

「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 信和会
所 在 地	東京都中央区日本橋浜町 2 丁目 44 番 4 号
電 話 番 号	03-6661-2835
代表者氏名	理事長 細越善次郎
設 立 年 月	平成 11 年 10 月 28 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 23 年 8 月 1 日指定
事業所の名称 (事業所番号)	クローバーズ・ピア日本橋 (1310500465)
事業所の所在地	東京都中央区日本橋浜町 2 丁目 44 番 4 号
連 絡 先	電話番号 03-6661-2835 ファックス 03-6661-2535
管 理 者	米本 美鈴
サービス管理責任者	福原 和子
サービスの実施地域	東京都 23 区内
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、精神障害者および難病等対象者
定 員	40 名
開設年月日	平成 23 年 8 月 1 日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	通所による就労の機会を提供するとともに、各訓練を通し、一般就労に向けた知識、能力が高まった者について、一般就労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）のサービスの提供をします。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構 造	鉄筋コンクリート造陸屋根 5 階建 (耐火建築物) (耐震構造)
	敷地面積	349.44 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
作業室兼訓練室	2 室	縫製、受注作業、カフェ業務
相談室	1 室	
洗面設備	2 か所	
便 所	2 か所	
多目的室	1 室	相談室を兼ねる
その他		事務室

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

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	1			2	2	
生活支援員	2	1	0.75			1.75	
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（８：４５～１７：４５）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（８：４５～１７：４５）
職業指導員	正規の勤務時間帯（８：４５～１７：４５）
生活支援員	正規の勤務時間帯（８：４５～１７：４５）

(イ) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～金曜日（祭日を含む）（１２月３０日から１月３日の間は休業）

営業時間：９：００～１５：３０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。
実習及び求職活動等の支援	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。
生産活動	生産活動の機会を提供します。 ① 喫茶店経営 ② 清掃請負業 ③ 縫製請負業 ④ その他 ＜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。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックその他必要な管理、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。

（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	希望により食事の提供をします。 食事時間 昼食 11：00～13：30 ※低所得者の軽減措置適用の場合 （例）栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バリエティーに富んだ手作りの食事を提供します。	534 円 ※加算対象者については 85 円
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
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 ・ 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区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ただくことになっておりますが、この負担を免除致します。

(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。

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 10 : 00～午後 16 : 00 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

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 福原 和子 ・ご利用時間 8：45～17：45 ・電話番号 03-6661-2835 F A X 03-6661-2535 ・ 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。	
信和会 第三者委員	平松 守	電話番号 03-5524-7225
中央区	中央区福祉サービス苦情対応委員会 ・電話番号 03-3546-8373 ・F A X 03-3546-8373	
運営適正化委員会	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会 ・電話番号 03-5283-7020 ・F A X 03-5283-6997	

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止および身体 拘束に関する 相談窓口	虐待防止責任者 米本 美鈴 ・ご利用時間 8:45～17:45 ・電話番号 03-6661-2835 ・F A X 03-6661-2535
-----------------------------	--

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 墨水会 浜町センタービルクリニック		
医 院 長 名	木村 暢孝		
所 在 地	中央区日本橋浜町 2-31-1 浜町センタービル 7 階		
電 話 番 号	03-3664-1510		
診 療 科	内科・外科・脳神経科	入 院 設 備	無

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 6 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 ・ガス漏れ報知機 無	・誘 導 灯 有 ・非常通報装置 有	

指定障害者福祉サービス就労継続支援（B 型）クローバーズ・ピア日本橋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。

令和 年 月 日

事業所名：指定障害福祉サービス就労継続支援 B 型事業所
クローバーズ・ピア日本橋

説明者職名：サービス管理責任者 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）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。

令和 年 月 日

利用者住所：
氏 名： 印

代理人住所：
氏 名： 印
続 柄：