# 看護小規模多機能型居宅介護
# 「スミスの母里（もり）」重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
（川西市指定第　2893100202　号）

当事業所は、ご利用者に対して指定看護小規模多機能型居宅介護を提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。
※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られていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇


１．看護小規模多機能居宅介護サービスを提供する事業者・・・・・・・・・・・・・1
２．利用者に対してのサービス提供を実施する事業所・・・・・・・・・・・・・・・1
（１）事業所の所在地など
（２）事業の目的、運営方針
（３）登録定員及び利用定員
（４）居室などの概要
（５）営業日及び営業時間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
（６）職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
３．提供するサービスの概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
４．サービスの利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
５．契約の終了・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
６．秘密の保持と個人情報の保護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
７．サービス提供に関する相談・苦情の受付・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
８．運営推進会議の設置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
９．協力医療機関、バックアップ施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
１０．事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
１１．非常火災時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
１２．緊急時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
１３．第三者による評価の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
１４．身体拘束・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
１５．虐待防止・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
１６．感染防止・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
１７．褥瘡対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
１８．サービス利用にあたっての留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
１９．反社会的勢力団体の排除・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9


2026 年 1 月 20 日

## 1．看護小規模多機能型居宅介護サービスを提供する事業者

| | |
|---|---|
| 事　業　者　名　称 | 医療法人 協和会 |
| 主たる事務所の所在地 | 兵庫県川西市火打１丁目７番 13 号 |
| 電　話　番　号 | 072－758－7223 |
| 代　表　者　名 | 理事長　北川　透 |
| 設　立　年　月　日 | 昭和 57 年８月 24 日 |

## 2．利用者に対してのサービス提供を実施する事業所

（１）事業所の所在地など

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | 医療法人協和会　看護小規模多機能型居宅介護　スミスの母里（もり） |
| 事業所の所在地 | 兵庫県川西市火打１丁目 21 番 14－２号 |
| 電　話　番　号 | 072－764－7119 |
| 事業者代表者 | |
| 管理者氏名 | |
| 開　設　年　月　日 | 令和２年３月２日 |

（２）事業の目的、運営方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | ご利用者が可能な限り、住み慣れた地域でその人らしい暮らしが実現できることを目的とし、かかりつけ医との連携を図って通い・訪問・宿泊等を柔軟に組み合わせて日常生活支援します。 |
| 運営の方針 | ① 当事業所において提供する看護小規模多機能型居宅介護は、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の主旨及び内容に従い、ご利用者の意思及び人格を尊重し、通い・訪問・宿泊を組み合わせて、ご利用者の日常生活を支援します。<br>② 事業の実施にあたっては、川西市、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。 |

（３）登録定員及び利用定員

| 登　録　定　員 | 通いサービス定員 | 宿泊サービス定員 |
|---|---|---|
| 29 名 | 16 名 | ７名 |

（４）居室等の概要

| 居室　・設備の種類 | 備　考 |
|---|---|
| 個室 | ７室 |
| 居間 | ２室　（１階と２階） |
| 食堂・台所 | １室 |
| 浴室・脱衣室 | １室 |
| トイレ | ３室（１階に２室・２階に１室） |
| 処置室 | １室 |

その他 消防設備

（５）営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営　　業　　日 | 365日　年中無休 |
| 通いサービス提供時間 | 基本時間　９時00分~17時00分まで |
| 宿泊サービス提供時間 | 基本時間　17時00分~9時00分まで |
| 訪問サービス提供時間 | 24時間体制 |
| 通常の事業の実施地域 | 川西市 |

通い及び宿泊サービスの営業時間については、ご利用者の心身の状況・希望及びそのおかれている環境を踏まえて、柔軟に対応します。

又、上記の営業時間の他、電話による２４時間常時連絡が可能な体制とし、ご利用者の要請に基づき、営業時間外の対応をいたします。

※受付・相談については、原則通いサービスの営業時間と同様です。

（６）職員の配置状況

職員の配置は指定基準を厳守しています。

| 職 | 職務内容 | 人員数 |
|---|---|---|
| 管　理　者 | 事業所の従事者の管理及び業務の管理 | 常勤　１名 |
| 介護支援専門員 | ・ご利用者の居宅サービス計画、看護小規模多機能型居宅介護計画等の作成<br>・法定代理受領の要件であるサービス利用に関する市町村への届出代行<br>・ご利用者及びご家族の日常生活上の相談、助言<br>・地域包括支援センターや他の関係機関との連絡調整 | 常勤　１名 |
| 看　護　職　員 | ・ご利用者の健康管理<br>・かかりつけ医の指示による訪問看護 | 常勤　　３名<br>非常勤　４名 |
| 介　護　職　員 | ・ご利用者の日常生活全般にわたる介護<br>・日常生活に関わる相談 | 常勤　　９名<br>非常勤　３名 |

## ３．提供するサービスの概要

| 種類 | サービス内容 |
|---|---|
| 通いサービス | 事業所のサービス拠点において、安全に配慮した送迎を行い、食事や入浴、排せつ等の日常生活に必要な支援や機能訓練をします。また、かかりつけ医との連携を図り、必要な医療処置などを看護職が行います。 |
| 訪問サービス<br>（看護・介護） | ①かかりつけ医の指示書に基づき、医療処置・健康管理を看護職が行います。<br>②食事や入浴、排泄などの日常生活上の支援を行います。<br>・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気含む）は無償で使用させていただきます。<br>・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。<br>＊ご利用者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受<br>＊ご利用者もしくはその家族等への宗教活動、政治活動、営利活動<br>＊その他ご利用者もしくはその家族への迷惑行為 |
| 宿泊サービス | ①医療処置や介護方法の習得を支援します。<br>②食事や入浴、排せつ等の日常生活上の支援や機能回復訓練を提供します |

| | |
|---|---|
| 相談・助言等 | ご利用者やその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言、申請代行等を行います。 |
| 短期利用居宅介護 | 緊急時における短期利用や宿泊ニーズへの対応<br>宿泊室に空床がある場合には、登録定員に空きがある場合であって、緊急やむを得ない場合など一定の条件下において、登録者以外の短期利用が可能となります。<br>以下の要件を満たすと短期利用居宅介護が利用できます。<br>①登録者の数が登録定員未満であること。<br>②利用者の状態やその家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認めた場合であって、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認められた場合であること。<br>③利用の開始に当たって、予め７日以内（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は１４日以内）の利用期間を定めること。<br>④指定看護小規模多機能型居宅介護等が提供するサービス提供が過少である場合の減算を受けていないこと。<br>⑤指定基準に定める従業者の員数を置いていること。<br>＊料金表別紙「サービス料金表Ⅰ」をご覧下さい。 |

４．サービスの利用料金

（１）ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

① 利用料金が介護保険の給付の対象となる場合（介護保険の給付となるサービス）
② 利用料金が医療保険の給付の対象となる場合（医療保険の給付となるサービス）
③ 利用料金全額をご利用者に負担いただく場合（保険の給付とならないサービス）

（２）介護報酬の改定により、料金に変動が生じます。

（３）基本料金は通い・訪問・宿泊をすべて含んだ１カ月毎の包括費用（定額）、短期利用居宅介護費は日額で、介護保険で定める割合（サービス利用料金の１割若しくは２割、３割）が自己負担となります。
※詳しくは別紙「サービス料金表Ⅰ・Ⅱ」をご覧ください。

（４）介護保険の給付対象とならないサービス
以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

| | |
|---|---|
| ① 宿泊に要する費用 | ご利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。<br>１泊　3,500 円 |
| ② 食事の提供（食事代） | ご利用者に提供する食事に要する費用です。<br>朝食 300 円/回　　昼食 700 円/回　　夕食 700 円/回 |
| ③ 日常生活上必要となる諸費用 | 〈おむつ代・クリーニング代等〉の実費 |
| ④ レクリエーション活動等の費用 | ご利用者の希望によりレクリエーション活動等に参加していただくことができます。　利用料金：材料代等の実費 |
| ⑤ 複写物の交付 | ご利用者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 |

※ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に内容の変更する事由について、変更を行う日から２カ月前までにご説明します。

（５）利用料金のお支払い方法

１か月ごとに計算して１５日前後に請求書をお渡しいたしますので、同月２６日までに以下の口座にお振込みいただくか、現金でお支払いください。

| | |
|---|---|
| 銀行・支店名 | ：三井住友銀行　大阪第一支店 |
| 口座種別 | ：普通 |
| 口座番号 | ：１８４８７０６ |
| 口座名義 | ：イリョウホウジンキョウワカイ |

（６）利用の中止、変更

① 看護小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、ご利用者の日々の状態・希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスまたは宿泊サービスを組み合わせて介護及び看護を提供するものです。

② 利用予定日の前に、ご利用者の都合によって看護小規模多機能型居宅介護の利用を中止または変更、若しくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、原則としてサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

③（４）の介護保険給付対象外のサービスについては、利用予定日の前日までの申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

④ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況によりご利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

（７）看護小規模多機能型居宅介護計画について

看護小規模多機能型居宅介護計画の作成にあたっては、ご利用者一人ひとりの人格を尊重し、その置かれている環境等を十分に踏まえて、援助目標や具体的サービスを作成・記載します。看護サービスについては、看護師等と密接な連携を図り、ご利用者の希望・主治医の指示・看護目標及び具体的なサービス内容等を記載します。

事業所は、ご利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するため、ご利用者と協議の上で看護小規模多機能型居宅介護計画を定め、又、その実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご利用者に説明の上交付します。

（８）サービス提供の記録

提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記録し、その控えをご利用者に交付します。また、この記録は５年間保存することとします。

５．契約の終了

ご利用者は、以下の事由による契約の終了がない限り、本契約に定めるところに従い、事業所が提供するサービスを利用することができるものとします。

（１）利用者が死亡された場合

（２）要介護認定区分が要支援又は非該当と判定された場合

（３）事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖し

た場合
（４）利用者が介護保険施設に入所又は医療機関に入院された期間が１か月を超えた場合
（５）本契約が解約又は解除された場合
（６）ご利用者及び家族の故意又は重大な過失により、契約の継続が困難な場合

①ご利用者及びご利用者家族等が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご利用者及びご利用者家族等による、サービス利用料金の支払いが正当な理由が無いにも関わらず、支払い期日から２か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
③ご利用者及びご利用者家族等から、職員への著しい迷惑行為や違法行為により、職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生または再発を防止することが著しく困難である等により、利用者に対してサービス提供をすることが困難になった場合

（著しい迷惑行為・違法行為の一例）
身体的な攻撃(未遂を含む)
・殴る、蹴る、たたく、つねる、ひっかく、押し倒す、唾を吐く、ものを投げつける
・刃物等鋭利なものを向ける
精神的な攻撃
・命を脅かす発言や行動、威圧的な態度を用いた脅し
・怒鳴る、大声を発する、威圧的な態度で文句を言う、暴言を吐く
・職員を侮辱、誹謗中傷をする
・継続的、執拗な言動
・特定の職員に嫌がらせをする
・刺青を見せる
セクシャルハラスメント
・性的な発言やジェスチャー、不適切な身体接触、不必要に距離が近い
・下半身やヌード画像を見せる
ストーカー行為
・職員の後をつける、監視する、つきまとう、しつこく連絡を取る等の行為
・自宅の住所や電話番号を聞く
悪質なクレーム
・長時間の電話や対応
・土下座を要求する
・インターネットにいわれのない、誹謗中傷の事業所評価を掲載する
職員のプライバシー侵害
・許可なく職員の写真や動画撮影をする
・許可なくインターネット上に職員の氏名や写真、動画等を投稿する
不法侵入
・許可なく他人の敷地や建物に侵入する
薬物使用
・違法薬物の使用や所持を含む行為　など

違法行為については原則警察に通報をします。
事業者は、前項の（１）以外で本契約が終了する場合には、契約者の心身の状況、置かれている環境を勘案し、必要な支援を行うよう努めるものとします。

6．秘密の保持と個人情報の保護

（１）ご利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所及び事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に開示しません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

（２）個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業所は、前項の規定にかかわらず、ご利用者及びその家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で使用、提供又は収集します。

① ご利用者に関わる居宅サービス計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供
② 介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整
③ ご利用者が医療サービスの利用を希望している場合及びかかりつけ医の意見を求める必要がある場合
④ ご利用者の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合

7．サービス提供に関する相談・苦情の受付

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

| | |
|---|---|
| 医療法人協和会<br>看護小規模多機能型居宅介護<br>スミスの母里 | 苦情受付窓口（担当者）　管理者<br>（月曜日～金曜日）　８時 30 分～17 時 00 分<br>電話番号　072－764－7119<br>FAX 番号　072－764－7109 |

（２）行政機関その他苦情受付機関

| | |
|---|---|
| 【市町村の窓口】<br>川西市福祉部<br>介護保険課 | （月曜日～金曜日）　9時００分～17 時 00分<br>（祝日、１２月２９日～１月３日を除く）<br>電話番号　072－740－1149<br>FAX 番号　072－740－2003<br>所 在 地　川西市中央町１２番１号 |
| 【公的団体の窓口】<br>兵庫県国民健康保険団体連合会<br>介護福祉苦情相談係 | （月曜日～金曜日）　午前８：４５～午後５：１５<br>（祝日、１２月２９日～１月３日を除く）<br>電話番号　078－332－5617<br>FAX 番号　078－332－5650<br>所 在 地　神戸市中央区三宮町１丁目９番<br>1－1081 号（センタープラザ内） |

８．運営推進会議の設置

当事業所では、看護小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞
構　成：ご利用者やご利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、
　　　　看護小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等
開　催：隔月で開催。
議事録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

９．協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、ご利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下を協力医療機関として連携体制を整備しています。

| | | |
|---|---|---|
| 協力医療機関 | 名　　　称 | 川西市立総合医療センター |
| | 所　在　地 | 兵庫県川西市火打１丁目４番１号 |
| | 電　話　番　号 | ０５７０－０１－８１９９（ナビダイヤル） |
| | 診　療　科 | 内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科<br>腎臓内科・糖尿病内科・内分泌内科・血液内科<br>神経内科・ペインクリニック内科・外科・消化器外科<br>呼吸器外科・乳腺外科・脳神経外科・整形外科<br>形成外科・産婦人科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科<br>皮膚科・泌尿器科・精神科・リハビリテーション科<br>救急科・放射線科・麻酔科・病理診断科 |
| | 入　院　設　備 | 有 |

１０．事故発生時の対応

（１）サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市区町村、ご家族に連絡を行います。
また、事故の状況及び事故に際して取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、当事業所のサービス提供により、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。
当事業者は、以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

| | |
|---|---|
| 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損保 |
| 保険名 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| 保障の概要 | 対人・人格権侵害・対物・管理受託物 |

（２）飼育する動物に噛まれた（咬傷）場合の損害賠償請求

ご利用者が飼育する動物によって被害を受けたサービス従事者は、その飼い主に対して　損害賠償請求（第3者行為にて請求）をいたします。サービス従事者による過失事故についてはこの限りではありません。

## １１．非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年２回、ご利用者も参加して行います。

① 消防用設備

自動火災報知器、消火器等消防法による設備を設置しています。

② 災害発生時の対応

災害マニュアルに基づき緊急体制の確保及び対応を行います。

## １２．緊急時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合や、その他緊急時には速やかにご家族への連絡など必要措置を行います。

## １３．第三者による評価の実施状況

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 第三者による評価の実施状況 | １　　有 | 実施日 | | |
| | | 評価期間名称 | | |
| | | 結果の開示 | | 有　・　無 |
| | ②　　無 | | | |

## １４．身体拘束

原則として身体拘束を行いません。ただし、ご利用者または他の人の生命または身体を保護するため等緊急やむ得なく身体拘束を行う場合、当事業所の看護職がその様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録いたします。

## １５．虐待防止

利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、次の措置を講じます。

また、サービス提供中に従業員又は養護者（ご利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご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。

①　虐待防止に関する責任者の選定

| | |
|---|---|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 |

② ご利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施

④ その他虐待防止のための必要な措置

## １６．感染防止

ご利用者が感染しやすい状態ある高齢者であること、また感染自体を完全になくすことができないことを踏まえ、感染症を予防する体制を整備し、平常時から対策を実施するとともに、感染症発生時には迅速に対応を図ります。

## １７．褥瘡対策

ご利用者に良質なサービスを提供する取り組みとして、褥瘡が発生しないように適切な看護・介護に務めると共に、褥瘡対策指針を定め発生防止の体制を整備します。

１８．サービス利用にあたっての留意事項

① サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

② 事業所内の設備や器機は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

③ 事業所内での他のご利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動の他、勧誘行為などの他のご利用者に迷惑となる行為はご遠慮ください。

１９．反社会的勢力団体等の排除

事業所の運営に際し、川西市暴力団排除に関する条例に規定する暴力団等を利してはならない事と規定しています。

# 看護小規模多機能型居宅介護利用同意書

看護小規模多機能型居宅介護
スミスの母里　管理者殿

看護小規模多機能型居宅介護「スミスの母里」の重要事項説明書の内容につき、
担当者（　　　　　　　　　　　　　　）からの説明を受け、看護小規模多機能型居宅介護の提供開始に同意し１通ずつ保有するものと致します。

説明日　　令和　　年　　月　　日

重要事項説明書の説明を受け同意致します　　令和　　　年　　月　　日

（利用者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿

（代理人）

私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄：　　　　　　　）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名を代行した理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意し１通ずつ保有するものと致します。

**１．使用する目的**

① 事業者が介護保険法に関する法令に従い、私のサービス計画に基づくサービスなどを円滑に実施するために行うサービス担当者会議などにおいて必要な場合。
② 私が入院等の医療機関に受診するときに、当該医療機関に対して個人情報を使用する場合。
③ 事業者が、契約終了によって、私を他のサービス提供者へ紹介する等の支援を行う際に、必要な個人情報を使用する場合。

**２．使用にあたっての条件**

① 個人情報の提供は１に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には、関係者以外に決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容などについて記載しておくこと。

**３．個人情報の内容（例示）**

氏名、住所、病歴、家庭状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報。

**４．使用する期間**

契約日より契約終了日まで。

令和　　　年　　月　　日

（契約者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿

（代理人）

私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄：＿＿＿＿＿＿＿＿）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名を代行した理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿