

個人情報の取得および利用に関する同意書

私(利用者本人)およびその家族の個人情報については、令和 年 月 日に利用者の中村かしわ地域包括支援センターで締結した介護予防支援等利用契約書に伴い、つぎに記載するところにより必要の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的および提供範囲

【介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの提供に必要な事項】

- ・ 介護保険事務または介護扶助事務
- ・ 介護予防支援および介護予防ケアマネジメント利用者に係る事業所等の管理運営業務(サービス利用に係る開始・終了等の管理、会計・経理、事故などの報告、当該利用者の介護予防サービスの向上)
- ・ 介護予防支援および介護予防ケアマネジメントを利用する親族等とのサービス調整
- ・ サービス担当者会議での情報提供、照会への回答
- ・ 地域ケア会議での情報の使用および共有
- ・ 家族等への心身状況の説明
- ・ 介護保険または介護扶助の請求および支払事務(審査支払機関への帳票等の提出、審査支払機関または保険者からの照会への回答)
- ・ 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等
- ・ かかりつけ医師および今後受診予定の医療機関等への情報提供
- ・ 緊急時の警察・消防・医療機関等への情報提供

【上記以外の事項】

- ・ 介護保険制度、高齢者福祉施策または介護保険業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 介護保険事業所や総合福祉事務所において行われる学生等の実習への協力

2 テレビ電話装置を活用した状況確認を利用する場合

サービス担当者会議で、次の事項について主治医、担当職員その他の関係者の合意を得てから利用を開始します。

- ア ご利用者の心身の状況が安定していること
- イ 利用者がテレビ電話を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)
- ウ 担当職員がテレビ電話を活用しても把握できない情報について、ほかのサービス事業者との連携により情報を収集すること

3 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のもに漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

(利用者・家族)住所 _____

※どちらかに○ 氏名 _____

(代理人)住所 _____

※選任した場合 氏名 _____

続柄(利用者との関係) _____