

# 介護予防支援等業務契約に関す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

指定介護予防支援事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の「介護予防サービス計画」又は「介護予防ケアマネジメント」に基づき、介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議、モニタリングなどの関係機関との調整、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用した面接等に必要である場合に使用すること。

### 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決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 指定介護予防支援事業者は、個人情報を使用した業務、相手方、内容等について記録しておくこと。
- ③ 介護予防支援等業務に生成AIを活用する場合は、個人情報の取扱いに注意すること。

### 3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援等業務を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他、業務を実施するうえで必要となる情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族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。

### 4 使用する期間

介護予防支援等 契約締結時 ～ 契約解除時

年 月 日

医療法人 幸晴会 八尾市地域包括支援センター中谷

理事長 高木 康裕 様

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者家族代表者 住所 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者家族 住所 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 ( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印