

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

通所リハビリテーションサービス重要事項説明書

(令和5年4月1日現在)

1. 要望及び苦情対応

(1)当施設には、要望及び苦情対応のための相談窓口が常設されております。サービスに対する相談苦情等は、迅速に対応いたしますので担当者までご連絡ください。

相談窓口担当者 池澤 由美江 0248(24)2525

(2)要望及び苦情に対して公正に対応するため、施設長を苦情解決責任者とする苦情対応委員会を設置しています。委員は施設長をはじめ常設窓口担当者、各部門長及び法人が選定する第三者で構成され、合議による解決方策を提供します。

2. 施設の概要

(1)名称及び定員等

| | |
|------------|----------------------------------|
| 施設名 | 医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ |
| 開設年月日 | 平成17年4月1日 |
| 所在地 | 福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地 |
| 連絡先 | 電話：0248(24)2525 FAX：0248(21)2525 |
| 管理者氏名(施設長) | 佐藤 健(医師) |
| 通所定員 | 50名 |
| 介護保険指定番号 | 0752880013 |

(2)運営理念

①リハビリテーションを通じた地域交流の中から、高齢者の豊かな知識・経験・技術を受け継ぎ、安らぎのある理想社会の創造を目指します。

②地域における介護・福祉サービスの中核施設となり、家庭復帰・在宅介護を支援するトータルヘルスケアを提供します。

(3)通所リハビリテーションの運営目的

介護保険法令に基づき認定された利用者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行い、利用者の心身の機能回復、生活の質の向上、及び利用者家族の身体的ならびに精神的負担の軽減を図るための、通所リハビリテーションサービスを提供することです。

(4)サービスの内容

①診察

一般に医師として診療の必要があると認める疾病または負傷に対して、的確な診断をもととし、検査、投薬、注射、処置等は療養上妥当適切に行います。

②サービス計画作成ならびに実施

通所者の病状、心身の状態に応じて介護看護を適切に行い、日常生活の充実に資するように行います。

③食事の提供

通所者の食事は、昼食12:00、おやつ10:00と15:00を目安に、食堂で行います。

④入浴

一般浴槽又は特別浴槽による入浴を行います。

⑤機能訓練

理学療法、作業療法、音楽療法、園芸療法などを取り入れた効果的なリハビリテーションと、言語・聴覚・視能・嚥下訓練などを効率的に行います。

⑥趣味

文化活動、年中行事などを行います。

⑦相談援助

利用者、利用者家族からの相談やカウンセリング、家族介護教育などを行います。

⑧その他

利用者が在宅と変わらない生活を送れるよう、貴重品の管理をはじめ、洗濯、理美容、嗜好品、日常生活に必要とされる事項については、利用者及び利用者家族などと十分な相談を行い、誠心誠意サービス提供に努めます。

(5)施設の職員体制

| 職種 | 人数 | 職務内容 |
|-----------------------|------|--|
| 管理者・施設長 (医師) | 1人 | 施設と利用者の安全管理、従業者の業務の管理指導などを行う。 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。 |
| 医師 (1名は管理者・施設長と兼務) | 1人以上 | 利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。 |
| 理学療法士 作業療法士 等 | 2人以上 | リハビリテーション及びレクリエーション等計画に基づいた機能維持回復を図るためのリハビリテーションなどを行う。 |
| 看護職員 | 1人以上 | 計画に基づいた適切な看護及び必要な医療サービスの提供等を行う。 |
| 介護職員 | 9人以上 | 計画に基づいた適切な介護及び計画に基づいた心身の介護、機能訓練、きめ細やかな日常上のサービス提供を行う。 |
| 管理栄養士 (兼務) | 1人以上 | 計画に基づいた食事提供管理、献立管理、栄養管理、食事指導、利用者の嗜好調査などを行う。 |
| 事務員 (兼務) | 2人以上 | 施設運営に関する事務業務、利用料の請求受領管理、庶務用度全般を行う。 |

(6)利用案内

①利用定員 50名

②営業時間 月曜日～金曜日 午前8時45分から午後5時45分

サービス提供時間6時間以上7時間未満：午前9時45分～午後4時00分

サービス提供時間3時間以上4時間未満：午後12時45分～午後4時00分

※日曜日、年末年始(12月31日～1月3日)その他当施設が指定する日は休みとなります。

(7)通常の事業実施地域

通所リハビリの通常のサービス実施地域は、旧白河市、西白河郡西郷村となります。

3. 利用料金

(1) 通所リハビリテーション費

※利用者の負担額は、1割または一定以上の所得のある方は2割・3割の負担となります。

※以下の「規模別通所リハビリテーション費」は、事業所の規模（前年度の平均利用延人員数）に応じて、①-1または①-2のいずれかの料金表が年度ごとに適用されます。

①-1 「通常規模型通所リハビリテーション費」

◆1日あたり【1割負担の場合】

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|------|------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 366円 | 395円 | 426円 | 455円 | 487円 |
| 2時間以上3時間未満 | 380円 | 436円 | 494円 | 551円 | 608円 |
| 3時間以上4時間未満 | 483円 | 561円 | 638円 | 738円 | 836円 |
| 4時間以上5時間未満 | 549円 | 637円 | 725円 | 838円 | 950円 |
| 5時間以上6時間未満 | 618円 | 733円 | 846円 | 980円 | 1,112円 |
| 6時間以上7時間未満 | 710円 | 844円 | 974円 | 1,129円 | 1,281円 |

◆1日あたり【2割負担の場合】

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 732円 | 790円 | 852円 | 910円 | 974円 |
| 2時間以上3時間未満 | 760円 | 872円 | 988円 | 1,102円 | 1,216円 |
| 3時間以上4時間未満 | 966円 | 1,122円 | 1,276円 | 1,476円 | 1,672円 |
| 4時間以上5時間未満 | 1,098円 | 1,274円 | 1,450円 | 1,676円 | 1,900円 |
| 5時間以上6時間未満 | 1,236円 | 1,466円 | 1,692円 | 1,960円 | 2,224円 |
| 6時間以上7時間未満 | 1,420円 | 1,688円 | 1,948円 | 2,258円 | 2,562円 |

◆1日あたり【3割負担の場合】

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 1,098円 | 1,185円 | 1,278円 | 1,365円 | 1,461円 |
| 2時間以上3時間未満 | 1,140円 | 1,308円 | 1,482円 | 1,653円 | 1,824円 |
| 3時間以上4時間未満 | 1,449円 | 1,683円 | 1,914円 | 2,214円 | 2,508円 |
| 4時間以上5時間未満 | 1,647円 | 1,911円 | 2,175円 | 2,514円 | 2,850円 |
| 5時間以上6時間未満 | 1,854円 | 2,199円 | 2,538円 | 2,940円 | 3,336円 |
| 6時間以上7時間未満 | 2,130円 | 2,532円 | 2,922円 | 3,387円 | 3,843円 |

①-2 「大規模型通所リハビリテーション費（I）」

◆1日あたり【1割負担の場合】

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|------|------|------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 361円 | 392円 | 421円 | 450円 | 481円 |
| 2時間以上3時間未満 | 375円 | 431円 | 488円 | 544円 | 601円 |
| 3時間以上4時間未満 | 477円 | 554円 | 630円 | 727円 | 824円 |
| 4時間以上5時間未満 | 540円 | 626円 | 711円 | 821円 | 932円 |
| 5時間以上6時間未満 | 599円 | 709円 | 819円 | 950円 | 1,077円 |
| 6時間以上7時間未満 | 694円 | 824円 | 953円 | 1,102円 | 1,252円 |

◆1日あたり【2割負担の場合】

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 722円 | 784円 | 842円 | 900円 | 962円 |
| 2時間以上3時間未満 | 750円 | 862円 | 976円 | 1,088円 | 1,202円 |
| 3時間以上4時間未満 | 954円 | 1,108円 | 1,260円 | 1,454円 | 1,648円 |
| 4時間以上5時間未満 | 1,080円 | 1,252円 | 1,422円 | 1,642円 | 1,864円 |
| 5時間以上6時間未満 | 1,198円 | 1,418円 | 1,638円 | 1,900円 | 2,154円 |
| 6時間以上7時間未満 | 1,388円 | 1,648円 | 1,906円 | 2,204円 | 2,504円 |

◆1日あたり【3割負担の場合】

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1時間以上2時間未満 | 1,083円 | 1,176円 | 1,263円 | 1,350円 | 1,443円 |
| 2時間以上3時間未満 | 1,125円 | 1,293円 | 1,464円 | 1,632円 | 1,803円 |
| 3時間以上4時間未満 | 1,431円 | 1,662円 | 1,890円 | 2,181円 | 2,472円 |
| 4時間以上5時間未満 | 1,620円 | 1,878円 | 2,133円 | 2,463円 | 2,796円 |
| 5時間以上6時間未満 | 1,797円 | 2,127円 | 2,457円 | 2,850円 | 3,231円 |
| 6時間以上7時間未満 | 2,082円 | 2,472円 | 2,859円 | 3,306円 | 3,756円 |

※感染症又は災害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は、基本料金に3%が加算されます。

※以下の加算料金は、1割負担の場合の自己負担金額です。

- ②「理学療法士等体制強化加算」(1時間以上2時間未満) 1日につき 30円
- ③「中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算」 所定単位数の5%を加算
- ④「入浴介助加算(Ⅰ)」 1日につき 40円
- 「入浴介助加算(Ⅱ)」 1日につき 60円
- ⑤「リハビリテーション提供体制加算」
 - 3時間以上4時間未満 1回につき 12円
 - 4時間以上5時間未満 1回につき 16円
 - 5時間以上6時間未満 1回につき 20円
 - 6時間以上7時間未満 1回につき 24円
- ⑥「リハビリテーションマネジメント加算(A)イ」 開始月から6月以内 1月につき 560円
 開始月から6月超 1月につき 240円
- 「リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ」 開始月から6月以内 1月につき 593円
 開始月から6月超 1月につき 273円
- 「リハビリテーションマネジメント加算(B)イ」 開始月から6月以内 1月につき 830円
 開始月から6月超 1月につき 510円
- 「リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ」 開始月から6月以内 1月につき 863円
 開始月から6月超 1月につき 543円
- ⑦「短期集中個別リハビリテーション実施加算」
 退院(所)日又は認定日から起算して3月以内 1日につき 110円

- ⑧「認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）」
 退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内 1日につき 240円
 「認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）」
 退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内 1月につき 1,920円
- ⑨「生活行為向上リハビリテーション実施加算」
 利用開始月から6月以内 1月につき 1,250円
- ⑩「移行支援加算」 1日につき 12円
- ⑪「若年性認知症利用者受入加算」 1日につき 60円
- ⑫「栄養改善加算」 1回につき 200円
- ⑬「栄養アセスメント加算」 1月につき 50円
- ⑭「口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）」 1回につき 20円
 「口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）」 1回につき 5円
- ⑮「口腔機能向上加算（Ⅰ）」 1回につき 150円
 「口腔機能向上加算（Ⅱ）」 1回につき 160円
- ⑯「重度療養管理加算」 1日につき 100円
 （要介護3以上であって厚生労働大臣が定める状態にある利用者）
- ⑰「中重度者ケア体制加算」 1日につき 20円
- ⑱「科学的介護推進体制加算」 1月につき 40円
- ⑲厚生労働大臣が定めるサービス提供体制に適合した場合、「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）」として1回につき22円、又は「サービス提供体制強化加算（Ⅱ）」として1回につき18円、又は「サービス提供体制強化加算（Ⅲ）」として1回につき6円のいずれかが加算されます。
- ⑳厚生労働大臣が定める基準に適合し介護職員の賃金改善を実施した場合、「介護職員処遇改善加算」として、介護報酬で定められ積算された所定単位数に4.7%又は3.4%を乗じた単位数が加算され金額に反映されます。
- ㉑厚生労働大臣が定める基準に適合し介護職員の賃金改善を実施した場合、「介護職員等特定処遇改善加算」として、介護報酬で定められ積算された所定単位数に2.0%又は1.7%を乗じた単位数が加算され金額に反映されます。
- ㉒厚生労働大臣が定める基準に適合し介護職員の賃金改善を実施した場合、「ベースアップ等支援加算」として、介護報酬で定められ積算された所定単位数に1.0%を乗じた単位数が加算され金額に反映されます。
- ㉓通所リハビリ事業所が利用者を送迎しなかった場合、所定単位数から片道につき47単位が減算されます。

(2) 基本利用料

- ①食費 昼食およびおやつ代 660円（昼食600円・おやつ60円）
- ②教養娯楽費 1日につき 100円
 クラブ活動、レクリエーション、季節行事、ビデオソフト、書籍、遊具など、療養中の娯楽などに関する費用です。
- ③日用品費 1日につき 180円
 日常生活に必要な日用消耗品（例：シャンプー、ペーパータオル、カミソリなど）やおしぼりに関する費用です。

(3) その他の料金（その他の料金については消費税課税対象：価格は税込み表示）

- ①おむつ代 実費

- ②行事費用 実費（屋外行事、特別行事など）
- ③医療特別食 1食につき 110円
- ④経管栄養食 実費
- ⑤通常の実施地域を超えて行う送迎に要する費用
実施地域の境界を超えた距離数 （片道1km） 33円
- ⑥希望入浴料 1回 550円
- ⑦文書料 証明書 550円～
診断書 2,200円～
- ⑧嗜好品及び特別行事など 実費

※医療機関受診及びインフルエンザ予防接種代等は実費料金がかかります。

(4) キャンセル料

利用者のご都合でサービス利用を中止する場合、以下のキャンセル料がかかります。

- ①サービス利用日の前日午後5時までに連絡いただいた場合 キャンセル料はかかりません
- ②サービス利用日の当日午前8時30分までに連絡いただいた場合 利用料金の20%
- ③サービス利用日の当日午前8時30分までに連絡がなかった場合 利用料金の50%

(5) 健康上の理由による中止

- ①風邪など病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容変更または中止することがあります。その場合、指定された方に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかに医師の診察、または主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じます。

※サービスを中止した場合、同月内であれば定員に余裕がある日に振り替えることができます。

(6) 支払い方法

毎月末に精算し、翌月15日頃迄に利用契約書にご記入いただいた請求先に手渡し、もしくは郵送いたします。

お支払いは、請求書の到着月末までに受付窓口（窓口での現金取り扱いは、月～金曜日の午前8時30分から午後6時30分となります。土曜日・祝日は午前8時30分から午後5時30分まで、日曜日については現金の取り扱いは致していません。）、又は銀行振込にてお支払いいただきますようお願いいたします。なお、取り扱いについてご希望がありましたら、事務窓口までお申し出ください。

4. 各医療機関との連携

- (1) 協力医療機関
 - ◇福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院
福島県白河市豊地上弥次郎2-1（当施設より約5Km 車10分）
 - ◇医療法人社団恵周会 白河病院
福島県白河市字六反山10-1（当施設より約5Km 車10分）
- (2) 協力歯科医療機関
 - ◇ゆりのき歯科クリニック（当施設より約50m 徒歩1分）
福島県西白河郡西郷村字下前田東5-1 大松ビル3F

※協力医療機関ならびに協力歯科医療機関に対しては、利用者の状態が急変した場合、速やかに対応していただけるようお願いしております。

5. 緊急及び事故発生時、虐待防止の対応

- (1) 利用者に、容態の急変、または事故等が発生した場合、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡するとともに、速やかに医師による診察、救急処置または主治の医師または歯科医師等に連絡、必要と判断した場合は、消防署及び協力医療機関への連絡、搬送または搬送連絡等必要な措置を講じます。
- (2) 利用者又は家族等に損害を与える事故の発生を確認した場合、速やか市町村に連絡し、必要な処置を講じます。また、それに伴う賠償等の請求が発生した場合、誠意を持って話し合い双方の合意をもって行うものとします。
- (3) 緊急時の連絡先は、利用契約書にご記入いただいた連絡先に連絡することとし、速やかに必要な措置を講じます。
- (4) 利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、虐待を防止するための責任者の選定や職員に対する研修の実施、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。また、サービス提供中に、当該事業所職員又は介護者（利用者の家族等高齢者を現に介護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

6. 施設利用にあたっての留意事項

(1) 送迎時間

利用者の状態や気象状況により、多少時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

(2) 体調の確認

利用日の朝、利用者の顔色が悪い、発熱しているなど、いつもと違うと感じたときはご連絡ください。

(3) 連絡ノート

通所リハビリテーションの利用状況を記載いたしますので、必ず目を通してください。また、ご自宅の様子、気になることなどがありましたら、お気軽に記載してください。

(4) 金銭貴重品

多額の現金、貴重品はお持ちにならないで下さい。

(5) 身の回り品

施設内への持ち込みに制限はありませんが、それぞれに名前を記入し整理整頓にご協力下さい。なお危険物、ペット等のお持ち込みはご遠慮下さい。

7. 非常災害対策

当施設は防火防災構造であり、自動通報装置、スプリンクラー設備、非常すべり台等の防災設備を完備しています。また、年2回防災訓練を実施いたします。

8. 禁止行為

当施設では、ご利用される方皆様に健やかな療養生活を送っていただくため、利用者等の「営利行為、宗教活動、特定の政治活動」を禁止しています。

※重要事項に対する説明確認について

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、**介護老人保健施設ニコニコリハビリ短期入所療養介護サービス重要事項説明書**に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたしました。

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 印

説明者 所 属
氏 名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ通所リハビリテーションサービス重要事項説明書により、当該施設についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名

身元引受人 住 所
氏 名

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
通所リハビリテーションサービス利用同意書

1. 当施設をご利用いただくにあたり、利用者及び身元引受人に対して、**介護老人保健施設ニコニコリハビリ短期入所療養介護サービス重要事項説明書**に基づき必要な説明を行ない同意されましたので、一部交付いたしました。

令和 年 月 日

福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ

管理者 佐藤 健 印

説明者 所 属
氏 名

2. 私は、介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款及び通所リハビリテーションサービス重要事項説明書に基づき、当該施設についての重要事項の説明を受け、これらを十分に理解したうえで利用することに同意いたします。

同意年月日 令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名

身元引受人 住 所
氏 名

医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ 通所リハビリテーションサービス利用契約書

介護保険法令における要介護認定区分が要支援及び要介護認定者（以下「利用者」という）と医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ（以下「当施設」という。）は、介護保険法令における通所リハビリテーションサービスにおいて次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

当施設が、介護保険法令の趣旨及び介護老人保健施設ニコニコリハビリ利用約款（以下「利用約款」という。）に従ってサービスを提供すること、ならびにサービスを受けた者及び身元引受人が利用約款に基づき、利用料を支払うことについて取り交わすことを目的とします。

第2条（契約期間）

- 1 この契約期間は、契約締結日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 利用者は、利用約款の改定が行われない限り利用同意書の提出をもって、くり返し当施設を利用することができます。

第3条（通所リハビリテーション計画）

当施設では、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて「居宅サービス計画」に沿って「通所リハビリテーション計画」を作成します。当施設は「通所リハビリテーション計画」の内容を利用者及び身元引受人（以下「利用者等」という。）に説明します。

第4条（利用開始前の中止）

- 1 利用者等は、当施設に対して、利用予定日の前日午後5時までに通知することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- 2 利用者等が、利用予定日の前日午後5時までに通知することなくサービス利用を中止した場合は、当施設は利用者等に対し、重要事項説明書に定める計算方法により、利用料の全部又は一部を請求することができます。この場合、当施設は、明細書を付した請求書を利用者等に交付し、利用者等は請求書受け取った月末までに受付窓口、又は銀行振込にて支払うものとします。

第5条（本契約に定めのない事項）

この契約に定めのない事項については、介護保険法令他所法令の趣旨を尊重し、双方が誠意を持って協議し定めることとします。

以上の契約を証するため、本書を2通作成し、双方が記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日
 契約者氏名 当施設 福島県西白河郡西郷村字下前田東4番地
 医療法人社団博英会介護老人保健施設ニコニコリハビリ
 管理者 佐藤 健 印

フリガナ
 利用者 住 所
 フリガナ
 氏 名 印
 フリガナ
 身元引受人 住 所
 フリガナ
 氏 名 印

※利用約款第8条の請求書送付先

| | | |
|-------------|-----|--------------|
| ふりかな 氏 名 | 続 柄 | 電話番号 携帯番号 |
| 〒 住 所 | | |

※利用約款9条の緊急時連絡先

| ふりかな 氏 名 | 続柄 | 電話番号 携帯番号 | 勤務先 |
|-------------|----|--------------|-----|
| ① | | 電話 携帯 | |
| ② | | 電話 携帯 | |
| ③ | | 電話 携帯 | |
| かかりつけ医師 | | 病院 医院 | 先生 |
| | | 病院 医院 | 先生 |
| | | 病院 医院 | 先生 |

個人情報使用同意書

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（以下「利用者、身元引受人又は親族等」という。）の個人情報については、下記に記載するところにより、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）介護保険法令に基づき個人情報の提供を求められた場合。
- （２）学会等の研究事業において、個人を特定されないよう配慮した場合。
- （３）個別案件の相談調整の際、個人を特定しなければ決定に至らないと判断される場合。
- （４）公的機関から情報提供を求められた場合。
- （５）事業所の掲示物の他、広報誌やホームページ等を作成する場合（写真等の掲載）。
- （６）その他、施設が必要と認めた場合。

2 使用方針

- （１）個人情報の使用は、１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
- （２）事業者は、使用した個人情報について記録し、法令に定められた期間保管します。

3 個人情報の内容（例示）

- （１）氏名・住所・健康状態・病歴・家庭状況等の利用者、身元引受人又は親族等に関する情報。
- （２）認定調査票・主治医意見書・介護認定審査会等における判定結果の意見。
- （３）その他、施設が必要と認める情報。

※「個人情報」とは、利用者、身元引受人又は親族等に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

介護老人保健施設ニコニコリハビリ
管理者 佐藤 健 様

利用者 住所

氏名

身元引受人 住所

氏名

親族 住所

氏名