

P.P.P.オールスターズ！福田

重 要 事 項 説 明 書

（令和3年度版）

当事業所では、**就労継続支援A型事業**及び**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条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容及び契約上
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	1
2. 利用事業所	1
3. サービスに係る設備等の概要	1
4. 従業員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減	3
6. 利用者が入院された場合の対応について	9
7. 非常時の対応	9
8. 利用者の記録や情報の管理・開示について	10
9. 人権擁護及び虐待防止のための措置	10
10. なんでも相談の受付について	10
11. 虐待（権利侵害）相談受付について	11
重要事項の説明確認	13

社会福祉法人 P.P.P.
オールスターズ！福田
当事業所は岡山県の指定を受けています。
（ 岡山県指定 第3310201953号 ）

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 P.P.P.
代表者氏名	理事長 西 江 嘉 彰
法人の設立年月日	昭和 55 年 11 月 11 日
所在地	岡山県倉敷市福田町福田 2 1 2 2 - 1
電話番号	0 8 6 - 4 5 5 - 8 5 8 5
e - m a i l	hmwr@po.harenet.ne.jp
URL	http://www.3flower.jp/

2. 利用事業所

事業所の種類	平成 24 年 4 月 1 日指定 岡山県 第 3 3 1 0 2 0 1 9 5 3 号	
事業所の名称と目的	P.P.P.オールスターズ！福田	
	<p>＜就労継続支援A型事業＞</p> <p>企業に就労することが困難な者であって、雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な 65 歳未満の者に対し、生産活動及びその他必要に応じた活動の機会を提供し、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練・支援を行う。</p>	<p>＜就労継続支援B型事業＞</p> <p>就労移行支援事業等を利用したが企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者に対し、生産活動及びその他必要に応じた活動の機会を提供し、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練・支援を行う。</p>
主たる対象者	<p>特になし</p> <p>※身体障害の方については障害の状況により対応の可否を判断いたします。</p>	
事業所の所在地と連絡先	<p>岡山県倉敷市福田町福田 2 1 2 2 - 1</p> <p>TEL：0 8 6 - 4 5 5 - 8 5 8 5（代表）</p> <p>0 8 6 - 4 7 6 - 8 5 8 4（直通）</p> <p>FAX：0 8 6 - 4 5 5 - 5 3 2 3</p>	
管理者	田 上 哲 也	
サービス管理責任者	田 上 哲 也	
事業所の運営方針	<p>利用者様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、就労の機会を提供するとともに、生産活動及びその他必要に応じた活動の提供を通じて、その知識及び能力の向上のための訓練・支援を行う。</p>	
事業所の開設	平成 24 年 4 月 1 日	
定 員	10 名	10 名

3. サービスに係る設備等の概要

（1）施設設備の概要

施設設備の種類	就労継続支援A型	就労継続支援B型	備 考
---------	----------	----------	-----

洗面所	3ヶ所	3ヶ所※	※A型・B型兼用
便 所	2ヶ所	2ヶ所※	※A型・B型兼用
更衣室	1ヶ所	1ヶ所※	※A型・B型兼用
訓練・作業室	1ヶ所	1ヶ所	
相談室	1ヶ所	1ヶ所※	※A型・B型兼用

*当事業所では、上記の施設・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、障害福祉サービス（就労継続支援A型事業・就労継続支援B型事業）のサービス提供に設置が義務付けられている施設・設備です。これらのご利用については、利用者に特別ご負担いただく費用はありません。

（２）施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所において、事業所の設備、備品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。以下のご利用により破損、故障等が生じた場合、賠償していただきます。

- ① 管理者の許可なく掲示物等を壁面や備品に貼ること、釘やフック類を打つことはご遠慮ください。
- ② 当施設内の設備、器具は本来の用途、使用方法に従ってご利用ください。
- ③ 日常生活に必要な危険物や火気は持ち込まないでください。

4. 従業員の配置状況

従業員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、利用者様に対して障害福祉サービスを提供する者として、下記の職種の従業員を配置しています。

<主な従業員の配置状況>

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 管理者	1 名	1 名（兼務）		1 名
2. サービス管理責任者	1 名	1 名（兼務）		1 名

【就労継続支援A型事業】

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 職業指導員	1 名	1 名		1.0 名
2. 生活支援員	0.4 名	1 名		
3. 賃金向上達成指導員配置	1 名	1 名		1.0 名

【就労継続支援B型事業】

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 職業指導員	1 名	1 名		1.0 名
2. 生活支援員	0.4 名	1 名（兼務）		
3. 目標工賃達成指導員	1 名		1 名（兼務）	1.0 名

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

例・・・1日4時間、週5日勤務の従業者（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。

＜主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）＞

職 種	就労継続支援A型事業	就労継続支援B型事業
	8:00～17:00	9:00～16:00
1. 職業指導員	1名	1名
2. 生活支援員	0.4名	0.4名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減

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 訓練等給付等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

当事業所が提供するサービスについては、食費を除き、サービス利用料金全体のうち9割が訓練等給付費等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、訓練等給付費等が給付される場合でも、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、サービス利用料金全額を事業者にお支払頂きます。この場合は「サービス提供証明書」を発行いたします。

※ 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に支払い、後に支払額のうち9割が市町村から利用者に返還されるものです。

●サービス提供の内容

全てのサービスは、「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、利用者様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、利用者様の同意をいただくものです。

なお、「個別支援計画」の写しは、利用者様に交付いたします。

i 食事の提供

食事提供を受けられる方へは、ご希望に対して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。

当事業所の食事時間は次のとおりです。

昼食（12:30～13:30）※コロナ対策で密にならない対策をとっています。

ii 健康管理

常に利用者様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。服薬管理は、法人内の看護職員と相談の上、行います。

＊ 利用者様が、専門医師等の診断・治療を要することになった場合には、下記の指定協力医

療機関において受診・治療を受けることができます。

- * 在宅利用者様及び自主通院が可能な利用者様は、原則各自でお願いします。
- * 利用者様の病状急変等の緊急時は、速やかに医療機関への通院及び関係機関への連絡等を行います。

指定協力医療機関

医療機関の名称	連絡先	診療科
水島中央病院	4 4 4－3 3 1 1	内科・整形外科・外科ほか
水島第一病院	4 4 4－5 3 3 3	内科・整形外科・外科ほか
倉敷中央病院	4 2 2－0 2 1 0	内科・整形外科・外科ほか

iii 相談及び援助

当事業所では、常に利用者様の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。また、利用者様や御家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い、常に連携をはかります。

iv 生産活動の実施、就労を目的とした訓練・指導等

【就労継続支援A型事業の場合】

当事業所内等で、原則として雇用の契約に基づき継続した就労の機会を提供するとともに、生産活動及びその他必要に応じた活動の機会を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練・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 金属部品等の製造等・・・8:00～17:00

※ 雇用利用者様一人あたりに対するサービス提供時間は「オールスターズ！福田 従業員 就業規則」及び雇用契約書によります。ただし、下記の場合には上記に定めたサービス提供時間を下回る場合があります。

ア 自然災害や感染症により作業の提供が出来ないと判断した場合

イ 本人の都合により、欠勤・早退・遅刻を申し出られた場合

ウ 作業量の減少により作業量が確保出来ない場合

※ 利用者様一人あたりに対するサービス提供日数は、原則として各月の日数から8日を引いた日数を上限とし、「原則の日数」を越える支援が必要となる場合は、その月を含む3ヶ月以上1年以内に日数の調整をします。

【就労継続支援B型事業の場合】

当事業所内等で、雇用契約を締結しない生産活動及びその他必要に応じた活動の機会を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練・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 金属部品等の製造に伴う補助的な作業等・・・9:00～16:00

※ 利用者様一人あたりに対するサービス提供時間は、8時間を上限とし、個別支援計画に基づき提供されます。ただし、下記の場合には上記に定めたサービス提供時間を下回る場合があります。

ア 自然災害や感染症により作業の提供が出来ないと判断した場合

イ 本人の都合により、欠勤・早退・遅刻を申し出られた場合

ウ 作業量の減少により作業量が確保出来ない場合

※ 利用者様一人あたりに対するサービス提供日数は、原則として各月の日数から8日

を引いた日数を上限とし、「原則の日数」を越える支援が必要となる場合は、その月を含む3ヶ月以上1年以内に日数の調整をします。

v 給与・工賃の支払

【就労継続支援A型（雇用者）の場合】

時給は雇用契約書により定められた金額を給与として支払います。

（2020年度実績） 平均時給 **858 円**

【就労継続支援B型の場合】

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より工賃を算出し、生産活動に従事した時間分を利用者様にお支払い致します。

（2020年度実績） 平均時給 **152 円**、2021年度時給 **180 円の予定**。

vi 通勤支援について

事業所への通勤は、原則自主通勤となります。（入所施設からの通勤を含む）

通所は、ご本人およびご家族、身元引受人の責任のもと行ってください。通所中に発生した緊急時の対応は、可能な限り事業所で行います。

※ 就労継続支援B型をご利用の方は、事業所での保障が困難な場合がございますので、各自損害保険等へのご加入をお勧めいたします。

※ 就労継続支援A型をご利用の方は、届け出のルート以外での事故に関して、事業所での保障が困難な場合がございますので、各自損害保険等へのご加入をお勧めいたします。

vii サービス利用料金（1日あたり）

利用者様は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）から、訓練等給付費等の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担）と食費の合計金額を、事業所にお支払いただきます。事業者は、サービス利用料金の内、市町村から訓練等給付費等として代理して受領した額については、別途利用者にお知らせします。

（別途、個別減免等の負担軽減措置がございます。）

1. 利用されるサービスと料金 ※日額	就労継続支援A型事業(I)	就労継続支援B型事業(I)
	7240 円	6310 円
2. うち、訓練等給付費等より給付される金額 ※日額	6516 円	5679 円
3. うち、サービス利用に係る自己負担額(定率負担)(1-2) ※日額	724 円	631 円
4. 食事に係る自己負担額 ※日額	昼食：555 円 ※1 食材費相当額 350 円	昼食：555 円 ※1 食材費相当額 350 円
5. ご負担額合計(3+4) ※日額	1074 円	981 円

○各種加算等についても、該当する場合はその単価（全体額の1割＝利用者負担）が加わりま

す。

- * 賃金向上達成指導員配置加算（A型）→70 円（日額）
- * 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)→6 円（日額）（A 型・B 型）
：常勤職員が全体職員の 75%以上又は勤続 3 年以上の常勤職員が全体職員の 30%以上、配置している為、加算されます。
- * 目標工賃達成指導員配置加算（B型のみ）→89 円（日額）
：目標工賃達成に向けて専門の職員を配置している為、加算されます。
- * 重度者支援体制加算(Ⅱ)（B型のみ）→2 8 円（日額）
：年金 1 級の受給者が利用者の 2 5 %以上 50%未満利用されている為、加算されます。
- * 食事提供体制加算（A型・B型） →30 円（日額）
：法人本部での喫食をされた場合、加算されます。
- * 欠席時対応加算（A型・B型）→月 4 回を限度に 1 回 94 円
- * 利用者負担上限額管理加算 →150 円（月額）
：複数の事業所を利用される利用者が負担合計額の管理を依頼され、行った場合、加算されます。

○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。

<サービス利用の取り消し（キャンセル）について>

*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までお申し出ください。

*なお、サービス利用日（休日を含まない）の 3 日前までに申し出のない場合（体調不良によるキャンセルも含む）、天災その他社会情勢により当事業所が営業できない場合においても、食事提供システム上、食事に係る自己負担相当額をキャンセル料としてご負担いただきます。

<サービスを利用されなかった日における対応について>

通所による（施設入所支援を利用しない）利用者が、なんらかの理由でサービスを連続して開所日の 5 日間以上利用されなかった場合には、①家庭等への訪問による相談・支援を実施する場合があります。また急病等により急遽、利用を中止された場合には②電話等による相談・支援を実施する場合があります。その場合に対象となった利用者にお支払いいただく 1 日あたりの利用料金は、下記のとおりです。

① 家庭等への訪問による相談・支援（月 2 回まで）

内 容	欠席時の対応<訪問>	金 額
1. サービス利用料金	月 2 回を限度として 1 回あたり	
	① 1 時間まで	① 1,870 円
	② 1 時間を超えた場合	② 2,800 円
2. うち、訓練等給付費等より給付される 金額		① 1,683 円
		② 2,520 円

3. 自己負担金（1－2）		① 187 円 ② 280 円
---------------	--	--------------------

② 電話等による相談・支援（月 4 回まで）

内 容	欠席時の対応＜訪問＞	金 額
1. サービス利用料金	月 4 回を限度として、 1 回あたり	① 940 円
2. うち、訓練等給付費等より給付される 金額		② 846 円
3. 自己負担額（1－2）		94 円

＜利用者負担の減免について＞

[利用者負担に関する上限]

1 か月あたりのサービス利用に係る「定率負担」については、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、それ以上の負担は必要ありません。

ここでいう世帯とは、本人及び配偶者の事を言います。

区分	世帯の収入状況	1 か月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得 1	市町村民税非課税世帯でサービスを利用するご本人の収入が 80 万円以下の方	0 円
低所得 2	市町村民税非課税世帯（障害者を含む 3 人世帯で障害基礎年金 1 級を受給している場合、概ね 300 万円以下の収入に相当）	0 円
一 般	市町村民税課税世帯（所得割 16 万円未満） 上記以外	9,300 円 37,200 円

＜個別減免について＞

通所系サービスの利用にあたっては、利用者が低所得の区分である場合、食材料費のみの負担となる為、食費額全体の 3 分の 1（材料費のみ）の負担となります。

（2） 訓練等給付費等の給付対象とならない（1）以外のサービス

下記のサービスについては、訓練等給付費等の給付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内容ならびに変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

① 食事の提供とこれに伴う費用

- ・ 利用者のご希望により、食事を提供します。
- ・ 食費（昼食） 555 円 ※内、食材料費相当額 350 円

- 給食は、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。
 - 《健康食》 低カロリー食（1800kCal 及び 1600kCal）
 - 《刻み食》 希望に応じて、粗～細に刻んだ食事を提供
 - 《減塩食》 塩分を控えめにした食事（目安：1食7g）
 - 《貧血食》 鉄分の補助食品を提供
 - 《低コレステロール食》
 - コレステロールを低くした食事（目安：300mg）
 - 《腎臓食》 カリウムを除去した食事（減塩）
 - 《病人食》 ご希望の方にはうどんやお粥を提供します。
- 弁当等外部の食事を提供した場合は、実費となります。その際は通常料金との差額を請求もしくは返金させていただきます。
- 食事の配膳、摂取は原則セルフサービスです。
- 食品衛生上、調理後2時間を経過したものは、廃棄します。

② 特別なサービスの提供とこれに伴う費用

種 類	内 容	金 額
預り金管理	<ul style="list-style-type: none"> お預かりするもの：事業所の指定する金融機関に預け入れている通帳及び日常必要な少額の現金、金融機関届出印、年金証書 保管管理者：田上 哲也 出納責任者：木山 雄 <p>※入出金については、責任を持って行い、金銭出納帳を作成します。</p> <p>※利用者はいつでも出入金記録を閲覧できます。</p>	月額 1,000 円
代行サービス	<ul style="list-style-type: none"> 市外への薬受取や買い物、公共機関への事務取次等の代行を行います。 <p>※グループホーム。ケアホームをご利用の方は原則世話人（もしくはヘルパー）が行うサービスです。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p> <p>※在宅の方は、ヘルパーをご利用ください。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p>	20 円/ km のガソリン代
同行サービス	<ul style="list-style-type: none"> 市外への通院や利用者の依頼による外出、帰宅の送迎等を行う場合は、付き添い同行します。なお職員の勤務が調整できない場合は、お断りすることもあります。 駐車料金・運賃・高速料金等は自己負担となります。 <p>※グループホーム・ケアホームをご利用の方は原則世話人（もしくはヘルパー）が行うサービスです。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p>	<p>20 円/km のガソリン代</p> <p>※（参考）福祉有償運送料金： 100 円/1km 及び待ち料金 10 分以上5分毎に 100 円加算</p>

	※在宅の方はヘルパー及び福祉有償運送をご利用ください。（別途申請・登録が必要です。）できない場合のみ右記の金額で提供します。	
申請書類 代行サービス	・行政機関等での各種申請・関係書類など家族で申請書類が記入できない場合、代行します。 （療育手帳書き換え・重心医療申請・自立支援医療申請・障害年金の申請）	1,000 円／1 通
複写物の 交付	・領収証の発行はできません。	1 0 円／1 枚
各 種 証 明 書 の発行	・在園証明書等 ・領収書が必要な方には発行いたします。	1 0 0 円／1 部

（３） 利用料金・費用のお支払方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ① 利用者の指定金融機関の口座から自動引落としとする方法
- ② 直接事業所もしくは法人本部の窓口でお支払いいただく方法
- ③ 事業所指定の金融機関の口座に振込んでいただく方法

【指定金融機関】振 込 先：香川銀行倉敷支店

口座名義：社会福祉法人 P.P.P.

オールスターズ！福田

管理者 田上 哲也

口座番号：普通預金 3525409

※ 振込手数料は、利用者の方の負担となりますので、請求額に合わせて振り込んでください。

6. 利用者が入院された場合の対応について

当事業所をご利用の期間において、医療機関への入院の必要が生じ、3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当事業所を再び優先的に利用することはできません。

7. 非常時の対応

＜事故発生時の対応＞

サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

＜非常時の対応＞

別途定める「社会福祉法人 P.P.P. 消防計画」により、対応します。

＜平常時の訓練＞

別途定める「社会福祉法人 P.P.P. 消防計画」により、原則年 2 回避難訓練・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。

<防災組織>

自動火災報知機・誘導灯・消火器

<消防計画>

消防署への届出：毎年4月提出

防火責任者：木山 雄

8. 利用者の記録や情報の管理・開示について

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などの諸費用は、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並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等を行った場合の状況や緊急止むを得ない理由など
- (5) 利用者からの苦情・要望の内容
- (6) 事故の状況及び事故に際しての対応
 - ◆ 保存期間は、サービス提供完了から5年間です。
 - ◆ 閲覧・複写ができる窓口業務は、午前9:00～午後5:00です。
(窓口は、それぞれが利用されている事業所となります。)

9. 人権擁護及び虐待防止のための措置

(1) 人権擁護及び虐待防止

利用者の支援や援助、介助に当たる職員は、利用者に対し身体的又は精神的虐待を行わないだけでなく、積極的に人権を擁護します。

(2) 身体拘束

当事業所は、利用者の身体的拘束を行いません。万一利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するため、緊急止むを得ないことがあると予想される場合、家族の「利用者の身体拘束に伴う同意書」に同意を受けたときのみ行います。

(3) 個人情報保護

当事業所及び職員は、利用者に対するサービスの提供にあたり、知り得た利用者に関する各種情報を外部に洩らしません。又他の事業者等に対して情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者又はその家族の同意を得ます。

事業所は、その従業員が退職後、在職中に知り得た利用者に関する情報を洩らすことのないよう、必要な措置を講じます。

10. なんでも相談の受付について

(1) 当事業所における、なんでも相談（苦情・要望等）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。

- なんでも相談受付窓口（担当者）

〔氏 名〕 谷本 純平 〔職 名〕 支援員

連絡先 086-476-8584

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

○ なんでも相談解決責任者

〔氏 名〕 田 上 哲 也 〔職 名〕 管理者

○ 第三者委員

〔氏 名〕 平 松 正 臣 〔所 属〕 元ノートルダム清心女子大学教授

連絡先：080-6155-7857 ※平日 18:00～20:00

〔氏 名〕 松 尾 忠 昭 〔所 属〕 元倉敷市社会福祉協議会 顧問

連絡先：086-455-4488 ※平日 19:00～21:00

〔氏 名〕 石 原 昌 子 〔所 属〕 倉敷市社会福祉協議会第3者委員

連絡先：086-455-8646 ※平日 19:00～21:00

◆ なんでも相談受付ボックスを作業場入口に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

倉敷市障がい福祉課	岡山県倉敷市西中新田 640 電話番号 086-426-3305
岡山県運営適正化委員会	岡山県岡山市北区南方 2-13-1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館内 電話番号・FAX 086-226-9400

11. 虐待（権利侵害）相談受付について

(1) 当事業所における、虐待案件の受付

当事業所における、虐待のご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○ 虐待受付窓口（担当者）

〔氏 名〕 谷本 純平 〔職 名〕 支援員

連絡先 086-476-8584

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

○ 虐待防止責任者

〔氏 名〕 田 上 哲 也 〔職 名〕 管理者

○ 虐待防止委員会 委員長

〔氏 名〕 西 江 嘉 彰

連絡先 090-6082-6428

○ 虐待防止外部委員

〔氏 名〕 平 松 正 臣 〔所 属〕 元ノートルダム清心女子大学教授

連絡先 080-6155-7857 ※平日 18:00～20:00

〔氏 名〕 松 尾 忠 昭 〔所 属〕 元倉敷市社会福祉協議会 顧問

連絡先 086-455-4488 ※平日 19:00～21:00

〔氏 名〕 石 原 昌 子 〔所 属〕 倉敷市社会福祉協議会第3者委員

連絡先 086-455-8646 ※平日 19:00～21:00

◆ なんでも相談受付ボックスで受け付けをしておりますので、ご利用ください。

(2) 行政機関その他の虐待相談受付機関

倉敷市障がい福祉課	岡山県倉敷市西中新田 640 電話番号 086-426-3305

12. 第三者評価の実施

(1) 実施しています。

【重要事項の説明確認】

令和 年 月 日

障害福祉サービス事業所に関するサービス（就労継続支援A型事業・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。

事業所名 P.P.P.オールスターズ！福田

説明者 職名 管理者 氏名 田上 哲也 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所（多機能型）に関するサービス（就労継続支援A型事業・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（本人代理）>

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

<成年後見人>※選任されている場合

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

