

指定就労継続支援（B型）事業 重要事項説明書

この重要事項説明書は、医療法人左右会 左右会就労支援事業所が提供する指定就労継続支援（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	医療法人 左右会
所 在 地	鹿児島県志布志市志布志町志布志 1-1 1-1 2
電話番号/FAX番号	099-472-1521 / 099-472-2309
代表者氏名	理事長 橋口 渡
設立年月	昭和32年 4月
ホームページ	http://www.sayuukai.or.jp

2. 利用施設

事業所の種類	就労継続支援B型事業所
事業所の名称	左右会就労支援事業所
事業所の所在地	鹿児島県志布志市志布志町安楽3004番地5
連絡先	電話番号 099-472-8030 FAX番号 099-472-8031

管 理 者	山口 幸一
サービス管理責任者	増満 綾子
サービスの実施地域	志布志市
主たる対象者	精神障害者 知的障害者
定 員	20名
開設年月日	平成27年10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

施設全体	構 造	鉄骨造 2階建
	敷地面積	2817.73㎡
	延べ床面積	918.50㎡

(2) 主な設備

	部 屋 数	備 考
訓 練 ・ 作 業 所	6 室	製パン、厨房、カフェ、売店、木工室、洗濯
作 業 室	1 室	1 1 0.4 6 m ²
多 目 的 室	2 室	3 5.2 6 m ² / 3 4.2 7 m ²
更 衣 室	2 室	各 1 9.2 5 m ²
脱衣室・ユニットシャワー	2 室	各 1.2 7 m ² ・各 1.0 6 m ²
ト イ レ	10 室	うち多目的トイレ（車イス可） 4 室
食 堂	1 室	1 9.7 1 m ²
静 養 室	1 室	5.7 6 m ²
相 談 室	1 室	1 5.6 0 m ²
事 務 室	1 室	4 1.0 8 m ²

※ 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配置状況

- (1) 管理者 1 名（常勤兼務）
- (2) サービス管理責任者 1 名（常勤）
- (3) 目標工賃達成指導員 1 名（常勤）
- (4) 職業指導員 1 名以上（常勤）
- (5) 生活支援員 1 名以上（常勤）

※ 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、上記の職員を配置しています。

(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 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯 (8 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0)
目標工賃達成指導員	正規の勤務時間帯 (8 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0)
職 業 指 導 員	正規の勤務時間帯 (8 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0)
生 活 支 援 員	正規の勤務時間帯 (8 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0)

(イ) 営業日とサービス提供時間

営業日：月曜日～金曜日

サービス提供時間： 9 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0 まで

※ 管理者が特に必要があると認めたときは、営業日以外でも活動を行うことがあります。

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態等を把握して適切な相談・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、その他の便宜についても適切且つ効果的に行います。
生産活動	<p>生産活動の機会を提供します。</p> <p>①クリーニング業（契約洗濯事業）</p> <p>②パン製造業（パン、菓子の製造販売）</p> <p>③自動販売機管理業（ジュース補充、在庫管理）</p> <p>④喫茶業務</p> <p>⑤売店業務</p> <p>⑥その他</p>
工賃の支払い	上記の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、そお地区障がい者等基幹相談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、職場定着のための支援を行います。
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の必要な管理、記録を行います。また、医療機関との連絡調整及び協力病院を通じて健

日中活動・交流 の場の提供	生産活動の機会ばかりでなく、事業計画に沿った日中活動を行うとともに利用者相互や職員、地域や企業等との交流、ボランティアの機会の提供、社会資源等の活用も行います。
送迎	自主通勤が出来ない場合、希望により送迎を行います。
	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
食事の提供	希望により食事の提供を行います。 ※ 年に数回、季節に合わせた給食や利用者の嗜好を盛り込んだ給食を提供します。	450円 ※食事提供体制加算対象者は150円
日中活動等	日中活動を行ううえ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
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
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、負担していただくことが適当であるものに関わる費用をいただきます。	実費

社会生活上の 便宜の供与費	日常生活に必要な行政機関等への手続き等及びについて利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	
------------------	--	--

(3) 加算

初期加算	利用開始日から30日以内の期間に算定します。
福祉専門職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ)	常勤職員において条件(資格・勤務年数等)を満たしている場合に適宜算定します。
欠席時対応加算	利用者が急病により利用を中止した際に、連絡・調整を行った場合に算定します。(月4回まで)
食事提供体制加算	施設の提供する食事を希望し、摂取した方に算定します。 (生活保護、低所得Ⅰ・Ⅱの利用者が対象)
医療連携特別加算	定期利用を行っている利用者が連続して5日間利用しなかったときに利用者またはその家族の許可を得て、職員が居宅を訪問して利用に関する相談援助を行った場合に算定します。(月2回まで)
目標工賃達成指導員配置加算	目標工賃達成指導員を1人以上配置し、手厚い人員体制で目標工賃の達成に取り組む場合に算定します。
施設外就労加算	施設以外の企業等において、作業を行った場合に算定します。
送迎加算	施設の車両にて送迎を行った場合に算定します。

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画書」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。なお、「個別支援計画書」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割を事業者にお支払いいただきます。（利用者負担額といいます。）

なお、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」の各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。

なお、サービス利用日の3日前に申出のない場合は、キャンセル料をいただく場合があります。

(4) 利用料金の支払方法

上記(1)(2)(3)の料金は1ヶ月ごとに計算し、請求書を翌月の10日までに送付しますので、請求月末日までに現金または銀行振込によりお支払ください。

指定銀行振込	鹿児島銀行 志布志支店 普通預金 3038441
	口座名義 医療法人左右会 橋口 渡

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利用契約終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる時間は 9:30 ~ 15:30 です。

(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(「個人情報使用同意書」)に基づき情報を提供します。

9. 要望・苦情申立先および虐待防止に関する相談窓口

<p>当 事 業 所 ご利用相談窓口</p>	<p>・ 窓口責任者 増満 綾子</p> <p>・ 受付時間帯 毎週月～金曜日 8 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0</p> <p>・ 電話番号 0 9 9 - 4 7 2 - 8 0 3 0</p> <p>・ F A X 番号 0 9 9 - 4 7 2 - 8 0 3 1</p> <p>※ 担当者が不在の場合は他職員までお申し出ください。</p>
<p>志布志市役所 障 害 福 祉 課</p>	<p>・ 所 在 地：鹿児島県志布志市有明町野井倉 1 7 5 6</p> <p>・ 電話番号：0 9 9 - 4 7 4 - 1 1 1 1 (代)</p>
<p>そお地区障がい者 相談支援センター</p>	<p>・ 所 在 地：鹿児島県志布志市有明町野井倉 1 7 5 6</p> <p>・ 電話番号：0 9 9 - 4 7 4 - 1 1 1 1 (代)</p>
<p>鹿児島社会福祉協議会</p>	<p>・ 所 在 地：鹿児島市鴨池 2 丁目 3 0 - 8</p> <p>・ 電話番号：0 9 9 - 2 5 7 - 5 7 5 0</p>
<p>鹿児島県福祉サービス 運営適正化委員会</p>	<p>・ 所 在 地：鹿児島市鴨池新町 1 - 7 県社会福祉センター内</p> <p>・ 電話番号：0 9 9 - 2 8 6 - 2 2 0 0</p>

(1) 要望・苦情申立先

(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">・窓口責任者 新地 和彦・受付時間帯 毎週月～金曜日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0・電話番号 0 9 9 - 4 7 2 - 8 0 3 0・F A X 番号 0 9 9 - 4 7 2 - 8 0 3 1 <p>※ 担当者が不在の場合は他職員までお申し出ください。</p>
------------------	---

10. 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。

(1)

協力医療機関の名称	病院芳春苑		
医 院 長 名	橋口 渡		
所 在 地	志布志市志布志町安楽3008番地5		
電 話 番 号	0 9 9 - 4 7 2 - 0 0 3 0		
診 療 科 目	精神科・内科	入院設備	あり

(2)

協力医療機関の名称	医療法人左右会 藤後クリニック		
医 院 長 名	田之上 供明		
所 在 地	志布志市志布志町志布志 1 - 1 3 - 1		
電 話 番 号	0 9 9 - 4 7 2 - 1 2 3 7		
診 療 科 目	内科・循環器内科・消化器内科他	入院設備	あり

1 1. 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。
消 防 計 画	<ul style="list-style-type: none"> ・スプリンクラー設備有 ・消防機関へ通報する火災報知設備有 ・自動火災報知設備有 ・誘導灯有 ・消火器有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 <p>(その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等)</p>
防 災 設 備	<p>消防への届出日：令和 5 年 4 月 17 日</p> <p>防火管理者 : 新地 和彦</p>

1 2. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備・器具は本来の目的に従ってご利用ください。使用方法等わからないときは、職員の指示に従いご利用ください。これに反した利用により、破損等が生じた場合は弁償していただくことがあります。
禁煙・飲酒	施設内は全室禁煙です。喫煙は所定の場所をお願いします。 施設内の飲酒、飲酒してからの利用は禁止です。
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。紛失等につきましても、当事業所では一切責任を負いません。自己管理の難し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にお願いします。
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、政治活動および営利活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス就労継続支援（B型）左右会就労支援事業所のサービス提供およ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。

事業者名：左右会就労支援事業所

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）左右会就労支援事業所の提供およ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

身元保証人等住所

氏名

印

続柄