

指定就労継続支援B型 さるがわ

重要事項説明書

この重要事項説明書は社会福祉法人平取福祉会が運営する指定就労継続支援において提供する指定障害福祉サービス(就労継続支援事業)について利用契約の締結を希望される方に対して、サービスの内容等について説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

名称	社会福祉法人 平取福祉会
所在地	北海道沙流郡平取町本町 50 番地 12
電話番号	01457-2-3232
代表者氏名	理事長 山岨俊紀
設立年月	昭和59年4月1日

2. 利用施設

事業所の種類	指定就労継続支援B型(日中活動支援)
事業所の名称	さるがわ
事業所の所在地	北海道沙流郡平取町振内町97番地1
連絡先	電話番号:01457-3-3676 FAX 番号:01457-3-3677
管理者	山田一義
サービス管理責任者	中島三博
日中実施サービスの通常の実施地域	平取町
定員	35名
開設年月日	平成24年3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共に、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のサービスの提供。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構造	軽量鉄骨造亜鉛メッキ鋼板葺他
	敷地面積(作業場、トイレ、畑等)	51,000㎡

(2) 主な設備

	室数及び棟数	面積(約㎡)	備考
作業棟(農産)	7	634.8	選別作業所 71.6㎡ 農機具庫 89.1㎡ 食品加工場 80.0㎡ 製品保管庫 28.9㎡ 資材庫 68.8㎡
作業棟(木工)	3	130.9	作業棟33、8㎡ 機械室51、5㎡ 材料小屋45、6㎡
トイレ	5	63.9	室内 35.4㎡ 室外 28.5㎡
食堂	1	88.86	
事務所	1	54.22	
支援員室	1	51.80	
相談室兼管理者室	1	20.29	

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

「就労継続支援」

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			1	
サービス管理責任者	1	1				1	
職業指導員	3	3				3	
生活支援員	3	3				3	
目標工賃達成指導員	1	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・・・職員それぞれの週当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	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)
生活支援員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)

職業指導員	正規の勤務時間帯(8:30～17:30)
目標工賃達成指導員	正規の勤務時間帯(8:30～17:30)

6. サービスごとの営業日等

「就労継続支援」

営業日及び営業時間	営業日:年中無休 (8月13日～8月16日、12月31日～1月5日までは除く) ※土、日祭日に作業した利用者は、平日に休みを振り替えます。 営業時間:9:00～17:00
対象者	知的障害者、身体障害者、精神障害者、(18歳未満の者を除く)

7. 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マナー、基礎体力や能力の向上等の習得の支援をします。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。 ①農産～農産物の播種から収穫、出荷 ②木工～木工製品の製作、販売 ③受託～他から委託を受けて行う作業 ④施設外支援～他と委託契約を交わし契約先で行う作業 ⑤施設外就労～他と委託契約を交わし利用者と職員がユニットを組み契約先で行う作業 <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への支援	公共職業安定所、障害者就労、生活支援センター等の関係機関と連携をとりながら職場実習の実施や、求職活動の支援の実施、職場定着のための支援を行います。
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日間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	日常生活上必要とされるバイタルチェックや投薬その他の必要な管理、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。

(2) 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。 食事時間 昼食:12:00～ ※低所得者の軽減措置適用される方は食材料費分のみの負担	500円 (施設入所者は除く)
生産活動	生産活動を行う際に係る費用で、負担していただくことが適当と認められ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、負担していただくことが適当と認められる費用をいただきます。 旅行等、外出の際は、係る費用(交通費、各種入場料、宿泊費等)の実費を負担していただきます。また、引率者に係る費用についても、一部、負担していただきます。明細については文書をもって説明し、同意を求めます。	実費
就労に向けての支援に必要な諸経費	就労や実習に向けた支援を行う際に負担していただくことが適当と認められる費用をいただきます。	実費
金銭管理及び社会生活上の便宜の供与等	・通帳管理、小遣い等を管理します。 ・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。	2,500円 (すずらん、せきえいのサービス利用者は除く)
その他	・在園証明書等の書類発行代 ・その他	300円 実費

※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。なお「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。

8. 利用料金

(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基準により算出した額)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村から直接受け取る(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。(定率負担又は利用者負担額といえます)

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

前項「7. 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3日前までに当事業所までお申し出ください。

なお、サービス利用日の3日前までに申し出のない場合は、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料(食費の実費相当額)1日当たり	1日当たり	500円 (施設入所者は除く)
-----------------------	-------	-----------------

(4) 利用料金のお支払方法

前項(1)(2)(3)の料金は1カ月ごとに計算し、ご請求しますので、20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

(ア) 当事業所窓口での現金払い

(イ) 下記指定口座への振込み及び振替

苫小牧信用金庫 平取支店 普通 口座番号:0016231

口座氏名:社会福祉法人平取福社会 指定就労継続支援事業所 さるがわ

管理者 山田一義

9. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡等において情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。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、8:30~17:30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、市町村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いたします。

10. 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。また、状態や状況に応じ保護者(身元引受者等)に連絡を行います。

医療機関は、本人の状態及び症状に合わせて対応いたしますが、協力医療機関を優先に行います。

11. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、道、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うと共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、損害賠償を適切且つ速やかに行うものとします。

- (1) 損害保険会社名: 東京海上日動火災保険株式会社
- (2) 損害保険の種類: 普通傷害保険
- (3) 損害保険の内容
 - ① 死亡保険金: 78万円
 - ② 後遺症保険金: 78万円

12. 要望・苦情等申し立て先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申し立て先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者: 齋藤光男、小山聖子 ・解決責任者: 山田一義 ・ご利用時間: 8:30～17:30(土・日曜日、国民の休日、8/14～16、12/31～1/5までを除く) ・電話番号: 01457-3-3676 ・FAX: 01457-3-3677 ・担当者が不在の場合は、事業所までお申し出ください 	
第三者委員	金谷満	法人監事
	佐々木周恵	法人監事
	互野勝弘	法人評議員
	津川淳子	法人評議員
取町役場 町民課 町民福祉係	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地: 沙流郡平取町本町35-1 ・電話番号: 01457-4-6113 	
北海道福祉サービス運営適正 化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地: 札幌市中央区北2条西7丁目 北海道社会福祉総合センター(かでの2.7) ・電話番号: 011-204-6311 	

(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: 齋藤光男、小山聖子 ・ご利用時間: 8:30～17:30 ・電話番号: 01457-3-3676 ・FAX: 01457-3-3677 	
--------------	--	--

13. 協力医療機関

医療機関の名称	医療社団法人 静和会 石井病院		
医院長名	林 裕		
所在地	北海道日高郡新ひだか町静内高砂町3丁目3-1		
電話番号	0146-42-3031		
診療科	精神科	入院設備	有

医療機関の名称	平取町国民健康保険病院		
医院長名	谷 信一		
所在地	沙流郡平取町本町67-1		
電話番号	01457-2-2201		
診療科	内科、外科、整形外科	入院設備	有
医療機関の名称	振内歯科診療所		
医院長名	吉川英彦		
所在地	北海道沙流郡平取町振内町28-7		
電話番号	01457-3-3327		
診療科	歯科	入院設備	無

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

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 ・非常誘導灯 有 ・ガス漏れ警報機 有 ・火災通報装置 有 ・非常用電源 有 ・スプリンクラー 有 ・室内防火栓 有 ・消火器 有 ・自家発電装置 有 ・消火栓 有 ・カーテン等は防火性能のある物を使用しています。 ・震災に備えて備蓄(食糧・飲料水 5日分) (その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等)
消防計画	消防署への届日:令和4年4月1日(毎年同日実施) 防火管理者:山田一義(本部事務局長)
保険加入	<p>事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。</p> <p>加入保険会社:東京海上日動火災保険</p> <p>加入保険内容:対人賠償 1名につき5千万円 1事故につき5億円 対物賠償 1事故 100万円</p>

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従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	所定の喫煙場所をお願いします。
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

	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・政治・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

指定就労継続支援事業の利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：就労継続支援事業所さるがわ

説明者職名： 氏名： 印

私は、書面に基づいて事業者から指定就労継続支援事業の利用について重要事項説明を受け、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