

重要事項説明書（ワークハウスエンゼル 就労継続支援B型）

令和7年4月1日 現在

1 就労継続支援B型サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人かつみ会
代表者氏名	理事長 伊藤重来
法人所在地 (連絡先)	埼玉県深谷市山河557-1 (電話:048-585-0462 ファックス:048-585-5251)
法人設立年月日	昭和56年4月1日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業の所在地等

事業所名称	ワークハウスエンゼル
サービスの主たる対象者	身体障害者（視覚障害者を除く） 知的障害者 精神障害者
事業所の種類・指定年月日	就労継続支援B型 平成28年4月1日埼玉県指定
管理者	佐藤 真
サービス管理責任者	佐藤 真
事業所所在地	埼玉県深谷市今泉字山下789-1
連絡先	TEL048-546-1230 fax048-546-1231
事業所の通常の事業実施地域	深谷市、本庄市、美里町、寄居町、上里町 ※その他の地域についてはご相談ください。
利用定員	14名
事業所番号	1114600768

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	利用者が自立した日常生活または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共に、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その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且つ効果的に行います。
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切且つきめの細やかな就労継続支援B型のサービスを提供します。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（年末年始を除く）
-----	-------------------

営業時間	8:30~17:30
サービス提供時間	10:00~15:00

3 事業所の構造・設備について

(1) 構造

構造	鉄骨造 平屋建て
敷地面積	998.50㎡
延床面積	284.15㎡

(2) 設備

設備の種類	部屋数	備考
訓練・作業室	3室	90.10㎡
多目的室兼食堂	1室	54.27㎡
相談室	1室	9.72㎡
事務室	1室	12.96㎡
配膳室	1室	11.95㎡
静養室	1室	9.72㎡
洗面所	5か所	男女別
トイレ	7か所	男女別、車椅子用
その他		男女別シャワー室、男女別更衣室

4 職員体制等について

(1) 各職種の職務の内容

職種	職務内容
管理者	管理者は、職員の管理、指定就労継続支援B型の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定就労継続支援B型の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。
サービス管理責任者	(1)適切な方法により、利用者の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。 (2)アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する指定就労継続支援B型以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、利用者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定

	<p>就労継続支援B型の目標及びその達成時期、指定就労継続支援B型を提供する上での留意事項等を記載した就労継続支援B型計画の原案を作成します。</p> <p>(3) 就労継続支援B型計画の原案の内容を利用者に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、作成した就労継続支援B型計画を記載した書面を利用者に交付します。</p> <p>(4) 就労継続支援B型計画作成後、就労継続支援B型計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも6月に1回以上、就労継続支援B型計画の見直しを行い、必要に応じて就労継続支援B型計画を変更します。</p> <p>(5) 利用申込者の利用に際し、障害福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等を把握します。</p> <p>(6) 利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行います。</p> <p>(7) 他の職員に対する技術指導及び助言を行います。</p>
職業指導員	利用者の職業指導及び職業訓練に関する業務に従事します。
生活支援員	利用者の生活指導及び生活訓練に関する業務に従事します。

(2) 職員配置

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		1			1.0	サービス管理責任者と兼務
サービス管理責任者	1		1			1.0	管理者が兼務
職業指導員	1	1				1.0	
生活支援員	3			2	1	1.8	
目標工賃達成指導員						0	

(3) 勤務時間

◎常勤職員：8：30～17：30

◎非常勤職員：9：00～12：00、10：00～14：00、8：30～17：00

5 提供するサービスの内容

(1) 訓練等給付費対象サービス

サービスの種類	サービスの内容
生産活動に必要な知識、能力を向上するための訓練	生産活動に必要な知識、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。
就労の機会の提供及び生産活動	雇用契約を締結しない就労や生産活動の機会を提供することを通じ就労への移行の支援を行います。 以下の生産活動を行っています。 ① 内職作業 ②洗濯物たたみ ③清掃作業 ④その他 <工賃の支払い> 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。
生活相談	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把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。
健康管理	利用者の服薬管理や疾病予防に努めるとともに、医療機関との連絡調整や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。
訪問支援	必要に応じて利用者や家族の同意のもと利用者宅を訪問し、適切な相談・助言・援助等を行います。
施設外支援	利用者の心身の状況や意向・適正・障害特性・その他の事情を踏まえ、必要に応じて就労継続支援B型計画に基づき施設外支援及び施設外就労を行います。
施設外就労	「施設外支援」と「施設外就労」はどちらも利用者が企業等に行き実習を行います。「施設外支援」が職員を帯同せずに行う実習に対し、「施設外就労」は職員が帯同して、請負発注企業と請負契約を結んで行うものです。

(2) 訓練等給付費対象外サービス

サービスの種類	サービスの内容	金額
創作的活動及び利用者本人活動	利用者主体による活動としての自主的活動を支援しています。(教養娯楽活動)	実費負担
一般就労の支援に必要な支援活動	就労や実習に取り組む際に必要な企業等への同行支援	交通費等の実費負担
昼食代 お茶代	昼食は毎朝発注しています。昼食、お茶を希望される方はご利用ください。	¥410/1食 ¥100/1か月
送迎サービス	自主通所が困難な場合、希望により送迎を行います。	下記*を参照
その他	サービス提供記録等の複写料金	原則無料

* 通常の事業の実施区域内の場合は、原則無料です。

* 通常の事業の実施区域外の場合は、実施区域を超える地点から目的地までの距離に1kmあたり15円を乗じた額を送迎の実費としていただきます。

6 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービスの料金

訓練等給付費対象サービスについては、厚生労働大臣が定める基準により算定した額がサービス料金となります。

このサービス料金のうちの一部(原則9割)は市町村等から訓練等給付費が支給されます。これら給付費は当事業所が市町村から直接代理受領いたします。利用者は、サービス料金から給付費の額を差し引いた額(原則1割で、利用者負担額といいます。)を当事業所にお支払いいただきます。

なお、利用者負担額は、原則サービス料金の1割ですが、「障害福祉サービス受給者証」に記載されている負担上限額が1ヶ月の負担の上限額になりますので、記載されている金額以上ご負担いただく必要はありません。

「参考」

○利用者負担の上限額(月額)

所得区分	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯	一般(市町村民税課税世帯)		世帯の範囲
障害者	0円	0円	所得割 16万円未満 9300円	所得割 16万円以上 37200円	18歳以上の障害者 障害のある方とその配偶者

(2) 訓練等給付費対象外サービスの料金

上記「5 サービスの内容(2) 訓練等給付費対象外サービス」に記載の料金を当事業所にお支払いいただきます。

(3) 利用料金のお支払方法

上記(1)(2)の料金は1か月ごとに計算し、翌月20日までにご請求しますので、請求月の日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

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

埼玉りそな銀行 岡部支店 普通預金 3833794

③金融機関口座からの口座振替

(4) 領収証及び受領証の交付

事業者は、利用者から利用料金の支払いを受けた時は、利用者に領収証を交付します。また、各市町村から代理受領した額については受領証を交付します。

7 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は、平日の午前9時～午後4時までです。

(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必要となる他事業所及び医療機関等との連絡調整や、市町村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。

8 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

利用者のかかりつけ医療機関連絡先	
緊急連絡先①	
緊急連絡先②	

9 協力医療機関について

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。

協力医療機関名	林りくろう診療所
住所	大里郡寄居町用土 5402-6
電話番号	048-584-7545

10 事故発生時の対応方法について

事故が発生した場合は利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める消防計画により対応いたします。
平時の訓練	別に定める消防計画に則り、避難訓練を年2回実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知器 有 ・スプリンクラー 有 ・カーテンは防災機能のあるものを使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食糧・飲料水3日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・懐中電灯等）
消防計画	消防署への届出日：令和1年 11月13日 防火管理者：佐藤 真
保険加入	本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。 保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

	保険名 介護保険・社会福祉事業者総合保険
--	----------------------

1 2 要望・苦情及び虐待防止に関する相談窓口

当事業所受付窓口	受付担当者：井上美保子 苦情解決責任者：管理者 佐藤 真 虐待防止責任者：管理者 佐藤 真 所在地：深谷市今泉字山下789-1 電話番号：048-546-1230 ファクス番号：048-546-1231 受付時間：月曜日～金曜日 9:00～16:00	
1当法人の第三者委員	監事 加藤孝一 048-525-2527 評議員 畠山敏之 048-572-1100 評議員 高田元治 048-585-4544	
埼玉県運営適正化委員会	〒330-8529 さいたま市浦和区針ヶ谷 4-2-65 彩の国すこやかプラザ1階(埼玉県社会福祉協議会) Tel:048-822-1243 月曜日～金曜日 9:00～16:00	
各市町村相談窓口	熊谷市役所障害福祉担当課 048-524-1111 (代) 深谷市役所障害福祉担当課 048-571-1211 (代) 本庄市役所障害福祉担当課 0495-25-1111 (代) 寄居町 障害福祉担当課 048-581-7718 (代) 美里町 障害福祉担当課 0495-76-1111 (代)	

1 3 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

感染症対策	事業所利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用は出来ません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従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。
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事業所に持ち込まないようお願いします。
喫煙	喫煙は決められた時間に決められた場所をお願いいたします。
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。
昼食	食事の提供は行っていません。持参するか、毎朝外部業者へ発注するお弁当をご利用ください。

令和 年 月 日

障害者福祉サービス（就労継続支援B型）の提供開始にあたり、下記利用者様に対して重要事項説明書の説明をしました。

事業者 社会福祉法人かつみ会
代表者 理事長 伊藤 重来
所在地 埼玉県深谷市山河 557-1

事業所 ワークハウスエンゼル
管理者 センター長 佐藤 真
所在地 埼玉県深谷市今泉字山下 789-1

印

説明者 氏名 _____ 印

私は、重要事項説明書により、事業所から障害者福祉サービス（就労継続支援B型）についての説明を受け、同意いたしました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

*代筆の場合、代筆者の氏名・住所を併記してください。

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 1、家族 ()
2、その他 ()
3、成年後見人 ()