

# 訪問介護サービス契約における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、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1. 使用する目的

事業者は、個人情報保護法を遵守し、介護支援事業を適正かつ円満に行うことにより介護サービス利用者にとってサービス向上を図るため、個人情報を次の目的で利用するものとする。

#### (1) 事業者部内での利用

- ①介護保険法に定める訪問介護
- ②その他事業所が行う自費及び委託業務等で利用者に提供する介護サービス
- ③学生や実習生が能力向上を図るための実習協力

#### (2) 他の介護事業者等への個人情報の提供

- ①当事業者が行う介護サービス以外の介護サービスを提供するため、他の介護事業者との連携のためのサービス担当者会議、カンファレンス、事例検討会等や照会への回答
- ②その他当事業者が業務遂行上必要な業務委託先への個人情報の提供
- ③当事業者が行う介護サービスの記録や内容を当事業者に所属する以外のケアマネジャーへの報告
- ④保険会社等への相談や届出

#### (3) 法令の定めに基づき本人の同意が不要とされる場合

### 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留め、情報提供の際には関係者以外には漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ②事業者は個人情報を使用した会議では、日時・内容・参加者氏名等を記録しておくこと。

### 3. 個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭構成等その他一切の利用者や、家族個人に関する情報
- ・訪問介護計画書
- ・その他の情報（モニタリング等）

#### 4. 使用する期間

期間は令和 年 月 日から始まり、私の認定（受給）有効期間の満了日までとします。但し事業者に対して、使用停止及び契約の終了か申し出のない限り、この同意書は自動更新するものとします。

令和 年 月 日  
事業者 ナイトウメディックス株式会社  
事業所 ヘルパーステーションミクチ 様

#### 契約者（利用者）

住所

氏名

契約者は、署名が出来ないため、契約者本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わってその署名を代行いたします。

#### 署名代行者

住所

氏名 (続柄 )

#### 利用者家族代表

住所

氏名 (続柄 )

#### 代理人（法定代理人を選定した場合）

住所

氏名 (続柄 )