

社会福祉法人 緑水会
指定就労継続支援（B型）ひのきのその 重要事項説明書

（令和 7 年 6 月 24 日現在）

1 事業者の概要

名称	社会福祉法人 緑水会
法人所在地	〒190-0214 東京都西多摩郡檜原村 5650 番地 8
連絡先	電話番号 042-598-0333 FAX 番号 042-598-0334
代表者氏名	理事長 岡部 義和

2 事業所の概要

事業所の名称	ひのきのその
事業の種類	就労継続支援 B 型
事業所の所在地	〒197-0834 東京都あきる野市引田 18 番地 5（15 街区 12）
事業所の連絡先	電話番号 042-518-7533 FAX 番号 042-518-7532
事業所番号	1315400026（平成 23 年 4 月 1 日指定）
事業所開設年月日	平成 23 年 4 月 1 日
主たる対象者	精神障害者
定員	20 名

3 サービスの目的・運営方針

目的	利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、就労の機会提供するとともに、生産活動その他の活動の機会を通じて、その知識及び能力の向上に必要な訓練、その他の支援を行います。
運営方針	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った就労継続支援（B 型）のサービスを提供します。関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図ります。

4 職員の勤務体制・配置

職種	勤務体制
管理者	常勤 1 名
サービス管理責任者	常勤 1 名
職業指導員	1 名以上
生活支援員	1 名以上
目標工賃達成指導員	1 名以上

5 事業所の設備等の概要

①施設

構造	3 階建 鉄骨造
建物総床面積	532.58 m ² (敷地面積 373.00 m ²)

②主な設備

1 階	玄関	10.80 m ²	作業室（下請）	68.16 m ²
	ELV ホール	27.10 m ²	倉庫	9.89 m ²
	ELV	4.14 m ²	土間	4.41 m ²
	階段	5.71 m ²	車椅子トイレ	4.62 m ²
	階段下収納	7.25 m ²	男女トイレ×3	7.92 m ²
2 階	階段	17.67 m ²	倉庫	7.00 m ²
	ELV ホール	15.49 m ²	食品保管庫	2.80 m ²
	ELV	4.14 m ²	給食用倉庫	4.00 m ²
	調理室（作業室）	67.90 m ²	食堂（多目的室）	63.90 m ²
	作業準備室	14.50 m ²	収納×2	2.91 m ²
	厨房用更衣室	6.20 m ²	車椅子トイレ	3.79 m ²
	厨房用トイレ×2	5.28 m ²	男女トイレ×3	7.92 m ²
3 階	階段	17.67 m ²	書庫	8.46 m ²
	ELV ホール	15.06 m ²	相談室	7.31 m ²
	ELV	4.14 m ²	倉庫	5.13 m ²
	給湯スペース	3.94 m ²	相談支援室	14.37 m ²
	事務室	43.00 m ²	予備室	9.18 m ²

6 サービス提供の内容

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。
生産活動	生産活動の機会を提供します。 ① 自主製品の製造 ・製菓（クッキー、マフィン等） ・その他食品（ジャム等） ・雑貨 ② 下請 ・自動車部品の組立、加工 ・電気部品の組立、加工 ・ビニール製品の組立、加工 ・紙製品の組立、加工 ③ 販売 ・バザー出店等

工賃の支払い	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。
就労支援	就労希望者の相談に応じ情報提供、アセスメントを行い、一般就労へ向けた準備を支援します。ハローワーク等の関係機関と連携し、必要に応じて同行します。
日常生活支援	利用者及びその家族、関係機関からの電話相談、面接に応じ、通院や服薬、対人関係等の支援を行います。
個別支援計画書の作成	一人一人に適した支援が行えるよう利用者の希望や課題をもとに、個別支援計画書を作成します。
ミーティング	毎日、朝と帰りにミーティングを行います。週に一回、拡大ミーティングを行います。
健康管理	ミーティング後にストレッチ体操を行います。希望者には昼休みにウォーキングを行います。また希望者には健康診断を行います。
食事サービス	利用者の身体状況や嗜好に配慮した昼食を提供します。

7 利用料金

障害福祉サービス利用者負担額	厚生労働大臣が定める基準額の1割。ただし各区市町村長が定めた利用者負担上限月額を上限とします。
昼食費	1食につき 300 円
行事等参加費	行事等に参加される方は、内容に応じて実費負担が生じる場合があります。
その他	以下のサービスを希望される方には、自己負担が生じます。 ・コピーサービス 1枚につき 10 円 ・電話代 1回につき 10 円 ※サービスを受ける際にお支払いください。

このほか、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、その実費について利用者の負担になります。

※なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費・介護給付費の額については、利用者に別途通知します。

8 交通費

利用にかかる交通費は、事業者が別に定める交通費助成要項に基づき助成を行います。

9 支払方法

上記利用料金の支払いは、1 か月ごとに計算し、翌月 15 日までに請求しますので、末日までにお支払いください。

10 入退所

(1) 入所

- ①指定就労継続支援施設の障害福祉サービスについて訓練等給付費の支給決定を受けた方で、当事業所に入所を希望される方には、当事業所のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ②入所が決定した場合は契約を締結します。契約の有効期間は訓練等給付費支給決定の期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③入所に際しては、適切なサービスを提供するために、心身の状況、病歴等を把握させていただきます。

(2) 契約の終了

- ①利用者が退所を希望される場合は、退所届を提出していただくことにより、この契約を解除することができます。
- ②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③利用者がサービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらずお支払いいただけない場合、または利用者が当事業者や職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除し、退所していただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。
- ④長期に欠席をする等、通所することが難しいとみなされる場合は、利用契約の解除について調整させていただきます。
- ⑤やむを得ない事情により当事業所を閉鎖または縮小する場合、契約を解除し、退所していただく場合があります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ①利用者が他の就労継続支援B型事業所等に入所した場合
- ②就労継続支援B型事業所の訓練等給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
- ③利用者が亡くなった場合

11 当事業所ご利用に際し留意いただきたい事項

事業所内の利用	事業所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ことがあります。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。
---------	---

宗教活動・政治活動等	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動等のご遠慮ください。
------------	--

このほか、事業所が別に定める利用規則の内容を守ってください。

1 2 緊急時の対応方法

利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族等へ速やかにご連絡します。

1 3 協力医療機関

当事業所は下記の医療機関と協力し、利用者の病状の急変等に備えています。

医療機関名	秋川病院 院長 植田宏樹
所在地	東京都あきる野市平沢 472
電話番号	042-558-7211

1 4 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理責任者	大野弥太郎
避難訓練	利用者も参加の上、年 4 回実施します。
防災設備	・ 自動火災報知設備 ・ 誘導灯及び誘導標識 ・ 消火器 ・ 非常放送設備 ・ 非常食 等

1 5 この契約に関する苦情・相談窓口

①当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	苦情解決責任者 苦情受付担当者	管理者 サービス管理責任者	富永知里 大野弥太郎
電話番号	042-518-7533		
受付時間	9:00～17:00（土日・祝日、年末年始を除く）		

②第三者委員による相談・苦情窓口

第三者委員	小林泰代	三谷泰子
電話番号	042-598-0129	042-588-5248

③福祉サービス運営適正化委員会による相談・苦情窓口

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
連絡先	電話番号 03-5283-7020 FAX 番号 03-5283-6997
受付時間	9:00～17:00（土日・祝日、年末年始を除く）

(契約をする場合は本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有すること)

令和 年 月 日

指定就労継続支援（Ｂ型）ひのきのそのの利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地) 東京都あきる野市引田 18 番地 5 (15 街区 12)

(名称) 指定就労継続支援（Ｂ型）ひのきのその 印

(説明者) 印

私は契約書及び本書面により、これから入所する指定就労継続支援（Ｂ型）ひのきのそのの重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所)

(氏名) _____ 印