

令和 3年度

指定障がい福祉サービス P. P. P. ファイター！ 重要事項説明書

令和 3年 4月 1日 改訂

当事業所では、障害福祉サービス事業(就労移行支援事業)を提供します。
当サービスの利用は、原則として訓練等給付の支給決定を受けた方が対象となります。

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

◆◆目次◆◆

1. サービスを提供する事業者	2
2. 利用事業所	2
3. サービスに係る設備等の概要	3
4. 従業員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減	5
6. 利用者が入院等された場合の対応について	14
7. 利用者の記録や情報の管理、開示について	15
8. 人権擁護及び虐待防止のための措置	16
9. 非常災害時の対策	16
10. なんでも相談の受付について	17
11. 虐待(権利侵害)相談受付について	17

社会福祉法人 P. P. P.
障害者支援施設 P. P. P. ファイター！

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 P. P. P.
所在地	岡山県倉敷市福田町福田2122-1
電話番号	086-455-8585
代表者氏名	理事長 西 江 嘉 彰
法人の設立年月	昭和55年11月11日
e-mail	hmwr@po.harenet.ne.jp
URL	http://www.3flower.jp/

2. 利用事業所

施設の指定番号	令和3年4月1日指定 令和3年4月1日付 倉敷市 第3310203587号
事業の名称と目的	指定障がい福祉サービス P. P. P. ファイター！ ＜就労移行支援事業＞ 就労を希望する 65 歳未満のものにあって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるものに対し、生産活動その他の活動の機会を提供し、就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練・支援を行うとともに、適性に応じた職場の開拓、就職後の職場の定着のための支援を行う。
主たる対象者	特になし
定 員	20 名
事業所の運営方針	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出来るよう、その知識および能力の向上のために必要な訓練・支援を行うとともに、期間を定めて、次のライフステージへの移行を図る。
事業所の所在地と連絡先	〒712-8046 岡山県倉敷市福田町古新田1007-6 TEL:086-441-3056 FAX:086-441-3057
管理者	井上 大輔
サービス管理責任者	井上 大輔
事業所の開設年月	令和 3年 4月 1日

3. サービスに係る設備等の概要

(1) 居室以外の施設設備の概要

施設・設備の種類	就労移行支援	備 考
洗面所	2箇所	
便 所	2箇所	
訓練・作業室	1室	
多目的室	1室	
相談室	1室	
事務所	1室	

※ 消火設備その他非常災害に際して必要な設備等

・誘導灯

(2) 施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所において、施設・設備をご利用いただくにあたって、以下の点にご注意下さい。

- ① 事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。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。(個人への貸し出し備品など、保険対象外も含む)・・・机・椅子など
- ② 管理者の許可なく掲示物等を壁面や備品に貼ったり、釘やフック類を打ったりすることはご遠慮ください。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 全館禁煙です。喫煙される場合は指定の場所をお願いします。
- ⑥ 施設内には、防犯カメラなどは設置しておりません。基本トラブルは自己責任となります。
- ⑦ 感染症が拡大する可能性がある場合は、法人の感染症対策マニュアルに基づき対応するため、事業所の出入り等を制限する場合があります。

4. 従業者の配置状況

従業者の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、利用者に対して指定障害福祉サービスを提供する者として、下記の職種の従業者を配置しています。

＜主な従業者の配置状況＞・・・令和3年度4月1日の配置

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 管理者	1名	1名		1名
2. サービス管理責任者	1名	1名		1名

【就労移行支援事業】

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 生活支援員	1.0名	1名	0名	3.0名
2. 職業指導員	2.0名	2名	0名	
3. 就労支援員	1.4名	1名	1名	1.0名

※ 常勤換算とは：

従業者それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤従業者の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

たとえば・・・1日4時間、週5日勤務の従業者（1週間で20時間勤務）が5名いる場合、常勤換算では、2.5名（4時間×5日×5名÷40時間＝2.5名）となります。

＜主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）＞

職 種	就労移行支援事業
	日中(10:00～15:00)
1. 生活支援員	1名
2. 就労支援員	1名
3. 職業指導員	1名

※ 当事業所では、「生活支援員」として常勤で配置している職員のうち、介護福祉士1名、訪問介護員2級以上2名であり、専門的なサービス提供に努めております。

※ 当事業所では、一定の現場経験年数を有する職員を配置する等、質の高いサービス提供に努めております。（常勤の生活支援員等を全体の75%以上配置しています。）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- ①訓練等給付費等から給付されるサービス
- ②利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス〔①以外のサービス〕

(1) 当事業所が提供するサービスと利用料金

次頁に表示のサービスについては、食費・光熱水費を除き、サービス利用料金全体のうち9割が訓練給付費等の給付対象となります。事業者が訓練給付費等の給付を市町村から直接受け取る(代理受領する)場合、利用者は、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、訓練給付費等が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行わない場合(償還払いの場合も含む)については、一旦全額を事業者にお支払い頂きます。

※ 償還払いとは:一旦、利用者がサービス利用料金全額を事業者に支払い、後に、支払額のうち9割が市町村から返還されるものです。

＜サービスの概要＞

すべてのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。この「個別支援計画」は、利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決を目的として本事業所のサービス管理責任者が作成し、サービス担当者会議で確認された後、利用者の同意をいただくものです。

なお、「個別支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

【サービス提供の内容】

i 食事の提供

利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、年齢と障害の特性に応じた栄養及び内容の食事を、適切な時間に提供します。当事業所の食事時間は次のとおりです。

昼食(12:00～13:00) ※ 都合により前後することがあります。

ii 健康管理

○常に利用者の健康状況に注意し、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。服薬管理は、事業所内の職員と相談の上、行います。

○利用者が、専門医師等の診断・治療を要することになった場合には、下記の嘱託医および指定協力医療機関において受診・治療を受けることができます。

○自主通院が可能な利用者は、原則各自でお願いします。

○利用者の病状急変等の緊急時は、速やかに医療機関への通院・連絡等を行います。

○倉敷市外の病院への受診は別途オプション料金をいただきます。

1) 嘱託医

医療機関の名称	雨宮医院
医院長氏名	雨宮 慎二
所在地	倉敷市北畝4-17-12

電話番号	086-456-2000
診療科	内科・外科・リハビリテーション科
入院設備	なし

2) 指定協力医療機関

医療機関名	連絡先	診療科
水島中央病院	444-3311	内科・整形外科・外科ほか
水島協同病院	444-3211	神経内科・外科・内科ほか
倉敷仁風ホスピタル	465-2430	精神科
倉敷成人病センター	422-2111	小児科・内科・外科ほか
水島歯科診療所	444-8221	歯科
まきび病院	698-6511	精神科
赤松眼科	426-7547	眼科
馬越歯科	455-9353	歯科
多田皮膚科	426-7548	皮膚科
渡辺耳鼻咽喉科医院	427-3311	耳鼻咽喉科

※ ただし、家庭でされた病気・怪我の通院は原則家族の方で通院をお願いいたします。

iii 相談及び援助

当事業所では、常に利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。また、利用者や家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い、常に連携をはかります。

iv 日中活動・・・地域移行・就労を目的とした訓練

就労へ移行するために必要なプログラムを提供し、訓練・評価を行ない、段階を通して就労自立に結びつくよう支援を行なっていきます。

- ・施設内支援・・・作業訓練、SSTなど
- ・施設外支援・・・体験実習、施設外就労など。

v 工賃の支払

就労移行支援事業で行った、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。

vi サービス利用料金(1日あたり)

下記の料金表によって、サービス利用料金から、訓練給付費等の給付額(全体額の9割)を除いた金額(全体額の1割＝利用者負担)と食費・光熱水費の合計金額を、利用者にお支払いいただきます。

	就労移行支援
1. 利用されるサービスと料金	4,680 円
2. うち、訓練給付費等が給付される金額	上記の9割給付
3. うちサービス利用に係る自己負担額 (定率負担) (1-2)	468 円
4. 食事に係る自己負担額	※P.P.P.食堂にて食べる場合 昼食:555 円 ※ 低所得者 350 円
5. 福祉専門職員配置等	60 円
6. ご負担額合計 (1 日あたり) (3+4+5)	1,083 円

※ ご負担いただく金額については、市町村が発行する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、及び食費、光熱水費といたします。

※ 施設入所支援を提供する利用者が、別の事業所の日中活動を利用する場合、昼食費は別の事業所へ直接お支払いください。

＜サービス利用の取り消し(キャンセル)について＞

※ 利用者が、サービス利用を取り消し(キャンセル)する場合は、利用予定日の3日前までに当事業所までお申し出ください。

※ なお、サービス利用日の3日前までに申出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料(食費の実費相当額) 1 食あたり	※P.P.P.食堂にて食べる場合 (昼食)555 円 ※低所得者 350 円
----------------------------	---

＜サービスを利用されなかった日における対応について＞

通所による(施設入所支援を利用しない)利用者が、何らかの理由でサービスを利用されなかった場合には、①家庭等への訪問による相談・支援②電話等による相談・支援を実施しています。その場合にお支払いいただく 1 日あたりの利用料金は、下記の通りです。

① 家庭等への訪問による相談支援(月 2 回まで)

内 容	欠席時の対応＜訪問＞	金 額
1. サービス利用料金	月 2 回を限度として、1 回あたり ① 1 時間まで ② 1 時間を超えた場合	1,870 円 2,800 円
2. うち、介護給付費等から 給付される金額		① 1,683 円 ② 2,520 円
3. 自己負担額(1－2)		① 187 円 ② 280 円

② 電話等による相談・支援(月 4 回まで)

内 容	欠席時の対応＜訪問＞	金 額
1. サービス利用料金	月 4 回を限度として、1 回あたり	940 円
2. うち、介護給付費等から 給付される金額		846 円
3. 自己負担額(1－2)		94 円

<利用者負担の減免について>

【利用者負担に関する月額上限】

○1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得(世帯の収入状況)に応じて下表のとおり4区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区 分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用 するご本人の収入が80万円以下の方	0 円
低所得2	市町村民税非課税世帯	0 円
一 般	課税世帯(所得割16万円未満) ※年収が概ね600万円以下の世帯が対象	9,300 円
	上記以外の方	37,200 円

＜食費等実費負担の軽減について＞

○ 施設入所支援における食費・光熱水費の実費負担に関する軽減措置

《施設入所支援を利用する場合》（注） 特定旧法施設入所者も対象

食費・光熱水費の実費負担をしても、少なくとも手元に 25,000 円（障害基礎年金 1 級受給者や 60～64 歳の方は 28,000 円、65 歳以上の方は 30,000 円）が残るように補足給付が行われます。

《20 歳未満で施設入所支援を利用する場合》

地域で子どもを養育する世帯と同様の負担（その他生活費 25,000 円を含めて低所得世帯〈市町村民税所得税割 20,000 円以下の世帯〉で 50,000 円、一般世帯で 79,000 円）となるように補足給付が行われます。さらに 18 歳未満の場合には、教育費相当分として 9,000 円が加算されます。

（2）（1）以外のサービス

下記①～②のサービスについては、訓練給付費等の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。

なお、この所定料金は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相応な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容ならびに変更する事由について、変更を行う 2 カ月前までにご説明します。

① 食事の提供とこれに伴う費用

○ 利用者のご希望により、P.P.P.本部食堂にて食事を提供します。

○ 食費（昼食） 555円 ※低所得者は食材料費として350円

○ 食事は原則セルフサービスです。

○ 栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。

《健康食》低カロリー食(1,800kCal 及び 1,600kCal)

《刻み食》希望に応じて粗～細に刻んだ食事を提供

《減塩食》塩分を控えめにした食事（目安：1食 7g）

《低コレステロール食》コレステロールを低くした食事

《腎臓食》カリウムを除去した食事（減塩）

《病人食》ご希望の方にはうどんやお粥を提供します。

○ 弁当等外部の食事を提供した場合は、実費となります。その際は通常料金との差額を請求もしくは返金させていただきます。

○ 食品衛生上、調理後2時間を経過したものは、廃棄します。

② 特別なサービスの提供とこれに伴う費用

種 類	内 容	金 額
預り金管理	<p>○お預かりするもの：事業所の指定する金融機関に預け入れている通帳及び日常必要な小額の現金、金融機関届出印、年金証書</p> <p>○保管管理者：井上 大輔</p> <p>○出納責任者：樋口 邦匡</p> <p>※入出金については、責任をもって行い、金銭出納帳を作成します。</p> <p>※利用者はいつでも出入金記録を閲覧できます。</p>	<p>月 額</p> <p>1,000 円</p>
栄養補助食品	利用者の希望や医師の指示により、栄養補助食品等の提供をします。(貧血など)	実 費
代行サービス	<p>薬の受け取りや買い物、公共機関への事務取次ぎ等の代行を行ないます。</p> <p>※グループホームをご利用の方は原則世話人もしくはヘルパーが行なうサービスです。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p> <p>※在宅の方はヘルパーをご利用下さい。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p>	20 円／km のガソリン代
申請書類 代行サービス	行政機関等での各種申請・関係書類など、家族で申請書類が記入できない場合、代行します。(療育手帳の書き換え・重心医療申請・自立支援医療申請・障害年金の申請など)	1,000 円／1 通
複写物の交付	(領収書の発行はできません)	10 円／1 枚
各種証明書の 発行	<p>・在園証明書等</p> <p>(領収書が必要な方には発行いたします)</p>	100 円／1 部

(3) 利用料金・費用のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ①利用者の指定金融機関の口座からの自動引落としとする方法
- ②直接事業所の窓口でお支払いただく方法
- ③事業所指定の金融機関の口座に振込んでいただく方法

【指定金融機関】

振込先: 香川銀行倉敷支店

口座名義: 社会福祉法人 P. P. P.

障害者支援施設 P.P.P.ファイター!

管理者 井上 大輔

口座番号: 普通預金 3508091

※振り込み手数料は、請求額に含めて振込んでください。

6. 利用者が入院等された場合の対応について

当事業所をご利用の期間において、医療機関への入院の必要が生じ、3ヵ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当事業所を再び優先的に利用することはできません。

※ この他、他害行為や飛び出し等により、安全が対応困難と判断した場合は契約を解除させていただきます。

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について

事業者は、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。)

○当施設における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 個別支援計画
- (2) サービス提供の具体的な内容
- (3) 利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項
- (4) やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由など
- (5) 利用者からの苦情の内容
- (6) 事故の状況及び事故に際しての対応

◆ 保存期間は、サービス提供完了日から 5 年間です。

◆ 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前9:00～午後5:00です。

(注) 個人情報に基づく、各施設の個人情報保護方針(プライバシーポリシー)と個人情報の利用目的をあわせて説明し、同意をいただいたことに関し使用します。

(例: 他の事業所や行政などと調整のための個人情報や機関紙・HPなどでの個人を特定できない程度の写真の掲載)

8. 人権擁護及び虐待防止のための措置

(1) 人権擁護および虐待防止

利用者の支援や援助、介助にあたる職員は、利用者に対し身体的または精神的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、利用者の身体拘束を行いません。万一利用者または他の利用者、職員等の生命または身体を保護するため、緊急やむをえないことがあると予想される場合、家族の「利用者の身体拘束に伴う申請書」に同意を受けたときのみ行います。

(3) 個人情報保護

当事業所および職員は、利用者に対するサービスの提供にあたり、知りえた利用者に関する各種情報を外部に洩らしません。また他の事業者等に対して情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者またはその家族の同意を得ます。

事業所は、その従業員が退職後、在職中に知りえた利用者に関する情報を洩らすことの無いよう、必要な措置を講じます。

9. 非常災害時の対策

<事故発生時の対応>

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、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、サービス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。

<非常時の対応>

別途定める「P.P.P.消防計画」により、対応いたします。

<平常時の訓練>

別途定める「P.P.P.消防計画」により、原則年2回避難・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。

<防災設備>

・誘導灯

<消防計画>

消防署への届出：毎年4月届出

防火責任者： 木山 雄

10. なんでも相談の受付について

(1) 当事業所におけるなんでも相談の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○受付窓口(担当者)

氏 名 山崎 陽子 [職 名] 職業指導員

○受付時間

毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

○解決責任者

氏 名 井上 大輔 [職 名] 管理者

○第三者委員

氏 名 平 松 正 臣 [所 属] 元ノートルダム清心女子大学教授
連絡先:080-6155-7857 ※平日 18:00～20:00

氏 名 松 尾 忠 昭 [所 属] 元倉敷市社会福祉協議会 顧問
連絡先:086-455-4488 ※平日 19:00～21:00

氏 名 石 原 昌 子 [所 属] 倉敷市社会福祉協議会第3者委員
連絡先:086-455-8646 ※平日 19:00～21:00

●受け付けの仕方と月々の報告は、事業所内の掲示板に掲示してあります。

●なんでも相談ボックスは各寮に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

倉敷市障害福祉課	所在地 岡山県倉敷市西中新田640 電話番号 086-426-3305 FAX 086-421-4411
岡山県運営適正化委員会	岡山県岡山市南方2-13-1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館内 電話番号・FAX 086-226-9400

11. 虐待(権利侵害)相談受付について

(1) 当事業所における虐待の受付

当事業所における虐待のご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○虐待受付窓口(担当者)

氏 名 山崎 陽子 [職 名] 職業指導員

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

○虐待防止責任者

氏 名 井上 大輔 [職 名] 管理者

○虐待防止委員会 委員長

氏 名 西江 嘉彰

○虐待防止外部委員

氏 名 平松 正臣 [所 属] 元ノートルダム清心女子大学教授

連絡先 080-6155-7857 ※平日 18:00~20:00

氏 名 松尾 忠昭 [所 属] 元倉敷市社会福祉協議会 顧問

連絡先 086-455-4488 ※平日 19:00~21:00

氏 名 石原 昌子 [所 属] 倉敷市社会福祉協議会第3者委員

連絡先 086-455-8646 ※平日 19:00~21:00

◆なんでも相談受付ボックスで受け付けをしておりますので、ご利用ください。

(2)行政機関その他の虐待相談受付機関

倉敷市障害福祉課 電話番号:(086)426-3305

所在地:倉敷市西中新田640

倉敷市障害虐待防止相談窓口(倉敷地域基幹相談支援センター)

電話番号:(086)486-3500

所在地:倉敷市浜町1丁目2-20

【重要事項の説明確認】

令和 年 月 日

指定障害者支援施設に関するサービス(就労移行支援事業)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 障害福祉サービス事業所 P. P. P. ファイター！

説明者 職 名 管理者 氏 名 井 上 大 輔 印

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、指定障害者支援施設に関するサービス(就労移行支援事業)の提供及び利用の開始に同意しました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人(本人代理)>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

<成年後見人> ※選任されている場合

住 所 _____

氏 名 _____ 印