

「指定就労継続支援（A型） 重要事項説明書」

あなたに対する就労継続支援（A型）サービス提供開始にあたり、社会福祉法第 76 条及び岐阜市条例（平成 24 年岐阜市条例第 64 号）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法人

名 称	社会福祉法人 清穂会
所 在 地	岐阜県岐阜市石谷字池田 1 3 3 0 番地 1
電 話 番 号	0 5 8 - 2 3 5 - 6 0 7 7
代表者氏名	理事長 神谷 健
設 立 年 月	平成 1 3 年 7 月 9 日

2. あなたにご利用いただく施設

事業所の種類	指定就労継続支援（A型）事業所 平成 1 9 年 4 月 1 日指定
事業所の名称 (事業所番号)	社会福祉法人 清穂会 ひきえ事業所 (2110100795)
事業所の所在地	岐阜県岐阜市日置江 2 丁目 8 0 番地 8
連 絡 先	電話番号 0 5 8 (2 7 9) 2 4 4 8 ファックス 0 5 8 (2 7 9) 2 5 7 7
管 理 者	中村 恵実
サービス管理責任者	中村 恵実
サービスの実施地域	岐阜市、本巣市、山県市、各務原市、羽島市、瑞穂市、岐南町、笠松町 北方町、(通常の実施地以外の利用者希望に対し実施する場合もある。)
主たる対象者	精神障害者・身体障害者・知的障害者（1 8 歳未満の者を除く）
定 員	1 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	働く場を提供するとともに、一般就労に必要な知識、能力の向上のために、必要な訓練を行います。
運営方針	・利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう就労の場を提供するとともに、利用者と雇用契約を締結するもとし、当該利用者に 1 日あたりの労働時間は雇用契約書に記載された時間とします。 ・就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の便宜を適正かつ効果的に行います。 ・一般就労に必要な知識、能力が高まった場合は、一般就労に向けての支援を行います。

	・利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
	・地域や家族との結びつきを重視し、市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 ・サービスの実施にあたっては、関係法令等を遵守します。

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 (耐火建築物)(耐震構造)
	敷地面積	9 5 8 . 6 0 m ²
	延べ床面積	9 0 3 . 8 4 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
訓練室	1 室	1 階
作業室	1 室	1 階
相談室	1 室	2 階
食堂	1 室	多目的室として兼用。
事務室	1 室	2 階
洗面所	1 箇所	1 階
更衣室	2 室	男女各 1
トイレ	5 箇所	男女各 2、身障 1

当事業所では、岐阜市条例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	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	B型兼務 サービス管理責任者兼務
サービス管理責任者	1		1			1	B型兼務 管理者兼務
職業指導員	1	1				0 . 9	
生活支援員	1	1				1	
賃金向上達成指導員	1	1				1	

当事業所では、岐阜市条例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
管理者	正規の勤務時間帯（８：００～１８：００）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（８：００～１８：００）
職業指導員	正規の勤務時間帯（８：００～１８：００）
生活支援員	正規の勤務時間帯（８：００～１８：００）
賃金向上達成指導員	正規の勤務時間帯（８：００～１８：００）

(イ) 営業日と営業時間

- (１) 営業日 月曜日から土曜日までとする。ただし、土曜日については休日を設定することがあり、法人カレンダーにより定める。
- (２) 祝日、お盆、年末年始については、法人カレンダーにより定める。
- (３) 営業時間 午前８時から午後５時 20 分までとする。
- (４) サービス提供日 営業日と同じ。
- (５) サービス提供時間 午前８時から午後５時 00 分までとする。

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	利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行います。
訓 練	利用者に対し、その有する能力を活用することより、地域生活を営むことができるようにするため、利用者の心身の特性に応じた必要な訓練を行います。
生産活動	生産活動の機会の提供にあたって、地域の実情並びに製品及びサービスの需給状況等を考慮しつつ、利用者の心身の状況や意向、適正、障害の特性その他の事情を踏まえて行います。また、生産活動の能率の向上が図られるよう、利用者の障害の特性等を踏まえた工夫を行います。 次の生産活動の機会を提供します。 ① 軍手・皮手・ビニ手の選別作業 ② 軍手・皮手・ビニ手たたみ・袋詰め作業 ③ トレー拭き作業 ④ 洗浄機・乾燥機の操作 ＜賃金の支払＞ 事業所は、指定就労継続支援 A 型の雇用契約を締結した利用者が生産活動に従事した場合は、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）及び最低賃金法（昭和 34 年法律第 137 号）その他関係法令等に基づき、賃金を支払

	うものとし、その額は雇用契約書に記載された金額とする。
職場実習、 施設外就労、 施設外支援	利用者が就労継続支援A型計画に沿って実習、施設外就労、施設外支援ができるよう、実習等の受入先の確保を行います。 また、公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター及び特別支援学校などの関係機関と連携して、利用者の就労に対する適正や要望に応じた職種、実習の受入先の確保に努めます。 また、就労継続支援A型計画に沿って必要な施設外就労、施設外支援を行います。
求職活動等の 支援	公共職業安定所での求職登録等、利用者が行う求職活動の支援を行います。また、公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター及び特別支援学校などの関係機関と連携して、利用者の就労に関する適正や要望に応じた職場開拓に努めます。
訪問支援	常時サービスを利用している利用者が、体調の悪化等により、始業開始後4時間すぎても事業所に連絡がなかった場合、こちらからの電話に回答が無い場合や電話の内容で必要と認められる場合には居宅へ訪問して状況の確認を行います。
健康管理	日常生活上必要な健康管理を行います。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	事業所の定める送迎ルート線迄、希望により送迎が可能です。
在宅就労支援	通所困難な利用者につき、就労の機会を提供するとともに生産活動その他の活動の機会を提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練、緊急時等の対応、その他の必要な支援を行います。

(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
食事サービス	ご希望によりお弁当の注文を承ります。	実費
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係る費用をいただきます。	実費
その他	・ サービス提供記録等の複写代 ・ 証明書諸書類の発行代 ・ その他	実費 実費 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) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、15 日までに以下の方法でお支払い下さい。

- ① 金融機関口座からの口座振替
- ② 現金

8. 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

清徳会 ご利用相談窓口	・窓口担当者 山田 芳子 ・ご利用時間 8：00 ～ 17：20 ・電話番号 058-235-6077 FAX 058-235-6078 ・担当者が不在の場合は、ひきえ事業所事務所までお申し出ください。	
清徳会 第三者委員	水谷 博昭	電話番号 058-273-2126 弁護士
	豊吉 正之	電話番号 090-4085-2463 清徳会 監事
	西垣 治郎	電話番号 090-3381-6876 清徳会 評議員
岐阜市役所 障がい福祉課	・所在地：岐阜県岐阜市司町40番1 ・利用時間：8：45 ～ 17：30 （祝日及び12月29日から1月3日までを除く月曜日から金曜日まで） ・電話番号：058-214-2136	
岐阜県 運営適正化委員会	所在地：岐阜市下奈良2丁目2番1号 社会福祉法人岐阜県社会福祉協議会 利用時間：9：00 ～ 17：00 （祝日及び12月29日から1月3日までを除く月曜日から金曜日まで） 電話番号：058-278-5136	

9. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	岐阜南病院		
医 師 名	大野 智裕		
所 在 地	岐阜市柳津町高桑 5 - 9 1		
電 話 番 号	0 5 8 - 2 7 9 - 1 1 5 5		
診 療 科	精神科	入 院 設 備	有

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

10. 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	・ 自動火災報知機 有 ・ 誘 導 灯 有 ・ ガス漏れ報知機 有 ・ 非常通報装置 有 ・ 非常用電源 無 ・ スプリンクラー 無 ・ 室内防火栓 無 ・ カーテン等は防災性能のある物を使用しています。
消防計画	消防署への届出日： 平成 2 8 年 4 月 防火管理者 ： 脇田 将弘
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：カサイ保険 加入保険内容：グループ傷害保険（入院・通院対応）

11. 事故発生時等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに対応すると共に、関係機関に報告することとします。

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	通所申込み時の書類で確認いたします。
緊 急 連 絡 先	通所申込み時の「緊急時連絡票」で確認いたします。

12. 人権擁護および虐待防止のための措置

当事業所は、利用者に身体的、精神的苦痛等の虐待を防止するため、責任者を設置し、サービス提供担当者に虐待防止啓発のための定期的研修を実施します。

虐待防止責任者：神谷 健（理事長）

1 3. 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。
- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿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（「清穂様式 0 7 - 0 1」による）に基づき情報提供を致します。
- (3) 安全性確保の実施
- ①個人情報の取り組みを全職員等に周知徹底させるために、個人情報保護に関する規類を明確にし必要な教育を行います。
- ②個人情報保護の取り組みが適切に実施されるよう、必要に応じ評価・見直しを行い、継続的な改善に努めます。

1 4. 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	全館禁煙です。 外の喫煙場所にて、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。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。
その他	別紙「利用にあたって」により説明いたします。

令和 年 月 日

指定就労継続支援 A 型事業所「ひきえ事業所」障害者福祉サービスの提供及び利用の開始に際し、本書面に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 清穂会 ひきえ事業所

説明者職名：管理者

説明者氏名：中村 恵実

あなたのサービス提供開始日は 令和 年 月 日 からです。

私は、本書面に基づいて事業者から指定就労継続支援 A 型事業所「ひきえ事業所」の障害者福祉サービ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

法定代理人住所：

氏 名： 印

続 柄：