6時 |

## 8 施設サービスの概要

### （1）主な介護保険給付サービス

| 種 類     | 内 容                                                               |
|---------|-------------------------------------------------------------------|
| 食事の介助   | 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。（ただし、食費は給付対象外です。） |
| 排泄の介助   | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。                     |
| 入浴の介助   | 入浴または清拭を行います。                                                     |
| 着替え等の介助 | 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。                                  |
| 機能訓練    | 機能訓練指導員（看護職員が兼務）による通所者の状況に適合した機能訓練を行い生活機能の維持・改善に努めます。             |
| 相談及び援助  | 利用者及びそのご家族からのご相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。<br>（相談窓口）生活相談員  |
| 送迎      | 送迎をご希望される方には、施設の送迎車（リフト付送迎車を含みます）で居宅と施設間の送迎を行います。<br>送迎の実施区域：米子市  |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種 類        | 内 容                                                    |
|------------|--------------------------------------------------------|
| 特別な送迎      | 当施設の事業実施区域外の方、あるいは実施区域内で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。 |
| レクリエーション行事 | 当施設では、施設行事計画にそってレクリエーション行事を企画します。(交通費・入場料等実費負担)        |

9 利用料

介護保険給付費の自己負担額は、介護保険の「負担割合証」に記載されている自己負担割合に基づき計算された金額となります。

(例えば、自己負担割合が2割の場合の自己負担額は、1割の場合の概ね2倍の金額に、3割の場合は1割の場合の概ね3倍の金額になります。)

(1) 基本料金 (介護保険給付サービス)

3時間以上4時間未満 (日額) (円)

| 介護度              | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| サービス利用自己負担額 (1割) | 491   | 541   | 589   | 639   | 688   |

4時間以上5時間未満 (日額) (円)

| 介護度              | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| サービス利用自己負担額 (1割) | 515   | 566   | 618   | 669   | 720   |

5時間以上6時間未満 (日額) (円)

| 介護度              | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| サービス利用自己負担額 (1割) | 771   | 854   | 936   | 1,016 | 1,099 |

6時間以上7時間未満 (日額) (円)

| 介護度              | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| サービス利用自己負担額 (1割) | 790   | 876   | 960   | 1,042 | 1,127 |

7 時間以上 8 時間未満 (日額) (円)

| 介護度                   | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| サービス利用自己<br>負担額 (1 割) | 894    | 989    | 1,086  | 1,183  | 1,278  |

8 時間以上 9 時間未満 (日額) (円)

| 介護度                   | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| サービス利用自己<br>負担額 (1 割) | 922    | 1,020  | 1,120  | 1,221  | 1,321  |

9 時間以上 10 時間未満 (日額) (円)

| 介護度                   | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| サービス利用自己<br>負担額 (1 割) | 972    | 1,070  | 1,170  | 1,271  | 1,371  |

10 時間以上 11 時間未満 (日額) (円)

| 介護度                   | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| サービス利用自己<br>負担額 (1 割) | 1,022  | 1,120  | 1,220  | 1,321  | 1,421  |

11 時間以上 12 時間未満 (日額) (円)

| 介護度                   | 要介護度 1 | 要介護度 2 | 要介護度 3 | 要介護度 4 | 要介護度 5 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| サービス利用自己<br>負担額 (1 割) | 1,072  | 1,170  | 1,270  | 1,371  | 1,471  |

(2) 加算料金（介護保険給付サービス）

| 加算項目                                | 自己負担額            | 摘 要                                                                                                             |
|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | 1 割              |                                                                                                                 |
| 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 | 所定単位数<br>× 3/100 | 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも 100 分の 5 以上減少している場合に算定します。                        |
| 高齢者虐待防止措置<br>未実施減算                  | 所定単位数×<br>1/100  | 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は所定単位数から減算する。                                                                               |
| 業務継続計画未策定<br>減算                     | 所定単位数×<br>1/100  | 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は所定単位数から減算する。                                                                               |
| 入浴介助加算（Ⅰ）                           | 40 円/日           | 入浴介助を行った場合に算定します                                                                                                |
| 入浴介助加算（Ⅱ）                           | 55 円/日           | 医師等が利用者の居宅を訪問して個別の入浴計画を作成し、入浴計画に基づき入浴介助を行った場合に算定します                                                             |
| 生活機能向上連携加算<br>（Ⅰ）                   | 100 円/月          | 外部との連携により、ご利用者の身体の状態等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合に算定します。                                                           |
| 生活機能向上連携加算<br>（Ⅱ）                   | 200 円/月          | 上記の場合で、個別機能訓練加算を算定している場合に算定します                                                                                  |
| 個別機能訓練加算<br>（Ⅰ）                     | 27 円/日           | ご利用者に対して機能訓練指導員、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、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に機能訓練を行っている場合に算定します。                 |
| 個別機能訓練加算<br>（Ⅱ）                     | 20 円/日           | 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。 |

|                   |        |                                                                                                                   |
|-------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADL維持等加算          |        | 利用者の総数が10人以上であること。<br>利用者全員について、期間の初月と当該等月の翌月から起算して6月目においてADLを評価し、その評価に基づく値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出していること。 |
| (Ⅰ)               | 30円/月  | 評価対象利用者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値が1以上である場合に算定する。         |
| (Ⅱ)               | 60円/月  | 評価対象利用者の評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値が2以上である場合に算定する。         |
| 若年性認知症利用者受入加算     | 60円/回  | 若年性認知症利用者に対して指定通所介護を行った場合に算定します。                                                                                  |
| 栄養アセスメント加算        | 50円/月  | 管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合は算定します。                                                                             |
| 栄養改善加算            | 200円/回 | 低栄養状態にある又はそのおそれのある利用者に対し、低栄養の改善等を目的として栄養改善サービスを行った場合に算定します                                                        |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) | 20円/回  | ① 利用開始日及び利用中6月ごとにご利用者の口腔の健康状態のスクリーニングを行った場合に算定します。<br>② 利用開始日及び利用中6月ごとにご利用者の栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。             |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) | 5円/回   | ①又は②のどちらかに適合する場合に算定します。                                                                                           |

|                  |         |                                                                                                     |
|------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口腔機能向上加算<br>(Ⅰ)  | 150 円/回 | 口腔機能が低下している又はそのおそれのあるご利用者に対し口腔機能の向上を目的とした口腔機能向上サービスを行った場合に算定します。(3 月以内に 1 月に 2 回)                   |
| 口腔機能向上加算<br>(Ⅱ)  | 160 円/回 | 口腔機能が低下している又はそのおそれのあるご利用者に対し口腔機能の向上を目的とした口腔機能向上サービスを行った場合に算定します。                                    |
| 科学的介護推進体制<br>加算  | 40 円/月  | ご利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合に算定します。                                                |
| 送迎加算             | 47 円/回  | 居宅と単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所との間の送迎を行わない場合に片道につき所定単位数から減算する。                        |
| サービス提供体制<br>強化加算 |         | 厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村に届け出た指定認知症対応型通所介護事業所が利用者に対し指定認知症対応型通所介護を行った場合に算定します。                     |
|                  | 22 円/日  | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br>介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上、または勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 25% 以上の場合に算定する。         |
|                  | 18 円/日  | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br>介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上の場合に算定する。                                            |
|                  | 6 円/日   | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)<br>介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 40%以上、または直接提供する職員の総数のうち勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%以上の場合に算定する。 |



|            |                   |                                                                                                  |
|------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護職員処遇改善加算 |                   | 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善を実施しているものとして市町村に届け出た指定認知症対応型通所介護事業所が利用者に対し指定認知症対応型通所介護を行った場合に算定します。 |
|            | 単位数×<br>181/1,000 | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)                                                                                    |
|            | 単位数×<br>174/1,000 | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)                                                                                    |
|            | 単位数×<br>150/1,000 | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)                                                                                    |
|            | 単位数×<br>122/1,000 | 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)                                                                                    |

## (2) その他自己負担をいただくもの

ア 食費(昼食) 一日当たり 600円

イ 日用品費 一日当たり 200円

ウ 交通費

サービス実施地域(米子市)を超えて送迎する場合には、その超える距離に応じて下表のとおり交通費が必要となります。

| 距 離    |         | 金 額 (税別) |         |
|--------|---------|----------|---------|
| 片道おおむね | 5 km以内  | 片道100円   | 往復200円  |
| 片道おおむね | 10 km以内 | 片道200円   | 往復400円  |
| 片道おおむね | 15 km以内 | 片道300円   | 往復600円  |
| 以降     | 5 kmごとに | 片道100円増  | 往復200円増 |

## (4) その他

上記以外の介護保険給付外のサービスを必要とされる場合については、ご説明の上、同意を得てその費用を徴収することになります。

## ◎基本的な利用料金の計算方法

《1日の利用料金》＝

(1) 基本料金＋(2) 加算料金＋(3) その他の自己負担金＋(4) その他…※

※は交通費、その他同意を頂いた介護保険給付外のサービス利用料

- ・利用者の概ね1回分の利用料金（例）6時間～7時間のご利用の場合

＜1割の場合＞

| 介護度   | サービス利用料 | 食費   | 日用品費 | 日額     |
|-------|---------|------|------|--------|
| 要介護度1 | 790円    | 600円 | 200円 | 1,590円 |
| 要介護度2 | 876円    |      |      | 1,676円 |
| 要介護度3 | 960円    |      |      | 1,760円 |
| 要介護度4 | 1,042円  |      |      | 1,842円 |
| 要介護度5 | 1,127円  |      |      | 1,927円 |

上記以外に各種加算項目等の費用がかかる場合があります。

## 10 キャンセル料

| キャンセル日 | キャンセル料                     |
|--------|----------------------------|
| 当日     | 500円                       |
| 前日     | 午前9時～午後6時 無料<br>午後6時～ 250円 |

※ 但し、理由によってはキャンセル料は不要です。

## 11 身体拘束

当施設では、利用者の意思および人格を尊重し、原則として利用者に対しての身体拘束を行いません。

## 12 サービス利用における禁止行為について

### 1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

|                                     |                                |                     |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 例：■コップを投げつける<br>■蹴られる<br>■手を払いのけられる | ■叩かれる<br>■手を引っかく、つねる<br>■首を絞める | ■唾をはく<br>■服を引きちぎられる |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------|

### 2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>例：■大声を発する</p> <p>■サービスの状況を覗き見する</p> <p>■怒鳴る</p> <p>■気に入った職員以外に批判的な言動をする</p> <p>■威圧的な態度で文句を言い続ける</p> <p>■刃物をちらつかせる</p> <p>■「この程度出来て当然」と理不尽なサービスを要求する</p> <p>■利用者の親族等が「自分の食事も作れ」と強要する</p> | <p>■家族等が利用者の発言を鵜呑みにし、理不尽な要求をする</p> <p>■訪問時不在時に書置きを残すと「予定通りサービスがなされていない」と謝罪を要求する</p> <p>■「たくさん保険料を支払っている」とサービスを強要する。又は断ると文句を言う</p> <p>■利用料金の数ヶ月滞納</p> <p>■特定の職員にいやがらせをする。</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3) セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為。

|                                                                                        |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <p>例：■必要もなく手や腕を触る</p> <p>■抱きしめる</p> <p>■女性のヌード写真を見せる</p> <p>■入浴介助中、あからさまに性的な話しをする。</p> | <p>■卑猥な言動を繰り返す</p> <p>■サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる</p> <p>■サービス提供中の職員の服の中に手を入れる。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

### 1 3 苦情等申立先

|                                             |       |                                             |
|---------------------------------------------|-------|---------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室                                   | 窓口担当者 | 生活相談員                                       |
|                                             | ご利用時間 | 午前9時～午後6時                                   |
|                                             | ご利用方法 | 電話 (0859) 48-2339<br>面接場所 相談室<br>苦情箱(玄関に設置) |
| 米子市長寿社会課                                    | ご利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分                          |
|                                             | ご利用方法 | 電話 (0859) 23-5156                           |
|                                             | 場所    | 米子市加茂町1丁目1<br>米子市役所福祉保健部                    |
| 境港市長寿社会課                                    | ご利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分                          |
|                                             | ご利用方法 | 電話 (0859) 47-1038                           |
|                                             | 場所    | 境港市上道町3000番地                                |
| 鳥取県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情処理委員会<br>介護サービス担当 | ご利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分                          |
|                                             | ご利用方法 | 電話 (0857) 20-2100                           |
|                                             | 場所    | 鳥取市立川町6丁目176                                |

事業者は、利用者及びその家族からの苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録します。また、市町村又は国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合において、市町村又は国民健康保険団体連合会から求めがあったときは、改善内容を市町村又は国民健康保険団体連合会に報告します。

#### 1 4 非常災害時の対策

|          |                                           |
|----------|-------------------------------------------|
| 非常時の対応   | 別途定める「消防計画」に基づき対応します。                     |
| 近隣との協力関係 | 崎津自治会（崎津消防団）との非常時の相互の応援を約束しています。          |
| 平常時の訓練等  | 別途定める「消防計画」にのっとり年2回避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。 |

#### 1 5 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|           |                                                                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|
| 設備・器具の利用  | 施設内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、損害賠償していただくことがございます。 |
| 喫煙・飲酒     | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒はできません。                                      |
| 迷惑行為等     | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                           |
| 所持品の管理    | 取り扱いませんので各自保管、管理をお願いします。                                            |
| 現金等の管理    | 取り扱いませんので、原則、現金・貴重品等は持ち込まないようお願いします。                                |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。                                   |
| 食品の持込     | 食中毒の恐れがありますので、おやつ等の食べ物や飲み物を持ち込まないでください。                             |

#### 1 6 協力医療機関

|        |                        |
|--------|------------------------|
| 病院・医院名 | 医療法人 真誠会 真誠会セントラルクリニック |
| 所在地    | 米子市河崎580番地             |
| 電話番号   | (0859) 29-0099         |

## 1 7 緊急時及び事故発生時の対応方法

|                                                                                                                                        |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| (1) 利用者の主治医への連絡を行い、又は協力医療機関と連絡を行う等により、医師の指示に従います。なお、速やかに緊急連絡先に連絡いたします。<br>(2) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、当該事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。 |       |       |
| 主治医                                                                                                                                    | 氏名    |       |
|                                                                                                                                        | 医療機関名 |       |
|                                                                                                                                        | 所在地   |       |
|                                                                                                                                        | 電話番号  | ( ) — |
| 緊急連絡先 1                                                                                                                                | 氏名    |       |
|                                                                                                                                        | 住所    |       |
|                                                                                                                                        | 電話番号  | ( ) — |
| 緊急連絡先 2                                                                                                                                | 氏名    |       |
|                                                                                                                                        | 住所    |       |
|                                                                                                                                        | 電話番号  | ( ) — |

## 1 8 利用料のお支払い方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いをお願いいたします。

- (1) 当事業所の提携金融機関より自動口座引落としによるお支払い。  
 提携金融機関】 < ( ) は手数料 (税別) >

山陰合同銀行 (50 円)、鳥取銀行 (50 円)、ゆうちょ銀行 (10 円)、  
 米子信用金庫 (50 円)、鳥取西部農業協同組合 (20 円)、  
 島根銀行 (50 円)

- (2) 当事業所指定口座へお振込みによるお支払い。

### 【指定口座番号】

山陰合同銀行 米子西支店 普通口座 3 6 2 7 6 5 2  
 医療法人真誠会 弓浜脳活性クラブ 理事長 前田 浩寿

- (3) 窓口での現金によるお支払い。

月曜日～土曜日の午前 9 : 00～午後 6 : 00 までの間

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名\_\_\_\_\_氏名\_\_\_\_\_）から重要事項の説明を受けたことを確認します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

利 用 者      住 所

氏 名

印

（署名代行者）

住 所

氏 名

印

私は、下記の理由により利用者に代わり、上記の署名を行いました。

署名を代行した理由

身元引受人      住 所

氏 名

印

（利用者との続柄）

当施設・事業所をご利用の皆様方へ

### 個人情報の取り扱いについて

平成 17 年 4 月から施行された「個人情報保護法」に従い、当施設・事業所では個人情報の取り扱いに規定を制定し、また監査体制を強化しております。また、外部委託機関との間におきましても個人情報保護を契約条項で規定しております。

つきましては医療・介護サービスを安全・確実にご提供するために、同法に基づく「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ドライン」（厚生労働省発行）に従い、当施設・事業所のご利用の皆様方の個人情報の取り扱いについて以下の点をご了承下さいますようお願い致します。

（個々の利用者への医療・介護サービス提供に必要な利用を目的とするもの）

|                                        |
|----------------------------------------|
| 医療法人・社会福祉法人真誠会 真誠会 真誠会ネットワークシステム内部での利用 |
|----------------------------------------|

- おひとりおひとりの患者様、ご利用者の方への医療の安全・確実な提供のために利用させていただきます。・・・医療・介護サービスの提供のために処方箋や指示書・伝票または検体などは個人情報が記載されますが、その取り扱いや破棄に関しては規定を作成した上で、十分に留意いたします。
- 医療・介護保険事務や病棟管理・会計・経理・医療安全対策・サービス向上活動に利用させていただきます。
- 医療・介護・福祉・保健分野で真誠会グループ内でのサービスを円滑にご利用いただけますよう、各施設間で情報を共有いたします。

|                  |
|------------------|
| 他の事業者や本人以外への情報提供 |
|------------------|

- 治療やお世話を行う上で他の病院、診療所、施設、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との円滑な連携のために当該患者様・ご利用者様の情報を交換致します。
- 他の医療機関・介護サービス事業所等から当該患者様・ご利用者様への医療・介護サービスの提供のために照会があった場合には回答いたします。
- より適切な診療を行う上で、外部の医師等の意見・助言が必要な場合に情報の収集あるいは提供に利用いたします。
- 検体検査業務の委託などの場合、誤認防止のために情報を利用いたします。
- 医療・介護保険事務のうち、一部保険業務への委託先へ、また審査支払機関へのレセプト提出や同機関からの照会に対する回答に利用します。
- 事業者から委託を受けて健康診断等を行った場合には、業者へのその結果を通知いたします。
- 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出に利用することがあります。

(上記以外の利用目的)

医療法人・社会福祉法人真誠会 真誠会ネットワークシステム内部での利用に係る事例

- 医療・介護・福祉・保健サービスや業務の維持・改善のために基礎資料として利用させていただきます。
- 内部で行われる学生実習への協力は事例検討の際に利用させていただくことがあります。

他の事業者への情報提供を行う事例

- 当施設・事業所の管理営業業務のうち、外部監査機関へ情報を提供する場合があります。

学会発表や学術誌発表などの研究に関して

- 医療・介護・福祉の専門性の進歩のために匿名化したうえで利用させていただくことがあります。この際、事例の内容から十分な匿名化が困難な場合は、その利用については原則としてご本人の同意を得ます。

個人情報の第三者提供に関して

- 個人情報保護法に基づき、法令に基づく場合、生命、身体、財産保護、公衆衛生の向上、児童の健康育成、国等の公共団体からの協力依頼の場合には例外として、ご本人の同意を得ることなく利用する場合があります。

以上につきまして、不明な点や異議がある場合には、遠慮なく下記対応窓口（→各事業所責任者）へお申し付け下さい。なお、本人の個人情報はお申し出により開示させていただきます。記録の開示にかんしては別途開示規定に従わせて頂きます。また、以上の点に同意されなくとも、なんら不利益は生じません。さらに、同意および留保はお申し出により、いつでも変更することが可能です。

対応窓口 : 各事業所責任者・相談員

平成 29 年 7 月

医療法人・社会福祉法人真誠会 理事長