社会福祉法人名取市社会福祉協議会

名取市友愛作業所

重要事項説明書

当事業所では、就労継続支援Ｂ型事業を提供します。当サービスの利用は、原則として訓練等給付の支給決定を受けた方が対象となります。

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

◇◆目次◆◇

１．サービスを提供する事業者

２．事業所の概要

３．サービスに係る施設設備等の概要

４．従業者の配置状況

５．当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減

６．非常災害時の対応

７．利用者の記録や情報の管理、開示について

８．従業者の禁止行為

９．衛生管理等について

10. 虐待防止に関する措置について

11. 業務継続計画について

12. 相談・苦情等に関する受付

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

14. 重要事項の説明確認

当事業所は、就労継続支援Ｂ型事業の指定を受けています。

［宮城県（障）指令第 432 号　事業所番号 0410700249 ］

１．サービスを提供する事業者

法人名	社会福祉法人　名取市社会福祉協議会
法人所在地	宮城県名取市増田五丁目 13 番 35 号
代表者名	会長　相澤　喜美
電話番号	022-384-6669
設立年月日	昭和 45 年 9 月 12 日（法人格取得）

２．事業所の概要

事業所の種類	就労継続支援 B 型
事業所の名称	名取市友愛作業所
事業所の所在地と連絡先	〒981-1224 宮城県名取市増田一丁目 7 番 28 号 TEL　022-384-8876 ／ FAX　022-384-9018
管理者氏名	金野　瑠梨
営業日及び営業時間	営 業 日：月曜日から金曜日まで ※但し、12 月 29 日から 1 月 3 日までと国民の祝日を除く 営業時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで
指定年月日	令和 6 年 4 月 1 日指定　　事業所番号 0410700249
事業所の運営方針	通常の事業所で働く事が困難な利用者に対して、就労機会の提供や生産活動を通じて、知識や能力向上のための訓練を行い、日中活動の機会を支援します。
主たる対象者	精神障がい者
定員	20 名

３．サービスに係る施設設備等の概要

施設設備の種類	室数	面積等
訓練・作業室	1	144.00 ㎡
食堂兼作業室	1	57.08 ㎡
作業室	1	14.85 ㎡
調理実習室	1	34.62 ㎡
相談室	1	8.43 ㎡
静養室（多目的室）	2	42.85 ㎡
更衣室（男・女）	3	17.43 ㎡
１階　トイレ（男・女）	2	24.21 ㎡
２階　トイレ（男・女）	2	17.14 ㎡
非常災害設備等	火災報知機、ガス漏れ警報機、消火器	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、上記の施設・設備を設置しています。

４．従業者の配置状況

《主な従業者の配置状況》

職　　種	常　　勤		非　常　勤		常勤換算
	専従	兼務	専従	兼務	
１．管理者		１名			0.5
２．サービス管理責任者		１名			0.5
３．職業指導員	２名		１名		2.8
４．生活支援員	１名		１名		1.5
５．目標工賃達成指導員	１名				1.0

＊その他、必要に応じて事務職員を置く。

＊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：従業者それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤従業者の所定勤務時間数（週 38 時間 45 分）で除した数です。

５．当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減

当事業所では、利用者に対して次のサービスを提供します。

(1)　訓練等給付費から給付されるサービス (2)　利用料金を利用者に負担いただくサービス（(1)以外のサービス）

（１）訓練等給付費対象サービス内容と利用料金

下記に表示したサービスについては、**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対象となります。**

事業者が訓練等給付費の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者は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います）。**また、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。**なお、定率負担又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。**

《サービスの概要》

すべてのサービスは、個別支援計画に基づいて行われます。この個別支援計画は、利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決と目標の達成を目的として当事業所が作成し、利用者の同意をいただくものです。

なお、個別支援計画の作成にあたっては、以下の点に留意して行います。

＊計画の原案を作成するにあたっては、アセスメント（利用者の希望する生活や課題等の把握）を行います。その際、利用者の理解を得た上で面接を行います。

＊サービス担当者会議（利用者に対する支援の提供に当たる担当者等を招集して行う会議をいう）の開催、指定障害福祉サービス等の担当者に対する照会など、専門的見地に基づく意見を聴取し個別支援計画を作成します。

＊個別支援計画を作成した際には、当該個別支援計画を利用者に交付・説明し、内容の確認並びに署名を受けるものとします。

＊個別支援計画の作成後、６か月に１回以上定期的に個別支援計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行います。

サービスの種類と内容は表のとおりです。

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の生活に対する意向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。
生産活動	当事業所内外等において、雇用契約を締結しない就労や生産活動の機会の提供を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。 **《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。1 月当たりの工賃平均額は、三千円を下回らないものとします。
訓練	日常生活訓練を通して、生活能力の維持、向上を目的とした訓練を行います。
健康管理	常に利用者の健康状況に注意し、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。
グループワーク	作業療法士によるグループワークを通して、日常生活場面における不安や悩みの対応力の向上を促します。
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に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。
送迎サービス	希望により、送迎車の利用ができます。ただし、乗降場所や時間帯については交通状況と安全性を考慮して決定しますので、ご希望に添えない場合もあります。

《協力医療機関》

医療機関名	住所・連絡先	診療科
医療法人社団 洞口会 名取中央クリニック	宮城県名取市増田字柳田８ TEL　022-383-5252	内科・整形外科・歯科

（２）給付費対象外のサービス内容と利用料金

下記のサービスについては、訓練等給付費の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には下記の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払いいただきます。

サービスの種類	サービスの内容	金額
食事サービス	ご希望によりお弁当(外注)の注文を承ります。	実費
行事への参加	・ 季節に応じた行事（研修旅行、忘年会等） ・ その他、自主活動を行う上でかかる費用で、負担していただくことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
コピー機の利用	・ 領収書の発行はできません。	10 円／1 枚
電話機の利用		10 円／1 回

（３）利用料金のお支払い方法

前記（１）の利用料金は、1 か月ごとに計算しご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 利用者の指定金融機関の口座からの自動引落しとする方法
② 直接事業所の窓口でお支払いいただく方法

前記（２）の利用料金は、その都度お支払いいただきます。

６．非常災害時の対応

《事故発生時の対応》

サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

《非常時の対応》

別途に定める「名取市友愛作業所消防計画」により、対応いたします。

《平常時の訓練》

別途に定める「名取市友愛作業所消防計画」により、年２回以上、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》

火災報知機、ガス漏れ警報機、消火器

《消防計画》

消防署への届出：毎年４月届出

防火管理者：

《保険加入》

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

宮城県地域福祉総合補償制度　事業者賠償責任保険

〔取りまとめ；社会福祉法人宮城県社会福祉協議会〕

〔取扱代理店；有限会社オンワードマエノ／引受保険会社；あいおいニッセイ同和損保〕

７．利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所は、関係法令に基づいて、利用者の記録や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。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。）　当事業所における記録の項目は次のとおりです。

（１）個別支援計画

（２）提供した具体的なサービスの内容等の記録

（３）市町村への通知に係る記録

（４）やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由など

（５）苦情の内容等の記録

（６）事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

◆保存期間は、サービス提供完了日から５年間です。

◆閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前８時30分～午後５時15分です。

８．従業者の禁止行為

従業者は、利用者に対する障害福祉サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

① 医療行為又は医療補助行為

② 利用者もしくはその家族等の金銭、預貯金通帳、証書等の預かり

③ 利用者もしくはその家族等からの物品等の授受

④ 利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤ その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

9. 衛生管理等について

1. 当事業所は、従業者の清潔の保持及び健康状態ついて必要な管理を行います。
2. 当事業所は、設備及び品等について、衛生的な管理に努めます。
3. 当事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

   ① 感染症の予防及び食中毒の予防及びまん延を防止するための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

   ② 感染症の予防及び食中毒の予防及びまん延を防止するための指針を整備しています。

   ③ 感染症の予防及び食中毒の予防及びまん延を防止するための研修を定期的に実施します。

10. 虐待防止に関する措置について

当事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生又は再発防止のため、下記の措置を講じます。

① 虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

② 虐待防止のための指針を整備しています。

③ 従業者に対し、虐待防止の啓発、普及するための研修を定期的に実施します。

④ 虐待防止責任者の設置

虐待防止担当者	名取市友愛作業所　所長　金野瑠梨
虐待防止責任者	社会福祉法人名取市社会福祉協議会　事務局長　太田伸一

11. 業務継続計画について

1. 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、早期の業務再開に向けた業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
2. 当事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
3. 当事業所は、必要に応じ業務継続計画の見直しと変更を行います。

12. 相談・苦情等に関する受付

当事業所に対する苦情やご相談等は、以下の専用窓口で受け付けます。

（1）名取市友愛作業所　　TEL：022-384-8876／FAX：022-384-9018

相談受付担当者	名取市友愛作業所　主任　加藤公一
苦情解決責任者	名取市友愛作業所　所長　金野瑠梨
苦情解決第三者委員	菊地悦子　　小野美智也　　齋藤良則

※　苦情解決第三者委員の連絡先に関しましては、個人情報保護の観点から記載を控えております。
第三者委員の立会及び助言、話し合いを希望される場合は下記までお問い合わせ願います。

（2）社会福祉法人名取市社会福祉協議会　TEL：022-384-6669／FAX：022-384-6844

受付時間	毎週月曜日～金曜日（国民の祝日を除く） 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

公的機関等の相談窓口は、以下のとおりです。

（3）名取市健康福祉部社会福祉課 障がい者支援係　　TEL：022-384-2111(代表)

（4）宮城県運営適正化委員会(社会福祉法人宮城県社会福祉協議会内)　TEL：022-716-9674

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

未実施

更新年月日；令和７年４月１日

14. 重要事項の説明確認

令和　　年　　月　　日

障害福祉サービスに関するサービ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　　名取市友愛作業所

説明者職名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、障害福祉サービスに関するサービスの提供及び利用の開始に同意しました。

＜利用者＞

住所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

＜署名代行者又は法定代理人＞

住所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

続柄　：＿＿＿＿＿