

「障害者支援施設 小原寮 施設入所支援事業・生活介護事業」重要事項説明書
(令和8年1月1日適用)

本重要事項説明書は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方々に対して、障害者総合支援法に基づき、当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説明するものです。

※当施設では、利用者へ施設入所支援事業ならびに生活介護事業を提供します。
当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. サービスを提供する事業者	8
2. 利用施設	8
3. サービスに係る施設設備等の概要	9
4. 職員体制及び職員の勤務体制	11
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	12
6. 利用者の記録や情報の管理、開示について	20
7. 苦情の受付について	20
8. 個人情報および郵便物取扱いに関する同意について	21
9. 第三者評価の実施状況	21

社会福祉法人 昭徳会
(小 原 寮)
施 設 事 業 者 登 録 番 号
(第2313400828号)

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 昭徳会
所在地	愛知県名古屋市昭和区駒方町4-10
電話番号	052-831-5171
代表者氏名	理事長 鈴木正修
設立年月	昭和27年6月3日

2. 利用施設

事業指定	障害者支援施設	平成24年4月1日指定
事業所の名称	障害者支援施設 小原寮	
事業の種類	施設入所支援事業	生活介護事業
主たる対象者	知的障害者	知的障害者
施設の所在地	〒470-0564 愛知県豊田市沢田町座内22番地	
電話番号・FAX番号	電 話：0565-66-2110 FAX：0565-65-1311	
施設長（管理者）	寮長 成瀬 友昭	
施設の運営方針について	<p>法人基本方針「幸福」に則り、知的障害者等の幸福のため誠心誠意努めます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 ひとりひとりに、思いやりの心をもって接します 2 ひとりひとりを尊重し、その人に合った支援、援助をします 3 ひとりひとりを大切に、まごころで接します 4 わたしたちは、すべての人の幸福を目指し、たゆみなく援助技術の向上に努めます 5 わたしたちは、お互いに助け合い、よりよい生活ができるよう努めます 	
事業所開設年月	平成17年4月1日	
入所定員	140人	

夜間の利用（施設入所支援事業）と日中の利用（生活介護事業）は、一体的な組み合わせとして（セットで）提供されるものではありません。利用者が、市町村長等に相談をし、夜間と日中のサービスをそれぞれ別の事業者にて利用されることも可能です。

3. サービスに係る施設設備等の概要

(1) 施設の概要

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造2階建（3棟）
	延べ床面積	6,368 m ²
	利用定員	140 人
敷 地 面 積		44,308 m ²

(2) 居室等の概要

A棟

居室の種類	室 数	面 積	備 考
居 室	51室	主たる面積 10.13 m ²	ベット・タンスあり
ショート専用居室	3室	各 10.00 m ²	ベット・タンスあり
便 所	4室	各 11.50 m ²	
便 所	8室	各 1.62 m ²	
洗 面 所	4室	各 2.60 m ²	
洗 面 所	4室	各 1.60 m ²	
休 憩 室	2室	各 10.13 m ²	
脱衣室・浴室	4室	各 22.29 m ²	
台 所	4室	各 8.62 m ²	
食堂・談話コーナー	4室	各 139.24 m ²	

B棟

居室の種類	室 数	面 積	備 考
居 室	49室	主たる面積 10.13 m ²	ベット・タンスあり
ショート専用居室	2室	各 10.00 m ²	ベット・タンスあり
便 所	4室	各 11.50 m ²	
便 所	8室	各 1.62 m ²	
洗 面 所	4室	各 2.60 m ²	
洗 面 所	4室	各 1.60 m ²	
休 憩 室	1室	各 10.13 m ²	
脱衣室・浴室	4室	各 22.29 m ²	
台 所	4室	各 8.62 m ²	
食堂・談話コーナー	4室	各 139.87 m ²	

C棟

居室の種類	室数	面積	備考
居室	50室	主たる面積 10.35 m ²	ベット・タンスあり
ショート専用居室	4室	各 10.12 m ²	ベット・タンスあり
便所	6室	各 11.27 m ²	
洗面所	6室	各 2.60 m ²	
脱衣室・浴室	6室	各 17.70 m ²	
台所	6室	各 8.26 m ²	
食堂・談話コーナー	6室	主たる面積 129.49 m ²	

(3) その他の施設設備の概要

設備の種類	室数	面積	備考
作業棟	2棟	400.00 m ²	別棟
集会室兼多目的室	1室	160.86 m ²	別棟
相談室	1室	14.58 m ²	管理棟1階
医務室	1室	15.19 m ²	管理棟1階
静養室(1・2)	2室	11.71 m ²	管理棟1階
理髪室	1室	12.39 m ²	管理棟1階
ボランティアルーム	1室	23.00 m ²	管理棟1階
大会議室	1室	37.80 m ²	管理棟1階
宿泊室	6室	各 10.31 m ²	管理棟2階

当施設では、居室以外に上記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、施設入所支援事業ならびに生活介護事業のサービス提供に設置が義務づけられている施設・設備です。これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

(4) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等により事業者でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

(5) 当施設ご利用の際等に留意いただく事項

当施設において、居室その他の施設・設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意ください。

1	来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> 来訪者は、必ず面会簿に記載してください。 宿泊を希望される方は、事前にご相談ください。
2	外出・外泊	<ul style="list-style-type: none"> 外出・外泊の際は、外出届けを事務所まで提出していただき、許可を取ってください。*定例の面会日等の外出は除きます。

3	嘱託医師以外の医療機関への受診	・より専門科への受診が必要と判断された場合は、受診が継続になる場合や遠方への受診等は、ご家族により対応していただく場合があります。
4	居室・設備・器具等の利用	・施設内の居室や設備、器具等は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。また全室個室のため、居室の大掃除等にはできる限りのご協力をお願いします。
5	貴重品の管理	・貴重品につきましては、利用者の責任において管理していただきます。自己管理の難しい利用者につきましては、ご相談ください。
6	宗教活動・政治活動 営利活動	・利用者の思想、信教は自由ですが、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。
7	動物飼育	・施設内へのペットの持ち込み及び飼育については、管理者とご相談ください。
8	長期家庭帰省	・春・夏・年末年始の年3回、毎年年間行事計画で定めた期間をもとに、各家庭の状況等に応じそれぞれ帰省していただきます。

4. 職員体制及び職員の勤務体制

職員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を順守しています。施設では、利用者に対して障害者支援施設サービスを提供する職員として、下記の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

小原寮（施設入所支援・生活介護）

職 種	員 数 (指定基準以上)	指定基準 (常勤換算※)
施設長（管理者）	1	1
サービス管理責任者	3	3
生活支援員	43.5以上	43.5
医 師	1	1
看 護 師	2以上	2
栄 養 士	1	1
事 務 員	3	

※ 職員の員数は、入退職・異動等により変動します。

※ 常勤換算とは、職員のそれぞれの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

たとえば、1日4時間、週5日勤務の職員（1週間で20時間勤務）が5名いる場合、常勤換算では、2.5名（4時間×5日×5名÷40時間＝2.5名）となります。

<主な職種の勤務体制>（標準的な時間帯における最低配置人員）

	施設入所支援事業	生活介護事業
	夜間（17:00～9:00）	日中（9:00～17:00）
施設長（管理者）	1名（9:00～18:00）	
生活支援員	6名（夜間時間帯）	26名（延人員）
	4名 早番（7:00～16:00）	
	2名 日勤1（8:00～17:00）	
	8名 日勤3（9:00～18:00）	
	6名 遅番（11:30～20:30）	
6名 夜勤（16:00～10:00）		
医師	1名 月1回（第4木曜日 15:00～17:00）	
看護師	1名（9:00～18:00）	
栄養士	1名（8:30～17:30）	
事務員	3名（9:00～18:00）	

※ なお、医師以外の常勤職員は週休2日制。事務室職員（施設長・看護師・栄養士・事務員）については、土・日・祝祭日は交替勤務のため、多くは不在となります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金（契約書第4条、第5条参照）

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| ①介護給付費等から給付されるサービス
②利用料金の全額を利用者等に負担いただくサービス〔①以外のサービス〕 |
|--|

があります。

（1）当施設が提供するサービスと利用料金

以下のサービスについては、食費・光熱水費を除き、9割が介護給付費の給付対象となります。

事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者等は、利用者負担分として、個別減免等が適用されない場合、サービス利用料金の1割の額を事業者にお支払いいただきます（定率負担または利用者負担額といいます）。

<サービスの概要>

①日常生活の支援

i 食事の提供

- ・栄養・利用者の身体の状況・希望や嗜好を考慮した食事の提供を行います。

朝食（8:00～9:00）、昼食（12:00～13:00）、夕食（18:00～19:00）

ii 入浴

- 入浴・清拭は、毎週3回以上行います。利用者の身体の状態と希望等を伺った上でできる限り自立して清潔保持が可能となるようめざし、入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します。（棟の特性によって利用日に若干の差異があります。）

iii 排泄

- 利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行うとともに、排泄の自立に向けた適切な支援を行います。

iv 着脱衣

- 入浴時等、適宜着替えを行います。

v 整容

- 個性に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
- シーツ交換は週1回行います。

②医療および健康管理

i 医療

嘱託医師による診察・治療

- 嘱託医師により、月1回診察日を設けて健康管理に努めます。
- 年2回定期的に健康診断を行います。
- 常時は、看護師により、診察、疾病予防、健康管理に努めます。
また、緊急時必要により主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。
- 利用者が外部の医療機関に通院する場合には、その付き添い等について配慮します。
(ただし、家政婦等には付き添い料がかかります。)

<当施設の嘱託医師>

氏名： 加藤 鈴 幸 （医療法人美衣会 衣ヶ原病院理事長）

診察科： 精神科・内科

診察日： 毎月第4木曜日 15:00～17:00

なお、利用者が、専門医師等の診断・治療を要することになった場合には、下記の協力医療機関において受診・治療を受けることができます。

協力医療機関名称	(財) 豊田地域医療センター
院長名	堀 口 高 彦
所在地	愛知県豊田市西山町3丁目30番地1
電話番号	(0565) 34-3000

診 療 科	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・神経内科・婦人科 小児科・外科・整形外科・放射線科・歯科・脳神経外科・泌尿器科 リハビリテーション科
入院設備	定床150床 (一般110床・療養型40床(うち20床介護保険適用病床))

ii 服薬管理

- ・医師の指示に従って、処方箋の管理をします。
- ・管理は、医務室内で行ない、適切な環境で保管するように努めます。

iii 通院と治療

- ・病気等のため通院・治療が必要な場合は、原則として、近隣の医療機関（愛知県医療療育総合センター中央病院含む）への移送サービスを行います。

iv 入院中のサービス提供

- ・着替え、洗面具等入院中必要となるものを持参します。また、入院が円滑に行えるように医療機関との連携を保ちます。

③社会的活動の支援

i 日常生活支援

地域において自立した社会生活を送るため、生活習慣の確立を目指し、支援を行います。

ii 生産活動

日中活動（生活介護事業）として、利用者の障害特性をふまえた工夫をもって、生産活動の機会を提供します。その内容は以下のとおりです。

活動内容：干支・陶芸品・手芸品・農作物等の生産及び製造

活動時間：9:30～11:30・13:30～15:00

<工賃の支払>

上記生産活動における収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。

iii 創作・余暇活動

健康で明るい生きがいのある生活が営まれるよう、絵画教室、年間行事、レクリエーション、外出等創作・余暇活動を通じてQOL（生活の質）の向上を図ります。

iv その他

<サービス利用料金（1日あたり）>

※ 生活介護事業（1単位＝10.92円） ※ 入所支援事業（1単位＝10.99円）

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サービス利用料金から、介護給付費の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担）と食費・光熱水費の合計金額をお支払いいただきます。（ただし、個別減免等の負担軽減措置が別途ございますので、ご負担額合計は個々に変わってまいります。）

令和6年8月1日現在

	【生活介護事業】(注4)	【施設入所支援事業】
1. ご契約者の障害支援区分別サービス利用料金	区分6 1,017 単位 区分5 759 単位 区分4 523 単位 区分3 470 単位 区分2以下 423 単位	区分6 273 単位 区分5 225 単位 区分4 181 単位 区分3 150 単位 区分2以下 129 単位
2. サービス利用に係る自己負担額(1にかかる定額・定率負担)☆	(注3) C 円	(注3) F 円
3. 食事に係る自己負担額(注1)	昼食 540 円 (食材料費 340 円を含む) (生活介護のみ利用の場合)	1,440 円(1日) 補足給付▲ 円 円
4. 光熱水費に係る自己負担額(注2)		379 円
5. 日用品にかかる自己負担額	実費	実費
6. ご負担額合計(2+3+4+5)	2+3+5	2+3+4+5

☆ ご負担いただく金額については、市町村が発行する障害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、光熱水費といたします。

(注1)「3. 食事に係る自己負担額」は施設入所支援事業のサービスを受ける利用者が三食(朝・昼・夕)とも食事が不要となった日数分いただきません。

※ 施設入所支援事業のサービスを受ける利用者が、別の事業者の日中活動を利用する場合、昼食費は別の事業者へ直接支払っていただきます。

(注2)「4. 光熱水費に係る自己負担額」は入院・外泊等で事業所に不在であった日数分いただきません。

〈加算(1日あたり)〉

当事業所では、次の加算が対象となりますので、サービス利用料金の額に加えてお支払いいただきます。

- 入所時特別支援加算(入所支援事業：入所日から30日間)…30単位
- 夜勤職員配置体制加算(入所支援事業：夜勤職員配置5名以上の場合)…39単位
- 福祉専門職員配置等加算(生活介護事業：詳細は下記)(I・II・IIIの併給可)
 - (II) 常勤の生活支援員等のうち社会福祉士等の資格保有者が35%以上の場合…15単位
 - (III) 生活支援員のうち、常勤職員が75%以上又は
 - 勤続3年以上の常勤職員が30%以上の場合…6単位
- 常勤看護職員等配置加算(利用定員によって、看護職員数に応じた加算)…6単位/人
- 人員配置体制加算(生活介護事業：前年度1日あたりの利用者実績数と生活支援員の常勤換算数と比較し、2.5:1以下の場合)…33単位
- 福祉・介護職員処遇改善加算 I 生活介護 8.1% 施設入所支援 15.9%

以下の要件を全て満たした場合

- ① 経験技能のある福祉・介護職員を事業所内で一定割合一定割合以上配置していること。
- ② 改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上
- ③ 職場の更なる改善、見える化
- ④ 資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備
- ⑤ 職場環境の改善（職場環境の要件）
- ⑥ 賃金体系等の整備及び慣習の実施等

・通院支援加算

（1月に2回を限度として所定単位数を加算）…17単位/回

・入浴支援加算

（医療的ケアが必要な者に対して、入浴を実施した場合、加算）…80単位/日

・重度障害者支援加算（入所支援事業：生活支援員のうち20%以上の基礎研修修了者を配置していること且つ以下の要件を満たした場合）

- ① 区分6（関連項目10点以上）の者に対して実践研修修了者が作成した支援計画シートに基づき個別支援を行った場合
- ② 区分6（関連項目18点以上）の者に対して中核的人材養成研修修了者が作成した支援計画シートに基づき個別支援を行った場合
- ③ 区分4以上（関連項目10点以上）の者に対して実践研修修了者が作成した支援計画シートに基づき個別支援を行った場合
- ④ 区分4以上（関連項目18点以上）の者に対して中核的人材養成研修修了者が作成した支援計画シートに基づき個別支援を行った場合
- ⑤ 個別支援を開始した日から180日以内

上記①（且つ上記⑤を満たした場合） 360単位（左記に加えて 500単位）

上記②（且つ上記⑤を満たした場合） 510単位（左記に加えて 700単位）

上記③（且つ上記⑤を満たした場合） 180単位（左記に加えて 400単位）

上記④（且つ上記⑤を満たした場合） 330単位（左記に加えて 600単位）

・口腔衛生管理体制加算（入所支援事業）…30単位/月

以下の要件を全て満たした場合

- ① 指定障害者支援施設等において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設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。
- ② 指定障害者支援施設等において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている。

・栄養マネジメント加算（入所支援事業）…12単位/日

以下の要件を全て満たした場合

- ① 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること。
- ② 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、看護師その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

- ③ 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していること。
- ④ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

利用者負担額はサービス利用料の1割以内となり、当該上限を超えて支払うことはありません。

〈入院又は外泊時の費用（1日あたり（入所支援事業））〉最終日は算定しません。

- ・入院又は外泊した翌日から8日を限度…247単位

〈入院・外泊において当事業所が利用者に対する支援を行った場合の費用（入所支援事業）〉

入院外泊期間が9日を超え、家族等が入院に係る支援が困難な場合、病院等との連絡調整、日常生活上の支援、入院以外の外泊で家族等との連絡調整、交通手段等の確保を行った場合。

※ 個別支援計画に基づき、算定させていただきます。

- ・入院又は外泊した翌日から8日を越えた日から82日…147単位（1日あたり）
- ・90日を超える入院期間が4日未満の場合…561単位（1月あたり）
- ・90日を超える入院期間が4日以上の場合…1,122単位（1月あたり）

（注3）介護給付費における利用者負担額

生活介護事業

利用料総額（全体額）＝ 月合計単位数×10.92円 ＝ A円（小数点以下切捨て）

保険給付額（9割）＝ A × 90% ＝ B円（小数点以下切捨て）

利用者負担額（1割）＝ A - B ＝ C円

入所支援事業

利用料総額（全体額）＝ 月合計単位数×10.99円 ＝ D円（小数点以下切捨て）

保険給付額（9割）＝ D × 90% ＝ E円（小数点以下切捨て）

利用者負担額（1割）＝ D - E ＝ F円

利用者負担額合計 ＝ C + F

（注4）生活介護事業においてはサービス提供時間数によって単位数に変更があります。

（2）（1）以外のサービス

以下のサービス（次表参照）については、介護給付費の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。

なお、上記の所定料金は、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、変更を行う2か月前までにご説明します。

- ① 特別なサービスの提供とこれに伴う費用
- ② 介護給付費から支給されない日常生活上の諸費用

③ 預かり金管理

金銭等管理サービスに掲げる内容及び預かり金規程に基づき、管理を行います。

④ その他

参照：[サービス利用料]

項 目	金 額				
<p>金銭等管理サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ お預かりするもの：通帳・印鑑 ・ 保管管理者：施設長 ・ 出納責任者：事務員 ・ 管理内容 <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月の請求書を、責任をもって管理します。 ○ 国保税の支払いを、責任をもって行います。 ○ 国保の更新について責任をもって行います。 ○ 国民年金現況届・市県民税申告書・自立支援給付費の申告書・成年後見人事務報告書の作成について責任をもって行います。 <p>※ いつでも預金残高を現物提示いたします。</p>	<p>月額 2,000円</p>				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">金銭等管理サービスを依頼される方は、押印してください。</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">申込印</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	金銭等管理サービスを依頼される方は、押印してください。	申込印		
金銭等管理サービスを依頼される方は、押印してください。	申込印				
入院時における職員付き添い費	<p>1日 11,400円 (半日(12時間以内)の場合は、半額)</p>				
成年後見人事務報告書の作成	<p>3,000円</p>				
在寮証明書の発行・国民年金現況届・市県民税申告書	<p>一件につき100円</p>				
外出付添費 (全体行事以外の外出で、個人的な特別な事情による外出に限る)	<p>1回の外出につき、 1日あたり2,000円 (半日外出(12時間以内)は 1,000円)</p>				
TV持込み代金	<p>月額 500円</p>				

参照：[実費利用料1]

項 目	金 額
教養娯楽費及び嗜好品 (ただし、個人的な旅行、外出に伴う費用に限り、施設として当然行うべきもの、及び施設の行事に係る費用は除く。) ※ 教養娯楽における付添職員分は利用者均等割負担	実 費
個人のレクリエーション及び療法等に要する費用 (ただし、施設として、当然行うべきレクリエーション及び療法等に要する費用は除く)	実 費
入院した場合、介護給付費に含まれない費用及び家政婦付添等	実 費
移送サービス (利用者等が特に希望する指定医療機関以外への通院や外出、外泊の移送サービス)	実 費(注1) (高速道路等の通行料及びガソリン代)
特別な食事	実 費
理美容代・被服費 その他(書類郵送による切手代等)(注2)	実 費

(注1) ガソリン代は実費を証明する書類を取得することが困難な場合は、法人職員旅費規程に定める交通費(車賃1km単位の額)を適用することとします。

公共機関料金は外出に限り、付添職員分は利用者均等割負担とします。

(注2) 当施設のサービス提供上、利用者負担が適当であると認められたものは、事前に説明し、同意を得るものとします。

参照：[実費利用料2]

※下記予防接種については必要性を十分にご理解頂き、なるべく同意されますようお願いいたします。

項 目	金 額	確認印
インフルエンザの予防接種費用について	実 費	
B型肝炎予防ワクチン接種費用及び抗体検査費用について (※抗体のある方については、予防接種は必要ありませんが、3年に1度は抗体検査を受けていただきます)	実 費	

(3) 利用料金・費用のお支払い方法

ア 前記(1)(2)の利用料金は1ヶ月ごとに計算し、介護給付費が確定次第(概ね、翌々月上旬)請求し、利用者等が予め指定する郵貯銀行通帳から自動引落としします。なお、自動引き落としにかかる手数料については事業者が負担します。(当施設窓口での現金支払いはお受けすることができません。)

<支払方法>

- ① 郵貯銀行通帳 自動引き落とし

イ その他

利用者が、契約終了後も居室を明渡さない場合には、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡されたまでの期間にかかる料金をご負担していただきます。

6. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第8条第6項参照）

事業者は、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者等の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者等の負担となります。）

本事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 個別支援計画書
- (2) サービス提供の具体的な内容
- (3) 利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務づけられた市町村への通知事項
- (4) やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由など
- (5) 利用者からの苦情内容
- (6) 事故の状況及び事故に際しての対応

◇ 保存期間は、サービス提供完了日から5年間

◇ 閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前9：00～午後6：00（土・日曜日、祝祭日、春・夏・冬期休暇を除く。）

7. 苦情の受付について（契約書第16条参照）

(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。

当施設 ご利用相談窓口	・窓口担当者 次長 ・受付時間等 午前9：00～午後6：00（土・日曜日、祝祭日、春・夏・冬期休暇を除く。） ・電話番号 0565-66-2110 ・担当者が不在の場合は、職員又は事務所までお申し出ください。 ・苦情受付箱が設置してありますのでご利用ください。
第三者委員	社会福祉法人昭徳会福祉サービスに関する苦情処理解決要綱に基づき任命された次の方々。 久名木 浩志 氏（地域代表） 〒470-0563 豊田市遊屋町ナカヤ155番地 山本 和夫 氏（地域代表：石畳地区） 〒470-0471 豊田市石畳町坂下253-52 三宅 奨 氏（地域代表：小原西自治区 民生児童委員） 〒470-0543 豊田市北篠平向347-1

(2) 行政機関における苦情の受付

当施設で解決できない苦情は、以下の行政機関へ申し立てることができます。

社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地：名古屋市東区白壁一丁目50番地（愛知県社会福祉会館内） TEL：(052) 212-5515 FAX：(052) 212-5514 受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 （国民の祝日・休日、年末年始は除く）
豊田市役所 障がい福祉課	所在地：豊田市西町三丁目60番地（豊田市役所東庁舎 1 階） TEL：(0565) 34-6751 FAX：(0565) 33-2940 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：15 （国民の祝日・休日、年末年始は除く）

8. 個人情報および郵便物取扱いに関する同意について

※各項目について内容を十分にご理解頂き、押印ください。

項 目	確認印
個人情報の掲載可否（下記のいずれかに○を打ってください） 1. 写真掲載 可 ・ 本人が特定できなければ可 ・ 不可 2. 名前掲載 可 ・ フルネームでなければ可 ・ 不可	
郵便物の取扱い 本人宛に届いた行政書類等の郵便物について、小原寮で開封することを承諾いたします。	

9. 第三者評価の実施状況

- (1) 実施の有無 : 有 ・ 無
- (2) 実施年月日 : 令和5年 1月27日
- (3) 評価機関名称 : 株式会社 経営志援
- (4) 当該評価の開示状況 : 有 ・ 無

令和 年 月 日

障害者支援施設に関するサービス（施設入所支援事業及び生活介護事業）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名 社会福祉法人 昭徳会 小原寮
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、障害者支援施設に関するサービス（施設入所支援事業及び生活介護事業）の提供及び開始に同意しました。

利用者 住所 〒 _____

氏名 _____ 印

利用者の成年後見人、住所 〒 _____

代理人等

氏名 _____ 印

続柄 _____