

指定就労継続支援(B型)事業 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	ウェルタクトムーヴ株式会社
所 在 地	岐阜県関市本町4丁目10番地
電 話 番 号	050-3529-6393
代 表 者 氏 名	代表取締役 星 剛史
設 立 年 月	令和4年12月12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 令和5年4月1日指定
事業所の名称	就労支援 Hinode
事業所の所在地	岐阜県関市本町4丁目10番地
連 絡 先	電話番号：050-3529-6393 ファックス：
管 理 者	渡邊 慎一郎
サービス管理責任者	渡邊 慎一郎
サービスの実施地域	関市、岐阜市、各務原市、美濃市、美濃加茂市、加茂郡、可児市、郡上市
主たる対象者	精神障害者、知的障害者、身体障害者、難病等対象者
定 員	20名
開設年月日	令和5年4月1日
事業所番号	2110200975

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害・年齢・体力などの理由から企業への就労が困難な方へ就労訓練を行う。
運営方針	障害の有無に関わらず、自立に向かい努力し、主体的に社会参加に向かい、利用する人たちの成長・喜びが生まれ続けるように支援する。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

施 設

建 物	1 号館	構 造	鉄骨造一部木造 1 階	
		延べ床面積	73.37 m ²	
	2 号館	構 造	木造 2 階建て	
		延べ床面積	1 階 64.8 m ²	2 階 64.8 m ²

主な設備

1 号館

	部屋数	備 考
作業訓練室	2 室	誘導灯・非常警報器具
相談室・多目的室	1 室	
洗面設備	1 室	
便 所	1 室	
事務所	1 室	

2 号館

	部屋数	備 考
作業訓練室	1 室	調理調整室
相談室・多目的室	1 室	
洗面設備	1 室	
便 所	3 室	1 階 2 室 2 階 1
事務所	1 室	2 階

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

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			0.5	
サービス管理 責任者	1	1				0.5	
職業指導員	1	1				1	
目標工賃達成 指導員	1	1				1	
生活支援員	2			2		1	

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。

常勤換算とは、職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

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）
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）
職 業 指 導 員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）
目 標 工 賃 達 成 指 導 員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）
生 活 支 援 員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）

営業日と営業時間

営 業 日：事業所年間カレンダーによる

営業時間 8:30～17:30

サービス提供時間 10:00～15:00

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。
生 産 活 動	生産活動の機会を提供します。 ① Drip Coffee の製造・販売 ② ドライフルーツの袋詰め作業 ② 地域企業からの受注業務
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。
訪 問 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、月2回を限度として同意の上で支援を行います。

（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
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く事があります。	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く事があります。	実 費
日常生活上必要となる諸経費	利用者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るものに関わる費用を頂く事があります。 ① 日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実 費
その他	・ サービス提供記録等の複写代 ・ 証明書諸書類の発行代 ・ その他	実 費

＜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

訓練等給付費対象サービス内容の料金

指定障害福祉サービスを提供した場合の利用料の額は、告示上の額とし、当該指定障害福祉サービスが法定代理受領サービスである時は、市町村が定める利用者負担額の支払を受けるものとする。ただし、当該サービス提供を行った月に他の事業所による障害福祉サービスの提供があった場合には、各事業所が受け取る利用者負担額の合計が市町村の定める利用者負担額を超えないよう調整した額の支払を受けるものとする。

介護給付費・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。

サービス利用の取り消し料金

利用者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3日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の3日前までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料 1日あたり	500 円
-----------------	-------

利用料金のお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算しご請求することで、領収書を発行させていただきます。

8. 利用者の記録及び情報の管理等

利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。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8:30～午後17:30です。

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、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. 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の連絡等を行います。

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者：渡邊 慎一郎 ・ご利用時間：8:30～17:30 ・電話番号：050-3529-6393 ・FAX： 担当者が不在の場合は、事業所までお申し出ください。
岐阜県 運営適正化委員会	・所在地：岐阜県岐阜市下奈良2丁目2-1 ・電話番号：058-278-5136
岐阜県庁 障害福祉課 指導係	・所在地：岐阜県岐阜市藪田南2丁目1-1 ・電話番号：058-272-8302

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 香徳会 関中央病院		
医 院 長 名	植松孝広		
所 在 地	岐阜県関市平成通2丁目6番18号		
電 話 番 号	0575-22-0012		
診 療 科	内科・整形外科・精神科	入院設備	有

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

12. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、非常災害対策計画により対応いたします。
防災設備	誘導灯・非常警報器具の設置

1 3. 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	指定の場所のみ。
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。自己管理の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。
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。

1 4. 第三者評価の実施

第三者評価の実施は「無」

指定障害者福祉サービス就労継続支援（Ｂ型）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：就労継続支援Ｂ型事業所 Hinode

管理者：渡邊 慎一郎

説明者職氏名：渡邊 慎一郎

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス就労継続支援（Ｂ型）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 住 所：

氏 名： ⑩

代理人 住 所：

氏 名： ⑩

続 柄：

《緊急時連絡先》

利用者かかりつけ 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：