

就労継続支援B型

ワーカー鷹来 重要事項説明書

令和7年3月1日現在

1 事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
所在地	愛知県春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1
電話番号	0568-88-8302

2 事業所の概要

施設名称	ワーカー鷹来
主たる対象者	知的障がい者
事業内容・定員	就労継続支援B型：40名
事業所番号	2317500565
指定年月日	平成19年3月1日
施設長	〇〇 〇〇
管理者	〇〇 〇〇
サービス管理責任者	〇〇 〇〇
所在地	愛知県春日井市鷹来町 4888 番地 1
電話番号	0568-87-7760
FAX番号	0568-87-7791
通常の事業の実施地域	春日井市、小牧市

3 事業の目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の円滑な運営管理を図ることを目的とします。

4 運営の方針

- (1) 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、利用者に対して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その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとします。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った障がい福祉サービスの提供に努めます。
- (3) 地域との結び付きを重視した運営を行い、市町村、他の障がい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。
- (4) 障害者総合支援法に定める内容のほか、関係法令を遵守し、事業を実施します。

5 サービスの概要

(1) 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（ただし、12月29日から1月3日までを除く。） ※行事・イベント等に限り、施設が定めた土日は営業します。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午前9時から午後4時まで ※施設が定めたサービス提供時間（行事・イベント等に限る。）

(2) 職員の配置状況

職 種	従 業 者 数
管理者	1人
サービス管理責任者	1人以上（1人以上は常勤）
職業指導員	1人以上（生活支援員又は職業指導員のうち1人以上は常勤）
生活支援員	1人以上（生活支援員又は職業指導員のうち1人以上は常勤）

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管理者	8時30分 ～ 17時15分
サービス管理責任者	
職業指導員	
生活支援員	
目標工賃達成指導員	

(4) 同事業所の設備の概要

階	設備の種類	部屋数	階	設備の種類	部屋数
1階	事務室	1室	1階	更衣室	2室
	会議室	1室		倉庫	2室
	静養室	1室	2階	パン工房	1室
	食堂兼多目的室	1室		前室	1室
	相談室	2室		食品庫	1室
	ボランティア室	1室		作業室	1室
	トイレ	1か所		更衣室	2室
	湯沸室	2室		トイレ	1か所

(5) 同事業所の構造・面積

建物の構造	鉄筋コンクリート造2階建
建物延面積	1,007.78 m ²

(6) 協力医療機関の概要

名 称	春日井市民病院
所在地・連絡先	春日井市鷹来町1丁目1番地1 TEL: 0568-57-0057
診 療 科	総合診療

6 提供するサービス内容と利用料金

(1) 提供するサービス内容

サービス区分	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。本人の心身の状況等によりやむを得ない場合を除き障がい者本人の参加を原則とし、会議において本人の意向等を確認します。
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。
生産活動	生産活動の機会を提供します。 ① パンの製造 ② 業者の下請作業 【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へ支払います。
実習及び求職活動等の支援	公共職業安定所、障がい者就労・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、職場定着のための支援を行います。
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。
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。
余暇活動	就労意欲を助長するため、社会活動や創作活動の機会を提供します。
送迎	希望される方は、送迎サービスを利用できます。 【コース】 春日井駅方面コース、勝川駅方面コース ※時間指定あり。

(2) 利用料金

ア 訓練等給付費対象サービス

(ア) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について、厚生労働大臣が定めた基準により利用料が発生します。利用者負担は、原則、利用料の1割です。ただし、所得に応じて市町村が定めた利用者負担上限額を上限としています。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おり、軽減等が適用される場合は、「障がい福祉サービス受給者証」をご確認ください。負担上限月額等に関する詳細につきましては、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

(イ) 訓練等給付費等について事業者が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、訓練等給付費等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等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

【利用料金表】

基本料金 地域区分単価 1 単位あたり 就労継続支援 B 型：10.34 円

区 分	単位数	内容
就労継続支援 B 型サービス費 I	624 単位/日	平均工賃月額、利用定員、従業員配置状況に応じて報酬体系が設定されます。 【平均工賃月額】 1 万 5 千円以上 2 万円未満 【従業員配置】 6：1 以上

各種加算：就労継続支援 B 型

区 分	単位数	内容
福祉専門職配置等加算 I	15 単位/日	基準以上の有資格者を配置した場合に加算。常勤職員のうち、有資格者を 35%以上配置
初期加算	30 単位/日	利用開始日から起算して 30 日以内の期間について加算
欠席時対応加算	94 単位/回	急病等により利用を中止し、連絡調整、その他の相談援助を行い、内容等を記録した場合に加算。月 4 回まで。
送迎加算 I	21 単位/回	1 回の送迎につき平均 10 人以上が利用し、かつ、週 3 回以上の送迎を実施した場合に加算
送迎加算 II	10 単位/回	1 回の送迎につき平均 10 人以上が利用している場合、もしくは、週 3 回以上の送迎を実施している場合
目標工賃達成指導員配置加算	40 単位/日	目標工賃達成指導員を配置し、工賃向上計画を作成した上で、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った場合に加算
目標工賃達成加算	10 単位/日	各都道府県において作成される工賃向上計画に基づき、自ら作成した工賃向上計画に掲げた工賃目標を達成した場合に加算
福祉・介護職員等処遇改善加算		厚生労働大臣が定める基準に適合している職員の賃金の改善等を実施し、県知事に届け出た事業所が、利用者に対し就労継続支援 B 型サービスを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い相当する額を加算 I：基本料金、加算料金等により算定した額の 1000 分の 93 に相当する額

イ その他の費用

項 目	内容	料金
生産活動等	生産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	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	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 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、利用者又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。	5,000 円/1 件
その他	サービス提供記録等の複写にかかる費用	10 円/枚
	各種証明書発行手数料にかかる費用	1,000 円/1 件
	行事等にかかる費用	実費

(3) 請求について

利用料金については、1月ごとに計算し、訓練等給付費（市町村が発行する障がい福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額）、その他の費用を、毎月請求させていただきます。

※ 訓練等給付費：合計単位数×地域区分単価（1円未満切り捨て）

(4) サービス利用のキャンセルについて

サービス利用をキャンセルする場合は、利用予定日の7日前までに事業所にお申し出ください。サービス利用の7日前までに申出のない場合は、行事等にかかる費用等、実費相当額のキャンセル料金をいただく場合があります。

7 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1月ごとに計算し、翌月26日までに現金にてお支払いいただきますようお願いいたします。

8 利用者の記録及び情報管理について

利用者に対する障がい福祉サービスの提供についての記録を作成し、それをサービス完結の日より5年間保管し、利用者又は家族の請求に応じてその内容を開示します。

9 サービスの終了

(1) 利用者からの契約解除について

利用者は、7日前までに書面により通知することによってこの契約を解除することができます。

(2) 事業者からの契約解除について

利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより直ちに契約を解除させていただきます場合がございます。

ア 利用者及びその家族が契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果サービスを継続しがたい事情を生じさせた場合

イ 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合

ウ 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（※）を行うなどによって、サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります（暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等）。

(3) 契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が死亡した場合

- イ 事業所を閉鎖した場合
- ウ 事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合
- エ 事業所が事業指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

10 非常災害対策

当事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害時に備えるため定期的に避難、救出等訓練を行います。

11 緊急時の対応方法

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかにあらかじめ事業所が定めた協力医療機関に連絡するなどの措置を講じ、利用者が指定する連絡先にも連絡します。

主治医	病院・主治医名	
	住所	
	連絡先	
ご家族・代理人①	氏名（続柄）	()
	住所	
	連絡先	
ご家族・代理人②	氏名（続柄）	()
	住所	
	連絡先	

12 事故発生時の対応

利用者の事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

13 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

14 身体拘束の禁止

サービス提供に当たり、利用者若しくは他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録を行います。

身体拘束等の適正化のための担当者を配置し、廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止に向けての取組みをしていきます。

15 当事業所の利用にあたっての留意点

種類	内容
喫煙及び火気の使用	・全館禁煙です。火気の使用は固く禁じます。
貴重品の管理	・貴重品の破損、紛失については、責任を負いかねます。利用者の責任において管理していただきます。自己管理ができない場合は、事業所への持ち込まないようお願いします。
防災	・年2回以上、利用者が参加して防災訓練を実施します。
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。
設備等について	・事業所の所有管理に係る設備等財産について滅失、破損、汚損、変更等をした場合には、賠償していただくことがあります。

16 その他の運営について

(1) 虐待の防止のための措置

- ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- イ 虐待の防止のための指針を整備します。
- ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。
- エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

名称	職種	氏名
虐待防止に関する責任者	管理者	〇〇 〇〇
虐待防止に関する担当者	サービス管理責任者	〇〇 〇〇

(2) 業務継続計画の策定等について

- ア 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の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定します。
- イ 非常災害対策と一体的に取り組みます。非常災害における防火管理について責任者を定め、防災計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備します。
- ウ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年1回以上）を実施します。

(3) 質的向上を図るための研修について

- 従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(4) 同性介助について

- ア 本人の意思に反する異性介助がなされないよう、本人の意向を把握し、本人の意向を踏まえたサービス提供体制の確保に努めます。
- イ 人員体制の見直し等を含め必要な検討を行った結果、人員体制の確保等の観点から十分に対応することが難しい場合には、その旨を利用者に対して丁寧に説明し、理解を得るよう努めます。

(5) 意思決定の支援について

- ア 利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に利用者への意思決定の支援が行われるように努めます。

イ 前号に掲げる措置を適切に実施するための意思決定支援責任者を配置します。

名称	職種	氏名
意思決定支援責任者	サービス管理責任者	〇〇 〇〇

(6) 福祉サービス第三者評価実施状況

未受審

17 個人情報の利用について

(1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者、その家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

(2) 事業者は、利用者、その家族又は代理人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者、その家族又は代理人の個人情報を用いません。

(3) 事業者は、利用者、その家族又は代理人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。

(4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。

ア 使用目的

(ア) 適切なサービス提供のために必要な法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他法人が行う介護・福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整

(イ) 利用者もしくはその家族又は代理人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの医師及び看護職員等への情報提供

(ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため

イ 個人情報の内容

(ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所がサービスを行うために必要な利用者、その家族又は代理人の個人情報

(イ) その他の利用者、その家族又は代理人に関する個人情報であって、特定の個人が識別、又は識別されうる情報

ウ 個人情報を提供する事業所

(ア) 担当の相談支援事業所又は障がい者生活支援センター

(イ) 支援計画に記載されている事業所

(ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）

(エ) 福祉事務所、保健所又は障がい者生活支援センター等

エ 使用する期間

契約終了まで

18 サービス内容に関する苦情処理の体制

当事業所の苦情担当者

苦情解決責任者	施設長	〇〇	〇〇	
苦情受付担当者	管理者	〇〇	〇〇	
連絡先	T E L	0568 - 87 - 7760	F A X	0568 - 87 - 7791
受付時間	営業日の午前9時から午後5時まで			

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

機関名	部署名	連絡先
社会福祉法人愛知県社会福祉協議会	運営適正化委員会	052 - 212 - 5515
春日井市役所	障がい福祉課	0568 - 85 - 6186
小牧市役所	障がい福祉課	0568 - 76 - 1127

事業者が行う介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項及び個人情報の利用に関する説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
代 表 者 理事長 西村 眞

【事業所】 住 所 春日井市鷹来町 4888 番地 1
名 称 ワーカー鷹来
施 設 長 ○○ ○○
管 理 者 ○○ ○○

【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重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、事業者が行う介護サービスの提供について同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【家族又は代理人】 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 ()