

## 「指定就労継続支援（Ｂ型）事業 あっとワーク 重要事項説明書」

あなたに対する就労継続支援（Ｂ型）事業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     | 特定非営利活動法人ふれ愛プラザあおば |
| 所 在 地   | 青森県八戸市沼館一丁目３番３４号   |
| 電 話 番 号 | 0178-20-9215       |
| 代表者氏名   | 理事長 高橋 邦歴          |
| 設 立 年 月 | 平成 22 年 9 月 17 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<br>令和元年 10 月 1 日指定                        |
| 事 業 所 の 名 称<br>（事業所番号） | あっとワーク<br>（０２１０３００９６８）                                    |
| 事業所の所在地                | 青森県八戸市沼館一丁目３番３４号                                          |
| 連 絡 先                  | TEL 0178-20-9215 FAX 0178-20-9216                         |
| 管 理 者                  | 高橋 邦歴                                                     |
| サービス管理責任者              | 梶沢 愛子                                                     |
| サービスの実施地域              | 八戸市、三沢市、おいらせ町、南部町、階上町、五戸町<br>（但し実施地域以外の利用希望者に対し実施する場合もある） |
| 主たる対象者                 | 身体障害者、知的障害者、精神障害者、難病者等                                    |
| 定 員                    | 10 名                                                      |
| 開 設 年 月 日              | 令和元年 10 月 1 日                                             |

### ３．サービスの目的・運営方針

|      |                                                                                                                                                                    |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目 的  | 利用者の自立と社会経済活動への参加を促進するために、生産活動や自立生活を促進する機会の提供を通じて、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。また、就労に必要な知識や能力等が高まった者については、一般就労等への移行に向けて支援するために事業者が個別支援計画に基づき利用者に対し必要なサービスを適切に行うことを定めます。 |
| 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  | 木造 2 階建<br>(準耐火構造)    |
|     | 敷地面積 | 906.00 m <sup>2</sup> |
|     | 延床面積 | 406.55 m <sup>2</sup> |

##### (2) 主な設備

|             | 部屋数 | 備 考 |
|-------------|-----|-----|
| 作 業 訓 練 室   | 3   |     |
| 多目的室及び食堂    | 1   |     |
| 相談室及び静養室    | 1   |     |
| ト イ レ       | 6   |     |
| 洗 面 所       | 2   |     |
| エ レ ベ ー タ ー | 1   |     |
| 給 湯 室       | 1   |     |
| 更 衣 室       | 2   |     |
| 倉 庫         | 1   |     |
| 玄 関 ス ロ ー プ | 1   |     |

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 |    | 備 考         |
|-----------|----|-----|----|-------|----|-------------|
|           |    | 専従  | 兼務 | 専従    | 兼務 |             |
| 管 理 者     | 1  |     | 1  |       |    | ※相談支援専門員と兼務 |
| サービス管理責任者 | 1  |     | 1  |       |    | ※A 型と兼務     |
| 職 業 指 導 員 | 2  | 1   |    | 1     |    |             |
| 生 活 支 援 員 | 2  | 2   |    |       |    |             |
| 目標工賃達成指導員 | 2  |     |    | 1     | 1  |             |
| 調 理 員     | 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（８：３０～１７：３０）  |
| サービス管理責任者 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）  |
| 職 業 指 導 員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）  |
| 生 活 支 援 員 | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）  |
| 調 理 員     | 正規の勤務時間帯（１１：００～１２：００） |

(イ) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～土曜日（国民の祝日及び夏季休暇 ８月 13 日～８月 16 日及び

冬季休暇 12 月 29 日～1 月 3 日の間は休業）

営業時間： ８：３０～１７：３０ 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<br>活 動 等 の 支 援 | 公共職業安定所、障害者就業・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。                                                                                                                                    |
| 施 設 外 就 労                  | 一般就労への移行や工賃の引き上げを図るため、利用者と職員がユニットを組んで、施設外就労を実施します。                                                                                                                                                          |
| 生 産 活 動                    | 生産活動の機会を提供します。<br>・ 定期清掃<br>・ 一般廃棄物収集運搬<br>・ ダンボール回収<br>・ 草取り、雪かき、薪生産<br>・ 内職作業<br>・ パソコン訓練（ワード、エクセル、パワーポイント等）<br>・ イベント販売活動、等<br>〈工賃の支払〉<br>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。                                                                                                                             |

(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。<br>食事時間 昼食 12：00～13：00                                                    | 1食約 190 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<br>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<br>支援に必要な諸<br>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<br>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<br>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<br>費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費<br>用をいただきます。<br>①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費 | 実 費       |
| そ の 他                    | ・ サービス提供記録等の複写代<br>・ 証明書諸書類の発行代<br>・ その他                                                  | 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. 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

|        | 利用 1 日あたりの金額 |
|--------|--------------|
| 利 用 料  | 7,260 円      |
| 利用者負担額 | 726 円        |

<提供するサービスの料金とその利用者負担額について>

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

法定代理受領を行わない（利用者が償還払いを希望する）場合は、訓練等給付費の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので「領収書」を添えてお住まいの市町村に訓練等給付費の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

※ 障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

【加算項目】

① 事業所がとっている体制により、下表のとおり料金が加算されます。

| 加 算 項 目            | 利 用 料 | 利用者負担額  | 内 容                                                                            |
|--------------------|-------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 福祉専門職員配置<br>等加算（Ⅲ） | 60 円  | 左記の 1 割 | 生活支援員等のうち、有資格者が一定割合以上の場合、利用 1 日につき加算されます。                                      |
| 目標工賃達成指導<br>員配置加算  | 450 円 | 左記の 1 割 | 目標工賃達成指導員を常勤換算法で 1 人以上配置しており、手厚い人員体制をもって、目標工賃の達成に向けた取り組みを行う場合、利用 1 日につき加算されます。 |

② 事業所がとった対応の内容により、下表のとおり料金が加算されます。

| 加 算 項 目              | 利 用 料                                        | 利用者負担額  | 内 容                                                                        |
|----------------------|----------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------|
| 初 期 加 算              | 300 円                                        | 左記の 1 割 | サービス利用の初期段階（開始から 30 日間）において、利用 1 日につき加算されます。                               |
| 欠席時対応加算              | 940 円                                        | 左記の 1 割 | 利用者が急病等により利用を中止した場合に、連絡調整や相談援助を行った場合に加算されます。<br>月 4 回まで加算されます。             |
| 食事提供体制加算             | 300 円                                        | 左記の 1 割 | 支給決定のある利用者に事業所が食事を提供した場合、1 日につき加算されます。                                     |
| 送迎加算（Ⅱ）              | 100 円                                        | 左記の 1 割 | 事業所が利用者に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。                                           |
| 訪問支援特別加算             | 1,870 円                                      | 左記の 1 割 | 継続して利用する利用者が連続して 5 日間利用しなかったときに、職員が居宅を訪問して相談支援を行った場合に加算されます。月 2 回まで加算されます。 |
| 就労移行支援体制<br>加算（Ⅰ）    | 650 円                                        | 左記の 1 割 | 一般就労への移行後、6 か月連続して就労している利用者が、前年度において定員の 5%を超える場合、利用 1 日につき加算されます。          |
| 福祉・介護職員処<br>遇改善加算（Ⅰ） | 各種加算を算定<br>した単位数の<br>1000 分の 93 に<br>相当する単位数 | 左記の 1 割 | 介護職員を中心とした従業員の賃金の改善を実施しているものとして、利用者に対して指定就労継続支援を行った場合に加算されます。              |

|              |       |         |                                            |
|--------------|-------|---------|--------------------------------------------|
| 重度者支援体制加算（Ⅱ） | 280 円 | 左記の 1 割 | 利用者の中に障害基礎年金 1 級を受給する利用者が一定数以上いた場合に加算されます。 |
| 目標工賃達成加算     | 100 円 | 左記の 1 割 | 各都道府県において作成した工賃向上計画に基づき、目標を達成した場合に加算されます。  |

## （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（１）（２）（３）の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、20 日までに当事業所窓口での現金払いでお支払い下さい。

## 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、8：30～17：30 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. 事故発生時の対応

利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講じるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡いたします。また、利用者に対する就労継続支援（B 型）の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、下記のご家族等へ速やかにご連絡するとともに、損害賠償を速やかに行います。

## 10. 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：<br>診 療 科：<br>主 治 医：<br>所 在 地：<br>電 話 番 号： |
| 緊 急 連 絡 先     | 住 所：<br>電 話 番 号：<br>氏 名：<br>続 柄：                 |

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<br>ご利用相談窓口            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 窓口担当者 桃沢 愛子</li> <li>・ ご利用時間 8：30～17：30</li> <li>・ 電 話 番 号 0178-20-9215</li> <li>F A X 0178-20-9216</li> <li>・ 担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。</li> </ul> |                    |
| 苦情解決委員会<br>第 三 者 委 員          | 上村 竜平                                                                                                                                                                                        | 電話番号 080-5220-3516 |
| 各 市 町 村                       | 市町村が発行する受給者証に表示されている、市町村の担当係に申し出ることができます。                                                                                                                                                    |                    |
| 青森県社会福祉協議会<br>運 営 適 正 化 委 員 会 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所 在 地 青森県青森市中央三丁目 20 番 30 号</li> <li>・ 電 話 番 号 017-731-3039</li> <li>・ F A X 017-723-1394</li> </ul>                                                |                    |

### (2) 虐待防止に関する相談窓口

|                     |                                                                                                                                                         |  |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 虐待防止に関する<br>相 談 窓 口 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 窓口担当者 高橋 邦歴</li> <li>・ ご利用時間 8：30～17：30</li> <li>・ 電 話 番 号 0178-20-9215</li> <li>F A X 0178-20-9216</li> </ul> |  |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## 11. 協力医療機関

|         |                  |         |    |
|---------|------------------|---------|----|
| 医療機関の名称 | ひかり内科クリニック       |         |    |
| 医 院 長 名 | 金田 泰一            |         |    |
| 所 在 地   | 青森県八戸市青葉三丁目 31-5 |         |    |
| 電 話 番 号 | 0178-73-5100     |         |    |
| 診 療 科   | 内科               | 入 院 設 備 | なし |

上記の委託医に協力依頼しております。

## 1 2. 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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自動火災報知機 有 ・ 誘導灯 有</li> <li>・ ガス漏れ報知機 有 ・ 非常通報装置 有</li> <li>・ 非常用電源 有 ・ スプリンクラー 有</li> <li>・ 震災に備えての備蓄（拡声器・携帯ラジオ・懐中電灯等）</li> </ul> |
| 保険加入   | <p>事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。</p> <p>加入保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社</p> <p>加入保険内容：施設賠償責任保険</p>                                                                                  |

## 1 3. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

|                   |                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 障害者以外の者の雇用        | 生産活動における作業員として障害者以外の者の雇用をする場合があります。                                   |
| 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。                                                               |
| 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いたします。 |
| 宗教活動・政治活動<br>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。                     |

## 1 4. 第三者評価

### (1) 提供するサービスの評価の実施状況

|          |                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 第三者評価の実施 | 有 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span> |
| 実施年月日    | 年 月 日                                                                               |
| 実施評価機関   |                                                                                     |
| 評価結果     |                                                                                     |

令和      年      月      日

指定障害者福祉サービス就労継続支援(B型)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： 特定非営利活動法人ふれ愛プラザあおば あっとワーク

説明者職名： 理事長

氏      名： 高橋 邦歴

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)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

代理人住所：

氏      名：

印

続      柄：