

## 介護老人保健施設 友々苑 重要事項説明書

### 【介護老人保健施設サービス】

ご利用者及び身元引受人に対する介護保健施設サービス提供にあたり、  
当施設が説明すべき事項は次のとおりです。

#### 1. 事業者概要

説明

事業者の名称	社会福祉法人 友々苑
主たる事務所の所在地	〒601-1123 京都市左京区静市市原町 447-1
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 岸野亮淳
電話番号	075-741-5236

#### 2. ご利用施設

施設の名称	介護老人保健施設 友々苑
施設の所在地	〒601-1123 京都市左京区静市市原町 447-1
都道府県知事指定番号	2650680040
管理者の氏名	施設長 医師 美甘克明
電話番号	075-741-5236
ファクシミリ番号	075-741-3739
ホームページアドレス	<a href="http://www.yuyuen.or.jp">http://www.yuyuen.or.jp</a>

#### 3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
(介護予防) 短期入所療養介護	平成 12 年 4 月 1 日	2650680040	施設入所の 空床利用
(介護予防) 通所リハビリテーション	平成 12 年 4 月 1 日	2650680040	30 名
居宅介護支援事業所	平成 29 年 10 月 13 日	2670601265	

#### 4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的 運営方針	当施設は介護保険法令に従い、医学的管理の下での看護・介護や機能訓練、その他必要な介護保健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が 1 日でも長く営むことができるよう、支援いたします。当施設は、優しさをモットーに職員が一丸となり、ご利用者が快適に生活して頂けるよう努めてまいります。
---------------	--

## 5. 施設の概要 介護老人保健施設 友々苑

□

敷地面積		5,134 m <sup>2</sup>
建物	構造	鉄筋コンクリート造 3階建て
	延床面積	3,801 m <sup>2</sup>
	利用定員	100名(内認知症専門棟 40名)

### (1) 居室及び入所定員等

□

居室の種類	室 数	面 積	1人あたりの面積
個室	12 室	14.4	14.4
2人部屋	4 室	18.36	9.18
4人部屋	20 室	34.56	8.64
入所定員	100名		

### (2) 主な設備

□

設備の種類	数	面 積 m <sup>2</sup>	特 色
食堂・機能訓練室	1箇所	404.72	
食堂(専門棟)	1箇所	83	
一般浴室(デイケア)	1箇所	36	足浴
一般浴室(一般棟)	1箇所	69	大浴室・リフト浴
特殊浴室	1箇所	37	
医務室	1 室	17.52	
洗面所	1階2箇所・2階3箇所・ 3階3箇所		
便 所	1階5箇所・2階9箇所・ 3階6箇所		ウォシュレット
デイケアルーム	1 室	62.58	

## 6. サービスの内容

□

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事の提供(食事は原則として食堂でご提供)
- ③ 入浴(一般浴槽・リフト浴・特殊浴槽)1週2回。  
但し、ご利用者の身体の状況に応じてシャワー浴や清拭となる場合があります。
- ④ 医学的管理(医療・看護)
- ⑤ 日常生活上の介護等(排泄・整容・移動・シーツ交換・洗濯・消毒等の支援)
- ⑥ リハビリテーション(個別リハ・集団リハ・生活リハ)
- ⑦ レクリエーション(年間行事計画の立案・娯楽遊び・クラブ活動・ボランティア交流)
- ⑧ 相談援助サービス(入・退所前後の相談・調整等)
- ⑨ 栄養管理(栄養ケア計画による栄養状態の管理・ご利用者が選択する特別な食事提供)
- ⑩ 理美容サービス(月2回予約で実施提供)

- |   |
|---|
| (11) 歯科往診サービス(必要に応じて実施)                         |
| (12) 代行手続き(介護保険の更新認定もしくは区分変更等の代行)               |
| (13) その他(サービス内容により基本料に別途「利用料金」としてお支払頂く場合があります。) |

## 7. 職員体制

従業者 の 職種	基 準	区 分				常勤 換算後 の人員	勤務 体制	指定基準			
		常勤		非常勤							
		専従	兼務	専従	兼務						
施設長	1	0	1	0	0	1	日勤	(常勤)			
医 師	1	0	1	1	0	1.1	日勤	常勤換算方法で、入所者の人数を 100 で除して得た数以上			
薬剤師	0.3	0	0	1	0	0.3	日勤	施設の実情に応じた適当数			
看護職員	9	7	1	3	0	9	日勤 夜勤	常勤換算方法で、入所者の人数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上 看護・介護職員の総数の 7 分 2 度程			
介護職員	25	24	3	3	0	30	早出 日勤 遅出 夜勤	常勤換算方法で、入所者の人数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上 介護・看護職員の総数の 7 分 5 度程			
支援相談員	1	2	0	0	0	2	日勤	常勤換算方法で入所者の人数が 100 又はその端数を増すごとに 1 以上			
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1	2	1	0	1	2.6	日勤	常勤換算方法で入所者の人数が 100 又はその端数を増すごとに 1 以上			
管理栄養士	1	0	1	0	0	1	日勤	入所定員 100 以上の施設は 1 以上			
介護支援専門員	1	1	3	0	0	1.75	日勤	常勤換算方法で入所者の人数が 100 又はその端数を増すごとに 1 以上を標準			

## 8. 職員勤務体制

□

職種	勤務体制(時間)
施設長(医師)	日勤:8時30分～17時00分 (水・土・日除く)
医 師	日勤:8時30分～17時00分 (水・土)
看護職員	日勤:9時00分～17時30分 夜勤:17時00分～翌9時30分
介護職員	日勤:9時00分～17時30分 夜勤:17時00分～翌9時30分 早出:7時00分～15時30分 遅出:10時30分～19時00分 遅出:11時00分～19時30分
支援相談員 介護支援専門員	
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	日勤:9時00分～17時30分
管理栄養士	
事務職員	日勤:8時30分～17時00分

## 9. 介護保健施設サービスについて

□

介護保険証の確認	お申込時に、ご利用者の介護保険証・介護保険負担割合証を確認させて頂きます。
介護保険サービス	◇医療/看護/介護/リハビリ 友々苑でのサービスは、施設サービス計画に基づき提供されます。 この計画は、ご本人、利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等のご希望を充分に取り入れ、ご利用者に関わるあらゆる職種（上記7参照）の協議により作成されます。立案した計画の内容については、説明後に同意を頂きます。

## 10. 利用料金(加算)とサービス内容

### (1)食費／食事

□

食費	自己負担限度額 1日 1,680円 [朝食:390円・昼食:690円・夕食:600円]
----	--

※食費の自己負担限度額は、本人及び世帯の収入により異なります。

第1段階の方	300円	生活保護を受けている方
第2段階の方	390円	世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の年金収入額+その他の合計所得額が年額80万円以下かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下

第3段階①の方	650円	世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の年金収入額+その他の合計所得額が年額80万円超120万円以下かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下
第3段階②の方	1,360円	世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の年金収入額+その他の合計所得額が年額120万円超かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下
第4段階の方	1,680円	上記以外の方
食事	時間	朝食 7時45分～8時15分迄 昼食 11時30分～12時30分迄 夕食 18時00分～19時00分迄
	場所	原則として食堂でおとり頂きます。
	形態	普通食・療養食に区分します。形態として普通食・粗きざみ食・きざみ食・ソフト食・ミキサー食に分類します。 ご利用者が選択される特別な場合には、別途料金を頂きます。食べられない物やアレルギーがある方は、事前にご相談下さい。

## (2)居住費／居室

居室の種類	居住費自己負担限度額			
個室	第1段階：550円	第2段階：550円	第3段階：1,370円	第4段階：1,728円
多床室	第1段階：0円	第2段階：430円	第3段階：430円	第4段階：437円

※居住費の自己負担限度額は、本人及び世帯の収入により異なります。

第1段階の方	個室：550円	生活保護を受けている方
	多床室：0円	
第2段階の方	個室：550円	世帯全員が市町村民税非課税の方で本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円以下の方 かつ、預貯金等の合計が650万円以下（夫婦は1650万円）以下
	多床室：430円	
第3段階の方 ① ②	個室：1,370円	世帯全員が市町村民税非課税の方で①本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が80万円超120万円以下 かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下 ②本人の合計所得金額と課税年金収入の合計が120万円超かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下
	多床室：430円	
第4段階の方	個室：1,728円	上記以外の方
	多床室：437円	

## (3)介護保険の適用を受けるサービス

### 1【介護給付】(1日つき) 介護保険負担割合証が1割負担の方

個室	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	717単位	763単位	828単位	883単位	932単位
金額	750円	798円	866円	923円	974円

多床室	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	793 単位	843 単位	908 単位	961 単位	1,012 単位
金額	829 円	881 円	949 円	1,005 円	1,058 円

## 2【その他加算】

施設サービス計画に基づき下記項目に該当する場合は別途に料金が生じます。 □

項目	単位数	金額	基準
夜勤職員配置加算	24 単位	<input type="checkbox"/> 25 円	1 日
短期集中リハビリテーション実施加算（I）	258 単位	<input type="checkbox"/> 270 円	1 日
短期集中リハビリテーション実施加算（II）	200 単位	<input type="checkbox"/> 209 円	
認知症短期集中リハビリテーション加算（I）	240 単位	<input type="checkbox"/> 251 円	1 日　週 3 日を限度
認知症短期集中リハビリテーション加算（II）	120 単位	<input type="checkbox"/> 126 円	
認知症ケア加算	76 単位	<input type="checkbox"/> 80 円	1 日　認知症専門棟へ入苑
若年性認知症利用者受入加算	120 単位	<input type="checkbox"/> 126 円	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（I）	51 単位	<input type="checkbox"/> 54 円	1 日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（II）	51 単位	<input type="checkbox"/> 54 円	1 日
外泊時費用	362 単位	<input type="checkbox"/> 379 円	1 月　6 日まで
外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）	800 単位	<input type="checkbox"/> 836 円	
ターミナルケア加算（死亡日）	1,900 単位	<input type="checkbox"/> 1,986 円	
ターミナルケア加算（2～3 日）	910 単位	<input type="checkbox"/> 951 円	
ターミナルケア加算（4～30 日）	160 単位	<input type="checkbox"/> 168 円	
ターミナルケア加算（31～45 日）	72 単位	<input type="checkbox"/> 76 円	
初期加算（I）	60 単位	<input type="checkbox"/> 63 円	1 日　入所から 30 日以内
初期加算（II）	30 単位	<input type="checkbox"/> 32 円	
退所時栄養情報連携加算	70 単位	<input type="checkbox"/> 74 円	
再入所時栄養連携加算	200 単位	<input type="checkbox"/> 209 円	1 日
入所前後訪問指導加算（I）	450 単位	<input type="checkbox"/> 471 円	1 日
入所前後訪問指導加算（II）	480 単位	<input type="checkbox"/> 502 円	
退所時等支援等加算/試行の退所時指導加算	400 単位	<input type="checkbox"/> 418 円	1 回
退所時等支援等加算/退所時情報提供加算（I）	500 単位	<input type="checkbox"/> 523 円	1 回
退所時等支援等加算/退所時情報提供加算（II）	250 単位	<input type="checkbox"/> 262 円	
退所時等支援等加算/入退所前連携加算 I	600 単位	<input type="checkbox"/> 627 円	1 回
退所時等支援等加算/入退所前連携加算 II	400 単位	<input type="checkbox"/> 418 円	1 回
退所時等支援等加算/訪問看護指示加算	300 単位	<input type="checkbox"/> 314 円	1 回
協力医療機関連携加算（I）	100 単位	<input type="checkbox"/> 105 円	
協力医療機関連携加算（II）	50 单位	<input type="checkbox"/> 53 円	
協力医療機関連携加算（III）	5 单位	<input type="checkbox"/> 6 円	
栄養マネジメント強化加算	11 单位	<input type="checkbox"/> 12 円	1 日
経口移行加算	28 单位	<input type="checkbox"/> 30 円	180 日以内
経口維持加算/経口維持加算（I）	400 单位	<input type="checkbox"/> 418 円	1 月

経口維持加算/経口維持加算（II）	100 単位	<input type="checkbox"/> 105 円	1 月
口腔衛生管理加算 I	90 単位	<input type="checkbox"/> 94 円	1 月
口腔衛生管理加算 II	110 単位	<input type="checkbox"/> 115 円	1 月
療養食加算	6 単位	<input type="checkbox"/> 7 円	1 食
かかりつけ医連携薬剤調整加算 I イ	140 単位	<input type="checkbox"/> 147 円	
かかりつけ医連携薬剤調整加算 I ロ	70 単位	<input type="checkbox"/> 74 円	
かかりつけ医連携薬剤調整加算 II	240 単位	<input type="checkbox"/> 251 円	
かかりつけ医連携薬剤調整加算 III	100 単位	<input type="checkbox"/> 105 円	
緊急時施設療養費/緊急時治療管理	518 単位	<input type="checkbox"/> 542 円	1 回
所定疾患施設療養費（I）	239 単位	<input type="checkbox"/> 250 円	1 日
所定疾患施設療養費（II）	480 単位	<input type="checkbox"/> 502 円	
認知症専門ケア加算（I）	3 単位	<input type="checkbox"/> 4 円	
認知症専門ケア加算（II）	4 单位	<input type="checkbox"/> 5 円	
認知症チームケア推進加算（I）	150 单位	<input type="checkbox"/> 157 円	
認知症チームケア推進加算（II）	120 单位	<input type="checkbox"/> 126 円	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 单位	<input type="checkbox"/> 209 円	1 日緊急時
リハビリテーションマネジメント計画提出料加算（I）	53 单位	<input type="checkbox"/> 56 円	
リハビリテーションマネジメント計画提出料加算（II）	33 単位	<input type="checkbox"/> 35 円	
褥瘡マネジメント加算 I	3 单位	<input type="checkbox"/> 4 円	1 月
褥瘡マネジメント加算 II	13 单位	<input type="checkbox"/> 14 円	1 月
排せつ支援加算 I	10 单位	<input type="checkbox"/> 11 円	1 月
排せつ支援加算 II	15 单位	<input type="checkbox"/> 16 円	1 月
排せつ支援加算 III	20 单位	<input type="checkbox"/> 21 円	1 月
自立支援推進加算	300 单位	<input type="checkbox"/> 314 円	1 月
科学的介護推進体制加算 I	40 单位	<input type="checkbox"/> 42 円	1 月
科学的介護推進体制加算 II	60 单位	<input type="checkbox"/> 63 円	1 月
安全対策体制加算	20 单位	<input type="checkbox"/> 21 円	入所中 1 回
高齢者施設等感染対策向上加算（I）	10 单位	<input type="checkbox"/> 11 円	
高齢者施設等感染対策向上加算（II）	5 单位	<input type="checkbox"/> 6 円	
新興感染症等施設療養費	240 单位	<input type="checkbox"/> 251 円	
生産性向上推進体制加算（I）	100 单位	<input type="checkbox"/> 105 円	
生産性向上推進体制加算（II）	10 单位	<input type="checkbox"/> 11 円	
サービス提供体制強化加算 III	6 单位	<input type="checkbox"/> 7 円	1 日
介護職員等待遇改善加算（III）	所定単位数に 5.4% を乗じた単位数		1 月

\* 介護保険負担割合証の「2割」「3割」をお持ちの方は、上記金額×2もしくは×3となります。

#### (4) 介護保険の適用の受けないサービス（全額自己負担分）

□

項目	金額	備考
おやつ代	<input type="checkbox"/> 120 円	1 日
教養娯楽費	<input type="checkbox"/> 150 円 (非課税)	1 日

特別な室料	<input type="checkbox"/> 1,080 円	一般棟：1 日
電気器具使用料	<input type="checkbox"/> 50 円	1 日：TV・PC・タブレット 電気毛布・照明器具・その他（要相談）
委託洗濯料 小物	<input type="checkbox"/> 85 円	
委託洗濯料 薄物	<input type="checkbox"/> 210 円	
委託洗濯料 厚物	<input type="checkbox"/> 315 円	洗濯は、原則としてご家族等にお願い致しますが、洗濯を委託された場合は、左記料金が 其々に必要となります。
理美容代	<input type="checkbox"/> 実費	月 2 回 予約制(パーマ・カット等)
健康管理費	<input type="checkbox"/> 実費	その都度、ご案内
その他（証明書・文書料等）	<input type="checkbox"/> 実費	その都度、ご案内
口座振替手数料（中信）	<input type="checkbox"/> 110 円	1 月
口座振替手数料（他行）	<input type="checkbox"/> 165 円	1 月

※当施設では、ご利用者等の同意のもと、リハビリテーションや娯楽を目的に四季折々の行事を企画いたします。教養娯楽施設や外食等これらに関係する費用は全額自己負担となりますので、ご了承ください。行事企画に際しては、その都度ご連絡いたします。

#### (5) 支払い方法



- 介護保険負担減度額認定証をお持ちの方は【初回利用時／更新時】にご提出ください。
- 利用料の請求は月末で確定し、通常翌月 15 日に請求書を発行し、専用アプリにて送信いたします。スマートフォン・タブレットにアプリのダウンロードをお願い致します。
- お支払方法は、銀行振込・口座振替の 2 方法がございます。
- お支払は、利用翌月の末日迄にお願いいたします。※手数料はご利用者様等負担でお願いいたします。

#### 注意事項

- 当法人は第 2 種社会福祉事業の減免規定を設けています。お気軽にご相談ください。
- 利用料を 3 カ月滞納された場合は退所勧告となり、4 カ月の滞納が確定した時点で契約を解除いたします。ご注意ください。

### 11. 苦情申立窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。



介護老人保健施設友々苑 相談・苦情窓口	相談課直通番号 075-741-5252 代表 電話番号 075-741-5236 ファックス番号 075-741-3739 責任者：田中 小幸 担当窓口：田中 小幸 対応時間：午前 9 時から午後 5 時 30 分 又、ご意見箱(玄関設置)での受付も致しておりますのでご利用下さい。 責任を持って調査・改善に努めます。
京都市左京区役所保健 福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課	電話番号 075-702-1071 FAX 番号 075-702-1315 075-702-1316
京都市北区役所保健 福祉センター健康福祉部 健康長寿推進課	電話番号 075-432-1366 FAX 番号 075-432-1590

※その他、お住まいの行政区にご相談いただけます。	
京都府国民健康 保健団体連合会	電話番号 075-354-9090 FAX 番号 075-354-9055
京都府福祉サービス 運営適正化委員会	電話番号 075-252-2152 FAX 番号 075-212-2450

## 12. 協力医療機関

医療機関名称 所在地	独立行政法人 地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター 京都市北区小山下総町 27 番地 電話番号 075-441-6101
医療機関名称 所在地	社会福祉法人京都社会事業財団 西陣病院 京都市上京区今出川七本松上る 電話番号 075-461-8800
医療機関名称 所在地	医療法人寿尚会 洛陽病院 京都市左京区岩倉上蔵町 143 電話番号 075-781-7151

## 13. 協力歯科医療機関

医療機関名称 所在地	医療法人明貴会 山口歯科 京都市上京区河原町荒神口上る 電話番号 075-221-5426
---------------	--

## 14. 非常災害時の対策

災害時の対応	「介護老人保健施設友々苑消防計画」に則り対応を行います。
非常時の訓練	「介護老人保健施設友々苑消防計画」に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施。
防災設備	スプリンクラー・防火扉・シャッター・自動火災報知機・非常通報装置 漏電火災報知機・ガス漏れ報知機・ガス漏れ報知機・避難階段・誘導灯 屋内消火栓・非常用電源
消防計画	左京消防署への届出日 令和元年10月3日 防火管理者 平岡 隼一

## 15. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者・市町村等、各関係機関に連絡を行うとともに適切及び必要な措置を講じます。 又、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにご利用者の損害を賠償します。 但し、事業者に故意的な過失が認められない場合は、この限りではありません。発生した事故の内容にご利用者の過失が認められる場合には、損害賠償の過失割合を減じる事ができます。
---

## 16. 損害賠償保険への加入

株式会社 全老健共済会	賠償事故補償制度・利用者障害見舞金制度・見舞客・ボランティア障害見舞金制度・業務災害補償制度・感染症補償制度
あいおいニッセイ 同和損害保険株式会社	車両保険・対人賠償保険・対物賠償保険・傷害保険

## 17. 当施設ご利用の際にご留意頂く事項

□

食 事	お食事は、特段の事情がない限り当施設の提供する食事をお召し上がり頂きます。食費は、保険給付以外の利用料と位置付けられていますが、同時に施設はご利用者的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に含めているため、原則食事の持込はご遠慮頂きます。
サプリメント類	当施設における漢方薬や、健康食品をはじめとしたサプリメント類の持ち込みは、ご利用者の健康管理にあたって医師の管理が困難となるため、原則ご遠慮頂きます。
面 会	面会時間は、8時30分から19時00分迄 面会者は面会時間を遵守し、必ず事務室受付にて面会簿を記入してください。 また、受付にて面会証を受け取ってください。
外出・外泊	所定の様式で(2日前の17時00分迄)に届出してください。 前日・当日の届出は、食費をお支払い頂きます。
居室・設備・器具の利用	施設内の設備・備品を無断で持ち出すことや位置・形状を変える事は禁止しています。故意による破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は、原則禁止ですが医師の許可により認める事があります。 又、喫煙については予め定められた場所以外は禁止しています。 ご利用者の火気(ライター等)はお預かりさせて頂きます。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 又、他のご利用者の居室等には許可なく立入らないでください。
所持品・備品等の持ち込み	療養生活に必要と認められる物以外の持ち込みは、ご遠慮ください。 刃物、火物は危険ですので持ち込みはご遠慮ください。
金銭・貴重品の管理	高価・高額な金品の持ち込みは、ご遠慮ください。 持参された場合は、事務課にてお預かりさせて頂きます。
宗教活動・政治活動 賭博・営利活動	これらの行為は、禁止しています。
ペットの持ち込み	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。
緊急時の連絡先	緊急の場合にはご記入頂いた連絡先に連絡をいたします。
その他	職員に対しての金品の差し入れ等は固くご辞退いたします。

## 18. 個人情報の取扱いについて

□

友々苑とその職員は、当法人の個人情報保護法に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報を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、例外として次の各号については、法令上・介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、必要に応じて情報提供を行うことといたします。

- (ア) サービス提供困難時の事業者間の連絡・紹介等
- (イ) 居宅介護支援事業所等との連携
- (ウ) 利用者が偽りその他不正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
- (エ) 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

(オ) 生命・身体保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）  
前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いと致します。

(2)個人情報の保護について事業者は、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において、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族の個人情報を用いません。  
事業者は、利用者、身元引受人又は利用者もしくは身元引受人の親族に関する個人情報が含まれる記録物については、厳重に管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

1. サービスの内容について、本書面を交付し、重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

【事業所】 介護老人保健施設 友々苑

説明者氏名

印

2. 介護老人保健施設サービスの開始にあたり、契約書及び重要事項説明書を受領のうえ、事業者から説明を受けその内容に同意致しました。  
また、本書 18 に規定する個人情報の取扱いについては、サービス担当者会議等において私及び家族の情報を用いる事に同意致します。

令和 年 月 日

【利用者】 住所 〒

氏名

印

【身元引受人等】 住所 〒

氏名

印