指定共同生活援助（日中サービス支援型）
重要事項説明書

本重要事項説明書は、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、社会福祉法第76条及び「障害者総合支援法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、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頂きたいことを事業者が説明するものです。

※　本事業所では、利用者に対して障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（障害者総合支援法）に基づく日中サービス支援型共同生活援助を提供します。当サービスの利用は、原則として障害福祉サービスの訓練等給付費支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者について
2. 事業所の概要
3. 事業の実施地域、営業時間及び定員
4. 従業者の配置状況
5. サービスに係る施設・設備等の概要
6. 当事業者が提供するサービスと利用料金
7. サービスの利用に関する留意事項
8. 虐待の防止について
9. 秘密の保持と個人情報の保護について
10. 事故発生時及び緊急時の対応方法について
11. 重度化対応の体制
12. 行方不明者発生時の対応について
13. 感染症に関する対応について
14. 苦情の受付について
15. 災害時の対策

一般社団法人　風　グループホーム　ふうりん 当事業所は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（障害者総合支援法）に基づく日中サービス支援型共同生活援助の指定を受けています。 岡山県指定 第　３３２０２００２１９　号

1.日中サービス支援型共同生活援助を提供する事業者について

事業者名称	一般社団法人　風
代表者氏名	代表理事
法人所在地	〒７１２－８０２６ 倉敷市水島南瑞穂町９番26号 電話　０８６－４４４－３８５８ FAX　０８６－４４４－３８５９
設立年月日	平成２８年４月１日

2.日中サービス支援型共同生活援助を提供する事業所の概要

事業所の種類	日中サービス支援型共同生活援助 事業所番号：３３２０２００２１９　号 令和４年１月１日　指定
事業所名称	グループホーム　ふうりん
主たる対象者	知的障がい者・身体障がい者・自閉スペクトラム症
事業所の所在地	倉敷市真備町尾崎９７９番２
事業所管理者	
連絡先及び担当者	電話　　０８６－４５４－５９３０ Ｆａｘ　０８６－４５４－５９３１ 担当者　　（職名：管理者）
事業実施地域（通常）	倉敷市、岡山市、玉野市、総社市、早島町、矢掛町、浅口市 その他（応相談）
事業所が行なう他の指定障害福祉サービス	・グループホーム　ふうりん（短期入所） 岡山県指定第　３３１０２０３６６０

事業の目的及び運営方針

事業の目的	日中サービス支援型指定共同生活援助の適正な運営を確保する為に人員、運営及び管理に関する事項を定め、利用者に対し、事業の適正な運営と適切な日中サービス支援型指定共同生活援助の提供を図ることを目的とする。
運営方針	１事業所が実施する事業は、利用者が自立を目指し、地域において共同し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、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じ,共同生活住居において相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものとする。 ２利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 ３地域との結び付きを重視し、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。 ４利用者の人権の擁護及び虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。 ５前４項のほか、総合支援法及び倉敷市指定障害者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等を定める条例に定める内容のほか、その他関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。

３.営業時間及び利用定員

営業日	月曜日～日曜日
受付時間	月曜日～日曜日　　９時００分～１６時００分
サービス提供時間	①　日中活動併用時以外 ②　終日グループホーム（休日）　　終日
利用定員	共同生活援助　８名 短期入所　　１日１名

４.従業者の配置状況

（1）各職種の職務の内容

職種	職務内容
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うと共に事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。
サービス管理責任者	個別支援計画の策定等を行うほか、他の従業者に対する技術

	指導又は助言等を行う。
生活支援員	日常生活上の支援、相談、介護を行う。
世話人	健康面の管理、日常雑務などを行う。

（2）職員配置

職種	員数	常勤		非常勤		備考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
サービス管理責任者	1		1			
生活支援員	4	3		1		
世話人	2	1	1			

5.サービスに係る施設・設備等の概要

（1）構造

構造	木造
敷地面積	５３１.６９㎡ （２階含む）
延床面積	１６８.２３㎡ （２階含む）

（2）設備

設備の種類	部屋数	備考
居室(ホーム)	８室	エアコン、収納、呼出ブザー
居室(短期入所)	１室	エアコン、収納、呼出ブザー、テレビ 7.57㎡
リビング	１室	エアコン、冷蔵庫、食卓、テレビ
浴室	１室	一般浴槽、手すり、呼出ブザー
脱衣室	１室	洗面台、洗濯機
介護トイレ	１室	手すり、呼出ブザー
トイレ	２室	呼出ブザー

※当事業所の施設・設備に関しては、指定基準を順守し設置しております。尚、共有部分に関しては、短期入所との共有となります。

（3）設備ご利用上の注意事項

当事業所において、各部屋・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利用者相互が気持ちよく利用できるよう美化に努めてください。

②備品等については、大切に取り扱ってください。

③ご利用の際に、利用者の過失によって各室・備品に破損が生じた場合は、賠償し

ていただくことがあります。また、他の利用者に損害を与えた場合においても、その賠償をしていただくことがあります。

6．当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）提供するサービスの内容について

	サービスの内容
相談及び援助	利用者及び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。
保護	利用者の身体その他の状況及び置かれている環境に応じて必要な保護を行います。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ア）入浴・排泄　必要に応じて介助や確認を行います。 イ）起床・入床　起床時間　６：３０ 就床時間　２２:００ 但し、本人の生活リズムを尊重します。 ウ）着脱衣　必要に応じて介助、確認を行います。 エ）整容　毎食後の歯磨き援助、介助、確認。洗面の援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また、医療機関との連絡調整及び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。 （協力医療機関） ・病院名：医療法人ときわ会　藤井クリニック（訪問診療） ・院　長： ・場　所：総社市駅南２丁目１７－１ ・電　話：０８６６－３１－７６１６ その他、必要に応じ通院支援を行います。
食事の提供	栄養、利用者の身体の状況及び希望や嗜好を考慮した食事の提供に努めます。 食事は衛生管理及び食中毒予防の観点から、提供後２時間以内にお召し上がりいただくようお願いしています。２時間を経過した場合は、利用者の安全確保のため、職員よりお声掛けを行い、確認の上処分させていただく場合がございます。朝食：7:００～、昼食：１２:００～、夕食：１７:００～
ご家族との連絡	電話、連絡帳アプリ、訪問等にて、日々の様子をお伝えします。

（2）訓練等給付費対象サービス利用料金

上記サービスの利用に対しては、食費にかかる経費を除き１割が訓練等給付費の対象となります。事業者が訓練等給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分として、サービス料金の１割の額を事業者にお支払いいただきます（定率負担）。

なお、訓練等給付費が支給される場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払い頂きます。

本事業所が代理受領を行った訓練等給付費は利用者に通知するものとします。

（３）利用者負担の減免について

〔利用者負担に関する月額上限〕

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

（４）サービス利用にかかる実費負担額

家賃 （月額）	水道光熱費 （月額）	食事代 （1 食）	日用品費 （月額）
３５，０００円	実　費	**朝食**　３９０円 **昼食**　６８０円 **夕食**　６８０円	実　費

水道光熱費につきましては、事業者とご利用者様で按分いたします。

生活費の家賃については、帰省等サービス提供日数の増減が生じても定額とします。
ただし、入退居が月の途中の場合は日割りとします。
尚、経済条件により変更することがあります。

その他、事業所でお過ごしいただく上でご利用者様にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用（個別活動費・通信費）を実費でご負担いただきます。

ただし、通信費は事業者と Wi-Fi ご利用者様で按分いたします。

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関わらず支払い期日から３か月以上遅延し、故意に支払いの督促から１４日以内にお支払いがない場合には、契約を解約したうえで、未払い分をお支払いただくことがあります。

（５）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記（２）及び（３）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、翌月末日までにご請求しますので、当法人の指定する日付において、指定口座より振替をもってお支払い下さい。

事業者は、利用者負担額及び実費負担額の支払いを口座振替において受けた場合、領収書は原則発行いたしません。

但し、口座振替において支払いができない場合については、下記の口座に振り込んでいただく場合がございます。

中国銀行　水島支店　店番号：１８４　口座番号：普通２５０１５８３
名義人：一般社団法人　風　代表理事
【 イッパンシャダンホウジン　カゼ　ダイヒョウリジ　】

（６）利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービス実施日の７日までに事業者に申し出てください。

②市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。

③サービス利用の変更・追加は、その日の利用状況により利用者が希望する日及び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当日の利用者の健康状態により、サービスの利用が困難であると認められる場合には、サービスの内容を変更又は中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ適切に対応いたします。

（７）実費負担額の変更

実費負担額を変更する場合は、原則としてその１か月前までにご説明します。

（８）提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無等)

<table>
<tr><td rowspan="4">第三者による評価の実施状況</td><td rowspan="3">1　あり</td><td>実施日</td><td></td></tr>
<tr><td>評価機関名称</td><td></td></tr>
<tr><td>結果の開示</td><td>1　あり　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">2　なし</td></tr>
</table>

○

７．サービスの利用に関する留意事項

（１）受給者証の確認

「住所」「支給量」「障害支援区分」「月額上限負担額」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合はできるだけ速やかに本事業所従事者にお知らせください。

また、本事業所従事者より「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いします。

また、同一月内ですでに他事業所を利用された場合は、利用開始時にお知らせください。

（２）支給量の管理

利用の申し込みがあったサービス量が支給決定量を超過することが見込まれる場合は、速やかにお知らせいたします。

（３）支給決定量を超過して利用する場合は、別に定めるとおりの自己負担をお支払頂きます。

なお、事業所側が前項の規定を怠った結果、支給量の限度を超えてサービスを提供した場合は、当該サービス提供に係る費用（食事等の実費は除く）は事業所の負担とします。

（４）サービス利用の開始

①日中サービス支援型共同生活援助利用が決定した場合は契約を締結した後にサービス提供を開始します。契約の有効期間は障害福祉サービス支給期間と同じです。

②共同生活援助サービスの提供にあたっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の医療保健サービス又は福祉サービスの提供状況等を把握させていただきます。

（５）サービスの終了

①利用者が当事業所に対し、３０日間の予告期間をおいて文書で通知をおこなった場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変・急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に違反した場合・利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合・また当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することが出来ます。

③利用者がサービスの利用料金の支払いを３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず、３０日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が、事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為をおこなった場合は、事業者は文書で通知することにより直ちに本契約を解除し、サービス提供を終了させていただく場合があります。

④本事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

（６）契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

① 障害福祉サービス（日中サービス支援型共同生活援助）の支給期間が終了。
② 利用者が亡くなられた場合。

（7）貴重品の管理

利用者の責任において管理していただきますが、自己管理の困難な方については、職員が協力して管理にあたります。

（8）宗教活動等

利用者の思想・信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動等はご遠慮ください。

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。
　虐待防止責任者　（管理者）
② 成年後見制度の利用を支援します。
③ 虐待防止委員会の設置。
④ 従業者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 虐待を発見した場合の自治体への速やかな通報及び自治体が行う調査への協力を行います。
⑥

8-2.身体拘束等の禁止

事業所は、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。
やむを得ず身体拘束を行う場合は、その理由、時間、利用者の心身の状況等を記録します。

8-3.ハラスメント対策

利用者又は家族等からの著しい迷惑行為（暴力、暴言、セクハラ等）があった場合、サービス提供を中止する場合があります。

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扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ・事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」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、従業者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、従業者である期間及び従業者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、従業者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	・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で使用する等、他の障がい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えい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負担となります。）

１０．事故発生時及び緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者の症状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

サービス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。事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。

また、サービス提供において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。

利用者様の故意や過失による設備破損等については、状況に応じて実費負担をお願いする場合があります。

なお、事業者の責任によらない事故（利用者の故意・過失、持病による発作等）による損害については、損害賠償の責任を負わない場合があります。

（保険加入会社）

保険会社名　損害保険ジャパン株式会社

保険名　　賠償責任保険

１１． 重度化対応の体制

（１）　医療との連携体制

重度化に伴う医療ニーズに応えるため、協力医療機関とともに即応出来る連携体制を確保します。

（２） 看護職員の体制

現在、看護師は配置していません。

（３）入院期間中におけるグループホームの居住費および食費等の取り扱い

入院期間中の食費は欠食とし、「提供分の請求」といたします。

ただし、家賃・共益費・光熱水費・衛生用品費は「月額での請求」といたします。

（３） 急性期における医師や医療機関との連携体制

協力医療機関の確保および、２４時間の体制により連携体制を確保します。

（４）入居者及びその家族に対し、重度化対応の体制について説明し、同意を得ます。

１２．行方不明者発生時の対応について

サービス提供中に、利用者が行方不明となった場合は迅速な捜索態勢を整えると共に、警察、消防　関係機関との連携を図り、早急に行方不明者の発見ができるように努めます。賠償すべき事態については、第１０条と同様の対応を行うこととします。

１３．感染症に関する対応について

①事業所での蔓延を防ぐ為、記載する疾患に感染した場合には、次の対応といたします。

疾患名	基　準
インフルエンザ	発熱後５日、かつ解熱後３日を経過するまで
感染性胃腸炎	下痢、嘔吐の回復後、医師が感染の恐れがないと認めるまで
新型コロナウィルス	発熱後５日、かつ解熱後３日を経過するまで
同居のご家族に症状が出た場合についても、同様の対応でお願いいたします。	

②予防について以下の通り対策させて頂く場合があります。

・感染症シーズンには通常よりも多く検温させて頂き、体調不良の早期把握に努めます。

・事業所活動時に発熱等の症状が観られた場合、自宅への帰宅を依頼する場合があります。

・感染症シーズンには、感染症対策について文章を配布致しますので、そちらをご参照下さい。

※その他、感染症の拡大等により、上記以外の対応をさせて頂く場合があります。

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、委員会の開催、研修及び訓練を実施します。

１４．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係

＜苦情受付窓口＞　（責任者）［管理者］

（担当者）［サービス管理責任者］

○受付時間　　毎週月曜日～金曜日　　9:００～１６:００

○電話番号　　０８６－４５４－５９３０

○ＦＡＸ　　０８６－４５４－５９３１

（２）行政機関その他苦情受付機関

倉敷市	倉敷市障がい福祉課事業所指導室 ０８６－４２６－３２８７
岡山県社会福祉協議会 （運営適正化委員会）	所在地　岡山市北区南方２丁目１３－１きらめきプラザ内 電話番号 ０８６－２２６-９４００ 受付時間　9:００～１７:００

●その他、障害者虐待等に関する窓口一覧（別紙）を参照

（３）円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

①利用者等からの事情聴取により、事実関係を把握します。

②苦情に係る問題点を把握し、対応策を検討し、必要な改善を行います。

③利用者等に対し、調査結果や講じた措置の内容を、納得が得られるように説明します。

④苦情の処理に際しては、必要に応じて所轄庁及び岡山県運営適正化委員会へその概要を報告し、適切な対応方法について指示を仰ぎます。

１５．災害時の対策

平常時の訓練	年２回以上防災訓練を、利用者の方々も含めて実施いたします。
防災設備	・自動火災報知設備　・スプリンクラー　・誘導灯 ・消火器　・火災通報設備 ・カーテン、寝具等は防炎性のものを使用しています。

１６．BCPの策定

業務継続計画（BCP）を策定し、感染症や災害時においてもサービスが継続できるよう研修及び訓練を実施しています。

令和　　年　　月　　日

指定日中サービス支援型共同生活援助の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者　　住　　所　　倉敷市水島南瑞穂町９番２６号
　　名　　称　　一般社団法人　風
　　代表理事　　印

説明者　　事業所名　　グループホーム　ふうりん
　　住　　所　　倉敷市真備町尾崎９７９番２
　　職　　名　　管理者　　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、指定日中サービス支援型共同生活援助の提供開始に同意いたしました。

利用者　　住所

氏名　　㊞

家族または代理人　　住所

氏名　　続柄（　　）　㊞

この重要事項説明書は、社会福祉法第７６条及び７７条に基づく、厚生労働省令第８０号（平成１４年６月１３日）第５９条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

サービス利用に係わる情報提供同意書・個人情報使用同意書

一般社団法人風が運営する障がい福祉サービスの利用にあたり、利用者及びその家族の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所

氏名　　㊞

家族または代理人　　住所

氏名　　続柄（　　）　㊞

【使用する目的】

※法令に基づき事業者が行うべきものとして明記されているもの

①利用者の支援内容向上のための個別支援計画にかかわる諸会議

②利用者に障害福祉サービスを提供する他のサービス事業者等との連携、照会への回答

③事故、虐待が発生した場合の県・市町村への連絡

③ 利用者からの苦情に関して県・市町村が行う調査への協力

⑦ 利用者に病状・症状の急変が生じた場合等の医療機関への連絡等

⑧ 保険会社等への相談又は届出等

別　紙

苦情窓口

○岡山市	生活福祉部障害福祉課	０８６－８０３－１７５５
○倉敷市	社会福祉部障がい福祉課	０８６－４２６－３３０５
○総社市	福祉課障がい福祉係	０８６６－９２－８２６９
○玉野市	社会福祉部福祉政策課	０８６３－３２－５５５６
○浅口市	健康福祉部社会福祉課	０８６５－４４－７００７
○矢掛町	福祉介護課	０８６６－８２－１０２６
○早島町	健康福祉課	０８６－４８２－２４８３

肖像権使用同意書

私は、私の肖像等を撮影した写真・映像を下記に定める条件にて使用することを同意いたします。また、この同意により、写真・映像について私本人または第三者から、クレーム等の意義申し立てが一切なされないことに保障いたします。

記

１．本写真が広報誌・広告・放送・印刷・各種メディア（ＣＤ－ＲＯＭ・インターネット等）のために利用、再利用、出版、再販、編集、コピー、複写等されることに同意いたします。

２．本写真を使用した広告、印刷物、商品等の受け渡しならびに、使用されたことによる金銭的対価を求めないことに同意いたします。

３．本写真が利用されるいかなる用途においても、その利用法について申し立てを行う権利を放棄することに同意いたします。

４．私ならびに第三者が上記写真の撮影時、または撮影後の処理過程中ならびにその出版の際に意図的であるか否かを問わず、発生または作成される可能性のある、

写真のぶれ、歪み、変質、視覚的錯覚、及び合成写真での使用を起因とする損害について、名誉棄損あるいはプライバシー侵害を含むいかなる理由においても責任を問わず、賠償を求めないことに同意いたします。

５．使用不可となる媒体について、ご記載ください。

【　　】

以上

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所

氏名　　㊞

家族または代理人　　住所

氏名　　続柄（　　）　㊞

行方不明者発生時における

個人情報の取り扱い及び捜索対応に関する同意書

私は、一般社団法人風が運営する障がい福祉サービスの利用中に行方不明となる事態が生じた場合、利用する事業所が次の対応を実施することに同意致します。

記

1、　行方不明発生後、周辺の捜索を開始し、おおよそ20分程度捜しても見つからなかった場合は、利用者家族または法定代理人へ連絡後、警察へ行方不明者届の提出を行うこととする。

尚、利用者家族または法定代理人に連絡が繋がらない場合は、事業所管理者の判断により、警察へ連絡を行うこととする。

2、周辺捜索時には、事業所で作成したＳＯＳ連絡票（利用者の顔・全身写真、その他特徴を記した個人票）を基に、事業所職員及び協力機関等が周辺地域への聞き取り捜索を行うこととする。

3、行方不明者発見時の状態により、緊急を要する場合については、事業所管理者の判断において、救急車の手配を行うこととする。

以上

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所

氏名　　㊞

家族または代理人　　住所

氏名　　続柄（　　）　㊞