

# 「居宅介護支援事業ブライトステージ」重要事項説明書

〈令和7年6月1日現在〉

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(盛岡市指定 第0370103244号)

当事業所はご契約者に対して指定居宅支援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。

## ※居宅介護支援とは

契約者が居宅での介護サービスやその他の保健医療サービス、福祉サービスを適切に利用することができるよう、次のサービスを実施します。

- ◆ ご契約者の心身の状況やご契約者とそのご家族等の希望をおうかがいして、「居宅サービス計画(ケアプラン)」を作成します。
- ◆ ご契約者の居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、ご契約者及びその家族等、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画の実施状況を把握します。
- ◆ 必要に応じて、事業者とご契約者双方の合意に基づき、居宅サービス計画を変更します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用が可能です。

## 【構成】

- 1・事業者
- 2・事業所の概要
- 3・利用料、その他の費用の請求及び支払方法について
- 4・サービスの利用方法
- 5・居宅介護支援の提供にあたって
- 6・秘密の保持と個人情報の保護について
- 7・緊急時及び事故発生時の対応方法について
- 8・指定居宅介護支援内容の見積もりについて
- 9・サービスの提供に関する相談、苦情について
- 10・重要事項説明の確認・署名  
(別紙)居宅介護支援業務の実施方法等について

## 1・事業者

|                       |                      |              |  |
|-----------------------|----------------------|--------------|--|
| 事業者名称                 | 有限会社 ブライトステージ        |              |  |
| 代表者氏名                 | 代表取締役社長 伊藤 淳之介       |              |  |
| 法人所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 〒020-0878 盛岡市肴町3番18号 | 019-625-2001 |  |
| 法人設立年月日               | 平成17年11月15日          |              |  |

## 2・事業所概要

### (1)事業所の所在地等

|                |                                           |
|----------------|-------------------------------------------|
| 事業所名称          | 居宅介護支援事業 ブライトステージ                         |
| 介護保険指定事業者番号    | 0370103244                                |
| 事業所所在地         | 〒020-0878 盛岡市肴町3番18号2階                    |
| 管理者氏名          | 工藤 崇                                      |
| 法令遵守責任者        | 伊藤 淳之介                                    |
| 連絡先<br>相談担当者名  | 019-625-2001<br>介護支援専門員 工藤 崇              |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 盛岡市                                       |
| 開設年月日          | 平成20年01月15日                               |
| 事業所が行っている他の事業  | 当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。                  |
|                | 訪問看護 平成20年2月4日指定 岩手県0370103277号           |
|                | 通所介護 平成20年3月1日指定 岩手県0370103251号           |
|                | 介護付き有料老人ホーム 平成20年3月1日指定<br>岩手県0370103327号 |
|                | 住宅型有料老人ホーム 平成20年3月1日認可開始                  |

### (2)運営の方針と実施概要

|                 |                                        |
|-----------------|----------------------------------------|
| 運営の方針           | ① 居宅介護支援サービスは介護保険法並びに関係法令を遵守する。        |
|                 | ② 利用者の状況に応じ、総合的かつ効率的な提供に配慮する。          |
|                 | ③ 利用者の意思・人格を尊重し特定の事業者にも偏る事無く公正中立に行う。   |
|                 | ④ 利用者及び家族にサービス内容を分かり易く説明する。            |
|                 | ⑤ 地域等の結びつきを重視し、保健・医療・福祉関係者と連携する。       |
| 実施概要等<br>(別紙添付) | ① 居宅サービス計画書の作成。                        |
|                 | ② 課題分析様式は「居宅サービス計画ガイドライン」とする。          |
|                 | ③ 居宅サービス計画策定に当たり担当者会議で専門家から意見を求める。     |
|                 | ④ 本人及び家族に居宅サービス計画を説明し、文書で同意を得る。        |
|                 | ⑤ 居宅サービス計画書を利用者及び事業者に交付。               |
|                 | ⑥ 居宅サービス計画書の実施状況を把握し、必要時は連絡調整を実施。      |
|                 | ⑦ 少なくとも月1回訪問面接し状況の把握「モニタリング」し結果を記録する。  |
|                 | ⑧ 区分変更・更新後居宅サービス計画の変更の必要性を検討し担当者会議を開催。 |
|                 | ⑨ 事業の人員及び運営に関する基準等を遵守し効率的なサービスの提供。     |

### (3)事業所窓口の営業日

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 平日・祝日 | 午前8時30分～午後17時30分                |
| 土曜日   | 午前8時30分～午後17時30分                |
| 休業日   | 日曜日 12/29～1/3 5/2～5/5 8/12～8/15 |

※緊急連絡先 019-625-2001(代表)

(4)職員の体制 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 名     | 資 格   | 常勤  | 非常勤 | 常勤換算 | 指定基準 | 業務内容    |
|---------|-------|-----|-----|------|------|---------|
| 管 理 者   | 介護福祉士 | 1 名 | 0 名 | 1 名  | 1 名  | 管理業務    |
| 介護支援専門員 | 介護福祉士 | 2 名 | 0 名 | 2 名  | 2 名  | 予防・介護業務 |
|         | 歯科衛生士 | 1 名 | 0 名 | 1 名  | 1 名  | 予防・介護業務 |
|         |       | 0 名 | 0 名 | 1 名  | 1 名  |         |
| そ の 他   |       | 0 名 | 0 名 | 0 名  | 0 名  |         |

※常勤換算：職員の週あたりの勤務総時間数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(40時間)で除した数です。

※職員体制については増員・勤務体系等変動する場合があります。

(5)居宅介護支援サービスの内容、利用料

|                                                                                                             |                                    |                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① サービス計画の作成<br>② 居宅サービス事業者との連絡調整<br>③ サービス実施状況把握、評価<br>④ 利用者状況の把握<br>⑤ 給付管理<br>⑥ 要介護認定申請に対する協力、援助<br>⑦ 相談業務 | 別紙に掲げる「居宅介護支援業務の実施方法等について」を参照ください。 | 要介護認定を受けられた方は介護保険から全額給付されますので自己負担はありません。<br>※要介護認定を受けていない場合は償還払いとなります。ご相談下さい。<br>※介護保険料の滞納がある場合は、その期間により償還払いや自己負担が発生する場合があります。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 取扱件数区分 \ 要介護区分           | 要介護1・2              | 要介護3～5              |
|--------------------------|---------------------|---------------------|
| 介護支援専門員1人当たり<br>45人未満    | 居宅介護支援費Ⅰ<br>10,860円 | 居宅介護支援費Ⅰ<br>14,110円 |
| 〃 45人以上60人未満、<br>45人以上部分 | 居宅介護支援費Ⅱ<br>5,440円  | 居宅介護支援費Ⅱ<br>7,040円  |
| 〃 60人以上、60人以上部分          | 居宅介護支援費Ⅲ<br>3,260円  | 居宅介護支援費Ⅲ<br>4,220円  |

※当事業所が運営基準減算に該当する場合は、上記金額の50／100となります。また 運営基準減算が2ヶ月以上継続している場合は上記金額は算定されません。

特定事業所集中減算に該当する場合は、上記金額より2,000円を減額することとなります。

※45人以上の場合については、契約日の古いものから順に割り当て、45件目以上になった場合に居宅介護支援費Ⅱ又はⅢを算定します。

| 加 算             | 加算額                   | 算 定 回 数 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初 回 加 算         | 3,000円                | 新規に居宅サービス計画を作成する場合・要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合・要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 入院時情報連携加算Ⅰ      | 2,500円                | 入院した日に情報提供を行った場合（提供方法は問わない）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 入院時情報連携加算Ⅱ      | 2,000円                | 入院した翌日又は翌々日に情報提供を行った場合（提供方法は問わない）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 退院・退所加算         | 4,500円<br>～<br>9,000円 | 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合。福祉用具が必要な場合は、福祉用具専門員や居宅サービスを提供する作業療法士が参加。<br>※カンファレンス参加なし連携1回 4,500円 連携2回 6,000円<br>カンファレンス参加あり連携1回 6,000円 連携2回 7,500円 連携3回 9,000円                                                                                                                       |
| ターミナルケアマネジメント加算 | 4,000円                | 24時間連絡が取れる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことが出来る体制を整備している場合。利用者またはその家族の同意を得た上で、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つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者の支援を実施した場合。訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供した場合。                                                                                                                                                        |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算 | 2,000円                | 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の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（一月に二回を限度）                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 通院時情報連携加算       | 500円                  | 利用者が医師や歯科医師の診察を受ける時にケアマネジャーが同席し、医師等に対して当該利用者の心身状況や生活環境等の情報を提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する情報の提供を受けた上で、ケアプランに記録する。                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 特定事業所医療介護連携加算   | 1,250円                | 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間に5回以上算定している場合                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ● 特定事業所加算（Ⅰ）    | 5,190円                | ● 特定事業所加算（Ⅰ）<br>①主任介護支援専門員を2名以上配置<br>②常勤の介護支援専門員を3名以上配置<br>③利用者情報・サービス提供の留意事項等の伝達会議を週1回以上開催<br>④24時間、相談や連絡に対応する体制を整えている<br>⑤要介護状態区分が要介護3～5である者の割合が40%以上<br>⑥研修を計画的に実施している                                                                                                                                                                                                 |
| ● 特定事業所加算（Ⅱ）    | 4,210円                | ⑦困難事例を紹介されても居宅介護支援を提供している<br>⑧ヤングケアラー、障がい者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等を深めるための事例検討会や研修に参加<br>⑨特定事業所集中減算の適用を受けていない<br>⑩受持ち利用者数が介護支援専門員1名あたり45人未満<br>⑪「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」に協力または協力体制を確保<br>⑫他法人が運営する居宅介護支援事業所と共同で事例検討会、研修等を実施                                                                                                                                                    |
| 特定事業所加算（Ⅲ）      | 3,230円                | ⑬必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援サービス（インフォーマルサービス含む）が包括的に提供されるようなケアプランを作成する。<br>● 特定事業所加算（Ⅱ）<br>②、③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬の基準に適合<br>主任介護支援専門員を1名以上配置<br>● 特定事業所加算（Ⅲ）<br>③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬の基準に適合<br>主任介護支援専門員を1名以上配置<br>常勤の介護支援専門員を2名以上配置<br>● 特定事業所加算（Ⅳ）<br>③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬の基準に適合<br>ただし、④、⑥、⑪、⑫は他事業所との連携でも可。<br>主任介護支援専門員を1名以上配置。<br>常勤専従、非常勤専従のケアマネジャーをそれぞれ1人配置。ただし非常勤は他事業所との兼務可 |
| 特定事業所加算（Ⅳ）      | 1,140円                | ③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫、⑬の基準に適合<br>ただし、④、⑥、⑪、⑫は他事業所との連携でも可。<br>主任介護支援専門員を1名以上配置。<br>常勤専従、非常勤専従のケアマネジャーをそれぞれ1人配置。ただし非常勤は他事業所との兼務可                                                                                                                                                                                                                                                |

#### (6) その他の費用について

|       |                                                                                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 交通費 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規定の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。<br>自動車を使用した実施地域を越えた地点から片道3km未満の場合は150円、3km以上の場合は300円請求いたします。 |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### (7) 利用者の居宅への訪問頻度の目安

利用者の状況把握のため、要介護認定有効期間中少なくとも月に1回介護支援専門員が訪問  
※ここに記載する訪問頻度の目安回数以外にも、利用者からの依頼や居宅介護支援業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、介護支援専門員は利用者の居宅を訪問する事があります。

#### (8) 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から掲示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

### 3 利用料・その他の費用の請求及び支払方法について

|                   |       |
|-------------------|-------|
| ①利用料等費用の<br>請求方法等 | ありません |
| ②利用料等の費用<br>支払方法等 | ありません |

### 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ください。当事業所の職員がお伺いいたします。

#### (2) サービスの終了

##### ア、お客様のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くださればいつでも解約できます。

##### イ、当事業所の都合でサービスを終了する場合。

人員不足等やむを得ない場合は、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。  
その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

##### ウ、自動終了

以下の場合、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。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。
- ・お客様が亡くなられた場合。

##### エ、その他

- ・お客様やご家族などが当事業所や介護支援専門員に対して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いただきます。

※背信行為には、①威圧的な言動（大声を上げる） ②暴力・暴言（人格を傷つけるような言動）

③セクシャルハラスメント（ボディタッチなど） ④その他の迷惑行為 等が含まれます。

### 5 居宅介護支援の提供にあたって

(1) 居宅介護支援の提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

(2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前になされるよう、必要な援助を行うものとしします。

(3) 利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者の紹介をもとめることや居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由について説明を求めることができます。また、当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護福祉用具貸与の利用状況はサービス利用割合説明書にて説明させていただきます。

### 6 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |                                                                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとしします。 |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>②事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>                                                                                                                                        |
| ②個人情報の保護について            | <p>①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、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ませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む。)については第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります)</p> |

## 7 緊急時及び事故発生時の対応方法について

サービスの提供中に事故の発生・容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員、市町村へ連絡をいたします。

また、当事業所の介護サービスにより、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| 連絡先  | 名 称 ・ 氏 名   | 住 所         | 電 話 番 号      |
|------|-------------|-------------|--------------|
| ご家族等 |             |             |              |
| 市町村  | 盛岡市役所 介護保険課 | 盛岡市 内丸 12-1 | 019-651-4111 |
| 主治医  |             |             |              |

なお 事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |                                                 |
|-------|-------------------------------------------------|
| 保険会社名 | あいおい損保                                          |
| 保 険 名 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険                                |
| 保障の概要 | ①対人・対物賠償 ②人格権侵害 ③対人見舞費用 ④管理財物<br>⑤経済的損害 ⑥事故対応費用 |

## 8 指定居宅介護支援内容の見積もりについて

### (1)担当介護支援専門員

氏 名 工藤 崇 (連絡先)625-2001 080-6051-8255 ※24時間対応

## (2) 提供予定の指定居宅介護支援の内容と料金

| 介護保険<br>適用の有無 | 利用料(月額) | 利用者負担(月額) | 交通費の有無  |
|---------------|---------|-----------|---------|
| 有・無           | 0 円     | 0 円       | 有 無 0 円 |

## (3) 1ヶ月当たりの利用者負担額(利用料とその他の費用の合計)の目安

|            |   |
|------------|---|
| 利用者負担額の目安額 | 円 |
|------------|---|

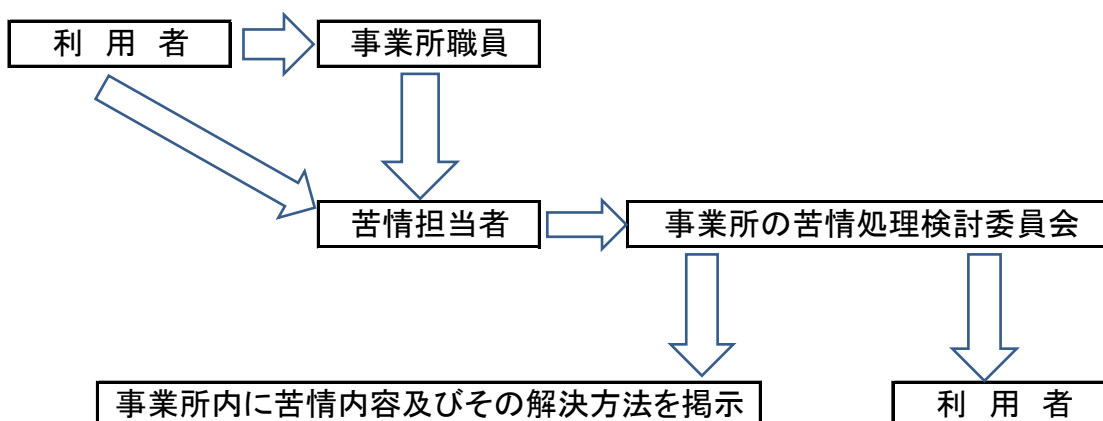
※この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヶ月以内とします。

## 9 サービス提供に関する相談・苦情について

## (1) 苦情処理の体制及び手順

ア・提供した指定居宅介護支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

イ・相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。



## (2) 苦情申し立ての窓口

|                                                                  |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>[事業者の担当部署・窓口の名称]<br>居宅介護支援事業ブライトステージ 管理者:工藤 崇 | 所在地 : 盛岡市肴町3番18号2階<br>電話 : 019-625-2001 FAX : 019-625-2221<br>受付時間: 午前8時30分～午後5時30分 |
| <b>【市町村(保険者)の窓口】</b><br>[市町村担当部署の名称]<br>盛岡市介護保険課                 | 所在地 : 盛岡市内丸12番2号<br>電話 : 019-651-4111<br>受付時間 : 午前8時30分～午後5時30分                     |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>岩手県国民健康保険団体連合会<br>(苦情処理委員会)                  | 所在地 : 盛岡市大沢川原三丁目7番30号<br>電話 : 019-623-4325<br>受付時間 : 午前8時30分～午後5時30分                |

## 10 重要事項説明の確認

|                 |    |   |   |   |
|-----------------|----|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|----|---|---|---|

上記の内容について、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）」第4条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|         |            |                            |      |   |
|---------|------------|----------------------------|------|---|
| 事業<br>者 | 法人所在地      | 〒020-0878 盛岡市肴町3番18号       |      |   |
|         | 法人・代表者職・氏名 | 有限会社 ブライトステージ 代表取締役 伊藤 淳之介 |      |   |
|         | 事業所在地      | 〒020-0878 盛岡市肴町3番18号2階     |      |   |
|         | 事業所名       | 居宅介護支援事業所 ブライトステージ         |      |   |
|         | 管理者職・氏名    | 管 理 者                      | 工藤 崇 | 印 |
|         | 説明者職・氏名    | 介護支援専門員                    | 工藤 崇 | 印 |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|                      |     |   |
|----------------------|-----|---|
| 利用者                  | 住 所 | 〒 |
|                      | 氏 名 | 印 |
| ※上記署名は、(続柄) が代行しました。 |     |   |

|     |     |        |
|-----|-----|--------|
| 代理人 | 住 所 | 〒      |
|     | 氏 名 | (続柄) 印 |

※上記の者を ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人 として届けます。

(同意署名に当たっての留意事項)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。

サービス提供を行う際には、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならぬことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行う事が原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力(行為能力)が十分でない場合は、代理人(法定代理人・任意代理人)を選任し、これを行う事ができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解する立場の者（たとえば同居親戚や近縁の親戚など）であることが望ましいものと考えます。

なお、手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

# 個人情報利用者同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)外、介護支援専門員又は介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行った時で、医師・看護師等に説明する場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所。
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間。

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和        年        月        日

事業所名称

居宅介護支援事業 ブライトステージ

住所

氏名

印

(家族)住所

氏名

印