

社会福祉法人 十 字 の 園

指定就労継続支援（B型）
ワークショップマナ重要事項説明書

〒431-1304 静岡県浜松市浜名区細江町中川7220番地の11
社会福祉法人 十 字 の 園

〒410-3624 静岡県賀茂郡西伊豆町田子 965-1
指定就労継続支援（B型）
ワークショップマナ
電話番号 0558-53-0123
FAX番号 0558-53-0305

「指定就労継続支援（B型）ワークショップマナ重要事項説明書」

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	社会福祉法人 十字の園
所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川7220-11
電話番号	053-436-9535
代表者氏名	理事長 鈴木 淳司
設立年月	昭和35年12月28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 平成20年4月1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	ワークショップマナ (2210140022)
事業所の所在地	静岡県賀茂郡西伊豆町田子965-1 静岡県賀茂郡松崎町宮内352番地4 うさぎビル(出張所)
連絡先	電話番号 0558-53-0123 ファックス 0558-53-0305
管理者	小川秀幸
サービス管理責任者	山本雅樹
サービスの 実施地域	松崎町 西伊豆町
主たる対象者	知的障害者 身体障害者 精神障害者
定員	20名
開設年月日	平成20年 4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	「キリスト教精神に立って多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的とする」を運営の基盤に、就労継続支援（B）の援助において自立と日常生活の充実が図られるようサービスを提供します。 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	旧田子中学校	構造	鉄筋コンクリート 3階建) (耐火建築物) (耐震構造) 一階部の一部使用
		借用敷地面積	331.37㎡
		利用延べ床面積	233.42㎡
	うさぎビル	面積・構造	93.71㎡ 鉄骨、木造亜鉛メッキ鋼板 1階部分の一部使用

(2) 主な設備

	部屋数	備考
作業室兼食堂（多目的室）	1室	108.000㎡
作業室（訓練室）	2室	64.800㎡
事務所兼相談室	1室	28.800㎡
作業小屋（訓練室）	1箇所	16.000㎡
陶芸釜小屋	1箇所	16.000㎡
パン工房（訓練室）	1室	55.596㎡
男子更衣室	1室	11.548㎡
女子更衣室	1室	11.503㎡
男子トイレ	1室	17.621㎡
女子トイレ	1室	16.651㎡

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		常勤換算	備考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1名		1名			0.1名	
サービス管理責任者	1名	1名				1.0名	
職業指導員	1名	1名				1.0名	
生活支援員	5名	2名		3名		4.28名	
目標工賃達成指導員	1名	1名				1名	

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	必要に応じて事業所を巡回管理・指導
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）
目標工賃達成指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）

(イ) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～土曜日（出勤休日カレンダーによる）

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。
生産活動	<p>生産活動の機会を提供します。</p> <p>① 縫製（エプロン、ハンカチ、袋類他）さをり織り ② 陶芸、木工、農作業 ③ 下請け作業（鉄工） *施設外就労 ④ パン・クッキー・ラスク製造販売、 ⑤ 紙すき</p> <p><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。</p>
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
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。	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。	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。	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。	実費
送迎サービス	自主通勤出来ない場合、希望により送迎を行います。	無料
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供記録等の複写代 ・ 証明書諸書類の発行代 ・ 希望者には昼食を提供します 	実費 無料 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」の写しは利用者へに交付いたします。

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割の額を事業者にお支払いただきます。（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。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

「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

別途かかった料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末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 下記指定口座への振込み

静岡銀行 松崎支店 普通預金 0233169

口座名義 社会福祉法人 十字の園 ワークショップマナ 施設長 小川秀幸

- ③ 金融機関口座からの口座振替

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9：00～午後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. 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又は、協力病院

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 ・ ご利用時間 9：00～ 17：00 ・ 電話番号 0558-53-0123 ・ F A X 0558-53-0305 ・ 担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。	
社会福祉法人 十字の園	本部 所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川7220-11 電話 053-436-9535 FAX 053-437-1352
	管理施設 所在地	静岡県賀茂郡松崎町江奈157 電話 0558-43-3131 FAX 0558-43-3136
西伊豆町 健康福祉課	所在地	賀茂郡西伊豆町仁科 401-1 西伊豆町役場 電話 0558-52-1111 F A X 0558-54-1019
		賀茂郡松崎町宮内 301-1 松崎町役場 電話 0558-42-3966 F A X 0558-42-3184
静岡県賀茂健康 福祉センター 保健福祉課	所在地	下田市中 531-1 電話番号 0558-24-2056 F A X 0558-24-2159

11. 協力医療機関

(1)

西伊豆病院	賀茂郡西伊豆町仁科138 内科・外科・皮膚科・泌尿器科 他 電話 0558-52-2366
-------	--

中江歯科	賀茂郡松崎町 歯科 電話 0558-42-2500
------	------------------------------

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ガス漏れ報知機 有 ・消火器 有 ・その他(ヘルメット・防災頭巾、携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等) <p style="text-align: center;">消防計画 防火責任者 : 山本雅樹</p>
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>加入保険名 : あいおい損保</p> <p>加入保険内容 : 身体及び財物賠償責任保険</p>

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。

14. 苦情解決のシステム 苦情処理

<p>(1) 当事業所における苦情の受付 当事業所における苦情やご相談は、事業所苦情相談担当窓口で受け付けています。 ○苦情受付窓口（担当者） サービス管理責任者 山本 雅樹 ○受付時間 毎週月曜～金曜 8時30分～17時30分</p>								
<p>(2) 第三者委員 齋藤 伸彦 氏（松崎町社会福祉協議会） 江口 充 氏（社会福祉法人ベテスタ会理事）</p>								
<p>(3) 行政期間その他苦情受付期間</p> <table data-bbox="321 1465 1166 1627"> <tr> <td>松崎町役場健康福祉課福祉係</td> <td>TEL 0558-42-3966</td> </tr> <tr> <td>国民健康保険団体連合会</td> <td>TEL 054-253-5530</td> </tr> <tr> <td>静岡県社会福祉協議会</td> <td>TEL 054-254-5231</td> </tr> <tr> <td>西伊豆町役場健康福祉課福祉係</td> <td>TEL 0558-52-1116</td> </tr> </table>	松崎町役場健康福祉課福祉係	TEL 0558-42-3966	国民健康保険団体連合会	TEL 054-253-5530	静岡県社会福祉協議会	TEL 054-254-5231	西伊豆町役場健康福祉課福祉係	TEL 0558-52-1116
松崎町役場健康福祉課福祉係	TEL 0558-42-3966							
国民健康保険団体連合会	TEL 054-253-5530							
静岡県社会福祉協議会	TEL 054-254-5231							
西伊豆町役場健康福祉課福祉係	TEL 0558-52-1116							
<p>(4) 第三者評価の実施状況 実施している 実施していない</p>								
<p>【実施日： 年 月 日】 【評価機関名： 名】 【結果の開示状況： 】</p>								

指定障害者福祉サービス就労継続支援（B型）ワークショップマナ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：ワークショップマナ

説明者職名：

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）ワークショップマナ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。

令和 年 月 日

利用者住所：

氏名： 印

代理人住所：

氏名： 印

続柄：
