森の生活「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	有限会社　チェリッシュ企画
所　在　地	名古屋市天白区植田二丁目２０２番地
電 話 番 号	０５２―８０４―０７５５
代表者氏名	石川　千壽子
設 立 年 月	平成１２年９月１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
事業所の名称 （事業所番号）	森の生活 （２１１１５００２９０）
事業所の所在地	主事業所　岐阜県恵那市大井町2693-417 出張所　　岐阜県中津川市川上字上平１４８２－２
連　絡　先	電話番号　０５７３―２５―３２３７ FAX 番号　０５７３―２５―３２３７
管　理　者	柴田　哲宏
サービス管理責任者	永田　浩之
サービスの実施地域	通常の事業の実施地域は、恵那市（山岡町・明智町・上矢作町を除く)、 中津川市（山口地区を除く）全域とする。
主たる対象者	知的障害者　身体障害者　精神障害者
定　　員	30 名
開設年月日	平成２５年３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

建物 主事業所	構　造	鉄筋コンクリート造り２階建
	延べ床面積	１４２．５３㎡
建物 出張所	構造	木造平屋造り
	延べ床面積	１２７．００㎡

（２）主な設備

	室名	部屋数		室名	部屋数
主事業所	訓練・作業室	２室	出張所	訓練作業室	５室
	多目的室	２室		多目的室	２室
	相談室・談話室	１室		調理室	１室
	浴室	１室		休憩室	１室
	洗面室・脱衣室	１室		湯沸室	１室
	洗面所・トイレ	１室		静養室	１室
	作業スペース	２室		相談室	１室
	洗濯室	１室		浴室・洗面室・脱衣室	各３室
	農場	１		トイレ	３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		備　考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			職業指導員兼務
サービス管理責任者	1	1				
職業指導員	3	1	1	1		常勤兼務は管理者兼務
生活支援員	2			2		
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。

(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（09：00～18：00）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（09：00～18：00）
職業指導員	正規の勤務時間帯（09：00～18：00）
生活支援員	正規の勤務時間帯（09：00～18：00）
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：水曜日～日曜日（冬季休暇 12 月 29 日～1 月 3 日の間は休業）

営業時間：09：00～16：00 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。
生産活動	生産活動の機会を提供します。 ①　農産物の生産・加工 ②　食品の加工・梱包（漬物） <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。
実習及び求職活動等の支援	公共職業安定所、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。
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。
送迎サービス	自主通勤が出来ない場合、希望により送迎を行います。

（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 12：00 より ※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、バラエティーに富んだ手作りの食事を提供します。	５００円 ※食材費２３０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	1 枚 10 円 500 円

<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
　指定障害福祉サービスを提供した場合の利用料の額は、告示上の額とし、当該指定障害福祉サービスが法定代理受領サービスであるときは、市町村が定める利用者負担額の支払いを受けるものとします。ただし、当該サービス提供を行った月に他の事業所による障害福祉サービスの提供があった場合には、各事業所が受ける利用者負担額の合計が市町村が定める利用者負担額をこえないよう調整した額の支払いを受けるものとします。
　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） サービス利用の取り消し
　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 4 日前までに当事業所までお申し出ください。キャンセル料はいりません。
（４）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 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。
　① 当事業所窓口での現金支払い
　② 郵便局からの口座振替

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 3：00 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。別紙「チェリッシュ企画プライバシーポリシー」参照

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　　柴田哲宏 ・ご利用時間　　９：00～　16：00 ・電話番号　　０５７３－２５－３２３７ Ｆ　Ａ　Ｘ　　０５７３－２５－３２３７
岐阜県健康福祉部障害福祉課事業所指導係	・所在地　　岐阜市薮田南二丁目１番１号 ・電話番号　　０５８－２７２－８３０２ Ｆ　Ａ　Ｘ　　０５８－２７８－２６４３
恵那市役所社会福祉課	・所在地　　恵那市長島町正家一丁目１番１号 ・電話番号　　０５７３－２６－２１１１ Ｆ　Ａ　Ｘ　　０５７３－２５－６１５０
名古屋市障害者支援課	・所　在　地：名古屋市中区三の丸二丁目１番１号 ・電話番号：０５２－９６１－１１１１
運営適正化委員会	・所　在　地：名古屋市中区丸の内二丁目４番７号 ・電話番号：０５２－２０２－０１６７ ・Ｆ　Ａ　Ｘ：０５２－２０２－０１６８

（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	・窓口担当者　　石川千壽子 ・ご利用時間　　９：00～　16：00 ・電話番号　　０５２－８０４－０７５５ Ｆ　Ａ　Ｘ　　０５２－８００－９８７２

11. 協力医療機関

（1）

医療機関の名称	河上クリニック		
医　院　長　名	河上　敬		
所　　在　　地	恵那市長島町中野 19－4		
電　話　番　号	0573－25－0551		
診　　療　　科	内科・循環器科・小児科	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 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　　・ガス漏れ報知機　　有 ・消火器　　有 ・カ－テン等は防炎性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水 3 日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
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：エース損害保険株式会社 加入保険内容：リビングプロテクト総合保険

13. 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。
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。

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：森の生活
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）森の生活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。

平成　　年　　月　　日

利用者住所：
氏　　名：　　印

代理人住所：
氏　　名：　　印
続　　柄：