

## 障害者支援施設（施設入所支援・生活介護）

### サンホーム豊田 重要事項説明書

令和7年4月1日現在

#### 1 事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
所在地	愛知県春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1
電話番号	0568-88-8302

#### 2 事業所の概要

施設名称	サンホーム豊田
施設で行うサービス	施設入所支援、生活介護
主たる対象者	知的障がい者
事業内容・定員	施設入所支援：60名 / 生活介護：60名
事業所番号	2313400810
指定年月日	平成24年4月1日
施設長	〇〇 〇〇
サービス管理責任者	〇〇 〇〇
所在地	愛知県豊田市野見山町5-80-1
電話番号	0565-88-2001
FAX番号	0565-88-0900
通常の事業の実施地域	豊田市全域

#### 3 事業の目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び管理・運営に関する事項を定め、施設の円滑な運営管理を図ることを目的とします。

#### 4 運営の方針

- (1) 利用者が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障がい福祉サービス計画を作成し、その効果について継続的な評価を実施すること、その他の措置を講ずることにより、適切かつ効果的に施設障がい福祉サービスを提供します。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った施設障がい福祉サービスの提供に努めます。
- (3) 地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、他の障がい福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (4) 障害者総合支援法に定める内容のほか、関係法令を遵守し、事業を実施します。

## 5 サービスの概要

### (1) 昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日及び施設長が定めた日
営業時間	午前9時から午後3時30分まで

### (2) 職員の配置状況

職 種	従 業 者 数
管理者	1人
サービス管理責任者	1人以上（1人以上は常勤）
医師	1人以上
看護職員	1人以上
機能訓練指導員	1人以上
生活支援員	1人以上（1人以上は常勤）
管理栄養士	1人以上

### (3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
サービス管理責任者	日勤B 9:00 ~ 18:00
管理栄養士	8:45 ~ 17:30
相談員	8:45 ~ 17:30
事務員	8:45 ~ 17:30
看護職員	日勤B 9:00 ~ 18:00
機能訓練指導員	日勤B 9:00 ~ 18:00
生活支援員	早出 7:00 ~ 16:00
	日勤B 9:00 ~ 18:00
	遅出1 10:15 ~ 19:15
	遅出2 12:00 ~ 21:00
	夜勤 15:30 ~ 翌9:30
	準夜勤 23:00 ~ 翌8:00 ※土曜日のみ

### (4) 同施設の設備の概要

居室・設備の種類		室 数	備 考
居室	個室	30室	ベッド、タンス、机、冷暖房完備 ※短期入所10室含む
	二人部屋	20室	
浴室		1室	冷暖房完備
食堂		1室	冷暖房完備
医務室		1室	冷暖房完備
静養室		1室	冷暖房完備
洗面所・トイレ		12室	
洗濯室		1室	
相談室		2室	冷暖房完備
多目的ホール		1室	冷暖房完備
作業室		1室	冷暖房完備

(5) 同施設の構造・面積

建物の構造	鉄筋コンクリート・鉄骨鉄筋コンクリート造アルミニウム板ぶき3階建
建物延面積	2,653.69 m <sup>2</sup>

(6) 嘱託医・協力医療機関の概要

ア 嘱託医

名 称	衣ヶ原病院	
所在地・連絡先	豊田市広久手町2-34	TEL: .0565-32-0991
診 療 科	内科、精神科 ほか	

イ 協力医療機関

名 称	トヨタ記念病院	
所在地・連絡先	豊田市平和町1-1	TEL: 0565-28-0100
診 療 科	内科、外科、精神科 ほか	
名 称	大正ファミリー歯科	
所在地・連絡先	豊田市五ヶ丘1-2-4	TEL: 0565-88-0010
診 療 科	歯科	

6 提供するサービス内容と利用料金

(1) 提供するサービス内容

サービス区分	内 容
障がい福祉サービス計画の作成	利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。
食事	<p>栄養士の立てる献立表により、栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事（ペースト食・きざみ食等）を提供します。一時的な疾病等により、食堂において食事することが困難な場合は、居室において食事を提供するなど、必要な配慮を行います。</p> <p><b>【食事時間】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・朝食 7:30 ～ 9:00</li> <li>・昼食 11:30 ～ 13:30</li> <li>・夕食 17:30 ～ 18:30</li> </ul>
入浴	入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状況より、入浴が困難な場合には清しきを行うなど適切な方法で実施します。
排せつ	適切な排せつ援助を行うとともに、自主排せつを目指した適切な支援を行います。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって、食事・整容・更衣・排せつ等の生活全般にわたる援助を行います。
機能訓練の実施	身体機能の維持向上や、食事・家事等の日常生活能力を向上するための訓練を実施します。
生活相談	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。

健康管理	日常生活上必要な健康状態のチェックや服薬、その他必要な医療管理を行います。また、医療機関との連絡調整や協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
服薬管理	医師からの処方による薬については、看護職員の管理のもと、個々の利用者の状況に応じて、適切な支援を行います。
創作的活動	利用者の興味や適性に合わせ、様々な活動の機会を提供し、個々の状況に応じた支援をすることで、日々の充実、心の安定を得られるように支援します。それにより、個々の自信や生活意欲を高め、情緒の安定や機能訓練への一助となるように支援します。
生産活動	利用者が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、外注作業、野菜の栽培、紙すき製品制作等の生産活動を提供します。
余暇活動	地域行事等の情報提供やレクリエーション、クラブ活動、各種行事等を実施します。
土日等の日中支援	土日等の、日中活動サービスが提供されない日等（当事業所の施設入所支援のみ利用される日）においても適切なサービスを提供します。

## (2) 利用料金

### ア 介護給付費等から給付されるサービス

(ア) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について、厚生労働大臣が定めた基準により利用料が発生します。利用者負担は、原則、利用料の1割です。ただし、所得に応じて市町村が定めた利用者負担上限額を上限としています。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。負担上限月額等に関する詳細につきましては、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

(イ) 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。

### 【利用料金表】

事業種別	基本料金 地域区分単価 1 単位あたり
施設入所支援	10.99 円
生活介護	10.92 円

### サービス費：施設入所支援

区分	区分 2 以下	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6
単位数／日	149 単位	188 単位	239 単位	301 単位	360 単位

サービス費：生活介護

区分		区分2以下	区分3	区分4	区分5	区分6
単位数 ／日	3時間未満	178 単位	197 単位	221 単位	319 単位	431 単位
	3時間以上 4時間未満	222 単位	245 単位	276 単位	398 単位	539 単位
	4時間以上 5時間未満	266 単位	294 単位	330 単位	477 単位	647 単位
	5時間以上 6時間未満	310 単位	343 単位	384 単位	557 単位	754 単位
	6時間以上 7時間未満	429 単位	475 単位	533 単位	775 単位	1,049 単位
	7時間以上 8時間未満	442 単位	488 単位	547 単位	797 単位	1,078 単位
	8時間以上 9時間未満	503 単位	549 単位	609 単位	858 単位	1,140 単位

各種加算：施設入所支援

区 分	単位数	内容
入所時特別支援加算	30 単位/日	新たに入所者を受け入れた場合、入所から 30 日以内の期間について加算。
入院・外泊時加算Ⅰ	320 単位/日	利用者が病院等に入院した場合や居宅へ外泊した場合等に、所定単位数に代えて算定。8日を限度とする。
入院・外泊時加算Ⅱ	191 単位/日	(Ⅰ)の要件で8日を超えた日から82日を限度とする。
入院時支援特別加算	561 単位/日	利用者が入院した際、一定の支援を行った場合に、所定単位数に代えてご負担いただきます。入院期間4日未満。
	1,122 単位/日	上記内容で入院期間が4日以上の場合。
集中的支援加算Ⅱ	500 単位/日	集中的な支援が必要な利用者を他の福祉事業所から受入
重度障害者支援加算Ⅱ(一)	360+500 単位/日	中核的人材養成研修修了者もしくは、強度行動障害者支援者養成研修(実践研修)修了者の作成した支援計画シート等に基づき、一定の割合以上を占める強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)修了者が、強度行動障害を有する者に対して個別の支援を行った場合に加算。 ※1 算定開始した日から180日以内の期間についてさらに加算あり。 ※2 障がい支援区分・行動障害点数によって加算条件を区分しています。
重度障害者支援加算Ⅱ(二)	150+200 単位/日	
重度障害者支援加算Ⅲ(一)	180+400 単位/日	
重度障害者支援加算Ⅲ(二)	150+200 単位/日	
栄養マネジメント加算	12 単位/日	常勤の管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成して栄養管理を行っている場合
療養食加算	23 単位/日	厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合に加算。
経口維持加算Ⅰ	28 単位/日	著しい摂食機能障害があり、医師の指示に基づき、栄養士が継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合に加算。
経口維持加算Ⅱ	5 単位/日	摂食機能障害があり、医師の指示に基づき、栄養士が継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合に加算。
口腔衛生管理体制加算	30 単位/月	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、従業者に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
通院支援加算	17 単位/回	通院に係る支援を実施した場合。月2回を限度とする。
地域移行促進加算	60 単位/日	地域生活への移行に向けた支援を実施した場合
福祉・介護職員等処遇改善加算		厚生労働大臣が定める基準に適合している職員の賃金の改善等を実施し、県知事に届け出た指定障害者支援施設が、利用者に対し施設入所支援サービスを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い相当する額を加算  Ⅰ：基本料金、加算料金等により算定した額の1000分の159に相当する額

各種加算：生活介護

区 分	単位数	内容
初期加算	30 単位/日	利用開始日から起算して 30 日以内の期間について加算
人員配置体制加算Ⅰ	263 単位/日	手厚い人員配置体制をとっている場合
人員配置体制加算Ⅱ	212 単位/日	
人員配置体制加算Ⅲ	136 単位/日	
人員配置体制加算Ⅳ	38 単位/日	
福祉専門職配置等加算Ⅰ	15 単位/日	基準以上の有資格者を配置した場合に加算
福祉専門職配置等加算Ⅱ	10 単位/日	
福祉専門職配置等加算Ⅲ	6 単位/日	常勤職員の配置割合に応じて加算
リハビリテーション加算Ⅱ	20 単位/日	有資格者を配置し、多職種が共同して計画書を作成し、個別に実施した場合。頸髄損傷による四肢の麻痺等の状態にある者を実施した場合はⅠも算定。
リハビリテーション加算Ⅰ	48 単位/日	
常勤看護職員等配置加算Ⅰ	11 単位/日	看護職員の配置人数（常勤換算）に乗じて加算
常勤看護職員等配置加算Ⅱ	22 単位/日	
障害福祉サービスの体験利用 支援加算	500 単位/日	障害福祉サービス事業の体験利用を行った場合に、15 日以内に限り加算。初日から 5 日目まで。
	250 単位/日	上記内容と同じ。6 日目から 15 日まで。
福祉・介護職員等処遇改善加算		厚生労働大臣が定める基準に適合している職員の賃金の改善等を実施し、県知事に届け出た指定障害者支援施設が、利用者に対し施設入所支援サービスを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い相当する額を加算  Ⅰ：基本料金、加算料金等により算定した額の 1000 分の 101 に相当する額

イ 食費及び光熱水費について

(ア) 食費

利用者が施設で提供する食事をされた場合の料金は、次のとおりです。

食 費	金額
朝食	347 円/日
昼食	552 円/日
夕食	552 円/日

※ 食事をキャンセルする場合は、下記までにお申し出ください。期日を過ぎた場合は食事代のキャンセル料金(食材費相当)が発生します。

利用予定日（朝食：前日 19 時、昼食：当日 10 時 30 分、夕食：当日 16 時 40 分）

(イ) 光熱水費

施設設備に係る光熱水費は、次のとおりです。

時間帯	施設入所支援利用者	生活介護のみ利用者
生活介護（昼間）	2,330 円	—
施設入所支援（夜間）	9,050 円	—

入浴に係る光熱水費は、次のとおりです。

入浴	生活介護のみ利用者
一日あたり	200 円/日

## ウ その他の費用

項目	内容	料金
日用品費	日常生活支援を行う上で、負担していただくことが適当であるものに係る費用	実費
理美容代	出張理美容専門業者に支払う費用	実費
喫茶代	菓子類、飲み物等	150 円/1 回
コピー代	サービス提供記録、行政書類等	10 円/1 枚
電話代	施設所要の電話を使用した場合	10 円/1 分
創作的活動費用	余暇活動の一環として創作的活動、クラブ活動等で利用者に負担していただくことが適当な費用	実費
生産活動等に係る費用	生産活動を行う上で、負担していただくことが適当であるものに係る費用	実費
事務手数料	金銭管理を行う場合に係る費用	1500 円/月
各種証明書発行手数料	利用者・家族の希望により各種証明書を発行する場合の費用	1000 円/1 件
個人所有における光熱水費	居室に個人使用の電化製品を設置した場合に係る費用	【月額】 テレビ： 200 円 ラジカセ：50 円 等
送迎費用	燃料費等の実費分が送迎加算の額を超える場合	実費
金銭管理費用	入出金、保管等における金銭管理を行う場合に係る費用	1500 円/月

### (3) 請求について

利用料金については、1 月ごとに計算し、介護給付費（市町村が発行する障がい福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額）、及び食費、光熱水費、その他の費用を、毎月請求させていただきます。

※ 介護給付費：合計単位数×地域区分単価（1 円未満切り捨て）

## 7 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、翌月 26 日（土日祝日の場合は次の平日）に金融機関から引落しをさせていただきます。口座振替手数料として、1 回につき 85 円のご負担をお願いいたします。現金によるお支払いの場合は、営業時間内にお支払いいただきますようお願いいたします。

その他の費用につきましては、預り金から徴収させていただきますが、一部口座から引き落としもさせていただきます。

## 8 利用者の入院に係る取扱いについて

事業者は、利用者が医療機関に入院する必要がある場合等であって、入院後おおむね 3 か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、利用者の希望等を勘案し、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当施設に円滑に入所することができるよう努めます。

## 9 居室の変更について

居室の空き状況、利用者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。その際は、利用者及びご家族にご相談の上実施するものとします。

## 10 利用者の記録及び情報管理について

利用者に対する障がい福祉サービスの提供についての記録を作成し、それをサービス完結の日より5年間保管し、利用者又は家族の請求に応じてその内容を開示します。

## 11 サービスの終了

### (1) 利用者からの契約解除について

利用者は、7日前までに書面により通知することによってこの契約を解除することができます。

### (2) 事業者からの契約解除について

ア 事業者は、利用者が、連続して3か月を超えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合、又は連続して3か月を超えて入院した場合、書面により通知することによってこの契約を解除することができます。

イ 利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより直ちに契約を解除させていただく場合がございます。

(ア) 利用者及びその家族が契約締結時に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、又は不実の告知を行い、その結果サービスを継続しがたい事情を生じさせた場合

(イ) 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合

(ウ) 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為(※)を行うなどによって、サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります(暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等)。

### (3) 契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が死亡した場合

イ 事業所を閉鎖した場合

ウ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合

エ 事業所が事業指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

## 12 非常災害対策

当施設は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害時に備えるため定期的に避難、救出等訓練を行います。



### 13 緊急時の対応方法

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかにあらかじめ施設が定めた協力医療機関に連絡するなどの措置を講じ、「緊急連絡先」に記入いただいた利用者が指定する連絡先にも連絡します。

### 14 事故発生時の対応

利用者の事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

### 15 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

### 16 身体拘束の禁止

サービス提供に当たり、利用者若しくは他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録を行います。

身体拘束等の適正化のための担当者を配置し、廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止に向けての取組みをしていきます。

### 17 当施設の利用にあたっての留意点

種類	内容
所持品の持ち込み	・身の周り品、衣類は持ち込み可能です。 ・貴重品、危険物については、お手元管理はお控えください。
外出・外泊	・事前に申し出を行い、外出・外泊届けに記入をお願いします。
面会	・面会時間は、午前10時から午後16時までとします。 ・面会簿に記入をお願いいたします。 ・面会時、生もの等の持ち込みはおやめ下さい。なお、食べ物を持ち込みの際は職員に連絡をお願いします。
家族の宿泊	・家族が宿泊を希望される場合は、あらかじめ前日17時までに施設に申し出て下さい。
喫煙及び火気の使用	・定められた喫煙場所以外では喫煙はできません。居室での火気の使用は固く禁じます。
貴重品の管理	・貴重品の破損、紛失については、責任を負いかねます。利用者の責任において管理していただきます。
健康管理	・施設で実施する健康診断は年2回以上受けてください。 ・新型コロナ、インフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを医師が判断した場合、完治するまで感染対策を実施します。
洗濯	・衣類、シーツ等の洗濯は当施設で行います。洗濯機・乾燥機にかけられない素材のものはご家族で対応して下さい。

防災	・毎月1回以上、利用者が参加して防災訓練を実施します。
宗教活動・政治活動・営利活動	・利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
設備等について	・施設の所有管理に係る設備等財産について滅失、破損、汚損、変更等をした場合には、賠償していただくことがあります。

## 18 その他の運営について

### (1) 虐待の防止のための措置

- ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- イ 虐待の防止のための指針を整備します。
- ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。
- エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

名称	職種	氏名
虐待防止に関する担当者	サービス管理責任者	〇〇 〇〇

### (2) 業務継続計画の策定等について

- ア 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定します。
- イ 非常災害対策と一体的に取り組みます。非常災害における防火管理について責任者を定め、防災計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備します。
- ウ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

### (3) 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止について

- ア 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的（3月に1回以上）に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- イ 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ウ 従業者に対する研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

### (4) 同性介助について

- ア 本人の意思に反する異性介助がなされないよう、本人の意向を把握し、本人の意向を踏まえたサービス提供体制の確保に努めます。
- イ 人員体制の見直し等を含め必要な検討を行った結果、人員体制の確保等の観点から十分に対応することが難しい場合には、その旨を利用者に対して丁寧に説明し、理解を得るよう努めます。

### (5) 意思決定の支援について

- ア 利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に利用者への意思決定の支援が行われるように努めます。
- イ 前号に掲げる措置を適切に実施するための意思決定支援責任者を配置します。

名称	職種	氏名
意思決定支援責任者	サービス管理責任者	〇〇 〇〇

(6) 地域移行等意向確認等について

- ア 利用者の地域生活への移行に関する意向の把握、障がい福祉サービス等の利用状況等の把握及び利用に関する意向の定期的（6月に1回以上）な確認を行います。
- イ 地域移行等意向確認等における指針を整備します。
- ウ 前号に掲げる措置を適切に実施するための地域移行等意向確認担当者を配置します。

名称	職種	氏名
地域移行等意向確認担当者	サービス管理責任者	〇〇 〇〇

(7) 質的向上を図るための研修について

従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(8) 福祉サービス第三者評価実施状況

実施した直近の年月日	令和3年11月18日
実施した評価機関	一般社団法人福祉サービス評価センター
評価結果の開示状況	公表（愛知県福祉サービス第三者評価推進センター）

## 19 個人情報の利用について

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。
- (4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。
  - ア 使用目的
    - (ア) 適切なサービス提供のために必用な法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他法人が行う介護・福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整
    - (イ) 利用者もしくはその家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの医師及び看護職員等への情報提供
    - (ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため
  - イ 個人情報の内容
    - (ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、施設がサービスを行うために必要な利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人の個人情報
    - (イ) その他の利用者、その家族又は代理人及び連帯保証人兼身元引受人に関する個人情報であって、特定の個人が識別、又は識別されうる情報
  - ウ 個人情報を提供する事業所
    - (ア) 担当の相談支援事業所又は障がい者生活支援センター

- (イ) 支援計画に記載されている事業所
  - (ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）
  - (エ) 福祉事務所、保健所又は障がい者生活支援センター等
- エ 使用する期間  
 契約終了まで

## 20 サービス内容に関する苦情処理の体制

当事業所の苦情担当者

苦情解決責任者	施設長	〇〇	〇〇	
苦情受付担当者	サービス管理責任者	〇〇	〇〇	
連絡先	T E L	0565 - 88 - 2001	F A X	0565 - 88 - 0900
受付時間	午前9時から午後5時			

※ 苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

機関名	部署名	連絡先
社会福祉法人愛知県社会福祉協議会	運営適正化委員会	052 - 212 - 5515
豊田市役所	福祉部障がい福祉課	0565 - 34 - 6751

事業者が行う介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項及び個人情報の利用に関する説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1  
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会  
代 表 者 理事長 西村 眞

【事業所】 住 所 豊田市野見山町 5 丁目 80 番地 1  
名 称 サンホーム豊田  
管 理 者 施設長 ○○ ○○

【説明者】 職 名 サービス管理責任者  
氏 名 ○○ ○○

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、事業者が行う介護サービスの提供について同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

【家族又は代理人】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

【連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
兼身元引受人】

氏 名 \_\_\_\_\_