

多機能型事業所そうじゃ晴々（就労継続支援B型）

重要事項説明書

就労継続支援B型事業所そうじゃ晴々の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説明すべき内容は以下の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人千寿福祉会
所 在 地	岡山県津山市瓜生原326-1
電 話 番 号	0868-26-3118
代表者氏名	理事長 小林和彦
設 立 年 月	昭和55年2月13日

2. 利用施設

事業所の種類	指定就労継続支援（B型）事業所 令和1年5月1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	就労継続支援B型事業所そうじゃ晴々 (3310800515)
事業所の所在地	岡山県総社市南溝手421-1
連 絡 先	電話番号 0866-94-4333
管理者兼サービス管理責任者	永江 守
サービスの実施地域	総社市
定 員	10名
開設年月日	令和1年5月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	通所による就労や生産活動の機会を提供するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者は、一般就労等への移行に向けて支援します。
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の細かな就労継続支援（B型）のサービスを提供します。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建 物	構 造	鉄骨造 1階建（耐火建築物）
	敷地面積	892.65㎡
	延べ床面積	346.95㎡

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
事 務 所	1 室	事務デスクとパソコン、コピー機等がある。
相 談 室	1 室	相談の機密性を保てる部屋となっている。
多 目 的 室	1 室	休憩場所や静養室として利用できる。
洗 面 設 備	2 箇所	歯磨き等にも利用できる。手洗いのみは他に3箇所。
ト イ レ	6 箇所	その内車イス用トイレは2箇所。
作 業 棟	2 室	1 室は洗濯場。1 室は印刷室。
倉庫及び保管庫	1 箇所	備品、薬品の保管に使用。
キッチン	1 箇所	調理を行う。

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職種、職務及び勤務体系の内容

事業所における職員の職種、及び職務の内容は、次のとおりとする。

(1) 管理者

管理者は、職員の管理、指定就労継続支援B型の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定就労継続支援B型の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行う。

(2) サービス管理責任者

サービス管理責任者は、次の業務を行う。

- (ア) 適切な方法により、利用者の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討すること。
- (イ) アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する指定就労継続支援B型以外の保険医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、利用者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定就労継続支援B型の目標及びその達成時期、指定就労継続支援B型を提供する上での留意事項等を記載した就労継続支援B型計画の原案を作成すること。
- (ウ) 就労継続支援B型計画の原案の内容を利用者に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、作成した就労継続支援B型計画を記載した書面（以下就労継続支援B型計画書という。）を利用者に交付すること。
- (エ) 就労継続支援B型計画作成後、就労継続支援B型計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行うとともに、少なくとも6ヶ月に1回以上、就労継続支援B型計画の見直しを行い、必要に応じて就労継続支援B型計画を変更すること。
- (オ) 利用申込者の利用に際し、指定障害福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等を把握すること。
- (カ) 利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行うこと。
- (キ) 他の従業者に対する技術指導及び助言を行うこと。

(3) 職業指導員

職業指導員は、就労継続支援計画に基づきサービスの提供を行う。又、生産活動の提供及び現場実習の

開拓を行い、就職後も職場定着を図るための支援を行う。

(4) 生活支援員

生活支援員は、日常生活の支援を行うとともに就労継続支援計画に基づきサービスの提供を行う。
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指定基準に従って配置しています。

各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	7:00～16:00,8:00～17:00,9:00～17:00,10:00～17:00
サービス管理責任者	7:00～16:00,8:00～17:00,8:30～17:30,9:00～17:00,10:00～17:00
職業指導員	7:00～16:00,8:00～17:00,8:30～17:30,9:00～17:00,10:00～17:00
生活支援員	7:00～16:00,8:00～17:00,8:30～17:30,9:00～17:00,10:00～17:00

(ア) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～金曜日（但し12月31日から翌年1月2日までは年末年始の休業日とする。
また、管理者が必要と認める場合、営業日を変更し、サービス提供することもある。）
営業時間：8：00～17：00まで

(イ) サービス提供時間

8：00～17：00まで（但し、原則12：00～13：00までは昼休憩とする）

6. サービス提供の内容

(1) 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	一般就労に必要な知識、能力の向上のための必要な訓練を行います。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	生産活動の機会を提供します。 ・同法人内の洗濯作業 〈工賃の支払〉 上記生産活動における事業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。
実習及び求職活動等の支援	公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター等の関係機関と連携を取りながら職場実習の実施や、求職活動の支援の実施、職場定着の為の支援を行います。
事業所外での支援	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心身状況を確認し、月2回を限度として同意の上で相談支援を行います。
健康管理	日常生活上必要な健康管理、記録を行います。
送迎サービス	自主通勤が出来ない場合、希望により送迎を行います。

(2) 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

生産活動等	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
就労に向けての支援に必要な諸経費	就労や実習に向けての支援のうち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、利用者の同意をえて代行します。	実費
その他	・サービス提供記録等の複写代 ・その他	10円/枚
食事の提供	昼食を一食350円実費負担で提供します。食事提供加算対象者は300円を引きます。さらに、低所得者については50円を当法人が負担します。	350円/昼食

◎当事業所が提供する食事以外のものについて

当事業所が提供する食事以外のものについて、例えば弁当等を個人的に持ち込みされること等は可能です。しかしこの場合において、当事業所側で、食品の衛生管理等がきちんと成されているか、誤嚥に繋がりがかねない物であるか等々を確認させていただきます。問題があると判断した場合、持ち込みや当事業所のサービス提供時間内での摂食を禁止させていただきます。
個人での持ち込み物に関しては、全額実費負担となります。

◎喫茶・おやつ提供について

お茶以外の飲み物（コーヒー・ジュース等）については、喫茶の時間等に指定のコップ一杯につき35円の実費負担で提供させていただきます。
おやつについては、個人の持ち込みを可とします。そうじゃ晴々で提供するおやつについては、一回50円です。

◎送迎にかかる費用について

通常の事業の実施地域（総社市）を越える送迎のうち、事業所から半径20kmの範囲を越えるものに係る実費（ガソリン代15円/km）

7. 利用料金と支払いの方法

(1) 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）

なお、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。

(2) 訓練等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（2）訓練等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1日前までに当事業所までお申し出ください。

(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、翌月15日までにご請求します。請求月の月末までに、現金で窓口にてお支払い下さい。

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。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前8：00～午後5：00です。

(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、速やかに医療機関及び指定の緊急連絡先への連絡等を行います。指定がある場合は下記に記入してください。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医：
利用者緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： (続柄：)
利用者緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名： (続柄：)

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

（『利用者又はそのご家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要』に記載）

11. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	医療法人弘友会		
医 院 長 名	秋山 公祐		
所 在 地	岡山県総社市小寺995-1		
電 話 番 号	0866-94-5050		
診 療 科	内科・外科・整形外科・ 精神科	入 院 設 備	有 り

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

12. 非常災害時の対策

非常時の対応	消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	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	防災性能のある物を使用しています。 消火器、自動火災報知器、誘導灯
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。 加入保険会社名：あいおい損害保険株式会社 加入保険内容： 保険

13. 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	館内禁煙です。屋外に喫煙所あり
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いたします。
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。

14. 事故発生時の対応について

当施設は、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。お支払いの判断は、保険会社の約款によります。

- (1) 損害保険会社名 ひょうご福祉サービス総合補償制度
- (2) 損害保険の種類 賠償責任保険
- (3) 運営 社会福祉法人兵庫県社会福祉協議会
- (4) 取扱代理店 (株) 兵庫保険サービス
- (5) 引受幹事保険会社 三井住友海上火災保険株式会社 (神戸支店神戸法人営業課)

令和 年 月 日

多機能型事業所そうじゃ晴々（就労継続支援B型）のサービス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：社会福祉法人千寿福社会多機能型事業所そうじゃ晴々

（説明者職名）

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から多機能型事業所そうじゃ晴々のサービス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。

（ご契約者）

住 所：

氏 名：

印

契約者は、署名できないため、契約者本人の意思を確認の上、私が契約者
て、署名を代行いたします。

に代わっ

（署名代行者）

住 所：

氏 名：

印

続 柄：