

障害者就労トライアルセンターボイス（指定就労選択支援事業所）
重要事項説明書

あなたに対する指定障害福祉サービス提供の開始にあたり、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	社会福祉法人 楽晴会
所 在 地	青森県三沢市大町2丁目6番27号
電 話 番 号	0176-53-3550
代表者氏名	理事長 齊藤 淳
設 立 年 月	昭和42年5月5日

2. 利用施設

事業所の種類	指定就労選択支援事業所（令和7年10月1日指定）
事業所の名称	障害者就労トライアルセンターボイス
事業所の所在地	青森県三沢市大字三沢字堀口164-1
連 絡 先	電話番号：0176-58-5660 FAX：0176-58-5661
管 理 者	
サービスの実施地域	三沢市、上北郡（おいらせ町、東北町、六戸町）
主たる対象者	実施地域内の知的・身体・精神・発達障害者・その他難病等
定 員	10名
開設年月日	令和7年10月1日
事業所番号	0211500061

3. サービスの目的・運営方針

目 的	通所により、短期間の生産活動その他の活動の機会を通じて、就労に関する適性、知識及び能力の評価その他の便宜を適切かつ効果的に行います。
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できるよう、利用者の意思及び人格を尊重して、常にその立場に立った支援の提供や関係機関との連携に努め、関係法令を遵守して事業を実施します。

4. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（ただし12月31日から1月3日までを除く）
定休日	土曜日、日曜日、祝祭日（ただし行事实施日は除く）
時 間	9：00～16：00

※ただし、職場実習等においては、原則その職場が指定する勤務日・時間をもってサービス提供日及びサービス提供時間とする。なお、職場実習等においては、公共職業安定所等との連携をとるものとする。

5. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建物	構 造	鉄筋造平屋建て 1 階 (耐火建築物)(耐震構造)
	敷地面積	2,749.24 平方メートル
	延べ床面積	497.58 平方メートル

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
訓練室	1 室	30.00 平方メートル
作業室	1 室	34.20 平方メートル
介護室	1 室	40.00 平方メートル
相談室	1 室	8.00 平方メートル
休憩室	2 室	各室 10.00 平方メートル
浴 室	1 室	7.50 平方メートル
洗面所	1 箇所	6.00 平方メートル
便 所	5 箇所	男子 2 箇所、女子 2 箇所、多目的 1 箇所

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。

6. サービス提供職員の設置状況

職 種	員 数	備 考
管理者	1 人	
就労選択支援員	1 人以上	15 : 1 人以上配置。

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(週 40 時間)で除した数です。

(ア) 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(7:30～17:30の間 8時間)
就労選択支援員	正規の勤務時間帯(7:30～17:30の間 ～8時間)

7. サービス提供の内容

(1) 訓練等給付費支給対象サービス内容

種 類	内 容
アセスメントの実施	短期間の生産活動その他の活動の機会を通じて、就労に関する適正等の事項の整理を行います。
多機関によるケース会議の開催	アセスメントの結果の作成に当たり、その他の期間に対し、会議への参加その他の必要な協力を求めます。
アセスメント結果の作成	利用者及び市町村、その他の関係機関の担当者を収集して会議を開催し、利用者の意向を改めて確認するとともに、担当者等に意見を求めます。
事業者等と連絡調整	アセスメントの結果に係る情報を利用者及び指定特定相談支援事業者等に提供します。
生活相談	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て、適切な相談・助言・援助等を行います。
健康管理	日常生活上必要な体調チェックや服薬その他必要な管理等の支援を行います。また医療機関との連絡調整及び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。
訪問支援	必要に応じて利用者や家族の同意のもと利用者宅を訪問し、適切な相談・助言・援助等を行います。
送迎サービス	必要に応じて希望により居宅等と事業所間において送迎を行います。
食事	希望により提供いたします。
その他	上記に附帯するその他必要な支援、相談、助言を行います。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス

種 類	内 容	金 額
食事	希望により提供いたします。	1食 400～500 円
活動及び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、負担していただくことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
その他	サービス提供記録の複写代など。 その他契約者及び連帯保証人と事業所の双方が協議し定めたもの。	10 円 実費

8. 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、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 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（利用者負担額といいます）。

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。

（２） 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「７．サービス提供の内容（２）介護給付費・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いただきます。

（３） 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１日前までに当事業所までお申し出ください。サービス利用日の１日前までに申し出のない場合は、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料（利用費の実費相当額） １日あたり	受給者証を参照
-------------------------	---------

（４） 利用料金のお支払方法

お支払方法は、口座自動引落となっております。引落日は毎月２７日となっております（引落日が、土曜日・日曜日・祝日となる場合は、翌営業日となります）。

毎月１５日までに前月分の請求書を郵送いたします。領収書発行については、引落が確認できましたら、翌月の請求書と一緒に発行いたします。

９．利用者の記録及び情報の管理等

（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。またその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、平日の９：００～１７：００です。

（２） 利用者の個人情報については個人情報の保護に関する法律を遵守し、適正な管理・取扱いを行います。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（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供をいたします。

（３） 事業所において専門職養成のための実習受入等を行う場合に、第三者に個人情報提供することがあります（実習依頼元との協定書や実習生との誓約書等がある場合に限りです）。

１０．緊急時の対応

利用者の急変等の緊急時には、下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡するほか、医療機関への連絡等必要な対応を行います。

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：
緊 急 連 絡 先②	住 所： 電 話 番 号： 氏 名： 続 柄：

11. 要望・苦情等申立先及び虐待の防止のための措置

(1) 要望・苦情等申立先

<当事業所ご利用相談窓口>

苦情受付担当者	管理者 小笠原 麻衣子
苦情解決責任者	拠点長 吉田 博之
ご利用時間	9:00～17:00
連絡先	電話番号：0176-58-5660

<楽晴会第三者委員>

苦情受付窓口	法人本部
ご利用時間	9:00～17:00
連絡先	電話番号：0176-53-3550

<行政機関その他苦情受付機関>

三沢市役所	所在地	青森県三沢市幸町3丁目11番5号
健康福祉部 障がい福祉課	連絡先	0176-51-8772
福祉サービス相談センター (青森県運営適正化委員会)	所在地	青森市中央三丁目20番30号 (県民福祉プラザ内)
	連絡先	電話番号：017-731-3039 (月～金 8:30～17:00) FAX:017-731-3098

(2) 虐待の防止のための措置

本事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

①虐待の防止に関する責任者の選定

虐待防止に関する責任者	拠点長 吉田 博之
-------------	-----------

②成年後見制度の利用支援

③苦情解決体制の整備

④従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

<虐待防止に関する相談窓口>

虐待防止に関する 相談窓口	担当者	上北地域県民局 地域健康福祉部 福祉こども総室（上北地方福祉事務所）
------------------	-----	---------------------------------------

	所在地	上北郡七戸町字蛇坂 5 5 - 1
	利用時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5
	連絡先	電話番号 : 0 1 7 6 - 6 2 - 2 1 4 5 F A X : 0 1 7 6 - 6 2 - 2 4 5 4

1 2 . 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 みさわクリニック		
医 院 長 名	菊池 弘美		
所 在 地	青森県三沢市大町 2 丁目 7 - 1 2		
電 話 番 号	0 1 7 6 - 5 3 - 3 7 3 9		
診 療 科	自費	入 院 設 備	なし

1 3 . 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘 導 灯 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・非常用電源 有 ・スプリンクラー 無 ・室内防火栓 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水） （その他・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年 1 回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防火管理責任者	小笠原 國男
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：株式会社損保ジャパン保険 加入保険内容：社会福祉施設総合損害補償

1 4 . 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	当事業所の設備、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	全室禁煙です。
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希望により事業所にて管理をいたします。紛失のついては責任を負えかねますのでご了承ください。

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。
その他	個人的な金品の授受は禁止です。 その他管理者が定めたこと。

15. 契約の期間

(1) 利用者は、指定就労選択支援の利用の契約を終了する場合は30日以上予告期間において文書で事業所に通知することにより契約を解除することができます。また、事業者もしくはサービス提供職員が以下の事項に該当する行為を行った場合には、利用者はただちに契約を解除することができます。

- ① 事業者若しくはサービス提供職員が正当な理由なく契約に定める障害福祉サービスを実施しない場合。
- ② 事業者が秘密保持（守秘義務）に違反した場合。
- ③ 事業者が社会通念に逸脱する行為を行った場合。
- ④ 他の利用者が利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 事業者は、やむを得ない事情がある場合には、利用者に対し、30日間の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することによりこの契約を解除することができます。但し、利用者が以下の事由に該当する場合には、ただちに契約を解除する。

- ① 利用者が事業所に支払うべきサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し期間を定め再三催促したにもかかわらず支払わない場合。
- ② 利用者が、故意又は重大な過失により事業者もしくはサービス提供職員に生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合。
- ③ 利用者がこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めた場合。また、利用者及びその家族等が、事業所や事業所の職員に対して禁止行為（下記）を繰り返す等、正常な業務継続することが困難な行為を行った場合
 - (i) 事業所の職員対して行う暴言、暴力、誹謗中傷、嫌がらせなどの迷惑行為
 - (ii) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
 - (iii) サービス期間中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載する事。
- ④ 天災、災害その他やむを得ない理由により事業所を利用させることができない場合。
- ⑤ 利用者が連続して3ヶ月を越えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合または現に連続して3ヶ月を越えて入院した場合。
- ⑥ 利用者が死亡した場合。

この契約の期間は、 年 月 日から 年 月 日とします。

ただし、利用者から事業者に対し文書により契約終了の申し出がない場合、かつ、障害福祉サービス受給者証の支給期間が更新された場合、契約は自動更新されるものとします。

指定就労選択支援事業の提供及び利用の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者)

住 所：青森県三沢市大字三沢字堀口 1 6 4 - 1

名 称：社会福祉法人 楽晴会

代表者：理事長 齊藤 淳

(説明者)

事業所：障害者就労トライアルセンターボイス

職 名： _____ 氏 名： _____

私は、本書面に基づいて事業者から指定就労選択支援事業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。

(利用者)

住 所：

氏 名：

(連帯保証人)

住 所：

氏 名：

続柄：

契 約 日 年 月 日

契約終了日 年 月 日