

就労支援事業所 「竜雲かしのき園」 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 竜雲学園	法人種別	社会福祉法人
法人所在地	〒761-8078 香川県高松市仏生山町甲 3215 番地		
電 話 番 号	TEL：087（889）0724 / FAX：087（889）0797		
代表者氏名	理事長 田代 健		
法人設立年月	昭和40年3月30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23年4月1日指定
事業所の名称 （事業所番号）	就労支援事業所 竜雲かしのき園 （事業所番号：3712000201）	
事業所の所在地	〒761-8078 香川県高松市仏生山町甲 3207 番地2	
連 絡 先	TEL：087（889）6439 / FAX：087（889）7018	
管 理 者	高木 弘美	
サービス管理責任者	高木 弘美	
サービスの実施地域	高松市全域とその近隣市町	
主たる対象者	知的障害者	
定 員	30名	
開設年月日	昭和52年4月1日	

3. サービスの目的・運営方針

目 的	自立と社会経済活動への参加を促進する観点から、職業（生産活動）の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を適切に行います。
運営方針	利用者様の健康に留意し、心身の状況に応じたサービスを提供し、安全で快適な生活を営めるように努めます。 利用者様の意志及び人格を尊重し、意欲的に自らの仕事に取り組む自主性を育てます。 明るい雰囲気の中で地域やご家庭との結びつきを重視した運営を行い、福祉活動の拠点として役割を積極的に行います。 また、可能な限り地域での生活に移行することを念頭において利用者

	<p>様の能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように努めます。</p> <p>利用者様の状況をふまえて個別支援計画を作成し、この計画に基づきサービスを提供します。サービスの現地状況については、利用者様又はご家族に理解しやすいように説明します。</p>
--	--

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 1階建
	敷地面積	1,273.86 m ²
	延べ床面積	297.45 m ²
	利用定員	30名

(2) 主な設備

	居室の種類	室数	面積	面積/人	備考
	食 堂 ①	1室	47.20 m ²	1.57 m ²	
	作 業 室	1室	49.10 m ²	1.64 m ²	
	相 談 室	1室	8.92 m ²		
	食 堂 ②	1室	32.72 m ²		
	更 衣 室	3室	27.23 m ²		
	事 務 室	1室	25.80 m ²		
	ト イ レ	2室	25.80 m ²		
	調 理 室	1室	11.80 m ²		
	作 業 室	3室	56.30 m ²		売店・ 荷受場合
	多目的室	1室	300 m ²		
	倉 庫	1室	7.95 m ²		
	ト イ レ	1室	7.95 m ²		
	洗面・更衣室	1室	100.80 m ²		

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		1				サービス管理責任者と兼務
サービス管理責任者	1		1				管理者と兼務
生活支援員	7	2		5		5.3	
職業指導員	1	1					
目標工賃達成指導員	1	1					

調理員	2				2	1.4	
栄養士	1		1				

※生活支援員・職業指導員等の有資格者

社会福祉士（0名） 介護福祉士（3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。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管 理 者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
生活支援員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
職業指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
調 理 員	非常勤（8：30～14：30）兼務で勤務
栄 養 士	非常勤（8：30～17：30）兼務で勤務
事 務 員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務

(イ) 営業日及び営業時間

- ・営業日 月曜日～金曜日（国民の祝日及び年末年始は除く）
※月によっては、土・日・祝日の臨時営業あり。
- ・営業時間 8：30～17：30
- ・サービス提供時間 10：00～15：30

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	利用者様及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な支援を行うように努めます。 〈相談窓口〉：内海 純子
日中活動支援	利用者様が自立して社会生活を営むことができるよう、作業活動の機会を提供します。 ①園芸 ②公園清掃 ④菓子製造 ⑤その他 〈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様に支払います。 自立の支援と日常生活の充実に資するよう、また社会経済活動に

	参加できるようにするため心身の状況に応じて支援します。
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。
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様が、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、同意の上で支援を行います（2回/月）。
健康管理	日常生活を送るために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。 緊急時、必要により主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 利用者様が外部の医療機関に通院する場合には、その付き添い等について配慮します。（付き添い料がかかる場合があります）
余暇活動	将来、地域において潤いのある質の高い生活を送ることができるとの支援をします。
地域生活への移行支援	利用者様が地域で生活できるよう、外出・買い物・自活訓練等の活用等心身の特性に応じた適切な支援を行います。 利用者様の地域生活への移行又は地域生活の継続について、関係職員が定期的に検討します。

（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
食事	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者様の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ手作りの食事を提供します。 〈食事時間〉12：00～13：00 ※低所得者の軽減措置適用の場合	1食 650円 標準月額：14,300円 ※1食 350円
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を頂きます。	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を頂きます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者様の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であ	実費

	るものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	
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、利用者様または家族が行うことが困難な場合、利用者様の同意を得て代行します。	実費
その他	サービス提供記録等の複写代	20円/枚

〈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、利用者様の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者様にお渡しいたします。

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

上記「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) サービス利用の取り消し料金

利用者様がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日17:00までに当事業所までお申し出ください。

尚、申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料（原材料費相当額）1日あたり	350円
----------------------	------

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金はサービス利用月末に締め、翌月の20日までにご請求いたします。請求月の末日までに以下の方法でお支払い下さい。

〈支払い方法〉

- ・自動口座引き落としをお願いいたします。
- ・ご利用できる金融機関：百十四銀行（手数料はかかりません）

8. 利用者様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様の記録及び情報を適切に管理し、利用者様

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、土日曜日・祝祭日を除く平日の9時～17時です。

(2) 利用者様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様の同意（「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

利用者様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。

利用者様のかかりつけ 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： 続柄：
緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

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	苦情受付責任者 管理者：高木 弘美 窓口担当者 管理者代理：内海 純子 ご利用時間 9：00～17：00 (土日曜日・祝祭日・年末年始を除く) 電話番号 087-889-6439 F A X 087-889-7018 ・担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。 ・苦情受付箱を設置しておりますのでご利用ください。
竜雲学園 第三者委員	①司法書士 岡田 浩司（連絡先 087-889-8070） ②仏生山コミュニティセンター長 十河 寛敬（連絡先 087-889-4955）

高松市の窓口	〈高松市障がい福祉課〉 所在地：〒760-8571 高松市番町1丁目8-15 電話番号：087-839-2333
香川県社会福祉協議会 香川県運営適正化委員会	所在地：〒760-0017 高松市番町1丁目10-35 香川県社会福祉総合センター5階 電話番号：087-861-1300

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	窓口担当者 管理者：高木 弘美 ご利用時間 9:00～ 17:00 (土日祝日・祝祭日・年末年始を除く) 電話番号 087-889-6439 F A X 087-889-7018
高松市の窓口	〈高松市障がい虐待防止センター〉 設置先：高松市障がい福祉課 所在地：〒760-8571 高松市番町1丁目8-15 電話番号：087-839-2333 (平日8:30～17:15) 087-839-2258 (休日・夜間17:15～翌8:30)

10. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	竜雲メンタルクリニック		
医 院 長 名	伊庭 永二		
所 在 地	〒761-8075 高松市多肥下町466		
電 話 番 号	087-840-0735		
診 療 科	神経・精神科	入 院 設 備	なし

(2)

医療機関の名称	オサカ病院		
医 院 長 名	森川 穎二		
所 在 地	〒761-1703 高松市香川町浅野272		
電 話 番 号	087-889-0703		
診 療 科	内科・外科	入 院 設 備	あり

※上記の他、各専門医に協力依頼しております。

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、「かしのき園消防計画」により、対応いたします。
平時の訓練	別途に定める、「かしのき園消防計画」にのっとり年12回、日中を想定した避難・防災訓練を利用者様も参加して実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 あり ・誘導灯 あり ・ガス漏れ報知機 あり ・非常通報装置 なし ・非常用電源 あり ・スプリンクラー なし ・防火扉 なし ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。
消防計画等	消防署への届出日： 平成24年5月10日 防火管理責任者： 松浦 敬
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：(株)損保ジャパン 加入保険内容：社会福祉施設総合損害保証団体契約

12. 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	喫煙は決められた場所でお願ひします。喫煙コーナー以外は、全館禁煙です。
貴重品の管理	貴重品につきましては、利用者様の責任において管理していただきます。自己管理が難しい利用者様につきましては、職員にご相談下さい。
宗教活動・政治活動・営利活動	利用者様の思想、信教は自由ですが、他の利用者様に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

私は、本書面に基づいて「竜雲かしのき園」の職員（氏名： /
職名：サービス管理責任者）より、「就労支援事業所 竜雲かしのき園」支援サー
ビス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

《利用者様》 住 所：〒

氏 名： 印

《代理人等》 住 所：

氏 名： 印

続 柄：