「指定障害福祉サービス」重要事項説明書

～　短期入所　～

支援施設あさいな

当施設は障害者総合支援法の指定を受けています。
（宮城県指定　　第０４１２７０００６４号）

当施設は、ご契約者に対して短期入所サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

１．　経営法人
２．　ご利用施設
３．　居室の概要
４．　職員の配置
５．　当施設が提供するサービスと利用料金
６．　サービス提供における事業者の義務
７．　施設利用上の留意事項
８．　損害賠償について
９．　契約の終了について
１０．サービス利用中の医療の提供について
１１．苦情の受付について
１２．虐待防止のための措置について
１３．福祉サービス第三者評価の実施状況について
１４．身元引受人
１５．連帯保証人
１６．事故発生時の対応について
１７．個人情報の使用等について
１８．非常災害対策

１．経営法人

（１）法人名　　社会福祉法人　永楽会
（２）法人所在地　　宮城県黒川郡大和町吉岡字中町３２番地２
（３）電話番号　　０２２－７７９－６６４５
（４）代表者氏名　　理事長　小川　宗寿
（５）設立年月　　昭和５５年８月２３日

２．ご利用施設

（１）サービスの種類　　短期入所
（２）指定年月日　　平成２４年４月１日指定
宮城県　第０４１２７０００６４号
（３）施設の目的　　ご契約者の有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。
（４）施設の名称　　支援施設あさいな
（５）施設の所在地　　宮城県黒川郡大和町宮床字摺萩２４番地４
（６）電話番号　　０２２－３４７－８０８０
（７）ＦＡＸ　　０２２－３４６－２１２０
（８）メールアドレス　　asaina@eiraku.or.jp
（９）管理者氏名　　管理者　佐藤　友紀
(10) 利用定員　　空床
(11) 主たる障害の種類　　知的障害
(12) 営業日及び受付時間

営業日	受付時間
年中無休	８時３０分　～　１７時３０分

３．施設の概要

当施設では以下の施設及び設備をご用意しています。

種類	室　数	面　積	備　考
１人部屋	８室	９６㎡	１２㎡／１人あたり
２人部屋	２４室	３８４㎡	８㎡／１人あたり
食堂	１室	１０４．９㎡	
活動室	７室	２１３㎡	
医務室／静養室	３室	２７㎡	
浴室	３か所	４９．２５㎡	男女棟各１か所・響１か所
トイレ	７か所	１１５．３３㎡	男女棟各２か所・響３か所

４．職員の配置

当施設では、以下の職員（職種・人数）を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉　※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	指定基準
１．管理者	1
２．医師	1
３．サービス管理責任者	１以上
４．看護職員	１以上
５．理学療法士	１以上
６．生活支援員	17 以上
７．栄養士	１以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	時間帯
１．管理者	８：３０　～　１７：３０
２．医師	内　科：月２回（第２・４火曜日）13 時～14 時 精神科：月１回（第 3 火曜日）　10 時～12 時
３．看護職員	早４：　７：３０　～　１６：３０ 日勤：　８：３０　～　１７：３０ 遅１：　９：３０　～　１８：３０
４．サービス管理責任者 生活支援員	早１：　６：１５　～　１５：１５ 早２：　６：４５　～　１５：４５ 早３：　７：００　～　１６：００ 早４：　７：３０　～　１６：３０ 日勤：　８：３０　～　１７：３０ 遅１：　９：３０　～　１８：３０ 遅２：　９：４５　～　１８：４５ 遅３：１１：００　～　２０：００ 遅４：１２：１５　～　２１：１５ 夜勤：２１：００　～　　７：００

５．当施設が提供するサービスと利用料金（契約書第３条～第７条）

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

（1）当施設が提供する介護給付対象のサービス

以下のサービスについては、利用料金の９割が介護給付費から給付されます。

なお、自己負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありませんので、障害福祉サービス受給者証をご確認下さい。

＜サービスの概要＞

①食事支援

・ご契約者の摂食、嚥下能力及び身体状況にあわせて、適切な方法で支援します。

②排せつ支援

・ご契約者が自立的な排泄を行うことができる環境を整えると共に、ご契約者のリズムや心身の状況にあわせて、適切な方法で支援します。

③入浴支援

・ご契約者の希望と心身の状況にあわせて、入浴又は清拭の支援を行い、全身の新陳代謝を高めると共に、身体の清潔を保ちます。

④健康管理

・日々の健康管理は看護職員が行い、ご契約者の心身状況の変化に留意し、健康保持に努めます。

⑤相談援助

・ 利用者本人及びご家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。

（2）当施設が提供する介護給付費対象外のサービス

以下のサービスについては、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①居室の提供

料　　金 ： １日あたり　395 円（光熱水費）

②食事の提供

地域性や季節を感じることができるメニューを取り入れ、栄養及びご契約者の身体の状況、嗜好を考慮した食事を提供します。

料　　金 ： 朝食　330 円　　昼食　600 円　　夕食　500 円

③おやつの提供

料　　金 ： １回あたり　50 円（1 日 3 回提供）

④レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望により、レクリエーション、クラブ活動を実施します。活動に参加いただく場合には、実費相当の負担をいただく場合があります。

⑤金銭等の管理

ご契約者の希望により、金銭等管理サービスをご利用いただけます。

料　　金 ： 1か月あたり　1,000円

※入所待機者で、事情により当施設に長期間短期入所をしている場合に限ります。

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

※ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

〈サービス利用料金（１日あたり）〉

下記の料金表によって、ご契約者の障害支援区分に応じた基本料金から介護給付費額を除いた金額(自己負担額)と、居室及び食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

◇　福祉型短期入所サービス費（Ⅰ・Ⅱ）障害者　◇

①障害支援区分と基本料金	区分 1・2 Ⅰ)5,090円 Ⅱ)1,730円	区分3 Ⅰ)5,830円 Ⅱ)2,400円	区分 4 Ⅰ)6,480円 Ⅱ)3,180円	区分 5 Ⅰ)7,840円 Ⅱ)5,270円	区分 6 Ⅰ)9,230円 Ⅱ)6,020円
②介護給付費からの給付金額	Ⅰ)4,581円 Ⅱ)1,557円	Ⅰ)5,247円 Ⅱ)2,160円	Ⅰ)5,832円 Ⅱ)2,862円	Ⅰ)7,056円 Ⅱ)4,743円	Ⅰ)8,307円 Ⅱ)5,418円
③基本料金に係る自己負担額	Ⅰ)509円 Ⅱ)173円	Ⅰ)583円 Ⅱ)240円	Ⅰ)648円 Ⅱ)318円	Ⅰ)784円 Ⅱ)527円	Ⅰ)923円 Ⅱ)602円
④光熱水費	395円／日				
⑤食事に係る自己負担額	朝食330円　昼食600円　夕食500円 （Ⅰ）1,430円／日　（Ⅱ）830円／日 〔朝食210円　昼食400円　夕食340円　(950円／日）※〕 ※ 食事に係る自己負担額の軽減が適用される方々については、下線部の料金をお支払いいただきます。				
⑥おやつ代	Ⅰ）50円／回（1日3回提供） Ⅱ）50円／回（1日1回提供）				
⑦自己負担額合計	Ⅰ)2,484円 Ⅱ)1,448円	Ⅰ)2,558円 Ⅱ)1,515円	Ⅰ)2,623円 Ⅱ)1,593円	Ⅰ)2,759円 Ⅱ)1,802円	Ⅰ)2,898円 Ⅱ)1,877円

◇　福祉型短期入所サービス費（Ⅲ・Ⅳ）障害児　◇

①障害支援区分と基本料金	区分 1 Ⅲ）5,090 円 Ⅳ）1,730 円	区分 2 Ⅲ）6,150 円 Ⅳ）2,790 円	区分 3 Ⅲ）7,840 円 Ⅳ）5,270 円
②介護給付費からの給付金額	Ⅲ）4,581 円 Ⅳ）1,557 円	Ⅲ）5,535 円 Ⅳ）2,511 円	Ⅲ）7,056 円 Ⅳ）4,743 円
③基本料金に係る自己負担額	Ⅲ）509 円 Ⅳ）173 円	Ⅲ）615 円 Ⅳ）279 円	Ⅲ）784 円 Ⅳ）527 円
④光熱水費	395 円／日		
⑤食事に係る自己負担額	朝食 330 円　昼食 600 円　夕食 500 円 （Ⅲ）1,430 円／日　（Ⅳ）830 円／日 〔朝食 210 円　昼食 400 円　夕食 340 円　（950 円／日）※〕 ※　食事に係る自己負担額の軽減が適用される方々については、下線部の料金をお支払いいただきます。		
⑥おやつ代	Ⅲ）50 円／回（1 日 3 回提供） Ⅳ）50 円／回（1 日 1 回提供）		
⑦自己負担額合　計	Ⅲ）2,484 円 Ⅳ）1,448 円	Ⅲ）2,590 円 Ⅳ）1,554 円	Ⅲ）2,759 円 Ⅳ）1,802 円

＊　加算料金に係る自己負担額

項目	金額	項目	金額
短期利用加算	30 円／日	常勤看護職員等配置加算	4 円／日
医療的ケア対応支援加算	120 円／日	重度障害児者対応支援加算	30 円／日
重度障害者支援加算（Ⅰ）	50 円／日	重度障害者支援加算（Ⅱ）	30 円／日
栄養士配置加算（Ⅰ）	22 円／日	栄養士配置加算（Ⅱ）	12 円／日
利用者負担上限額管理加算	150 円／月	食事提供体制加算（※）	48 円／日
緊急短期入所受入加算（Ⅰ）	270 円／日	緊急短期入所受入加算（Ⅱ）	500 円／日
定員超過特例加算	50 円／日	送迎加算	186 円／片道
集中的支援加算（Ⅰ）	1,000 円／回	集中的支援加算（Ⅱ）	500 円／日
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ、Ⅰロ、Ⅲ、Ⅳ）	Ⅰイ、1 カ月の利用料金(基本料金＋加算料金)の 18.6%の額 Ⅰロ、1 カ月の利用料金(基本料金＋加算料金)の 19.3%の額 Ⅲ　、1 カ月の利用料金(基本料金＋加算料金)の 16.5%の額 Ⅳ、　1 カ月の利用料金(基本料金＋加算料金)の 14.2%の額 ※令和 8 年 6 月 1 日から算定		

※　食事提供体制加算は、食事に係る自己負担額が軽減される方のみ対象となります。

※　定率負担については、所得に応じて４区分の負担上限月額が設定されており、それ以上の負担はありません。詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせ下さい。

※ 利用の中止または変更については、前日までに連絡が頂けない場合は、食費をご負担いただくことがあります。

ただし、当事業所が感染症の罹患、災害その他やむを得ない事情があると認められた場合には、食費をご負担いただかないことがあります。

食事の実費相当額　1食あたり　朝：330円　昼：600円　夕：500円

※低所得者（朝：210円　昼：400円　夕：340円

（3）利用料金のお支払い方法

（1）及び（2）の利用料金は、サービス利用終了時にその都度以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

1、下記指定口座への振り込み

七十七銀行　吉岡支店　普通預金　５３３１５４４

社会福祉法人永楽会　支援施設あさいな　園長　佐藤　友紀

2、銀行自動振替（利用月の翌々月１２日引落）

◇銀行、施設、利用者との契約が必要です。七十七銀行の指定の様式に従って記入して頂き提出願います。

◇引落契約完了までに１～２ヶ月位かかりますので契約成立までの期間は現金又は､振り込みでお支払い頂きます。

◇契約通帳により振り替え手数料が異なることをご了承下さい。

◇手数料は、ご契約者負担にてお願い致します。

七十七銀行本支店／100円（消費税別）　　他行／150円（消費税別）

3、現金持参（毎月）

（4）利用の中止、変更

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出てください。

サービス利用の変更の申し出に対して、当施設の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

6．サービス提供における事業者の義務（契約書第８条、第９条）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

① ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。

② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、嘱託医又は看護職員もしくは主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関と連携のうえ、ご契約者等から聴取、確認の上でサービスを提供します。

③ ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場

合を除き、身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、５年間保管するとともに、ご契約者及びその家族等の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

⑤ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。

⑥ 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する個人情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。ただし、正当な理由がある場合は、あらかじめ文書にてご契約者及びご家族等の同意を得た上で、医療機関、行政機関、福祉サービス事業者等へ提供します。

７．施設利用上の注意事項（契約書第１０条）

当施設のご利用にあたって、当施設を利用されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（１）持ち込みの制限

当施設内に、以下のものは原則として持ち込むことができません。

①銃刀物、②毒劇物、③ペット（危険動物）、④食品衛生法上管理を必要とするもの
⑤その他施設長の指定するもの

（２）食事

食事時間 ： 朝食：７：３０～　　昼食：１２：００～　　夕食：１８：００～

※食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。

（３）施設・設備の使用上の注意

◇ 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

◇ ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取る場合があります。その場合、ご契約者のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

◇ 故意又は重大な過失により、施設や設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者の負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

◇ 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動、研究活動を行うことはできません。

（４）喫煙　　施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

８．損害賠償について（契約書第１１条～第１３条）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかに、その損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

９．契約の終了について（契約書第１４条～第１８条）

ご契約者は、下記の事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に下記の事由に該当した場合には、当施設との契約は終了します。

① ご契約者が亡くなられた場合
② 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
③ 当施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
④ 当施設が指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑤ ご契約者から契約終了の申し出があった場合
⑥ 事業者から契約終了の申し出を行った場合

（１）ご契約者からの契約の解約又は解除の申し出

契約期間中であっても、ご契約者から、契約の解約又は解除を申し出ることができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに文書で通知ください。

ただし、下記の事由に該当した場合には、文書を通知することにより即時に契約を解約又は解除することができます。

① サービスの利用料金の変更に同意できない場合
② ご契約者が入院された場合
③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑥ 他の利用者がご契約者の身体、財物、信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）事業者からの契約の解除の申し出

下記の事由に該当する場合、事業者は、ご契約者に対して契約解除を行う３０日前ま

でに文書を通知し、本契約を終了せさていただく場合があります。

なお、契約解除の通知に先立ち、契約を解除するに至った理由を明示し、ご契約者及び身元引受人並びに連帯保証人に弁明の機会を設けます。

① ご契約者が、契約締結時にその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、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
② ご契約者による、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これが支払われない場合
③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事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ことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

（３）契約終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

１０．サービス利用中の医療の提供について

（１）医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の嘱託医療機関もしくは協力医療機関において診療や入院治療を受けることができますが、優先的な診療、入院治療を保証するものではありません。

なお、通院に係る移動や付き添い等は、原則、ご家族側での対応をお願いします。

①嘱託医療機関

①医療機関の名称	医療法人社団　清瑞会（吉岡まほろばクリニック）
所　在　地	黒川郡大和町吉岡まほろば一丁目５番地の４
診　療　科	内科・循環器内科、消化器内科、神経内科、呼吸器内科 人工透析内科
②医療機関の名称	富谷ファミリーメンタルクリニック
所　在　地	富谷市上桜木２丁目３－６
診　療　科	心療内科・精神科

②協力医療機関

①医療機関の名称	医療法人社団益和会　富谷医院
所　在　地	富谷市ひより台１丁目４５－１
診　療　科	内科・整形外科・外科・婦人科
②医療機関の名称	公益社団法人　地域医療振興会　公立黒川病院

所　在　地	大和町吉岡字西桧木 60 番地
診　療　科	内科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、等

１１．苦情の受付について（契約書第１９条）

（１）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

◇苦情受付窓口（担当者）

［職氏名］　副園長兼施設支援課長　赤　田　誠　子

◇受付時間　月曜日～金曜日

午前８時３０分～午後５時３０分

◇受付電話番号　０２２－３４７－８０８０

（２）当法人における苦情の受付

当法人施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

◇本部事務局（担当者）

［職氏名］　事業推進課長　加　藤　圭

◇受付時間　月曜日～金曜日

午前８時３０分～午後５時３０分

◇受付電話番号　０２２－７７９－６６４５

（３）第三者委員

当施設では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当施設のサービスに対するご意見などをいただいています。ご契約者は、当施設への苦情やご意見は第三者委員に相談することもできます。

◇第三者委員　三　橋　郁　子

◇受付電話番号　０２２－３４５－０８７９

（４）行政機関その他苦情受付機関

○大和町福祉課

Tel　０２２－３４５－７２２１

※その他各市町村の障害福祉担当課

◇宮城県社会福祉協議会　運営適正化委員会

仙台市青葉区本町３丁目７－４

Tel　０２２－７１６－９６７４

１２．虐待防止のための措置について

（１）当事業所における虐待防止に関する責任者

当事業所における虐待防止に関する責任者は下記のとおりです。

◇虐待防止に関する責任者

［職氏名］　　園長　　佐　藤　友　紀

（２）当事業所における虐待に関する苦情の受付

当事業所における虐待に関する苦情やご相談は上記「９．苦情の受付」と同様の担当者及び連絡先です。

なお、宮城県では虐待に関する専用窓口が設けられています。

◇宮城県障害者権利擁護センター

仙台市青葉区三条町１０－１９

Tel　０２２－７２７－６１０１

（３）その他必要な措置

① 成年後見制度の利用支援

必要に応じ、成年後見制度の概要説明や専門の相談機関を紹介するなど必要な措置を講じます。

② 虐待防止のための指針の整備

虐待を防止するための指針を整備し、遵守すべき事項を定め全職員へ周知します。

③ 従業者に対する虐待防止に関する研修

虐待防止に関する適切な知識を普及・啓発し、組織的に徹底させるために定期的に研修を実施します。

④ 虐待防止委員会の設置

虐待の防止及び早期発見への組織的な対応を図るために委員会を設置するとともに、委員会での検討結果を職員に周知徹底します。

⑤ その他

上記の他、虐待防止のために必要な措置を適切に講じます。

１３．福祉サービス第三者評価の実施状況について

福祉サービス第三者評価とは、事業者の実施するサービスの質を当事者(事業者及び利用者)以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価する取組です。
当事業所では、平成 20 年度に受審以降実施はしておりません。

１４．身元引受人（契約書第２０条）

契約締結にあたり、身元引受人をお願い致します。なお、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。

◇身元引受人は、以下の内容について義務を負います。

① 契約者が疾病等により医療機関に通院する場合、手続きが円滑にできるように事業者に協力することとします。 ② 契約が終了した場合、事業者と連携して利用者の状態等に見合った適切なサービスを受けられるように努めることとします。

１５．連帯保証人（契約書第２１条）

契約締結にあたり、連帯保証人をお願い致します。なお、連帯保証人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。

◇連帯保証人は、以下の内容について義務を負います。

① 契約者と連帯して、本契約から生じる一切の債務を負担するものとし、本契約が更新された場合も同様とします。 ② 前項の連帯保証人の負担額は、極度額５，０００，０００円を限度とします。

１６．事故発生時の対応について

サービスの提供により、ご契約者に事故が発生した場合、速やかにご家族及び市町村、その他関係機関に連絡すると共に、医療機関に指示を仰ぐ等、必要な措置を講じます。

１７． 個人情報の使用等について

下記に定める条件に該当するときは、ご契約者及び身元引受人、ご家族等関係者の個人情報を必要な範囲で使用、提供又は収集することがあります。

① 利用目的 １） 要介護認定の申請・更新・変更に伴う情報提供 ２） サービス担当者会議等における情報提供及び収集 ３） 通常行われる医療機関等との連絡調整に伴う情報提供及び収集 ４） 適切なサービスが提供できるように、当該事業所内で実施するケアカンファレンスにおける情報提供及び収集 ５） 行政機関及び外部監査機関並びに評価機関への情報提供 上記以外に個人情報を提供又は収集する場合には、事前にご契約者及びご家族等に説明をし同意を得ます。 ② 使用期間 契約開始時から、契約終了時まで ③ 使用条件 １） 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には使用しません。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても第三者には漏らしません。

２） 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

④ 肖像権について

当法人及び事業所の活動や取り組みにおいて広報や宣伝をはじめ広く情報発信をするにあたり、ご契約者及びご家族等の写真を使用させていただく場合がございます。

１）事業所におけるご家族等への通信

２）法人のパンフレット

３）法人・事業所の広報誌

４）法人ホームページ

５）関係機関への宣伝物等

６）上記に付随する紙媒体又は電子媒体での広報宣伝物

１８．非常災害対策

（１） 非常災害に備え、防火管理規定（防災計画）に基づく訓練を定期的に実施します。訓練は、日中及び夜間を想定し、避難訓練、通報訓練、消火訓練等を行います。

（２） 消防署等による定期的な査察及び訓練指導を受けます。

（３） 建物には防火扉、屋内消火栓を設置しております。

（４） 非常食は約３日分を備蓄しています。

（５） 各設備等の定期的な保守点検の実施をしています。

令和　　年　　月　　日

サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事 業 所 名　　支援施設あさいな

説明者職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意し、本書面の交付を受けました。

契 約 者　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

署名代行人　　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（ 続 柄　　）

同意書

サービスの利用にあたり下記の確認事項にあたる同意の有無は以下のとおりです。

記

（個人情報の使用等について）

1. 重要事項説明書第 17 の①利用目的で示された内容に関すること。

□　同意します　　□　同意しません

（肖像権について）

2. 重要事項説明書第 17 の④で示された内容に関すること。

□　同意します　　□　同意しません

以上