

光道園 就労支援事業所「フ・クレール」

【 就労継続支援（Ｂ型）事業 】

重要事項説明書

当事業所では、利用者に対して指定障害福祉サービス〔就労継続支援（Ｂ型）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条及び第７７条並びに「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」（平成１７年法律第１２３号、以下「法」という）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	２
４．職員の配置状況	３
５．当事業所が提供するサービスと利用料金、各種加算利用者負担、負担軽減	５
６．利用者がサービスを利用されなかった場合の対応について	１０
７．利用者の記録や情報の管理、開示について	１０
８．個人情報の保護について	１１
９．虐待防止について	１１
１０．苦情の受付について	１１
１１．緊急時の対応方法	１２
１２．非常災害対策	１２
１３．重要事項説明書の内容変更がある場合	１２

社会福祉法人 光道園
就労支援事業所（フ・クレール）
当事業所は福井県の指定を受けています。
（福井県指定 第１８１１３００１１８号）

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 光道園
所在地	福井県鯖江市和田町 9 字 1 の 1
電話番号	0 7 7 8 - 6 2 - 1 2 3 4
代表者氏名	理事長 荒木 博文
法人の設立年月	昭和 32 年 9 月 24 日

2. 利用事業所

事業所の種類	平成 25 年 4 月 1 日指定 福井県 第 1 8 1 1 3 0 0 1 1 8 号
事業所の名称と種類	「フ・クレール」
	就労継続支援（B 型）事業
主たる対象者	知的障害・身体障害・精神障害
事業所の所在地と 連絡先	福井県丹生郡越前町朝日 1 丁目 504 番地
	TEL 0778-34-8801 FAX 0778-34-8831
管理者	成瀬 裕崇
サービス管理責任者	今澤 宏美
事業所の運営方針	通所による就労支援の提供と工賃の向上に努めます。
事業所の開設年月日	平成 25 年 4 月 1 日
定 員	1 4 名
福祉サービス第三者評価事業	未受審

3. サービスに係る設備等の概要

(1) 施 設

建物	構 造	鉄骨造り 2 階建（耐火建築物）（耐震構造）
	敷地面積	564387 m ²
	延べ床面積	450.38 m ²

(2) 施設設備の概要

施設設備の種類	数量	備 考
食 堂	1 室	
作業室	4 ケ所	パン・クッキー製造作業場・委託作業場
更衣室	4 ケ所	作業用更衣室 （男女別）
販売所	1 ケ所	喫茶パン・クッキー販売スペース
便 所	6 ケ所	男女別・身障用トイレ 1 ケ所
多目的ホール	1 ケ所	休憩室
相談室	1 室	
事務室	1 室	
洗濯室	1 室	
エレベーター	1 基	
消火その他災害対応	スプリンクラー設備・自動火災報知設備・誘導灯、標識・消火器	

*当事業所では、上記の設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、指定障害福祉サービス（就労継続支援B型）のサービス提供に設置が義務づけられている設備です。これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

(3) 利用にあたって別途料金をご負担いただく設備

--	--	--

*上記は、訓練等給付費の支給対象とならないため、ご利用の際は、利用者に別途料金をご負担いただきます。

(4) 施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所において、設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意ください。

- ①面会 …………… 面会は自由です。ただし、受付に連絡してください。
- ②喫煙 …………… 屋外喫煙コーナーをお願いします。喫煙コーナー以外は、全館禁煙です。
- ③設備・器具等の利用 …… 職員にお申出ください。
- ④宗教活動等 …………… 利用者の思想・信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動等は禁止します。
- ⑤貴重品の管理 …………… 利用者の責任において管理していただきます。
- ⑥設備等の利用 …………… 施設内の設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は、賠償していただく場合があります。
また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。
- ⑦ペット …………… 施設敷地内でペットの持込は出来ません。

4. 職員の配置状況

職員の配置については、厚生労働省の定める配置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ものとして、事項に職種の職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

〔就労継続支援事業〕（B型）

職 種	※	就労移行	就労 B 型	常勤換算	資 格
管理者	常勤	0.2	0.2	0.4	介護福祉士 社会福祉主事
サービス管理責任者 (食品衛生責任者)	常勤	0.2	0.5	0.7	介護福祉士 栄養士
サービス管理責任者 計		0.2	0.5	0.7	
生活支援員	常勤	0.1		0.1	介護福祉士
生活支援員	常勤	0.1	0.7	0.8	介護福祉士
生活支援員	常勤		0.3	0.3	介護福祉士
生活支援員	常勤		0.2	0.2	社会福祉士
生活支援員	常勤		0.2	0.2	介護福祉士
生活支援員	非常勤		0.2	0.2	
生活支援員	派遣		0.8	0.8	
職業指導員	常勤		0.2	0.2	
職業指導員	常勤		0.8	0.8	介護福祉士
職業指導員	常勤	0.3		0.3	
生活支援員・職業指導員計		0.5	3.4	3.9	
就労支援員	常勤	0.7		0.7	介護福祉士 ジョブコーチ
就労支援員 計		0.7		0.7	
目標工賃達成指導員	常勤		1.0	1.0	介護福祉士
目標工賃達成指導員 計			1.0	1.0	
サービス提供職員 計		1.2	4.4	5.6	
合計		1.6	5.1	6.7	

※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（週40時間）で除した数です。

たとえば・・・1日4時間、週5日勤務の職員（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。

【その他、専門的な支援等に係る職員の配置状況】

職 種	
1. 職業指導員、生活支援員、就労支援員等の直接サービス提供に関わる職員 (職業指導員、生活支援員、就労支援員)	1 当事業所では「生活支援員」「職業指導員」「就労支援員」として常勤で配置している職員のうち、5 名が介護福祉士又は社会福祉士であり、専門的なサービス提供に努めております。 2 当事業所では、就労支援に従事する者として第 1 号職場適応援助者 1 名を配置し、一般就労への移行支援の質の向上に努めております。

【主な職種の勤務体制（必要とされる配置人員）】

職 種	就労継続支援（B 型）事業
	日中（9：00～18：00）
管理者（施設長）	0.2 名
サービス管理責任者	0.5 名
生活支援員・職業指導員	3.4 名
就労支援員	0 名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減（契約書第 4 条、第 5 条参照）
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ご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

下記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 割が訓練等給付費の給付対象となります。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、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、訓練等給付費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ただきます。

ただし、8 ページ以降に記載する負担の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

※償還払いについて

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支払い、後に、支払い額のうち 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。 昼食時間： 12：00～

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。

＊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、下記の協力医療機関において受診・治療を受ける事ができます。（診察費ならびに送迎にかかる費用を一部負担いただく場合がございます。）

協力医療機関： 木村病院（内科、外科等）

＊利用者の病状急変時等の緊急時は、速やかに医療機関への連絡等を行います。

＊協力医療機関以外の遠方の病院等での受診、利用者の希望による個人的な外来受診等については、別途、特定費用としてその金額をいただく場合があります。

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、常に連携を図ります。

iv 「生産活動」

……当事業所内において、雇用契約を締結しない就労や生産活動の機会を提供するとともに就労への移行に向けた支援を行います。

生産活動等の内容は以下のとおりです。

- | | |
|---------------------|-------------|
| ① パン・クッキー製造販売 …………… | 9：30～12：30 |
| | 13：30～16：00 |
| ② 委託作業 …………… | 9：30～11：30 |
| | 12：30～16：00 |

その他 施設外就労・支援については、原則その職場との契約内容に準じた勤務日数、時間をもって営業日及びサービス提供時間とする。

<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に支払います。

v 「適切な技術による訓練等」

…… 当事業所では、適切な技術による訓練等を実施し、一般就労に結びつくよう支援します。

vi 「職場実習の実施、受け入れ先の確保」

…… 当事業所では、一般就労に結びつくよう企業等に働きかけ、職場実習のための受け入れ先の確保に努めます。

vii 「求職活動の支援」

…… 当事業所では、ハローワーク等と連携し、利用者の求職活動の支援を行います。

viii 「職場定着の支援」

…… 当事業所では、一般企業に就労した利用者に対し、職場に定着できるよう、相談・支援を行います。

x 「送迎」

…… 送迎をご希望の場合は、ご相談ください。

…… 送迎は、車で20分を目安とさせていただきます。

…… 送迎費（燃料費相当分）を負担していただく場合があります。

…… 送迎時間につきましては、当事業所の指定時間になります。

＜サービスの利用料金（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、訓練等給付費の給付額（全体の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。（別途、個別減免等の負担軽減措置があります。）

【就労継続B型事業】（R7.4.1～）

1. 利用者の利用料	
①基本サービス利用料 ※職場実習・求職活動等の施設外支援も含む	7,380円
②専門的な支援に係る利用料 ※体制加算+個別加算	600円～
③福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ (①+②) × 加算率 0.093 ※小数点以下四捨五入	基本報酬及び各加算の合計 × 93/1000
2. うち、介護給付費等から給付される金額	円
3. うち、サービス利用に係る自己負担額（定率負担）（1－2）	円
4. 食事に係る自己負担額（昼食）	440円（加算有の方は140円）
5. ご負担額合計（1日あたり） （3＋4）	

* 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、及び食費といたします。

* 当事業所は、就労継続支援B型において、職場実習・求職活動等の施設外支援を行った場

合においても、サービス利用料に含まれます。

<各種加算利用者負担額（1日あたり1割負担）>

【就労継続支援（B型）事業】

○体制加算（利用者全員の負担となります）

■福祉専門職員配置等加算〔Ⅰ〕	[1 5 0 円]
■目標工賃達成指導員配置加算	[4 5 0 円]
□視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	[4 1 0 円]
□就労移行支援体制加算	[4 2 0 円]
□重度者支援体制加算	[2 8 0 円]

○個別算定加算（利用者個人個人のご負担となります）

■初期加算（利用開始日から30日を限度）	[3 0 0 円]
■訪問支援特別加算（月2回を限度）	
① 1時間未満	[1, 8 7 0 円]
② 1時間以上	[2, 8 0 0 円]
■欠席時対応加算（月4回を限度）	[9 4 0 円]
■送迎加算〔Ⅱ〕（片道につき）	[1 0 0 円]
■食事提供体制加算	[3 0 0 円]

〔サービス利用の取り消し、（キャンセル）について〕（契約書第16条）

*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にお申し出ください。

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

キャンセル料（昼食の実費相当額）	1日あたり	4 4 0 円
------------------	-------	---------

<利用者負担の軽減について>

利用者負担はサービス量と所得に着目した負担の仕組みとされ、その負担は所得等に配慮した負担（応能負担）とされています。

*利用者負担額：法29条第3項第2項に規定する政令で定める額

（サービス提供に要した費用の1割相当額の方が低い場合は1割相当額）

*法29条第3項第2項：当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額

〔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料にかかる「定率負担」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、利用されたサービス量にかかわら

ず、それ以上の負担は必要ありません。

区 分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低 所 得	市町村民税非課税世帯（注 1）	
一 般 1	市町村民税課税世帯（所得割 16 万円（注 2）未満） ※入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム・ケアホーム利用者は除く（注 3）。	9,300 円
一 般 2	上記以外	37,200 円

（注 1）3 人世帯で障害基礎年金 1 級受給の場合、収入が概ね 300 万円以下の世帯が対象となります。

（注 2）収入が概ね 600 万円以下の世帯が対象となります。

（注 3）入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム・ケアホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般 2」となります。

○所得を判断する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

種 別	世帯の範囲
18 歳以上の障害者 （施設に入所する 18、19 歳を除く）	障害のある方とその配偶者
障害児 （施設に入所する 18、19 歳を含む）	保護者の属する住民基本台帳での世帯

〔高額障害福祉サービス費について〕

障害者の場合は、障害者と配偶者の世帯で、障害福祉サービスの負担額（介護保険も併せて利用している場合は、介護保険の負担額も含む。）の合算額が基準額を超える場合は、高額障害福祉サービス費が支給されます。（償還払いの方法によります）。

〔食費等実費負担の軽減について〕

通所施設などでは、低所得、一般 1（グループホーム・ケアホーム利用者（所得割 16 万円未満）を含む）の場合、食材料費のみの負担となるため、実際にかかる額のおよそ 3 分の 1 の負担となります。

〔注：利用者負担を行うことにより、生活保護世帯の対象に該当する場合は、生活保護の対象とならない額まで定率負担の月額上限額や食費等実費負担額を引き下げます。〕

（2）（1）以外のサービス

下記①～③のサービスについては、介護給付費等の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いただきます。

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、相当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 10 日程度前までにご説明します。

- ①特別なサービスの提供とこれに伴う費用
- ②訓練等給付費等から支給されない日常生活上の諸費用
- ③その他

(3) 利用料金・費用のお支払い方法

前記(1)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25日までに以下の方法でお支払いください。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

イ. その他〔 〕

6. 利用者がサービスを利用されなかった場合の対応について

通所により当事業所を利用されている利用者が、何らかの事情によりサービスの利用を取り消された場合等の対応は以下のとおりです。(契約書第14条参照)

サービス利用されなかった場合には、利用者及び家族の同意のもと、ご自宅等への訪問や電話等による相談・支援を行います。

①家庭等への訪問による相談・支援

常時サービスを利用されている利用者が、心身の状況の変化等により5日以上連続して利用されなかった場合、利用者の同意の下、その方のご自宅を訪問して、引き続きサービスをご利用いただくための支援や個別支援計画の見直し等を行います。

②電話等による相談・支援

急遽サービス利用を取り消された場合等、ご自宅等にお電話し、安否確認を含め必要な相談・支援を行います。

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第7条第6項参照)

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等の諸費用は、利用者の負担となります。)

* 本事業所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6：00です。
(窓口は、それぞれ利用されている事業所となります。)

8. 個人情報の保護について

事業者及び職員は、サービス提供に当たって知り得た利用者やその家族等の個人情報について、正当な理由がある場合を除き第三者に開示することはありません。又、個人情報を漏らすことがないように、必要な措置を講じます。

○個人情報管理責任者	常務理事	堀 浩二
個人情報管理者	管 理 者	成瀬裕崇

9. 虐待防止・身体拘束廃止等適正化について

事業者及び職員は、利用者の人権擁護・虐待防止のために虐待防止・身体拘束廃止等適正化の為の指針や責任者および委員会を設置する等、必要な体制を整備するとともにサービス従事者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

○虐待防止・身体拘束廃止等適正化責任者		管理者	成瀬裕崇
○虐待防止・身体拘束廃止等適正化委員会	委員長	管理者	成瀬裕崇
	副委員長	統括主任	今澤宏美
			(虐待防止マネジャー)

10. 苦情の受付について（契約書第17条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

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。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕	（正担当者）	管理者	成瀬裕崇
	（副担当者）	統括主任	今澤宏美

○受付時間

随時

○苦情解決責任者

理事 山田勝久

◆苦情受付ボックスは事務所前受付に設置しています。

◆苦情解決に関する情報公開は、光道園ホームページに掲載しています。

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住いの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見等をいただいています。利用者及びその家族等は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員（次項）」に相談する事もできます。

〔第三者委員〕

白 井 尊 志	住所 〒913-0046 坂井市三国町北本町 3 丁目 2-12 電話 0 7 7 6 - 8 2 - 8 8 8 7 (白井労務管理事務所)
矢 納 正 人	住所 〒918-8162 福井市角原町 3 2 の 4 2 電話 0 7 7 6 - 2 1 - 6 7 2 7
永 松 真	住所 〒910-3604 福井市グリーンハイツ 2-127 電話 0 7 7 6 - 9 8 - 2 6 1 1

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

当事業所に対し市町村等から問い合わせ、指導等があった場合は、迅速、誠実に対応していきます。

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

越前町障がい生活課	電話 0 7 7 8 - 3 4 - 8 7 2 3
福井県社会福祉協議会	電話 0 7 7 6 - 2 4 - 2 3 3 9
運営適正化委員会（ハート支援室）	電話 0 7 7 6 - 2 4 - 2 3 4 7
出身市町村	電話

1 1. 緊急時の対応方法

利用者の容態に急変等があった場合は、協力医療機関に連絡する等必要な処置を講ずるほか、下記の家族等へ速やかにご連絡します。

氏 名		
住 所		
電話番号		(携帯)
続 柄		

○協力医療機関

鯖江市旭町 4-4-9 木村病院

1 2. 非常災害対策

防災時の対応	消防計画及び自衛消防組織により対応、地元朝日区との相互協力あり
防災設備	全館スプリンクラー設置、非常通報装置、火災報知設備設置
防災訓練	利用者参加の上、年 2 回地元和田区と協力し実施
防火責任者	管理者：成瀬裕崇

1 3. 重要事項説明書の内容に変更がある場合

勤務状況（体制）、利用料の改定があった場合は事前に（10 日程度）書面等にてご説明させていただきご同意をいただきます。

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス事業（就労継続支援 B 型事業）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。

施設名： 就労支援事業所 「フ・クレール」

説明者職名： 氏 名： 成瀬 裕崇 印
今澤 宏美 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、指定障害福祉サービス事業
（就労継続支援 B 型事業）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

身元引受人又は

代理人住所 〒

氏 名 印

この重要事項説明書は、社会福祉法第 76 条に基づく、厚生労働省令第 171、172 号
に基づき（令和 7 年 4 月 1 日）利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作
成したものです。