

「就労継続支援(B型) 重要事項説明書」

あなたに対する就労継続支援(B型)サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	特定非営利活動法人 周南さわやか会
所在地	山口県周南市糺町2丁目67番地1
電話番号	0834-33-5828
代表者氏名	理事長 末田 真由美
設立年月	平成 18 年 9 月 15 日

2. 利用施設

事業所の種類	就労継続支援(B型) 平成31年4月1日指定更新
主事業所名称 住所、連絡先	さわやか工房 周南市糺町 2 丁目 67 番地1 0834-33-5828
管 理 者	河本 敏昭
サービス管理責任者	津野地 健志
サービスの実施地域	周南市、下松市、光市
主たる対象	精神障害者、知的障害者、身体障害者
定 員	20名
開設年月日	平成19年4月 1 日

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むことができるよう、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行うことができるように支援します。
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きめ細かな就労継続支援(B型)サービスの提供。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

ア. 施 設

さわやか工房	敷地面積	460 m ²
	延べ床面積	161 m ²

イ. 主な設備

	部屋数	備 考
作業室	1室	さわやか工房
休養室	1 室	〃
相談室	1 室	〃
台 所	1 室	〃
便 所	3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。

ウ. 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 名			0.5		0.5	
サービス 管理責任者	1 名	1				1	
目標工賃達成 指導員	1 名	1				1	
職業指導員	2 名以上	1 以上			0.5 以上	1.5 以上	
生活支援員	2 名以上	1 以上			0.5 以上	1.5 以上	

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ために「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧」(県届出)により職員を配置しています。

エ. 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	勤務時間帯(8:30～17:30)
サービス管理責任者	勤務時間帯(8:30～17:30)
目標工賃達成指導員	勤務時間帯(8:30～17:30)
職業指導員・生活支援員 (常勤)	勤務時間帯(8:30～17:30)
職業指導員 (非常勤)	勤務時間帯(8:30～16:30)

オ. 営業日・休業日と営業時間

営業日:月曜日～金曜日(国民の祝日を含む法人年間営業カレンダーによる)

休業日:土曜日、日曜日、工房指定の祝日

営業時間:9:30～15:30まで

5. サービス提供の内容

ア. 訓練等給付費対象サービス内容

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	身体の機能、生活能力の維持・向上を図るための訓練を行います。またその他の便宜を適切かつ効果的に行います。
生産活動	施設外及び施設内での生産活動の機会を提供します。 ＜工賃の支払い＞ 上記生産活動に於ける事業収入及び施設内役務に従事した利用者へは工賃を支給します。
実習及び求職活動等の支援	障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、ハローワーク等の関係機関と連携を取りながら職場実習の実施や求職活動の支援、職場定着の支援を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェック、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。

イ. 訓練等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	平日 希望者には、昼食を提供します。 食事時間は12:00より13:00の間です。	200円／1食
	祝日 希望者には、昼食を提供します。 食事時間は12:00より13:00の間です。	370円／1食
	当日の急な昼食の取り消しについては、キャンセル料を頂きます。（体調不良等で取り消す場合は、午前9時までに連絡をお願いします。）	370円／1食
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頂きます。	実 費
日常生活上必要な諸経費	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
突発的な諸経費	突発的な事故等により、保護者へ連絡がつかず、緊急に対応を要する場合費用をいただきます。	千円／1 時間

傷害保険料	利用者の事業所管理下における作業・活動中(所外、行事を含む)や、通退所中の事故の補償をします。	法人負担
-------	---	------

6. 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。

7. 利用料金

ア、訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金(厚生労働大臣の定める額)のうち 9 割が訓練等給付費の給付対象となります。

事業者が訓練等給付費等の給付を市町から直接受け取る(代理受領する)場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 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)

尚、定率負担または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。

イ、利用料金のお支払方法

前記ア、の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので15日までに当事業所窓口で現金にてお支払いをお願いします。

8. 利用者の記録及び情報の管理等

ア、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。

イ、利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿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、速やかに医療機関への連絡等を行います。

利用者の主障害で通院している医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電話番号：
利用者の掛かりつけ医療機関(外科)	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電話番号：
利用者の掛かりつけ医療機関(内科)	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電話番号：
利用者の掛かりつけ医療機関（その他）	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電話番号：
緊 急 連 絡 先 優先順位① 注意：本人以外で日中必ず連絡の取れる所または、電話番号であること。	住 所： 氏 名： 続 柄： 電話番号：
緊 急 連 絡 先 優先順位②	住 所： 氏 名： 続 柄： 電話番号：
緊 急 連 絡 先 優先順位③	住 所： 氏 名： 続 柄： 電話番号：

お願いとご注意

緊急連絡先に登録した方の住所、電話番号等に変更があった場合は、遅滞無く文書にて連絡をお願いします。

緊急連絡先の不備で連絡が取れず、処置の遅滞等が発生した場合、法人は責任を負いません。

10. 要望・苦情等に関する申立先対応・相談窓口

当事業所相談窓口	・解決責任者 河本 敏昭
	・窓口担当者 津野地 健志
	・ご利用時間 9:30～15:30
	・電話番号 0834-33-5828
第三者委員	・委員 周南市社会福祉協議会 有馬 俊雅 ・電話番号 0834-22-8700
周南市役所障害者支援課 (周南市障害者虐待防止センター)	・所在地: 周南市岐山通1-1 ・電話番号:0834-22-8463
下松市役所福祉支援課 (下松市障害者虐待防止センター)	・所在地: 下松市大手町3丁目3番3号 ・電話番号:0833-45-1835
光 市役所福祉総務課 (光市障害者虐待防止センター)	・所在地: 光市光井2丁目2番1号 ・電話番号:0833-74-3000

11. 虐待防止・身体拘束適正化に関する申立先対応・相談窓口

当事業所相談窓口	・虐待防止・身体拘束適正化責任者 河本 敏昭
周南市役所障害者支援課 (周南市障害者虐待防止センター)	・所在地: 周南市岐山通1-1 ・電話番号:0834-22-8463
下松市役所福祉支援課 (下松市障害者虐待防止センター)	・所在地: 下松市大手町3丁目3番3号 ・電話番号:0833-45-1835
光 市役所福祉総務課 (光市障害者虐待防止センター)	・所在地: 光市光井2丁目2番1号 ・電話番号:0833-74-3000

12. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 愛命会 泉原病院		
理 事 長	吉田 延		
所 在 地	周南市泉原町10番1号		
電 話 番 号	0834-21-4511		
診 療 科	精神科	入 院 設 備	有

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

13. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	なし
---------------	----

14. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画等により対応いたします。
--------	-------------------------

15. 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	敷地内及び全館禁煙です。
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

障害福祉サービス就労継続支援(B型)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。

事業所名: さわやか工房

説明者職名: サービス管理責任者

氏名: 津野地 健志

印

私は、本書面に基づいて事業者から障害福祉サービス就労継続支援(B型)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。

利用者 住所: 〒

氏 名:

印

代理人 住所: 〒

氏 名:

印

続 柄: