

「多機能型事業所 e ワークフォレスト」重要事項説明書

指定生活訓練及び指定就労継続支援 B 型のサービスを提供するにあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所が説明すべき内容は次のとおりです。

1. 法人の概要

名 称	社会福祉法人 聖樹の杜
所 在 地	北海道亀田郡七飯町本町 3 丁目 18 番 12 号
連 絡 先	電話(0138)65-8000 FAX(0138)65-3805
代 表 者 氏 名	理事長 秋田 広樹
法人設立年月日	平成 22 年 2 月 25 日

2. 事業所の概要

事業所の名称	多機能型事業所 e ワークフォレスト
事業所の種類	指定生活訓練 令和 5 年 11 月 1 日指定 (指定番号 0111501607) 指定就労継続支援 B 型 令和 5 年 11 月 1 日指定 (指定番号 0111501607)
主たる対象者	指定生活訓練 : 知的障がい者、精神障がい者 指定就労継続支援 B 型 : 身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者
利用定員	指定生活訓練 : 6 名 指定就労継続支援 B 型 : 14 名
事業所の所在地	北海道亀田郡七飯町鳴川 3 丁目 15 番 1 号
連 絡 先	電話(0138)76-1412 FAX(0138)76-4739
管 理 者	加藤 大和
サービス管理 責 任 者	加藤 大和
サ ー ビ ス 実 施 地 域	函館市、北斗市、七飯町
開 設 年 月	令和 5 年 11 月 1 日
自 己 評 価 の 実 施 状 況	毎年 1 回以上実施

3. サービスの目的・運営方針

目 的	「多機能型事業所 e ワークフォレスト」が行う指定生活訓練及び指定就労継続支援 B 型は、対象となる障がい者への訓練・就労の機会・生産活動の機会・その他活動の機会の提供と、それらを通じて、知識・能力が高まった者について、地域生活や就労への移行に向けた訓練や支援を目的として必要なサービスの提供を行います。
運 営 方 針	<p>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、日常生活訓練及び就労の機会を提供するとともに、訓練・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な支援を実践します。</p> <p>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サービスを提供するよう努めます。</p> <p>3 利用者支援において、市町、指定障害者支援施設や指定障害福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図りながら支援します。</p> <p>4 前3項の他、関係法令を遵守し、事業を実施します。</p>

4. 営業時間等

(1)事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月～土（国民の祝日、年末年始6日間を除く）
営 業 時 間	8：30 ～ 17：30

(2)サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月～土（国民の祝日、年末年始6日間を除く）
サービス提供時間	9：00 ～ 16：00

※上記に限らず行事、災害、天候等により営業日や営業時間が変更になる場合がございます。

5. 施設・設備の概要

建 物	鉄骨造3階建のうち1階部分 173.34 m ²		
訓 練 ・ 作 業 室	生活訓練 (50.501 m ²) 就労継続支 (82.521 m ²)		
洗 面 所	1ヶ所	トイレ	2ヶ所
相 談 室	1ヶ所	事務室	1ヶ所
喫 煙 室	1ヶ所		

6. 職員の体制

職 種	員 数	職務内容
1. 管理者	1 名	従業者及び業務の一元的管理及び指揮命令
2. サービス管理責任者	1 名以上	・個別支援計画の作成 ・利用の申込みに係る調整 ・従業者等に対する技術指導等のサービスの内容の管理
3. 従業者		
生活支援員	1 名以上	利用者の生活力向上のための支援
職業指導員	2 名以上	利用者に職業上の技術を習得してもらうための訓練・指導

当事業所では、利用者に対して指定就労支援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。

≪ 主な職種の勤務体制例 ≫

職 種	勤 務 体 制	
1. 管理者	常勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
2. サービス管理責任者	常勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
3. 生活支援員	常勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	非常勤	1 0 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
4 職業指導員	常勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	非常勤	1 0 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

7. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

サービス管理責任者は、利用者について解決すべき課題と意向を把握し、利用者の意向
を踏まえたうえで、目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供するうえで
の留意点等を盛り込んだ「個別支援計画」を、利用者と面接して作成します。「個別支援
計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しを利用者に交付
します。「個別支援計画」については、6か月に1度以上定期的に見直すほか、必要に応
じて見直します。また、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

(1) サービスの内容

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を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
生 活 訓 練	日常生活能力や身体機能の維持向上を図るための支援をします。
就 労 訓 練	一般就労に必要な知識・能力の向上のために必要な訓練を行います。

生産活動	利用者の障がいの特性を踏まえ、生産活動の機会を提供します。
施設外就労 施設外実習	個別支援計画に基づき、利用者の就労に対する意向や適正を踏まえて、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し、施設外就労及び実習の受入先の確保に努めます。
工賃の支払い	就労訓練・生産活動等の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利用者に支払います。 1月あたりの工賃の平均額は、3千円を下回らないものとします。
求職活動等の支援	公共職業安定所での求職の登録その他の利用者が行う求職活動が円滑に行えるよう支援します。 障がい者就業・生活支援センター等の関係機関と連携し、利用者の就労に対する意向や適正に応じた求人の開拓に努めます。
職場への定着のための支援	障がい者就業・生活支援センター等の関係機関と連携して、利用者が就職した日から6ヵ月以上、職業生活における相談等の支援を継続します。
日常生活支援	日常生活の指導や社会体験学習により、日常生活力及び社会生活力の向上を支援します。
健康管理	利用者の健康状況を常に注意し、主治医及び協力医療機関と連携して健康管理のために適切な支援を行います。
食事の提供	栄養のバランス、カロリーに配慮した献立により提供します。
送迎サービス	心身の状況により送迎を希望する利用者を送迎サービスを行います。 ただし、乗降場所や時間等については交通状況と安全性を考慮して決定しますので、ご希望に添えない場合もあります。
余暇活動	レクリエーション等により、余暇活用力の向上を支援します。

(2) 利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、通常別添の料金表の総費用額の1割の額（小数点以下切捨て）が利用者負担額となり、残りの9割が自立支援給付等の給付対象となります。事業者が自立支援給付等を代理受領する場合には、利用者負担分としてサービス料金の1割を事業者にお支払いいただきます。

<利用者負担額の上限等について>

- 自立支援給付等及び障害福祉サービスの利用者負担額は上限が定められています。
- ご家族等のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

(3) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、自立支援給付等の対象ではありませんので、実費をいただきます。

項目	金額	備考
食事代	実費	200円（食事提供加算対象の場合の実費）
日常生活上必要となる諸経費	実費	利用者の日常生活品の購入代金や日常生活に要する費用で、負担して頂く事が適当であるものに係わる費用（日用品費・教養娯楽費）
就労や実習に向けて支援に必要な諸経費	実費	就労活動、実習に係わる被服費や交通費等
余暇活動費	実費	余暇活動・行事に係る費用

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記(2)、及び(3)の①の料金・費用は、1か月ごとに計算し、毎月10日までにご請求しますので、ご指定の銀行口座より翌月20日（土日祝日の場合翌日）にリコーリース（株）による自動振替となります。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

※現金でのお支払いはお受けできませんので、ご了承ください。

(5) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、個別支援計画で定めたサービスの利用を中止する場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、欠席時対応加算をお支払いいただく場合があります。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) 当施設ご利用に際し留意いただきたい事項

施設内の利用	施設内の設備等のご利用に際し、利用者の過失による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。また、他の利用者等に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。
外出	個人的な用件での外出が必要な場合は、職員に申し出の上、自己責任において行ってください。（ただし、事故防止の判断ができない方や危険な行為が予想される方については、制限させていただく場合があります。）
飲酒・喫煙	飲酒はご遠慮ください。 喫煙は、施設内の所定の場所にてお願いします。
宗教・営利・政治活動等	他の利用者に対する布教・営利・政治活動等のご遠慮ください。

貴重品の管理	貴重品の管理は、利用者の責任において管理していただきます。
個別対応	当事業所においては、個別対応は出来かねますので、ご承諾の上ご利用ください。

(2) 障害福祉サービス受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「障害福祉サービス受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに職員にお知らせください。また、職員が「障害福祉サービス受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

9. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、契約終了日から5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や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。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。)

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、障がい者虐待の防止、障がい者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年6月24日法律第79号)及び「障害者(児)施設における虐待の防止について」(平成17年10月20日障発第1020001号厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知)に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

(1) 人権擁護および虐待防止

利用者の支援や援助にあたる職員は、利用者に対して身体的、性的、心理的、経済的及び放置等による虐待を行わないだけでなく、積極的に人権を擁護します。

(2) 身体拘束

当事業所は、利用者に対して身体拘束を行いません。

万が一、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するために、緊急やむを得ない事が想定される場合、家族の同意を受けた時のみに行います。

(3) 虐待防止の為の措置

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	加藤 大和
-------------	-------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11. 非常災害時の対応

非常時の対応	事業所は、非常災害に関する具体的計画により非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備しそれらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
防火管理責任者	管理者 加藤 大和
避難訓練	利用者も参加の上、年2回実施します。
防災設備	自動火災報知設備、防排煙設備、誘導灯及び誘導標識、避難器具、消火器等、法令で規定された設備

12. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>事業者は、利用者及び家族等の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉関係事業者における個人情報の適正な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ○ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者等の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。 ○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙

	<p>によるものの他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>
--	--

13. 緊急時の対応方法について

- ① 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。
- ② 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

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：
緊急連絡先②	住 所： 電 話 番 号： 氏 名：

14. 協力医療機関

医 療 機 関 名	医療法人社団 立青会 なるかわ病院
医 院 長 名	院 長 橋本 和明
所 在 地	北海道亀田郡七飯町鳴川 4 丁目 325 番 1
電 話 番 号	0138-65-7131
診 療 科	精神科、内科

15. 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、道、市町、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。

また、利用者に対する就労支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

本事業者は、下記の賠償責任保険に加入しています。

保険会社名	東京海上日動火災保険株式会社
保険内容	傷害保険、生産物賠償責任保険

16. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は下記の専用窓口で受け付けます。

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<利用相談窓口及び行政機関その他苦情受付機関等>

種類	連絡先
利用相談窓口 (苦情受付窓口担当)	管理者 加藤 大和 電話(0138)76-1412 FAX(0138)76-4739 対応時間 9:00 ~ 17:00
苦情解決責任者	理事長 秋田 広樹 電話(0138)65-8000 FAX(0138)65-3805 対応時間 9:00 ~ 17:00
福祉相談サービス委員 (第三者委員)	(職名・氏名) 掛川 弘子 (七飯町民生委員 主任児童委員)
	(職名・氏名) 松田 聡 (行政書士)
	(職名・氏名) 安保 麻美 (七飯ほんちょう保育園 卒園児保護者代表)

市町村窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・渡島総合振興局 保健環境部社会福祉課 電話(0138)47-9531 ・函館市 保健福祉部管理課 電話(0138)21-3297 ・北斗市 民生部保健福祉課 電話(0138)73-3111 ・七飯町 福祉課障がい福祉係 電話(0138)65-2514
北海道運営 適正化委員会	所在地：札幌市中央区北2条西7丁目かでの2・7 3F 電話番号：011-204-6310 FAX：011-204-6311

17. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価	なし
----------	----

18. その他

当事業所は、適切な障害福祉サービスが提供できるよう従業員の業務体制を整備するとともに、資質向上をはかるために研修の機会を次のとおり実施しています。

- (1) 採用時研修 採用後1ヶ月以内
- (2) 継続研修 年1回以上

令和 年 月 日

「多機能型事業所 e ワークフォレスト」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】 社会福祉法人 聖樹の杜 多機能型事業所 e ワークフォレスト
【説明者職名】 管理者
【説明者氏名】 加藤 大和 ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定生活訓練又は指定就労継続支援 B 型の提供開始に同意しました。

【利用者】住所 _____

氏名 _____ ㊞

【代理人】住所 _____

氏名 _____ ㊞

続柄 _____