

共生型サービス事業所（生活介護・機能訓練）事業所
〔サポートセンターいきいき〕利用契約書

社会福祉法人愛和会

_____（以下「契約者」という）と社会福祉法人愛和会（以下「事業者」という）は_____（以下「利用者」という）が共生型サービス事業所（生活介護・機能訓練）サポートセンターいきいき（以下「施設」という）における共用施設等を利用し、生活すると共に事業者から提供される共生型サービス事業所（生活介護・機能訓練）サービスを受け、契約者がそれに対する利用料金を支払うことについて、重要事項説明書に基づいて協議し、合意に達したので、次の通り契約（以下「本契約」という）を締結します。

第1章 総則

第1条（契約の目的）

この契約は、事業者が介護保険法令の趣旨に従い利用者に対し日常生活上の必要な援助や機能訓練等を行うことにより、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るようにすると共に利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持向上が出来るよう支援し、家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図ることを目標とします。

第2条（契約期間）

本契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護・要支援認定の有効期間満了日までとします。ただし、契約期間満了の7日前までに、契約者からの契約終了の申し入れがない場合には、本契約は、さらに同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

第3条（通所介護（介護予防通所介護）計画の作成・変更）

1. 事業者は、利用者に係わる居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合には、それに沿って利用者の通所介護（介護予防通所介護）計画を作成するものとします。
2. 事業者は、利用者に係わる居宅サービス計画が作成されていない場合でも、通所介護（介護予防通所介護）計画の作成を行います。
3. 事業者は、通所介護（介護予防通所介護）計画の原案を作成したときは、利用者に対して内容をわかりやすく説明し、同意を得た上で決定するものとします。
4. 事業者は、利用者に係わる居宅サービス計画書（ケアプラン）が変更されたとき、または利用者及び利用者の家族等の要請に応じて通所介護（介護予防通所介護）計画の

変更が必要かを調査して変更の必要があると認めるときは、利用者及び利用者の家族等と協議して通所介護計画を変更するものとします。

5. 事業者は、通所介護（介護予防通所介護）サービスの内容を変更する場合には、利用者に対して、その内容を確認する書面を交付するものとします。

第4条（介護保険給付対象サービス）

介護保険給付対象サービスとは、事業者が当該事業所において入浴、排泄、食事等の介護、健康状態の確認、をおこないます。

第5条（介護保険給付対象外サービス）

1. 事業者は、利用者との合意に基づき、次の各号に定めるサービスを介護保険給付対象外サービスとして、提供することが出来るものとします。
 - (1) 通常のサービスに要する時間を超える介護サービス。
 - (2) 介護保険給付の支給限度額を超える介護サービス。
2. 前項に規定するものの他、事業者は利用者が日常生活上、事業者がサービスをできることについては、別に定める所の介護保険給付対象外サービスとして提供するものとします。
3. 前2項のサービスに関わる利用料は、利用者、ご家族の負担とします。
4. 事業者は、利用者または利用者の家族、介護者等（以下「利用者の家族」という。）に対し、第1項及び第2項に規定するサービスの提供について、必要に応じてわかりやすく説明します。

第2章 料金

第6条（利用料金）

1. 利用者は、介護保険法等の所定利用料金体系に基づいて計算された利用料を、事業者を支払うものとします。ただし、利用者が受けたサービスの中で、介護保険等の適用を受ける部分については、利用料から保険給付額等を差し引いた額を支払うものとします。但し、利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金をいったん支払うものとします。要介護・要支援認定後又は居宅サービス計画作成後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。
2. 利用者は第4条及び第5条に定めるサービスを利用した場合その利用料金は別紙「重要事項説明書」又は「料金表」の通りです。

第7条（料金体系の変更）

1. 事業者は、第4条第1項に定める所定の利用料金について、厚生労働省の定める介護給付体系の変更があった場合は、事業者が契約期間中であっても、利用者に対して、

前条に定める利用料金の増額又は減額を求めることができます。この場合において、事業者は、利用者に対して1ヶ月以上前に文書で通知するものとします。

2. 利用者は、前項の変更を了承できないときには、契約を解除することができます。
3. 前項の場合において、利用者はすでに受けた通所介護サービスについては、所定の利用料金を事業者を支払うものとします。

第8条（利用日の中止・変更・追加）

1. 利用者は、通所介護（介護予防通所介護）サービスの利用を中止又は変更することができます。
この場合において、利用者は利用日の前日までに事業者申し出るものとします。
2. 前項に規定する中止した利用日については、利用者は、利用料金の支払い義務を負いません。
3. 利用者は、本条第1項に規定する期限を過ぎた申し出、又は事前の申し出なくサービスの利用を中止した場合には、当該中止した利用料金を支払うものとします。ただし、利用者の病気、急な入院等の特別な事情による場合は、この限りではありません。
4. 事業者は、前項に基づく利用者からのサービス利用変更等の申し出に対して、利用者の希望する日にサービスの提供が出来ない場合には、他の利用可能日を提示して協議するものとします。

第9条（事業者及びサービス従事者の義務）

1. 事業者及び事業所のサービス従事者は、サービスの提供にあたり、利用者の生命、身体、生活環境等の安全確保に配慮するものとします。
2. 事業者は、利用者の家族から聴取・確認したうえで、サービスを実施するものとします。
3. 事業者は、利用者に対するサービス提供時において、体調・健康状態等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必要な医療機関等への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとします。
4. 事業者は、非常火災に関する具体的計画を策定すると共に、非常災害に備えるため定期的に防災設備の点検をし、並びに避難訓練、救出その他必要な訓練を行い、災害の予防、防止、人命の安全を図るものとします。
5. 事業者は、利用者に対するサービス提供について記録作成し、それを2年間保管し、契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

第10条（利用者の施設利用上の注意）

1. 利用者は事業者の施設、整備及び敷地等を、その本来の用途に従って利用するものとします。
2. 利用者は事業所の施設及び整備等について、故意または重大な過失により滅失、破損、

汚染若しくは変更した場合には、自己の費用により現状に復するか、又は、相当の対価を事業者に支払うものとします。

3. 利用者の心身の状況等により特段の配慮が必要な場合には、利用者及び利用者の家族等と事業者との協議により、施設及び設備等の利用方法を決定するものとします。

第11条（守秘義務）

1. 事業者及び事業所の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対してサービスを実施するうえで知り得た契約者及び利用者などの守秘事項について漏らすことのないように必要な措置を講じます。
2. 事業者は、事業所の従業員が退職において在職中に知り得た契約者又は利用者の家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。
3. 事業者は、利用者の個人情報を用いる場合、又は利用者の家族の個人情報を用いる場合は、事前の同意を文書により得た上で、利用者又は、契約者等の個人情報を用いることができます。
4. 本条の規定は、契約が終了した後においても効力を継続します。

第12条（損害賠償）

1. 事業者は、サービス実施に伴って、利用者または利用者の家族等の生命・身体・財産等に損害が発生した場合には損害賠償を行うものとします。
2. 事業者は、次のような自己の責に返すべき事由がない場合には損害賠償責任は免除されます。特に、次の各号に掲げる事項に該当する場合は、事業者は、損害賠償責任は免責されます。
 - ① 利用者が、契約締結時にその疾患及び身体状況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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
 - ② 利用者は利用者の家族等が、通所介護サービスを受けるにあたって、事業者の必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知をおこなったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。
 - ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合。
 - ④ 利用者又は利用者の家族等が、事業者及び事業所の従業員の指示・依頼に反して行った行為が起因して損害が発生した場合。
 - ⑤

第3条 契約の終了

第13条（契約の終了事由、契約終了に伴う援助）

利用者は、以下の各号に基づく契約の終了がない限り、本契約に定めるところに従い、事業者が提供するサービスを利用することが出来ます。

1. 利用者が死亡した場合。
2. 要介護・要支援認定により利用者の身体状況が自立と認定された場合。
3. 事業所が解散命令を受けた場合、倒産した場合又は止むを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
4. 施設の損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。
5. 事業所が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合。
6. 第13条から第17条に基づき本契約が解約又は解除された場合。
7. 事業所が災害等により滅失し、破損しサービス提供が不可能になった場合。
8. 利用者が介護福祉施設、老人保健施設、療養型医療施設に入所した場合。

第14条（契約者からの中途解約）

1. 利用者は、本契約に定めるサービスが不要になったときは、契約期間中であっても契約を解除することが出来ます。この場合には、利用者は契約終了を希望する日の7日前により契約を継続することが出来ない特別な事情が生じた場合には、事前の通知がなくても契約を解除することが出来ます。
2. 前項の場合において、利用者が、既に受けたサービスについては、所定の利用料金を事業所に支払うものとします。

第15条（契約者からの契約解除）

利用者は、事業所及び事業所の従業員が以下の各号に該当する行為を行った場合には、本契約を解除することができます。

1. 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通所介護（介護予防通所介護）サービスを実施しない場合。
2. 事業者もしくはサービス従事者が、故意又は過失により契約者及び利用者の身体・財産・信用などを傷つけ、または著しい不信行為、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。
3. 事業者もしくはサービス従事者が、第11条に定める守秘義務に違反した場合。
4. 他の契約者が利用者の身体・財産・信用などを傷つけた場合、又は、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。

第16条（事業者からの契約解除）

事業者は、利用者または利用者の家族が以下の各号に該当した場合には、本契約を解除することができます。

1. 利用者及び利用者の家族が、契約締結時にその疾患及び身体状況などの重要事項について重大な事情を生じさせた場合。
2. 利用者及び契約者による第6条第2項に定めるサービス利用料金の払いが3ヶ月以上遅延し、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. 利用者が故意又は重大な過失により、事業者及びサービス従業者、若しくは他の契約者などの生命・身体・財産などを傷つけ、又は著しい不振行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じた場合。

第17条（禁止行為）

利用者は、事業所内で次の各号に該当する行為をすることは許されません。

1. 決められた場所以外での喫煙。
2. 事業者及びサービス従業者、又は他の契約者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うこと。
3. 宗教や習慣の違い、身体的欠陥で他人を排撃、中傷、暴言すること、けんか、口論、泥酔等で他人に迷惑をかけること。
4. 定められた物以外を持ち込むこと。
5. その他、管理者が禁止行為として定めたこと。

第18条（サービス内容等の記録作成・保存）

1. 事業者は、利用者に対してサービスを提供するたびに、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を所定の書面に記載します。
2. 事業者はサービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から2年間保存しなければなりません。
3. 利用者は事業所に対し、第1項及び第2項に規定する書面その他サービスの提供に関する記録について、いつでも閲覧等を求めることができます。ただし、複写等の費用が必要なものについては、実費相当額を利用者に対して請求できるものとします。

第19条（精算）

契約が解約又は終了した場合、契約者は事業者に対し、利用料金の支払義務、その他の負担業務（現状回復義務等）がある場合は、契約終了日から7日以内に精算するものとします。

第20条（苦情処理）

事業者は、その提供したサービスに関する契約者又は利用者からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

第21条（協議事項）

本契約に疑義が生じた場合、又は本契約に定められていない事項については、介護保険法、その他法令、諸規定の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議のうえ、解決に努めるものとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記入捺印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 指定通所介護（介護予防通所介護）事業所
茨城県指定第 0875300303 号
サポートセンター いきいき
住 所 茨城県行方市麻生 1085-1
代表者 サポートセンター いきいき
管理者 渡邊 泰子 印

契約者（利用者との関係 ）

住所

電話

氏名

印

利用者 住所

氏名

印

令和4年1月1日

共生型生活介護・自立訓練（機能訓練）重要事項説明書

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 愛和会
所 在 地	茨城県古河市駒羽根320番地1
電 話	0280-93-0234
ファックス	0280-93-0571
代表者氏名	理事長 森 誠
設立年月	平成15年8月12日

2. 利用施設

事業所の種類	共生型生活介護・機能訓練 令和3年5月1日指定
事業所の名称 (指定事業所番号)	共生型サービス事業所 サポートセンター いきいき (NO.0813000247号)
事業所の所在地	茨城県行方市麻生1085番地4
連 絡 先	電話番号 0299-77-5900 ファックス 0299-77-5902
管 理 者	センター長 渡邊 泰子
サービス管理責任者	鬼澤 理恵
通常の事業の実施地域	行方市、潮来市、銚田市、鹿嶋市、神栖市、香取市、稲敷市 (但し、送迎可能な地区)
主たる対象者	特定なし
定 員	20名 (生活介護14名、自立訓練(機能訓練)6名)
開設年月日	令和3年1月15日(通所介護)

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者が自立した日常生活または社会生活を営めるように、生活介護では、常時介護を要する利用者に対して、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産的活動の機会を提供その他の便宜を適切かつ効果的に行う。また、自立訓練(機能訓練)では、一定期間にわたり身体機能又は生活能力の維持・向上のために必要な支援、訓練その他便宜を適切かつ効果的に行う。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サービスを行う。また関係機関や家族とも連携を図り住み慣れた環境で持続的に自立生活の支援できるようにする。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つ決めの細かな生活介護サービスの提供。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構造	鉄筋コンクリート造陸平屋建て (耐火建築物) (耐震構造)
	敷地面積	1 2 8 3 . 3 3 m ²
	延べ床面積	5 6 4 . 2 8 m ²

(2) 主な設備

設備	主な備品	広さ
事務室		2 9 . 1 m ²
機能訓練スペース 室 活動スペース	階段、平行棒 レク・リハビリ器具	7 5 . 6 6 0 m ²
厨房	厨房機器	4 7 . 4 4 8 m ²
多目的作業スペース	テレビ音響機器 テーブル5ケ 椅子20ケ	8 2 , 1 1 4 m ²
相談室	1か所	8 . 3 5 2 m ²
洗面設備	3か所	厨房前、トイレ前
便所	男子、女子、多機能 トイレ 職員トイレ	1 0 . 2 1 5 m ² 4 . 4 1 m ² 1 0 . 2 1 5 m ²
展示スペース (回廊)	手すり 展示スペース	
大浴場 浴槽	大浴槽、手すり、 出入り階段	3 0 . 2 4 m ² 以上
特浴及び個室	特浴、 手すり付き個室	1 6 . 2 m ²
ベッドルーム	3室	ベッド8台
和室		
静養室		

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の設置状況

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	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				
医 師	1				1		
看護師	3		2		1		
生活支援員	5	2	2		1		
機能訓練指導員	1		1				

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	8時～17時
サービス管理責任者	同じ
医 師	月1回第1水曜日
看護師	8時～17時
生活支援員	8時～17時
機能訓練指導員	8時～17時

(イ) 営業日及び営業時間、サービス提供日及びサービス提供時間

営業日及び営業時間	営業日：月曜日～土曜日（1月1日を除く） 営業時間：午前8時～午後17時
サービス提供日及びサービス提供時間	サービス提供日：月曜日～土曜日（1月1日を除く） サービス提供時間：午前9時～午後16時 時間外延長も可能（応談により）

6. 介護給付費・訓練等給付費によるサービス

(1) 生活介護

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。また、必要に応じて随時「個別支援計画」の見直しを行います。

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	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を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
訓練	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。 リハビリ専門指導 土浦協同病院なめがた地域医療センターリハビリテーション科へ連携を図り訓練アドバイス毎週木曜日（日常生活訓練・社会適応訓練等）
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・排泄等生活全般にわたる援助を行います。
事業所外支援	常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により、5日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月2回を限度として同意の上で支援を行います。
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。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します ① 季節柄の学習活動、興味関心に合わせた活動 ② 書道や絵画や粘土細工、学習活動 ③ 園芸活動や調理教室
生産活動	利用者の特性と必要に応じ行っていく。
送迎サービス	車椅子対応車両による車両もごさいます。

(2) 自立訓練（機能訓練）

サービスの種類	サービスの内容
自立訓練（機能訓練）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、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した自立訓練（機能訓練）計画を作成します。
食事の提供	希望により、利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。
入浴サービス	希望により、入浴サービスを提供します。 （機械浴・一般浴による入浴サービスです）
身体等の介護	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・排泄等の生活全般にわたる援助を行います。

家事等日常生活能力を向上させるために必要な訓練	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。
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	利用者の投薬管理や疾病予防に努めるとともに、嘱託医師により、健康診断日を設けて健康管理を行います。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。
リハビリ専門指導	土浦協同病院なめがた地域医療センターリハビリテーション科へ連携を図り訓練アドバイス毎週木曜日
送迎サービス	自主通所ができない場合、希望により送迎を行います。

(3) 介護給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
食事サービス	希望により食事の提供をします。 利用者の特性に合わせた食事形態を提供 食事時間 昼食 12:00	1食 300円 食事提供体制 加算
創作的活動・及び生産活動等	創作的活動及び生産活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実費
社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	実費相当
入浴サービス	希望により入浴サービスを提供します。光熱水費としていただく場合があります。 (機械浴・一般浴による入浴サービスです)	実費相当
その他	・サービス提供記録等の複写代 ・証明書諸書類の発行代 ・その他 印刷代 10円	実費相当

7. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払いただきます。

なお、利用者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。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容（3）介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の前日までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料1日あたり	10%
-------------	-----

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 現金払いとさせていただきます。

8. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに身元保証人や医療機関への連絡等を行います。

利用者様、かかりつけ医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

10. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

11. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 渡邊 泰子 ・解決責任者 渡邊 泰子 ・ご利用時間 8:00～17:00 (土・日・祝祭日・旧正月・旧盆・年始を除く) ・電話番号 0299-77-5900 F A X 0299-77-5902 ・担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。
行方市市役所 福祉課障害グループ	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：行方市甲 404 番地 ・電話番号：0299-55-0111
茨城県 運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：水戸市千波町 1918 (茨城県総合福祉会館 2 階) ・電話番号：029-305-7193

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 渡邊 泰子 ・ご利用時間 8:00～17:00 ・電話番号 0299-77-5900 F A X 0299-77-5902
------------------	---

12. 協力医療機関

医療機関の名称	土浦協同病院		
医 院 長 名	河内 敏行		
所 在 地	〒300-0028 土浦市おおつ野四丁目 1 番 1 号		
電 話 番 号	TEL 029-830-3711 (代表)		
診 療 科	総合科	入 院 設 備	有り or 無し
医療機関の名称	つばさクリニック		
医 院 長 名	羽生 Dr		
所 在 地	行方市井貝字中原 353-24		
電 話 番 号	0299-80-8005		
診 療 科	内科、外科、皮膚科	入 院 設 備	有り or 無し

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 無 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 無 ・スプリンクラー 無 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に対する対応
消防に関する事項	消防署への開始届出日： 令和3年1月8日 特例適用承認日 令和3年1月7日
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。

14. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙	全館禁煙です。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いします。
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。

令和 年 月 日

共生型生活介護・共生型機能訓練事業の提供及び利用の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：共生型サービス事業所 サポートセンターいきいき
説明者職名：サービス管理責任者 氏名 鬼澤 理恵

私は、本書面に基づいて事業者から共生型生活介護・共生型機能訓練の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

身元保証人 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
続 柄 (利用者との関係) _____
電 話 _____

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
続 柄 (利用者との関係) _____