

# 「指定就労継続支援 B 型 SAKURA+ 重要事項説明書」

令和 06 年 06 月 21 日 改訂

指定就労継続支援 B 型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. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 蓬莱会（シャカイフクシホウジンホウライカイ）
所 在 地	長崎県大村市本町 4 3 8-1
電 話 番 号	0 9 5 7-5 6-9 6 7 0
代表者氏名	理事長 蓮本 高良
設 立 年 月	平成 9 年 9 月 9 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 2 8 年 4 月 1 日指定
事業所の名称 事業所の番号	SAKURA+（サクラプラス） （4 2 1 0 5 0 0 6 9 2）
事業所の所在地	長崎県大村市本町 4 3 8-1
連 絡 先	TEL：0 9 5 7-5 6-9 6 7 0 FAX：0 9 5 7-5 6-9 6 7 1
事業管理者	南川大介
サービス管理責任者	南 和博
サービスの実施地域	大村市、諫早市及び東彼杵町並びに川棚町の地域とする。 通常の実施地域以外の利用希望者に対し実施する場合もある。
主たる対象者	身体障害者・知的障害者・精神障害者・発達障害者
定 員	2 0 名
開設年月日	平成 2 8 年 4 月 1 日

## 3. サービスの目的・運営方針

目 的	通所による雇用契約等に基づく就労の機会を提供するとともに、一般就労に向けた知識、能力が高まった者について、一般就労への移行に向けて支援します。
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

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以下の施設・設備を設置しています。

施設設備種類	部屋数	備 考
作業室（店舗）	1室	流し台スペース1カ所
作業室（キッチン）	2室	オープン3台、流し台3台、冷蔵庫2台、冷凍庫3台、殺菌庫1台、乾燥機1台、ガスレンジ3カ所
作業室	1室	
相談室	1室	会議室と兼ねる
洗面設備	3カ所	
便 所	4室	車イス対応
多目的室	1室	食堂と兼ねる
会議室	1室	相談室と兼ねる
食 堂	1室	多目的室と兼ねる

#### 5. サービス提供職員の設置状況

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、以下の職員を配置しています。

職 種	常 勤	非常勤	厚労省指定基準
管理者	1名	0名	1名
サービス管理責任者	1名	0名	1名
生活支援員	1名	1名	1名
職業指導員	0名	3名	1名

(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（8：00～17：00）休憩時間含む
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）休憩時間含む
職業指導員	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）休憩時間含む
生活支援員	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）休憩時間含む

事業所の休業日：毎週水、日曜日・

夏季休業 08月14日～08月16日

冬季休業 12月30日～01月03日

事業所の営業時間：午前8時から午後5時まで

サービス提供時間：午前10時から午後3時までの5時間

6. 提供サービスの内容

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。
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。
生産活動	生産活動の機会を提供します。 自主制作商品の製造・その他商品の加工・梱包・手袋検品等 〈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へ支払います。
施設外就労	常時、安定して高い生産性が見込まれる利用者には、希望に応じて適正に配慮した施設外企業での生産活動の機会を提供します。
健康管理	利用者の健康管理、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。

(1) 給食利用について

給食サービスは希望者に提供します。1食 300円(令和6年6月21日現在)。  
給食サービス利用に際しての食中毒等の発生は事業所の責任となりますが、  
お弁当等を持参される方の食中毒等のトラブルに関しては、利用者または利用  
者家族の自己責任となります。

(2) 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)は市町から訓練等給付費が支給  
されます。訓練等給付費の額を差し引いた額(利用者負担額といい、原則サ  
ービス料金の1割)を当事業所にお支払い頂きます。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  
いる負担上限額がひと月の負担の上限額となりますので記載されている金額  
以上の負担はありません。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

障害者総合支援法に則り、当事業所では下記のサービス内容のご利用料金を  
請求させていただきます。(※ 就労継続支援B型サービス費 (I-七))

サービス内容	単位数	備考
就労継続支援B型サービス費	673	1日の利用毎に請求します
食事提供加算	30	給食利用の方で、利用毎に加算
欠席時対応加算	94	月4回まで
送迎加算	21	送迎サービス利用者のみ
初期加算	30	利用開始日から起算して30日以内の 期間について加算

ご請求させていただくサービス料金は下記 (1) + (2) の合計金額となります。

(1) サービス利用者負担額

(障害福祉サービス受給者証に記載されている「利用者負担上限額」を超えるものではありません)

(2) 食事の提供に要する費用

食材費 300 円×日数 (当事業所の給食を利用しない場合には料金発生しません)

(3) 利用料金のお支払方法

前記 (1) + (2) の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので月末までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(ア) 当事業所窓口での現金支払い

(イ) 下記指定口座への振込み

十八親和銀行 大村中央支店

普通預金 1096347 シャカイフクシホウジンホウライカイ

(ウ) 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：十八親和銀行

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 時～午後 4 時までです。

また利用者の個人情報については、個人情報保護法による対応を行います。

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. 欠勤、緊急時の連絡

利用者が欠勤する場合は、当日午前 8 時半までに必ず事業所へ連絡を入れること。(欠勤が 3 日前までに分かっている場合は欠席時対応加算の対象外) 台風・大雪・その他天災等において事業所を開所できない場合には、緊急連絡網を使用し当日午前 7 時半までに事業所側より各利用者へ電話連絡を行う。

## 10. 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連絡を行います。

<p>協力医療機関</p>	<p>医療機関名：ともなが内科クリニック          診療科：内科・呼吸器内科・胃腸内科・          リハビリテーション科          主治医：朝長昭光          所在地：長崎県大村市杭出津2丁目555          電話番号：0957-54-5000</p>
<p>緊急連絡先</p>	<p>機関名：社会福祉法人 蓬莱会 SAKURA+          住所：長崎県大村市本町438-1          電話番号：0957-56-9670          氏名：サービス管理責任者 南 和博</p>

## 11. 要望・苦情等申立先及び虐待防止・身体拘束適正化に関する相談窓口

### (1) 当事業所における苦情相談窓口

当事業所における苦情や相談は、以下の窓口で受け付けます。

- ・ 苦情相談窓口担当者：南 和博（サービス管理責任者）
- ・ 受付時間：水曜日を除く 毎週月曜日～土曜日（午前9時～午後4時）
- ・ 電話番号：0957-56-9670

苦情相談解決責任者・受付担当者・第三者委員会は次の通りです。

苦情相談解決責任者：南川大介（施設長）

苦情相談受付担当者：南 和博（サービス管理責任者）

第三者委員：長岡 こう子（0957-55-7787）

安岡 敬美（0957-53-1481）

### その他の苦情・虐待防止に関する相談窓口

<p>大村市社会福祉協議会 福祉あんしんセンター</p>	<p>所在地：大村市本町458-2          （プラットおおむら3階）          電話：0957-54-1599          受付日：毎週月曜日～金曜日（年末年始除く）          受付時間：午前9時～午後5時</p>
<p>長崎県社会福祉協議会 長崎県福祉あんしん サポートセンター</p>	<p>所在地：長崎市茂里町3番24号          電話：095-846-8807          受付日：毎週月曜日～金曜日（年末年始除く）          受付時間：午前9時～午後5時</p>

12. 虐待防止および身体拘束適正化のための措置に関する事項

事業者は、虐待防止および身体拘束適正化を推進するため、次の措置を講ずるものとする。

虐待防止委員会の設置および身体拘束適正化委員会の設置  
 虐待防止および身体拘束適正化に関する定期研修の実施  
 虐待防止および身体拘束適正化に関する相談窓口の設置

13. 第三者評価機関による事業所評価

当事業所は、第三者評価機関(民間)による事業所評価は、受けていません。  
 (令和6年06月21日時点)

14. 協力医療機関

医療機関の名称	ともなが内科クリニック 内科・呼吸器内科・胃腸内科・リハビリテーション科		
医 院 長 名	朝長昭光		
所 在 地	長崎県大村市杭出津2丁目555		
電 話 番 号	0957-54-5000		
診 療 科	内科・胃腸内科	入 院 設 備	無

15. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める、消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	・別途定める、消防計画書に則り避難・防災訓練を利用者参加のもと年2回実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動火災報知機 有</li> <li>・誘導灯 有</li> <li>・ガス漏れ報知機 有</li> <li>・非常通報装置 有</li> <li>・非常用電源 有</li> <li>・消火器 有</li> <li>・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。</li> </ul>
消防計画	消防署への届出日：平成28年3月3日 防火管理者：蓮本 高啓
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：あいおいニッセイ同和損害保険(株) 加入保険内容：介護保険・社会福祉事業者総合保険

地震・風水害などの災害については、BCP業務継続計画に基づき対応します。

16. 当事業所をご利用の際に、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利用してください。これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	館内禁煙です。 喫煙は指定の場所を利用していただきます。
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。
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、適切に外出を制限させていただく場合があります。)
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。

17. 法人が設置する委員会および指針・規程等の閲覧について

当法人が設置する委員会記録および指針・規程等は、SAKURA+事務所にて閲覧できますので、必要に応じお申し出ください。

担当者： 法人本部 理事 蓮本高啓  
 法人本部 事務長 林 智子  
 施設長 南川大介  
 サービス管理責任者 南 和博

閲覧可能時間：09:00～16:00（水・日曜日・夏季休業日・冬季休業日除く）

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス就労継続支援 B 型 SAKURA+（サクラプラス）が提供する福祉サービスの利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：SAKURA+（サクラプラス）

SAKURA+ 事業管理者 施設長 氏名：南川大介 印

説明者 サービス管理責任者 氏名：南 和博 印

私は、本書面に基づき、事業者から指定障害者福祉サービス就労継続支援 B 型 SAKURA+（サクラプラス）が提供する障害福祉サービスの利用について、重要な事項の説明を受け同意しました。

利用者住所：

氏名： 印

代理人住所：

氏名： 印

続柄：