

社会福祉法人雄勝なごみ会 複合施設ぱあとなあ

指定就労継続支援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 | 社会福祉法人 雄勝なごみ会 |
| 所 在 地 | 秋田県湯沢市小野字大沢田 2 2 1 番地 |
| 電 話 番 号 | 0 1 8 3—5 2—5 2 1 0 |
| 代表者氏名 | 理事長 菅 義雄 |
| 設 立 年 月 | 昭和 5 6 年 5 月 2 7 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 平成 1 9 年 3 月 3 1 日指定 |
| 事業所の名称 (事業所番号) | 複合施設ぱあとなあ (0 5 1 0 7 0 2 0 9 5) |
| 事業所の所在地 | 秋田県湯沢市字両神 15 番地 1 |
| 連 絡 先 | 電話番号 0 1 8 3—7 2—8 1 0 7 ファックス 0 1 8 3—7 2—8 1 0 8 |
| 管 理 者 | 施設長 鶴沼 美樹子 |
| サービス管理責任者 | 鎌田 朋子 |
| サービスの実施地域 | 湯沢市、横手市、雄勝郡 |
| 主たる対象者 | なし |
| 定 員 | 2 0 名 |
| 開設年月日 | 平成 1 9 年 4 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）のサービスの提供します。 |

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 2 階建 |
| | 敷地面積 | 4,223.59 m ² |
| | 延べ床面積 | 1,607.14 m ² |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 部屋数 | 備 考 |
|---------|-----|-----------------------|
| 食堂兼集会室 | 1 室 | 10 テーブル、40 席、研修用スクリーン |
| 作業室 | 2 室 | パン・アイスキャンデー製造用、軽作業用 |
| 医務室兼静養室 | 1 室 | |
| 相談室 | 1 室 | |
| 洗面所 | 1 室 | |
| 便 所 | 2 室 | 車イス・オストメイト対応 |
| 更衣室 | 1 室 | 個人ロッカー完備 |
| 調理室 | 1 室 | |
| 休養室 | 1 室 | |
| 事務室 | 1 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

多機能型（生活介護・就労移行支援・就労継続支援 B 型・）

| 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 | | | 0.1 | 施 設 長 |
| サービス管理責任者 | 1 | | 1 | | | 1.0 | |
| 医 師 (嘱託) | 1 | | | | 1 | 0.05 | |
| 看 護 師 | 3 | | 1 | 1 | 1 | 1.5 | |
| 理学療法士 | 1 | | 1 | | | 0.5 | |
| 生活支援員 | 8 | 8 | | | | 8 | |
| 職業指導員 | 2 | 2 | | | | 2 | |
| 目標工賃達成指導員 | 2 | 1 | | 1 | | 1.8 | |
| 就労支援員 | 1 | 1 | | | | 1 | |
| 事 務 員 | 2 | | 2 | | | 0.4 | |

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 |
|-----------|----------------------|
| 施 設 長 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |
| サービス管理責任者 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |
| 医 師 | 月２回、金曜日午後 |
| 看 護 師 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |
| 生活支援員 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |
| 就労支援員 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |
| 職業指導員 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |
| 目標工賃達成指導員 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |
| 事 務 員 | 正規の勤務時間帯（８：１５～１７：１５） |

(イ) 営業日と営業時間

営 業 日：月曜日～土曜日

営業時間：９：３０～１５：３０まで

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。 ① パン・クッキー・スイーツの製造・コーヒー焙煎 ② 軽作業：フルーツカップ、幟用のちぎれ作業 うどん箱折り ③ 喫茶ふれんどりの接客、食器の洗浄、パン・ケーキ等の販売 〈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、障害者就労、生活支援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。 |
| 送迎サービス | 希望により車椅子対応車両によるドア to ドアの送迎を行います。 <u>ばあとなあ</u> から5 km以内は無料ですが、5 km以上は送迎に要したガソリン費用の一部は実費負担となります。 負担額は、距離に応じて、概ね1 / 8に設定しています。 送迎は、往復行いますが、片道利用であっても1日分いただきます。 |

(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 |
|------------------|---|--------------------------|
| 食事サービス | 昼食の提供を致します。 食事提供時間 12:00 ※食事提供体制加算該当者の場合 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バリエーションに富んだ手作りの食事を提供します。 | 500円 ※原材料費相当額 360円 |
| 生産活動等 | 生産活動を行う上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保健衛生費 ③教養娯楽費 | 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。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

(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 3 日前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 3 日前までに申し出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります（給付費の実費相当額）。

(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 当事業所窓口での現金支払い
- ② 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：北都銀行・郵便局

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 9 時～午後 4 時です。

(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、速やかに医療機関への連絡等を行います。

| | |
|---------------|---|
| 利用者の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： |
| 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

(1) 要望・苦情等申立先

利用者・家族の皆さんが、福祉サービスを適切に利用することができるよう、苦情の出しやすい環境を整え、適切な対応により問題解決（苦情）の早期解決に努め、利用者の人権を擁護すると共に、生活の質の向上と適切な生活を営めるよう努めます。

| | | |
|---------|--|--|
| 苦情解決責任者 | ・施設長 鵜沼 美樹子 | |
| 苦情受付担当者 | ・鎌田 朋子 ・ご利用時間 午前8時30分から午後5時まで ・電話番号 0183-72-8107 FAX 0183-72-8108 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。 | |
| 第三者委員 | 行政医療関係者 (元湯沢市保健師) | 根岸ゆり子 湯沢市上院内八丁新町 17-27 電話 0183-52-2722 |
| | 学識経験者 (元湯沢市議会議員) | 高階 順子 湯沢市杉沢新所字沢田 88-4 電話 0183-73-1331 |
| | 利用者家族代表 (元教員) | 柿崎 清 湯沢市古館 8-55 電話 0183-72-2539 |

| | |
|-------------|---|
| 秋田県運営適正化委員会 | 秋田市旭北栄町1番5号 (秋田県社会福祉協議会内) 電話 018-864-2726 |
|-------------|---|

(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 鎌田 朋子 ・ご利用時間 8:30～17:15 ・電話番号 0183-72-8107 F A X 0183-72-8108 |
|------------------|---|

11. 協力医療機関

(1)

| | | | |
|---------|--------------|---------|----|
| 医療機関の名称 | 医療法人 小野崎医院 | | |
| 医 院 長 名 | 小野崎 圭助 | | |
| 所 在 地 | 湯沢市表町3-1-29 | | |
| 電 話 番 号 | 0183-73-2540 | | |
| 診 療 科 | 消化器内科・胃腸内科ほか | 入 院 設 備 | 9床 |

(2)

| | | | |
|---------|-----------------------|---------|------|
| 医療機関の名称 | 秋田県厚生農業協同組合連合会 雄勝中央病院 | | |
| 医 院 長 名 | 天満 和男 | | |
| 所 在 地 | 湯沢市山田字勇が岡25 | | |
| 電 話 番 号 | 0183-73-5000 (代表) | | |
| 診 療 科 | 内科・外科・神経内科他 | 入 院 設 備 | 376床 |

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 | 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 ・非常用電源装置 有 ・補助散水栓 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 有 ・スプリンクラー 有 ・消火栓 有 |
| 消防計画 | 消防署への届出日： 毎年度 4月 防火管理者： 柴田 大輔 |
| 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：社会福祉法人 全国社会福祉協議会 加入保険内容：しせつの損害補償 |

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 | 指定喫煙場所 |
| 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。 |

平成 年 月 日

指定障害者福祉サービス就労継続支援（B型）複合施設ぱあとなあ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：社会福祉法人 雄勝なごみ会 複合施設 ぱあとなあ

管理者名：施設長 鵜沼 美樹子

説明者職名：_____ 氏名_____

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス就労継続支援（B型）複合施設ぱあとなあ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

保証人住所：_____

氏 名：_____ 印

続 柄：_____