

就労継続支援 B 型事業所 ソーシャルハウス

サービス重要事項説明書

この説明書は、あなたに対する利用サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、就労継続支援 B 型事業所ソーシャルハウス（以下事業所と称す）がサービス利用の契約を希望するあなたに、ソーシャルハウスの概要や提供するサービスの内容、契約する上で注意していただきたいことについて説明するものです。

なお、このサービスを利用できるのは、市町村の支給決定を受けた方です。

1. 事業者の概要

経営事業者の名称	特定非営利活動法人ソーシャルハウス
法人所在地	群馬県高崎市上豊岡町 580 番 9
法人種別	特定非営利活動法人
事業種別	就労継続支援 B 型
代表者名	瀧澤 啓
法人設立年月日	平成 25 年 12 月 19 日

2. 事業の目的と運営方針

事業指定	事業指定番号 : 1010900460
事業の目的	地域社会における障害福祉の充実を図ることで、地域社会の総合的な多様化と成熟に貢献することを目的とします。
事業所の名称	就労継続支援 B 型事業所ソーシャルハウス藤岡
管理者	瀧澤 啓
サービス管理責任者	畠山 奈津子
事業所の所在地	群馬県藤岡市浄法寺 1278-1
電話番号	0274-50-4876
FAX 番号	0274-50-4877
事業所の運営方針	利用者が自立した日常生活と社会生活を営むことができるよう、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動を通して、その知識及び能力の向上に必要な訓練その他の便宜を適切に行うものとします。
事業所開設年月日	令和 3 年 3 月 8 日
利用定員	20 名

3. 事業所の概要

(1) 事業所

構造	鉄骨造 1 階建
敷地面積	1030 m ²
延床面積	478.15 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	面積
食堂・休憩・多目的室	68.25 m ²
栽培室	159.60 m ²
医務室・相談室	5.00 m ²
事務室	33.15 m ²
その他（洗面所、トイレ等、更衣室等）	—

(3) 職員体制

職種	員数	区分				常勤換算後の職員数
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1			1		0.3
サービス管理責任者	1	1				1
職業指導員	1	1				1
生活支援員	2			2		1.4

※必要に応じてその他の職員を配置します。

(4) 職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者	8 : 00 ~ 17 : 15
サービス管理責任者	
職業指導員	
生活支援員	

(5) 営業日と営業時間

月～金曜日	9：00～15：30
祝日	9：00～15：30（希望者のみ）
土・日、年末年始、夏季、 その他事業所が休日と定めた日	休み

4. サービスの内容

(1) 訓練等給付費対象サービス内容

種類		内容
日中活動 に関わる 支援	作業支援	生産活動（野菜の栽培作業）、受託作業等を通して就労継続支援を行います。
	工賃の支給	経済活動の対価として工賃をお支払いいたします。工賃は工賃規定に基づいてお支払いいたします。
	就労支援、 施設外就労 施設外支援	公共職業安定所等の関係機関と連携を取りながら職場実習・求職活動・職場定着の支援を行います。
社会生活 に関わる 支援	コミュニケーション	利用者個々の能力に応じて、様々な手法により意思を伝達することができるよう支援いたします。
	情報提供	利用者及びその家族に対して、障害や社会福祉一般に関する最新の情報を提供します。
	相談・援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
保健医療 に関わる 支援	健康管理	常に利用者の健康状態に注意します。 通常の作業活動が困難な症状の発症等に留意し、必要に応じて通院、家族への連絡等を速やかに行います。
	通院・治療	緊急時（サービス提供時間内に発生した事故・急病等）には、必要に応じて当事者の主治医あるいは搬送先の医療機関等に責任をもって引継をします。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容

種類	内容	金額
昼食サービス	給食業者と契約し、昼食として弁当を提供します。	実費
その他	日中活動上、個別に必要な経費（おやつ、日用品含む）	実費
	サービス提供記録等の複写代	実費
	証明書、書類の発行代	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。当事業所の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」の写しは交付いたします。

5. 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村から直接受け取る（代理受領）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いただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

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。

基本的なサービス利用料金（1日あたり）

報酬単価	590 単位	
1 単位あたりの単価	1 単位 10.0 円	30 年度～
サービス利用料	590 単位×単価×利用日数	
利用者負担額	利用料の1割負担が原則です。 (軽減措置が講じられています。)	利用者から
代理受領額	利用料－利用者負担額	市町村から

<加算について>

当事業所では次の項目で該当する利用者がある場合は、上表に加えて請求しています。

■初期加算

当事業所の利用を開始した日から30日間は特別加算として1日30単位加算されます。

■欠席時対応加算

本人都合で欠席をした場合の加算について1日94単位、1ヶ月につき4日間を上限として加算があります。

■送迎加算

送迎を利用した場合、片道10単位加算されます。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「4.サービス内容 (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) の料金は月末に計算し、ご請求します。

翌月 20 日までに指定の銀行口座にお振込ください。

金融機関名	株式会社東和銀行
店舗番号	高崎北支店 033
口座番号	普通 3070662
口座名	トクヒ) ソーシャルハウス

6. 苦情申立先

当事業所 ご利用相談窓口	窓口担当者 : 畠山 奈津子 (サービス管理責任者)
	苦情解決責任者 : 瀧澤 啓 (管理者)
	ご利用時間 : 9:00 ~ 17:00 (事業所の休日を除く)
	電話番号 : 0274-50-4876 ※窓口担当者が不在の場合は、「三木紘平」までお申し出ください。
市町村窓口	藤岡市 福祉課 電話 : 0274-40-2384
	高崎市 障害福祉課 電話 : 027-321-1245
	玉村町 健康福祉課 電話 : 0270-64-7705
	本庄市 障害福祉課 電話 : 0495-25-1125
	神川町 町民福祉課 電話 : 0495-77-2112
	上里町 町民福祉課 電話 : 0495-35-1224
県窓口	群馬県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会 電話番号 : 027-255-6669
	埼玉県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会 相談専用電話番号 : 048-822-1243

7. 虐待防止のための措置

当事業所は、利用者の人としての権利を守り、虐待が起こることのないようにするために、次の措置を講じています。

- ① 虐待防止に関する責任者の選定
 - ・虐待防止に関する責任者 瀧澤 啓（管理者）
- ② 苦情解決体制の整備
- ③ 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修
- ④ 成年後見制度の利用支援

8. 協力医療機関

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。かかりつけ医師での特別な対応が必要場合はご連絡ください。

協力医療機関名 栗原胃腸科外科医院
所在地 藤岡市神田 144-1
電話番号 0274-40-2299

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画により対応します。
防災訓練	別途定める消防計画にのっとり年に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、誘導灯、消火器

10. 利用の際に留意していただく事項

快適性、安全性等を保つため、次に掲げる事項についてご注意ください。

来訪・面会	来訪・面会時には、事前にご連絡をお願いいたします。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。
喫煙	喫煙は決められた場所をお願いします。喫煙コーナー以外は、事業所内は禁煙です。
貴重品の管理	貴重品につきましては、利用者の責任において管理していただきます。紛失等の事故に対する責任は、当事業所で負うことはできません。
宗教・政治・営利活動	利用者の思想・信教は自由ですが、他の利用者や職員に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
健康維持	健康診断、医療にかかる検査は特別な事情がない限りお受けください。
衛生維持	事業所内の整理・整頓・清潔・清掃を心がけ、その他環境衛生の保持にご協力ください。

私は、本書面にもとづいて、事業所の職員から、重要事項及びサービス利用説明書の説明を受け、指定障害福祉サービスの提供開始に同意いたします。

年 月 日

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

法定代理人
(保護者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

当事業所は、_____様に対する就労継続支援 B 型サービスの提供にあたり、上記の通り重要事項及びサービス利用説明書について説明しました。

令和 年 月 日

事 業 所 住 所 群馬県藤岡市浄法寺 1278-1 _____

名 称 就労継続支援 B 型事業所ソーシャルハウス藤岡 _____

説明者 _____ 印