

していしゅうろうけいぞくしえん がた じぎょうしょせんまや
指定就労継続支援（B型）事業所千厩ワークプラザ

じゅう よう じ こ う せ つ め い し ょ
重 要 事 項 説 明 書

1 しゃかいふくしほうじんいちのせきししゃかいふくしきょうぎかい がいよう
社会福祉法人一関市社会福祉協議会の概要

めい しょう
名 称 社会福祉法人一関市社会福祉協議会

しょ ざい ち
所 在 地 いわてけんいちのせきしじょうない ほんち ごう
岩手県一関市城内 1 番地 3 6 号

でんわ
電話・FAX でんわ 0191-23-6020 FAX 0191-23-6024

だいひょうしゃしめい
代表者氏名 かいちょう はたけ やま ひろし
会長 畠 山 博

せつりつねんがっぴ
設立年月日 へいせい ねん がつ にち
平成 1 8 年 4 月 1 日

2 していしゅうろうけいぞくしえん がた じぎょうしょせんまや がいよう
指定就労継続支援（B型）事業所千厩ワークプラザの概要

しせつ がいりやく
(1) 施設の概略

しゅべつ めいしょう
種別・名称 していしゅうろうけいぞくしえん がた じぎょうしょせんまや
指定就労継続支援（B型）事業所千厩ワークプラザ

じぎょうしゃばんごう
事業者番号 へいせい ねん がつ にち していばんごう いわてけん
平成19年4月1日 指定番号 岩手県0310900311

しょ ざい ち
所 在 地 いわてけんいちのせきしせんまやちようせんまやあざいしどう ほんち
岩手県一関市千厩町千厩字石堂 2 0 番地 2

でんわ
電話 0191-51-3161 FAX 0191-51-3162

しせつかんりしゃ
施設管理者 しょちょう むらかみ とむひさ
所長 村上 智久

ほうれいじゆんしゆせきにんしゃ
法令順守責任者 じ む きょく ちょう ち ば とし き
事務局 長 千葉 敏紀

うんえいほうしん
運営方針 りようしゃ ちしきおよ のうりよく こうじょう しゅうろう きかい ていきょう
利用者の知識及び能力の向上のため、就労の機会を提供する

とともに にちじょうせいかつおよ しゃかいせいかつ いとな で き せいさんかつどう
とともに日常生活及び社会生活を営むことが出来るよう生産活動

た かつどう きかい ていきょう ひつよう くんれん た べんぎ てきせつ
その他の活動の機会を提供し、必要な訓練その他の便宜を適切かつ

こうかてき おこな
効果的に行うものとする。

かいせつねんがっぴ
開設年月日 へいせい ねん がつ にち
平成 1 9 年 4 月 1 日

りようていいん
利用定員 めい
2 0 名

(2) 施設設備及び規模等

設 備	かしょすう 箇所数	設 備	かしょすう 箇所数
じむしつ 事務室	1 室	トイレ	2 室
まさ たもくてきさぎょうしつ 薪・多目的作業室	かく しつ 各 1 室	きゅうとうしつ てあら ば 給湯室・手洗い場	1 室
そうだんしつけんせいようしつ 相談室兼静養室	1 室	きゅうけいしつ 休憩室	1 室

3 職員体制

しよく しゆ 職 種	じょう きん 常 勤		ひじょうきん 非常勤		ごうけい 合計
	せんじゅう 専 従	けんむ 兼 務	せんじゅう 専 従	けんむ 兼 務	
かんりしや しよちょう 管理者 (所長)	1				1
しよちょう ほ き 所長補佐	1				1
サービスかんりせきにんしや サービス管理責任者	1				1
しよくぎょうしどういん 職業指導員		3	1	2	6
せいかつしえいん 生活支援員	1	2		1	4
た その他			4		4

4 常勤職員の勤務時間

げんそく 8時30分から17時15分まで (送迎等職員勤務時間を除く) です。

5 利用料金

(1) 利用料金

くんれんとうきゅうふ
訓練等給付によるサービスを提供した際は、利用者負担分として、サービス

りょうりょうきんぜんたい わり がく しはら
利用料金全体の1割の額をお支払いいただきます。(定率負担額または利用者

ふたんがく
負担額といいます。)

なお、ご負担いただく金額については、障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額になります。

- ① 就労継続支援(B型)サービス費(I) 7,030円/1日
- ② 初期加算(利用を開始した日から30日以内の期間) 300円/1日
- ③ 送迎加算(I) 210円/片道
- ④ 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) 60円/1日
- ⑤ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

当事業所では、福祉・介護職員の確保とサービスの質の向上を目的とし、1ヶ月当たりの所定単位に1000分の62(6.2%)を乗じた額が加算されます。

(2) 利用料金のお支払い方法

前記料金は1ヶ月ごとに計算し、原則として翌月10日までにご請求しますので、20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ① 当事業所窓口での現金支払い
- ② 当事業所指定口座への振り込み
- ③ 金融機関口座からの口座振替

なお、②及び③によるお支払いをいただいた場合には、領収書の発行をしません。

6 サービス内容

① 相談及び助言	サービス管理責任者又は支援担当者が随時対応します。
② 職業指導・訓練	職業指導員又は支援担当者が対応します。
③ 生活支援・訓練	生活支援員又は支援担当者が対応します。
④ 食事・昼食	12:00～13:00

<p>けんこうかんり いりょう ⑤健康管理・医療</p>	<p>ていきけんこうしんだん ねん かい けんしんこうもく きょうりょくい そうだん ・定期健康診断 年1回（健診項目は、協力医と相談し、 けいひ じぎょうしょふたん 経費は事業所負担となります。 せんもん い しとう しんだん ちりょう ひつよう ぼあい しゅじい ・専門医師等の診断・治療を必要とした場合には、主治医と れんらくちようせい おこな の連絡調整を行います。 きょうりょくいりょうきかん もう ・協力医療機関を設けております。 きょうりょくいりょうきかんめい えんどういん 協力医療機関名 遠藤医院</p>
<p>しよがいじっしゅう ⑥所外実習</p>	<p>ほんにん きぼう じりつ ひつよう ほんだん じぎょうしよとう 本人の希望や自立するために必要と判断され、事業所等の きょうりょく え じっし とうぶん あいだけんとうきかん 協力を得ることができたとき実施する。当分の間検討期間 とします。</p>
<p>せいかつくんれん ⑦生活訓練</p>	<p>しゃかいてきじりつ ほんにん はな あ つう おこな 社会的自立のため、本人との話し合いを通じて行います。</p>
<p>ぎょうせいてつづきだいこう ⑧行政手続代行</p>	<p>とく ひつよう みと ほんにん いらい う ぼあい じっぴ ぎょうせい 特に必要と認め、本人より依頼を受けた場合には実費で行政 てつづきとう だいこう おこな とうぶん あいだけんとうきかん 手続等の代行を行います。当分の間検討期間とします。</p>

7 施設利用にあたっての留意事項

<p>がいしゅつ ①外出</p>	<p>かなら しょくいん れんらく がいしゅつ くだ 必ず職員に連絡し、外出して下さい。</p>
<p>きつえん ②喫煙</p>	<p>していばしよいがい ぜんかんきんえん 指定場所以外は全館禁煙です。</p>
<p>しせつりょう ③施設の利用</p>	<p>しゅうだんせいかつじょう た りようしゃ めいわく な ・集団生活上、他の利用者に迷惑をかけることの無いよう にして下さい。 こいまた じゅうだい かしつ しせつ た りようしゃ そんがい あた ・故意又は重大な過失で施設や他の利用者に損害を与えたと きは賠償していただきます。</p>
<p>きちょうひん かんり ④貴重品の管理</p>	<p>きちょうひん ほんにん せきにん かんり くだ 貴重品は本人の責任で管理して下さい。</p>
<p>じかようしゃ ⑤自家用車</p>	<p>じかようしゃ うんこうかんりとう しせつ いっさいかんち ・自家用車の運行管理等には、施設は一切関知しませんので かくじ かんり くだ 各自で管理して下さい。 じこぼうしじょう た りようしゃ どうじょう くだ ・事故防止上、他の利用者を同乗させたりしないで下さい。</p>

8 サービス利用手続^{りようてつづき}

(1) 利用の手続^{りよう てつづき}

利用希望者の障害福祉サービス受給者証^{りようきぼうしゃしょうがいふくしじゆきゆうしゃしょう}によって支給決定の有無^{しきゆうけつてい う む しきゆう}や支給期間^{しきゆう かいし}を確認した上で契約を締結し、サービスの提供^{ていきよう}を開始します。

(2) 利用終了の手続^{りようしゅうりよう てつづき}

① 都合による退所^{つごう たいしよ}

利用者の方の都合で退所される場合は、原則退所を希望される日の1ヶ月前^{りようしゃ かた つごう たいしよ ばあい げんそくたいしよ きぼう ひ げつまえ}までにお申し出下さい。

② 自動終了^{じどうしゅうりよう}

次の場合は双方からの通知がなくても自動的にサービスを終了^{つぎ ばあい そうほう つうち じどうてき しゅうりよう}します。

- ・ 市町からの支給決定が取り消された場合^{しちよう しきゆうけつてい と け ばあい}
- ・ 利用者が死亡された場合^{りようしゃ しぼう ばあい}

③ その他事由^{たじゆう}

- ・ 利用者が正当な理由なく利用料金を3ヶ月以上遅延し、相当な期間を^{りようしゃ せいとう りゆう りようりょうきん げつじょうちえん そうとう きかん}

定めて催告をしても1ヶ月以内に支払われなかった場合、又は利用者や^{さだ さいこく げついない しはら ばあい また りようしゃ}

家族等が当施設（職員等も含む）に対して利用契約を継続し難いほどの^{かぞくとう とうしせつ しよくいんとう ふく たい りようけいやく けいぞく がた}

背信行為があった場合には、1ヶ月間の予告期間をおいて文書通告により^{はいしんこうい ばあい げつかん よこくきかん ぶんしょつうこく}

退所させることがあります。

- ・ 利用者が病院等に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みが^{りようしゃ びょういんとう にゆういん あき げついない たいいん み こ}

無い場合、又は入院後3ヶ月以上経過しても退院できないことが明らか^{な ばあい また にゆういんご げつじょうけいか たいいん あき}

になった場合は、文書で通知の上契約を終了^{ばあい ぶんしょ つうち うけいやく しゅうりよう}します。

- ・ やむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小する場合には、契約を^{え じじゆう しせつ へいさまた しゆくしょう ばあい けいやく}

終了し退所（1ヶ月間の予告期間をおいて文書通告をします）させるこ^{しゅうりよう たいしよ げつかん よこくきかん ぶんしょつうこく}

とがあります。

9 衛生管理等の対応

- (1) 法人に感染症対策委員会を設置し、感染症の予防及びまん延防止のため組織的に取り組み、感染症が発生した場合には感染症が拡大しない取り組みを周知するとともに、利用者及び職員の健康と安全を守るために支援が継続的に推進されるように努めます。
- (2) 前項の対応に当たるため、以下のとおり施設内に感染症対策責任者及び感染症対策担当者を置きます。

(責任者) 所長 村上 智久

(担当者) 職業指導員兼生活支援員 金野 忠志

10 虐待防止のための措置

- (1) 法人に虐待防止委員会を設置し、虐待の防止及び早期発見に組織的に取り組み、虐待が発生した場合は再発防止に努めます。
- (2) サービス提供中に当該事業所職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに一関市に通報します。

11 身体拘束等の禁止

- (1) 法人に身体拘束等適正化委員会を設置し、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) やむを得ず前項の身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

1 2 緊急時・非難時の対応

(1) 緊急時の対応

利用者の健康状態が急変した場合には、医療機関に連絡を取るなどの必要な処置を行うとともに、あらかじめ届出のあった連絡先に速やかに連絡をします。

(2) 非常時の対応

- ① 非常時の対応 別に定める「非常災害対策計画」による。
- ② 防災設備 ガス漏れ報知器、その他消防法による消防用設備等。

1 3 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

① 当事業所

(受付時間) 休日を除く月曜日から金曜日 8:30～17:15

(担当者) 所長 村上 智久

(電話番号) 0191-51-3161 (FAX) 0191-51-3162

② 社会福祉法人一関市社会福祉協議会

(受付時間) 休日を除く月曜日から金曜日 8:30～17:15

(電話番号) 0191-23-6020 (FAX) 0191-23-6024

③ 岩手県福祉サービス運営適正化委員会 (岩手県社会福祉協議会内)

(電話番号) 019-637-8871 (FAX) 019-637-4255

(2) 虐待防止に関する相談窓口

(受付時間) 休日を除く月曜日から金曜日 8:30～17:15

(担当者) 所長 村上 智久

(電話番号) 0191-51-3161 (FAX) 0191-51-3162

指定就労継続支援（B型）事業所千厩ワークプラザを利用するにあたり、本書面に

基づき重要事項について説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住所 〒029-0803 岩手県一関市千厩町千厩字石堂20番地2
(電話 0191-51-3161 FAX 0191-51-3162)

名称 社会福祉法人一関市社会福祉協議会

指定就労継続支援（B型）事業所千厩ワークプラザ

所長 村上 智久

説明者職氏名 サービス管理責任者 伊藤 光代

私は、本書面に基ついて、事業者から指定就労継続支援（B型）事業所千厩ワー

クプラザの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)

利用者との関係 ()