

社会福祉法人 十条龍谷会
指定就労継続支援事業所 ビハーラ十条

重要事項説明書

この重要事項説明書は社会福祉法人十条龍谷会就労継続支援事業所ビハーラ十条が提供する指定就労継続 B 型事業について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 条及び第 77 条並びに障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス事業所の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

1. 事業者の概要

経営事業者の名称	社会福祉法人 十条龍谷会
法人所在地	京都市南区吉祥院南落合町 40-1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 川邊蔵祐
電話番号	075 - 661 - 4501

2. 事業の目的と運営の方針

事業所の種類	指定就労継続支援 B 型
事業の目的	指定就労継続支援 B 型 通所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。
事業所の名称	就労継続支援事業所 ビハーラ十条
管理者の名称	河田 一樹
事業所の所在地	京都市南区吉祥院南落合町 40-4
電話番号・FAX 番号	電話番号：075 - 634-4558 FAX 番号：075 - 671 - 6380
運営方針	1) 当事業所は、利用者に対して、その自立と社会経済活動への参加を促進する観点から必要な訓練及び職業の提供を適切に行う。 2) 当事業所は、利用者の意志及び人格を尊重し、常にその立場に立って支援を提供する。 3) 当事業所は、出来る限り居宅に近い環境の中で、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、その他知的障害者援護施設、地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの連携に努める。
開設年月	平成 30 年 4 月 1 日
定員	就労継続支援 B 型事業（10 名）

通常の事業の実施地域	京都市南区
営業日及び営業時間	営業日：月曜日～日曜日 営業時間：午前 7 時～午後 8 時
サービス提供日及びサービス提供時間	サービス提供日：月曜日～日曜日 サービス提供時間：午前 7 時～午後 8 時
主たる対象者	(1) 身体障害者（18 歳未満の者を除く） (2) 知的障害者（18 歳未満の者を除く） (3) 精神障害者（18 歳未満の者を除く） (4) 難病等対象者（18 歳未満の者を除く）

3. 施設

建物及び構造	鉄筋コンクリート造り 4 階建 1 階部分
--------	-----------------------

4. 主な設備

設備の種類	室数	備 考
作業室	1 室	必要時は特養と共用
相談室兼事務室	1 室	相談室は内容により特養と共用
休憩室	1 室	一部特養と共用
男子更衣室	1 室	特養と共用
女子更衣室	1 室	特養と共用
車椅子対応トイレ	1 か所	特養と共用
男子トイレ	1 か所	特養と共用
女子トイレ	1 か所	特養と共用

5. 職員の配置状況

(1) 職員体制

職種	員数	区分				常勤換算 後の職員
		常勤		非常勤		
		専従	兼任	専従	兼任	
管理者	1 名		1 名			1.0 名
サービス管 理責任者	1 名		1 名			1.0 名
職業指導員	1 名	2 名				2.0 名
生活支援員	1 名	1 名				0.8 名

当事業所では、障害者総合支援法で定められた人員基準を遵守し、上記の職種の職員を配置しています。

(2) 勤務体制

職種	勤務体制	
管理者	勤務時間帯（9:00～18:00）	常勤 1 名
サービス管理責任者	勤務時間帯（7:00～20:00）	常勤 1 名
職業指導員	勤務時間帯（7:00～20:00）	常勤 2 名
生活支援員	勤務時間帯（7:00～20:00）	常勤 1 名

6. サービスの内容

（1）訓練等給付費対象サービス

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からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。 ・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。
事業所外支援	・常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化等により、5日以上連続して利用が出来なかった場合は、あらかじめ利用者の同意を得て、居宅を訪問してサービス利用に関する相談支援を行います。（訪問支援は月2回を限度とします。）
健康管理	・必要に応じて投薬その他必要な管理、記録を行います。 ・緊急時必要に応じて家族等への連絡、協力医療機関等へ搬送致します。 ☆当事業所の協力医療機関 檜垣医院 診療科：内科・消化器内科・循環器内科
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 ①企業内就労の支援 ②委託作業 ＜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に支払います。
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、障害者就業・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。

就労支援	・社会経済活動をおくる為の就労支援を行います。
------	-------------------------

(2) 訓練等給付費対象外サービス

サービスの種類	サービスの内容	金額
食事サービス	希望により食事の提供をします。 食事時間 12時00分～14時00分 *低所得者の軽減措置が適用される方は、食材料費分のみ負担	1食 300円 食材料費 300円
創作的活動及び利用者本人活動 (教養娯楽活動)	利用者主体による活動としての自治会活動を支援しています。 教養娯楽の活動が主で、それに係わる費用 (例) 所外活動に係わる交通費、入場料、イベントの費用 等	実費負担
就労支援に必要な諸経費	就労や実習に取り組む際に係わる費用で、交通費等諸経費が発生した場合、負担して頂く事が適当であるもの。	実費負担
日常生活上必要となる諸経費	利用者個別の日用生活品の購入代金や病院受診費用や健康診断等に係わる費用	実費負担
その他	サービス提供記録等の複写料金 A4サイズ1枚 在籍証明書等証明書類 1通 行政機関等への各種代行手続き手数料 1件	10円 800円 500円

【サービスの概要】

サービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。当事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意を頂きます。なお、「個別支援計画」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の料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、事業者が訓練等給付費の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払い頂きます。

なお、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。

算定項目	金額（単位：円）	備考
基本区分3	8, 0 1 2	
福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）	1 5 8	
初期加算	3 1 7	
訪問支援特別加算 （Ⅰ）1時間未満 （Ⅱ）1時間以上	（Ⅰ）1, 9 7 6 （Ⅱ）2, 9 5 9	連続して5日間ご利用がない場合に居宅を訪問して相談援助を行った場合に月2回まで加算されます。
欠席時対応加算	9 9 3	利用予定を急遽中止した際に連絡調整や相談援助を行った際に月4回まで加算されます。
食事提供体制加算	3 1 7	事業所の提供する食事をとられた際に加算されます。
利用者負担上限額管理加算	1, 5 8 5	ご依頼により事業者が負担上限月額を超えて徴収しないように、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合に加算されます。
体験利用支援加算 （Ⅰ）1～5日目 （Ⅱ）6～15日目	（Ⅰ）5, 2 8 5 （Ⅱ）2, 6 4 2	他の障害福祉サービス事業の体験利用を行った場合に、15日以内に限り加算されます。
在宅時生活支援サービス加算	3, 1 7 1	通所利用が困難で、在宅による支援がやむを得ないと市町村に判断され、一定の要件を満たしたうえで支援を提供した際に加算されます。
福祉・介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ）	所定単位数の 81/1000	福祉・介護職員の賃金の改善等を実施している事業者として京都市に届出のうえ加算されます。

（２）訓練等給付費等対象外サービス内容の料金

上記「６．サービスの内容、（２）訓練等給付費対象外サービス」の項目が発生した場合はお支払い頂きます。

（３）利用者負担金の支払方法

上記（１）、（２）の料金は1ヶ月毎に計算し、賃金より差し引いて徴収致します。

8. 利用者の記録及び情報の管理

- (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、複写が出来る窓口業務は平日の9時～18時までです。

複写については、料金が必要となります。

- (2) 利用者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村及び関連機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報の使用に係る同意書」による）に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに身元保証人や医療機関への連絡等を行います。

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： 続 柄：

10. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

- (1) 損害保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社
取扱代理店 株式会社エスアールエム

11. 要望・苦情等及び虐待・身体拘束防止に関する相談窓口

下記表に定めたほか、成年後見制度の利用支援の実施、従業者に対する虐待・身体拘束防止を普及・啓発するための研修を実施しています。

(1) 要望・苦情等

当事業所 ご利用相談窓口	窓口責任者 櫻井 祥太（サービス管理責任者） ご利用時間 9時～18時（土・日・祝祭日・年末年始を除く） 電話番号 075-661-4501
当法人 ご利用相談窓口	窓口責任者 川邊 浩蔵 ご利用時間 9時～18時（土・日・祝祭日・年末年始を除く） 電話番号 075-661-4501
行政機関その他 相談窓口	京都市保健福祉局障害保健福祉推進室 電話番号 075-222-4161 南区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課 電話番号 075-681-3282 京都府福祉サービス運営適正化委員会 電話番号 075-252-2152
第三者委員	吉澤 秀樹 電話番号 075-593-0800
人権擁護・虐待 防止責任者	管理者 河田 一樹 電話番号 075-661-4501

1 2. 協力医療機関

医療機関の名称	檜垣医院
医院長名	檜垣 正
所在地	京都市南区上鳥羽南中ノ坪町 30
電話番号	075-672-4034
診療科	内科、消化器内科、循環器内科
入院設備	無し

1 3. 非常災害等の対策

非常時の対応	別途定める消防計画により、対応致します。
平時の訓練	別途定める消防計画により年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	・ 自動火災報知器 ・ 非常通報装置 ・ ガス漏れ報知器 ・ 非常用電源 ・ スプリンクラー ・ 誘導灯 カーテンは防火性のあるものを使用しています。
消防計画等	消防署への届出日：令和4年6月21日 防 火 責 任 者：川邊 浩蔵
保険加入	企業財産総合保険：日新火災海上保険株式会社 まごころワイド：三井住友海上火災保険株式会社

1 4. 当事業所ご利用に際に留意いただく事項

設備・器具の利用	設備・器具は本来の目的に従ってご利用下さい。これに反したご利用により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。
喫煙・飲酒	事業所内での飲酒は禁止です。 喫煙は決められた場所で、休憩時間をお願いします。
貴重品の管理	貴重品につきましては、利用者の責任において管理して頂きます。 自己管理の出来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にお願いします。
宗教活動・政治活動・営利活動	利用者の思想、信教は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動および営利活動はご遠慮下さい。

1 5. 第三者評価の受審状況

当事業所の受診状況

第三者評価の実施の有無	無
実施をした直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

当法人の受診状況

第三者評価の実施の有無	有
実施をした直近の年月日	2023 年 3 月 29 日
実施した評価機関の名称	京都府認知症グループホーム協議会
評価結果の開示状況	ホームページ
受診評価分野	介護

指定就労継続支援 B 型の提供に関し、本書面にに基づき重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者

住 所 京都市南区吉祥院南落合町 4 0－1

事 業 者 社会福祉法人十条龍谷会

代表者名 理事長 川邊 藏祐 ㊞

事業所

就労継続支援事業所 ビハーラ十条

説 明 者：職名.....氏名.....

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

令和 年 月 日

利用者 住 所.....

氏 名.....印.....

身元保証人 住 所.....

氏 名.....印.....

続 柄（利用者との関係）.....

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所.....

氏 名.....印.....

続 柄（利用者との関係）.....