

さくらワークス（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 恵泉会
所 在 地	宮城県登米市迫町佐沼字江合3丁目16-2
電 話 番 号	0220-22-1160
代表者氏名	理事長 松坂 勝司
設 立 年 月	昭和48年 5月21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19年 1月 1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	さくらワークス 事業所番号 0411200249
事業所の所在地	宮城県登米市東和町米川字西綱木6-1
連 絡 先	電話番号 0220-45-2280 ファックス 0220-45-2530
管 理 者	さくらワークス管理者
サービスの実施地域	登米市
主たる対象者	知的障害者
定 員	30名
開設年月日	平成19年 1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	鉄筋一部モルタル造 2階建
	敷地面積	485.50㎡
	延べ床面積	485.50㎡

(2) 主な設備

	部屋数	備考
訓練・作業室	2室	1階1室 2階1室
相談室	1室	
洗面設備	有り	1.6㎡
便所	有り	男性用、女性用

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	職員数	指定基準
管理者	1人	1人
サービス管理責任者	1人以上	1人以上
目標工賃達成指導員	必要数	必要数
職業指導員	3人以上	3人以上
生活支援員		

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（週40時間）で除した数です。

(1) 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（8：30～17：15）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
職業指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
生活支援員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）

(2) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～金曜日（国民の祝日及び

冬季休暇12月29日～1月3日の間は休業）

※夏期休暇、冬期休暇、祝日も場合により開所いたします。

営業時間：9：15～16：15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 受託加工（グッズ製作、コンテナ洗浄作業） ② 軽作業（除草、窓清掃、など） ③ 外部一般作業（アーク牧場作業（施設外就労）、草刈作業など） 〈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	自力での通所が難しい場合また、支援の必要に応じて送迎を行っています。

(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
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	1枚 10円

<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) 訓練等給付費対象外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、所得区分に応じた市町村からの支給決定に基づいた金額を請求し、お支払いいただきます。

(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) 利用料金のお支払方法

前記の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、20日までに以下の方法でお支払い下さい。

① 事業所窓口での現金支払い

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9：15～午後16：15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・協力医療機関

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。

医療機関の名称	米川診療所		
医 院 長 名	木村 康一		
所 在 地	登米市東和町米川字町下59-1		
電 話 番 号	0220-45-2301		
診 療 料	内科	入 院 設 備	無

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

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none">・苦情受付担当者 管理者・苦情解決責任者 施設長・ご利用時間 8：30～17：15・電話番号 0220-45-2280F A X 0220-45-2530・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。
運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none">・所在地：宮城県仙台市青葉区本町三丁目7-4・電話番号：022-716-9674・F A X：022-716-9298

(2) 第三者委員の設置について

本事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見・評価などもいただいております。
本事業所への苦情やご意見は第三者委員に相談することもできます。

第三者委員	松村 正	電話 ****-**-****
	佐藤 健美	電話 ****-**-****
	千葉 ますみ	電話 ****-**-****

11. 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	・消火器 有 ・手動ベル 有

12. 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	所定の場所で喫煙してください。

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。

13. 第三者による評価の実施状況

本事業所では外部機関による第三者によるサービス評価は実施していません。

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス就労継続支援（B型）さくらワークス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：さくらワークス

説明者職名： _____ 氏名 _____

事業者 所在地 宮城県登米市迫町佐沼字江合 3 - 1 6 - 2

名 称 社会福祉法人 恵泉会

代表者 理事長 松坂 勝司 印

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）さくらワークス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

身元保証人住所：

氏 名： _____ 印

続 柄： _____