

# モデル重要事項説明書

(短期入所用)

この「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「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号平成18年9月29日）」第9条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

## 1 短期入所サービスを提供する事業者について

事業者名称	(法人格及び法人の名称を記載する)
代表者氏名	(役職名及び代表者氏名を記載する)
本社所在地 (連絡先)	(法人登記簿記載の所在地、連絡先部署名、電話・ファックス番号を記載する)
設立年月日	(法人設立年月日を記載する)

## 2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	(指定事業所名称を記載する)
サービスの 主たる対象者	身体障がい者 知的障がい者 障がい児（18歳未満の身体障害者及び18歳未満の知的障害者） 精神障がい者 難病患者等
福岡県（市） 指定 事業所番号	短期入所 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定）
事業所所在地	(事業所の所在地を記載する、 ビル等の場合には、建物名称、階数、部屋番号も記載する)
連絡先 相談担当者名	(連絡先電話・ファックス番号・部署名・相談担当者氏名を記載する)
事業所の通常の 事業実施地域	(運営規程記載の通常の事業実施地域を記載する)
事業所が行なう 他の指定障害福 祉サービス	居宅介護 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定） 施設入所支援 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定） 就労移行支援 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定） 生活介護 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定）

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	(運営規程の記載内容の要約を記載する)
運営方針	(運営規程の記載内容の要約を記載する)

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	(運営規程の記載内容を記載する)
営業時間	(運営規程の記載内容を記載する)

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	(運営規程の記載内容を記載する)
サービス提供時間	(運営規程の記載内容を記載する)

(5) 事業所の職員体制

事業所の管理者	(氏名を記載する)
---------	-----------

職種	職務内容	人員数
サービス提供責任者	・ ○○○…	常勤 人
生活支援員	・ ○○○… ・ ○○○…	常勤 人 非常勤 人
事務職員	・ ○○○…	常勤 人 非常勤 人

3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

	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。
保護	利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて必要な保護を行います。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ①入浴・排泄 必要に応じて介助や確認を行います。 ②起床・入床 起床時間(○○:○○から○○:○○)入床時間(○○:○○から○○:○○)本人の意思を尊重します。

	③着脱衣 必要に応じて介助、確認します。 ④整容 毎食後の歯磨き援助、介助、確認。洗面の援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。 生活のリズムを整えるような支援をします。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。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。
〇〇サービス	〇〇〇…

(メモ) 利用者との間に、提供サービスに関する疑義や誤解が生じないように、サービス内容については、できるだけ具体的に記述してください。

(2) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。利用者の方には、所得区分ごとの負担上限額に応じて、原則として利用料の1割を利用者負担額として負担していただくこととなります。

\* 世帯の所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

区分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一般1	市民税所得割 16(28)万円未満	9,300円 (4,600円)
一般2	市民税所得割 16(28)万円以上	18,600円

利用料金の目安は、表1(例)のとおりです。

表1 (例) 短期入所料金表

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
【1】福祉型短期入所サービス費(Ⅰ)	5064円	5803円	6449円	7815円	9190円	
【2】福祉型短期入所サービス費(Ⅱ)	1708円	2386円	3167円	5251円	6001円	
【3】送迎加算	1938円(片道)					

※福祉型短期入所サービス費(Ⅰ)が基本的な短期入所サービスの利用料金となりますが、短期入所サービス利用中に生活介護等の日中活動系サービスを利用された場合等は福祉型短期入所サービス費(Ⅱ)の料金となります。

(メモ) 料金の金額は、介護給付費を参考値として記載しています。  
 地域区分は勘案していませんので作成する際は、地域区分率等を含めて作成してください。  
 福祉型短期入所サービス費(Ⅰ)、(Ⅱ)の算定に際しては、昼食をどの事業所(短期入所事業所 or 日中活動系サービス事業所等)で食べたかによって判断してください。利用者さんが自宅で昼食を食べてから、短期入所事業所を利用した場合も福祉型短期入所サービス費(Ⅱ)を算定することになります。  
 送迎加算を実施していない事業所は送迎加算を削除して下さい。

内 容	利用料	利用者負担額	
【4】利用者負担上限額管理加算	1500 円	150 円	1 月あたり

※ 本事業所の体制又は、対応の内容等により下記の通り料金が加算されます。

#### 【5】(医療連携体制加算)

委託契約を結んだ医療機関等から派遣された看護師等から看護ケア等を受けた場合に加算されます。

- 医療連携体制加算(Ⅰ) 1日につき5210円
- 医療連携体制加算(Ⅱ) 1日につき2605円
- 医療連携体制加算(Ⅲ) 1日につき5210円
- 医療連携体制加算(Ⅳ) 1日につき1042円

#### 【6】(食事提供体制加算)

区役所から支給決定を受けている方が、サービス利用中に食事の提供を受けた場合に加算されます。

- 食事提供体制加算 1日につき708円

#### 【7】(単独型加算)

- 単独型加算 1日につき3334円

#### 【8】(短期利用加算)

- 短期利用加算 1日につき312円

【9】（福祉・介護職員処遇改善加算）

○福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

上記の【1】～【8】を算定した合計単位数の28/1000に相当する単位数を加算

○福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）

福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の90/100を加算

○福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅲ）

福祉・介護職員処遇改善特別加算（Ⅰ）の80/100を加算

（メモ）

福祉・介護職員処遇改善加算に関しては、各事業所の該当する区分のみを記載して下さい。

4 その他の費用について

① 交通費	（運営規程の記載内容を記載）	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12時間前までにご連絡の場合	1提供あたりの利用料の〇〇%を請求いたします。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供あたりの利用料の〇〇%を請求いたします。
③ 食費	1食につき500円（うち食材費相当200円）	
④ サービス提供にあたり必要となる電気、ガス、水道の費用	利用者（お客様）の別途負担となります。	

（メモ） その他費用（利用者に負担を求める額）の設定については、③及び④を除き各事業者が個別に決定する事項ですので、該当のない項目にかかる条項は設定しないでください。

なお、その他費用の設定については、指定事業者において根拠となる規定の整備を行っておいてください。

また、利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯を設定してください。（例示では「24時間」を目安時間として掲げています。）

食費について、食事提供体制加算の対象者については食材費相当額のみを徴収してください。食事提供体制加算対象外の利用者については、食材費相当額に人件費等を加えた額を徴収してください。

5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

<p>利用者負担額について</p>	<p>利用者負担額は、世帯ごとの所得区分に応じて月額の上限額が定められており、上限額を超えた部分については事業者が介護給付費として市町村に請求することとなっています。</p> <p>複数のサービスを利用した場合は、いずれかの事業者が上限額管理を行うことにより、サービスごとの利用者負担額を確定します。</p>
<p>上限額管理について</p>	<p>短期入所における利用者負担上限額管理とは、複数の事業者によるサービスを利用する利用者等について、利用者負担の額が利用者及びその世帯ごとの負担上限額を超えることがないよう事業者ごとの徴収額の管理を行なうことです。</p> <p>対象者は市町村で認定され、受給者証にその旨を記載して「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」が交付されます。</p> <p>利用者の希望により、当事業所を利用者負担上限額管理者に選任される場合、サービス開始までにお申し出ください。その際、「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」を提出してください。事業者が必要事項を記載してお返ししますので、「受給者証」とともに市町村に届け出てください。(受給者証に上限額管理者名が記載されます。)</p> <p>利用者等が上限額管理を行う事業者を選択しなかった場合、上限を超えた利用者負担額は、利用者等が直接市町村に償還給付の申請を行うことにより給付を受けることとなります。</p>
<p>利用者負担額その他の費用の支払い方法について</p>	<p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月〇〇日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の△△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)現金支払い  (イ)利用者指定口座からの自動振替  (ウ)事業者指定口座への振り込み</p> <p>〇〇銀行〇〇支店 普通〇〇〇〇〇〇 口座名義人〇〇〇〇〇〇</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> <p>また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から3月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

(メモ) 支払い方法については、あくまで例示です。利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なるよう、複数の方法を採用するようにしてください。

また、※に記した例示したような取扱いを行う場合は、指定事業者において根拠となる規定の整備を行っておいてください。

## 7 サービスの提供にあたっての留意事項

### (1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

また、同一月内ですでに他事業所を利用された場合は、利用開始時にお知らせください。

### (2) 支給量の管理

利用の申し込みのあったサービス量が支給決定量を超過することが見込まれる場合は、速やかにお知らせいたします。

### (3) その他

支給決定量を超過して利用する場合は、別に定めるとおりの自己負担をお支払いただきます。

なお、事業所側が前項の規定を怠った結果、支給量限度を超えてサービスを提供した場合は、当該サービス提供に係る費用（食費等の実費を除く）は事業所の負担とします。

(メモ) (3) その他において、「～別に定めるとおり自己負担をお支払いただきます」としてありますが、上記のようなケースが発生した際の費用負担について、事前に説明し、同意を得ていただくようお願いいたします。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

### ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(職・氏名を記載する)
-------------	-------------

### ② 成年後見制度の利用を支援します。

### ③ 苦情解決体制を整備しています。

### ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ○事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ○また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ○事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
②個人情報の保護について	○事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報

	<p>を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>
--	---

#### 10 事故発生時及び緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

#### 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する短期入所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、利用者に対する居宅介護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。

市 町 村	市 町 村 名	
	担 当 部 ・ 課 名	
	電 話 番 号	

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名  
保険名  
保障の概要

#### 12 身分証携行義務

短期入所従事者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

（メモ）身分証には、事業所の名称、従業者の職名(役職)氏名と共に、事業所の連絡先(電話番号等)、当該従業者の職能を記載し、当該従業者の写真を貼付することが望ましい。

#### 13 心身の状況の把握

指定短期入所の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

#### 14 連絡調整に対する協力



短期入所事業者は、その他障がい福祉サービス等の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

#### 15 他の指定障害福祉サービス事業者等との連携

指定短期入所の提供に当り、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

#### 16 サービス提供の記録

- ① 指定短期入所の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② 指定短期入所の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。  
(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

#### 17 指定短期入所サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成します。

#### 18 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した指定短期入所に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

本事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

(メモ) 第三者委員が選任されている場合の例です。第三者委員の選任ができていない場合は、選任について努力をお願いします。

#### 第三者委員氏名・連絡先

---

(イ) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ①
  - ②
  - ③
- 指定申請時に提出された「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号
【市町村の窓口】 (利用者の居宅がある市町村の障害 福祉サービス担当部署の名称)	所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号
【公的団体の窓口】 福岡県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 春日市原町 3-1-7 福岡県総合福祉センター クローバープラザ内 電話番号 092-915-3511 ファックス番号 092-915-3512	

19 協力先医療機関名

医療 機 関 名	所在地	
	法人名	
	代表者名	
	連絡先	
	担当医	

20 サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

21 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号平成 18 年 9 月 29 日）」第 9 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事 業 者	所在地	
	法人名	
	代表者名	
	事業所名	
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
-----	----	--

	氏 名	印
--	-----	---

代理人	住 所	
	氏 名	印

(例)

利用者	住 所	福岡県〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏 名	博 多 法 子 印

福岡県〇〇市△△町1丁目1番1号  
 上記署名は 博多 聖子(母) が代行しました。

(メモ) この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者(説明者)の双方が(署名)記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、自立支援給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力(行為能力)が十分でない場合は、代理人(法定代理人・任意代理人)を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者(たとえば同居親族や近縁の親族など)であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(メモ) 重要事項説明書にあたっては、利用者の障害の特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して、懇切丁寧に説明をおこなってください。

なお、書面については、点字・拡大文字・録音テープ・手話通訳・ルビ・絵文字・ビデオテープなど複数用意されていることが望ましいです。