

障害福祉サービス重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、「指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第171号)」第9条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1. 障害福祉サービスを提供する事業者

運営法人の名称	株式会社アミューズケア
運営法人の代表者氏名	代表取締役 滝野 昇
運営法人の所在地 連絡先	札幌市中央区南18条西12丁目4-35 エステラ式番館202 電話番号 (011) 211-0652 FAX番号(011)211-0752
法人設立年月日	平成23年8月22日

2. 事業所概要

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称 (事業所番号)	ヘルパーステーション トレインズ藤が丘 (事業所番号: 1413701135)
事業所の所在地	神奈川県横浜市青葉区藤ヶ丘二丁目4番地の8
連絡先	電話番号 045-507-5025 FAX番号 045-507-5203
管理者	
サービス提供責任者	
サービスの実施地域	神奈川県横浜市青葉区・相模原市
主たる対象者	身体障害者 知的障害者 障害児(18歳未満の身体障害者及び18歳未満の知的障害者) 精神障害者 難病等対象者
開設年月日	令和4年1月1日

(2) 事業の目的及び運営方針

目的	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定居宅介護及び指定重度訪問介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、利用者に対し、適正な指定居宅介護等を提供することを目的とする。
運営方針	(1) 事業所が行う指定居宅介護の事業は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとする。 (2) 事業所が行う指定重度訪問介護の事業は、重度の肢体不自由者であって常時介護を有する利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環

	境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに介護等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとする。
--	---

(3)事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～日曜日 (祝日及び年末年始12月30日～1月3日の間を除く)
営業時間	9：00～18：00

(4)サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～日曜日 年中無休
サービス提供時間	24時間

(5)事業所の職員体制

管理者	
-----	--

職種	職務内容	人員数
管理者	1 職員及び業務の管理を一元的に行います。 2 職員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤兼務 1名
サービス提供責任者	1 利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、障害福祉サービスが適切に行われるようアセスメントを実施し、援助の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。 2 利用者又は障害児の保護者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に居宅介護計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 居宅介護計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて居宅介護計画の変更を行います。 5 指定居宅介護事業所に対する指定居宅介護の利用の申込みに係る調整を行います。 6 居宅介護員（以下「ヘルパー」という）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。	常勤兼務 1名
居宅介護員	1 居宅介護計画に基づき、居宅介護サービスを提供します。 2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。	2.5名以上

3. 提供するサービスの内容とサービス単位について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
居宅介護計画の作成		利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた居宅介護計画を作成します。
身 体 介 護	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助	入浴の介助や清拭、洗髪等を行います。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	特段の専門的配慮をもって行う調理	医師の指示に基づき、適切な栄養量及び内容を有する特別食(腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、高脂血症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食等)の調理を行います。
	更衣介助	衣服の着脱の介助を行います。
	身体整容	日常的な行為としての身体整容を行います。
	体位変換	床ずれ予防のための、体位変換を行います。
	移動・移乗介助	室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います
	起床・就寝介助	ベッドへの誘導、ベッドからの起き上がりの介助を行います。
家 事 援 助	日常生活及び社会生活を総合的に支援するための見守り的援助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者と一緒に手助けしながら行う調理(安全確認の声かけ、疲労の確認を含みます。)を行います。 入浴、更衣等の見守り(必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認等を含みます。)を行います。 ベッドの出入り時や離床時等自立を促すための声かけ(声かけや見守り中心で必要な時だけ介助)を行います。 排泄等の際の移動時、転倒しないように側について歩きます(介護は必要時だけで、事故がないように常に見守ります。) 洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行います。
	買物	利用者の日常生活に必要な物品の買物を行います。
	調理	利用者の食事の用意を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
通院等介助		通院等又は官公署並びに指定相談支援事業所への移動（公的手続又は障害福祉サービスの利用に係る相談のために利用する場合に限る）のための屋内外における移動等の介助又は通院先等での受診等の手続、移動等の介助を行います。

(2) ヘルパーの禁止行為

(2) ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ①医行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス

- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ 障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

基本料金表

内 容	サービスに要する時間	サービス単位
身体介護	30分未満	256
	30分以上 1時間未満	404
	1時間以上 1時間30分未満	587
	1時間30分以上 2時間未満	669
	2時間以上 2時間30分未満	754
	2時間30分以上 3時間未満	837
	3時間以上 3時間30分未満	921
家事援助	30分未満	106
	30分以上 45分未満	153
	45分以上 1時間未満	197
	1時間以上 1時間15分未満	239
	1時間15分以上 1時間30分未満	275
	1時間30分以上 1時間45分未満	311
(身体介護を伴う場合)	30分未満	256
	30分以上 1時間未満	404
	1時間以上 1時間30分未満	587
	1時間30分以上 2時間未満	669
	2時間以上 2時間30分未満	754
	2時間30分以上 3時間未満	837
	3時間以上 3時間30分未満	921
(身体介護を伴わない場合)	30分未満	106
	30分以上 1時間未満	197
	1時間以上 1時間30分未満	275
	1時間30分以上 2時間未満	345
特定事業所加算（II）	月あたり総サービス単位×10%	※令和6年6月1日 から適用
介護職員等待遇改善加算 (1)	月あたり総サービス単位×41.7%	※令和6年6月1日 から適用

※ 上記単位数に、地域区分16%乗じた金額での請求となります

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅介護計画に位

置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、居宅介護計画の見直しを行ないます。

- ※ サービス提供を行う手順書等により、市町村が2人派遣を認めた場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。
- ※ 利用者の体調等の理由で居宅介護計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。
- ※ 通院等のための乗車・降車の介助を行うことの前後に連続して相当の所要時間(20~30分程度以上)を要しつつ食事や着替えの介助、排泄介助など外出に際しての身体介護を行う場合には、「通院等介助(身体介護を伴う場合)」を算定します。
- ※「通院等介助(身体介護を伴う場合)」の前後において、居宅における外出に直接関係しない身体介護(例:入浴介助、食事介助など)に30分~1時間以上を要しつつ当該身体介護が中心である場合には、通算して「身体介護」を算定します。
- ※介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

【加算項目】

- ①サービス提供の時間帯により下表のとおり料金が加算されます。

提供時間帯名	早朝	昼間	夜間	深夜
時間帯	午前 6時から 午前 8時まで	午前 8時から 午後 6時まで	午後 6時から 午後10時まで	午後10時から 午前 6時まで
加算割合	100分の25		100分の25	100分の50

- ②事業所のとっている体制又は対応の内容等により、下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	サービス単位	算定回数等
緊急時対応加算	100単位/1回	ひと月に2回を限度とする
初回加算	200単位	初回月、1回のみ

※ 緊急時対応加算は、利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が居宅介護計画の変更を行い、ヘルパーが居宅介護計画において計画的に訪問することとなつていなイサービスを緊急に行った場合に加算します

対象となるサービスは、身体介護及び通院等介助(身体介護を伴う場合)に限ります。

※ 初回加算は、新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回のサービス提供と同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行う場合又は他のヘルパーがサービス提供を行う際に同行した場合に加算します。

- ③ 利用者の依頼により、利用者の負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行なった場合は、以下の料金が加算されます。

内 容	利用者負担額	算定回数等
利用者負担上限額管理加算	153円	ひと月あたり

(4) その他の費用について

① 交通費	利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外の地域において指定居宅介護等を行う場合は、利用者から、それに要した交通費の額の支払を受け
-------	--

	<p>ものといたします。当該交通費は、公共交通機関を使用した場合は実費を、また、自動車を使用した場合は次の額を請求いたします。</p> <p>事業所から通常の実施地域を超えて 1 kmごとに50円</p>	
②キャンセル料	<p>キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。</p>	
	利用前日の17時までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	利用前日の17時以降のご連絡の場合	1割相当金額を請求いたします
<p>※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。</p>		
③サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で 使用する電気、ガス、水道の費用	<p>利用者（お客様）の負担となります。</p>	
④通院等介助等におけるヘルパーの公共交通機関等 の交通費		

(5)利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

利用者負担額そ の他の費用の支 払い方法につい て	<p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月20日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)現金支払い (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)事業者指定口座への振り込み</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡しますので、保管をお願いします。</p> <p>また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡しますので、必ず保管をお願いします。</p>
------------------------------------	--

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から3月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくことがあります。

(6)担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

利用者ご事情により、担 当ヘルパーの変更を希望さ れる場合は、右のご相談担 当者までご相談ください。	<p>ア 相談担当者氏名 管理者 イ 電話番号 045-507-5025 FAX番号 045-507-5203 ウ 受付日および受付時間 月曜日～金曜日 9時から18時</p>
---	--

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

(7)サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 居宅介護計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「居宅介護計画」を作成します。作成した「居宅介護計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容

を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

サービスの提供は「居宅介護計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

(3) 居宅介護計画の変更等

「居宅介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

また、サービス利用の変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(5) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道、ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。また、ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

(8)虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者（児）施設における虐待の防止について」（平成17年10月20日障発第1020001号厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知）に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 :
-------------	-------

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤ 虐待防止の推進（委員会の設置・委員会の開催・議事録の周知）を実施しています。

(9)秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ・事業者及び事業者の使用者（以下「職員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ・また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ・事業者は、職員に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させる
-------------------------	--

	ため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。
②個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none"> 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

(10)緊急時の対応方法について

- ① サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【主治医】

主治医氏名	
所属医療機関名	
所在地	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 電話番号 FAX番号 </div>

【ご家族等の連絡先】

氏名	(続柄)	
住所及び連絡先	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 電話番号 FAX番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 携帯 </div>	
勤務先	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 電話番号 FAX番号 </div>	

【その他の連絡先】

氏名	
所在地	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 電話番号 FAX番号 </div>

(11)事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者

の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(12) 身分証携行義務

ヘルパーは、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

(13) 心身の状況の把握

指定居宅介護の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

(14) 連絡調整に対する協力

事業者は、指定居宅介護の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

(15) 他の指定障害福祉サービス事業者等との連携

指定居宅介護の提供に当り、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

(16) サービス提供の記録

- ※ 指定居宅介護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ※ 指定居宅介護の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ※ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

(17) 指定居宅介護サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり（予想月額）を作成します。

(18) 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した指定居宅介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

(イ) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いている。又、担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐものとする。

(イ) 担当職員については、携帯電話の常備を義務付けると共に、連絡・報告事項の確実な引継ぎを行うものとする。

【事業者の窓口】	担当者 管理者 電話番号 045-507-5025 ファックス番号045-507-5203 受付時間 9時00分～18時00分 月曜日～金曜日 (但し、祝日・年末年始12月30日～1月3日を除く)
----------	---

【第三者窓口】	神奈川県国民健康保険団体連合会 電話番号 045-329-3447
---------	--------------------------------------

(19) サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

(20) 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------

上記内容について、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行条例に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号平成18年9月29日）」第9条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在 地	札幌市中央区南18条西12丁目4-35 エステラ弐番館202		
	法 人 名	株式会社アミューズケア		
	代表者名	代表取締役 滝野 昇		印
	事業所名	ヘルパーステーション トレインズ藤が丘		
	説明者氏名	管理者		

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	印

代 理 人	住 所	
	氏 名	印

障害福祉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事に同意します。

記

1. 使用する目的

1)当事業所での利用

- ◇当事業所で利用者等に提供するサービス
- ◇介護給付費事務
- ◇利用者様に係る管理運営業務のうち
 - ・会計・経理
 - ・質向上・安全確保・事故あるいは未然防止等の分析・報告
 - ・利用者様等へのサービスの向上

2)他の事業者等への情報提供

- ◇当事業所が利用者等に提供するサービスのうち
 - ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者等との連携
 - ・家族等への病状説明
- ◇介護給付費事務のうち
 - ・保険事務の委託
 - ・審査支払機関又は保険者への介護給付費明細書（レセプト）の提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ◇賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- ◇第三者機関への質向上・安全確保・事故対応・未然防止等のための報告

3)上記以外の利用目的

①当事業所での利用

- ◇管理運営業務のうち
 - ・障害福祉サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - ・サービス提供責任者・登録ヘルパーの教育・研修
 - ・事例検討・研究
 - ・支援経過および予後調査、満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
 - ・その他、介護・労災・自賠責保険および公費負担医療に関する診療費請求の為の利用

②他の事業者等への情報提供を伴う事例

◇当事業所の管理運営業務のうち

- ・外部監査機関への情報提供
- ・当該利用者に障害福祉サービスを提供する他の障害福祉サービス事業者との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

2. 個人情報を提供する事業所

- ・病院又は診療所（体調等を崩し又はケガ等で病院を受診した際）

3. 使用する期間

- ・ヘルパーステーショントレインズ藤が丘のサービス契約締結時からサービス契約終了迄の期間

4. 使用する条件

- ・個人情報の使用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることの無いよう最新の注意を払う。
- ・個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

年 月 日

株式会社 アミューズケア
ヘルパーステーション トレインズ藤が丘 様

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

法定代表人・代筆者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

利用者家族 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____