

短期入所サービス重要事項説明書

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」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

事業者名称	FULL LOVE ゆうゆう株式会社
代表者氏名	代表取締役 草場 由美
本社所在地 (連絡先)	福岡県福岡市城南区片江 1 丁目 11 番 1 号 T E L 092-861-9765 F A X 092-861-9764
設立年月日	平成 15 年 4 月 1 日

2. 利用施設

事業所名称	短期入所クローバー
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 難病等対象者
福岡市指定事業所番号	4 0 1 1 2 0 1 1 5 1 号 (平成 27 年 8 月 1 日指定)
事業所所在地	福岡市南区野間 1 丁目 22 番 4 番
連絡先 相談担当者名	T E L 092-861-9765 F A X 092-861-9764 代表取締役 草場 由美
通常の事業実施地域	福岡市南区、城南区、中央区、博多区の一部、早良区の一部、西区の一部
事業所が行う他の指定障害福祉サービス	居宅介護 4 0 1 1 2 0 0 7 5 7 (平成 22 年 6 月 1 日指定) 重度訪問介護 4 0 1 1 2 0 0 7 5 7 (平成 22 年 6 月 1 日指定) 放課後等デイサービス 4 0 5 0 9 0 2 6 6 9 (平成 27 年 9 月 1 日指定)
事業の目的	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、短期間の入所を必要とする障害者等に短期入所を提供し、自立の支援と日常生活の充実を図ることを目的とします。

運営方針	・利用者に対し、身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な保護を適切かつ効果的に行います。 ・利用者等の必要な時に必要なサービスの提供ができるよう努めます。 ・地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者と連携に努めます。
------	--

3. 営業日および営業時間

営業日	短期入所：火曜日、金曜日、土曜日
営業時間	11：00～翌8：50 17：00～翌8：50（火曜日、金曜日）

4. 職員体制

職 種	職務内容	人員数
管理者	従業員の管理、短期入所の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている短期入所の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1人
生活支援員	管理者の指示のもとに、利用者等の世話をを行います。	常勤 2人 非常勤 1人

5. 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額

(1) 提供するサービスの内容

	サービスの内容
食事の提供	栄養、利用者の身体の状態を考慮した食事の提供を行います。ただし、食費は別途お支払いいただきます。
入浴・清拭	必要に応じて介助や確認を行います。営業日以外の臨時ご利用時は基本行いません。別途お支払いいただきます。
身体等の介護	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。
送迎サービス	ドライバー1人送迎対応可能な利用者の居宅から事業所への送迎サービスを行います。サービス対応エリア以外は別途料金がかかります。

（２）提供するサービスの料金と利用者負担額

提供するサービスについて、厚生労働省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になります。

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	市町村民税非課税世帯	0 円
一般 1	市町村民税非課税世帯（所得割 1 6 （ 2 8 ）万円未満）	9, 300 円 (4, 600 円)
	福岡市にお住いの未就学児	0 円
	福岡市にお住いの児童	3, 000 円
一般 2	上記以外	18, 600 円

※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。但し受給者証毎に上限額がかかって来る場合がございますので、最寄りの区役所などへ詳細のご確認をお願い致します。

短期入所報酬単位表（請求金額 単価×10. 6）

	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6
福祉型短期入所サービス費（Ⅰ）	509 単位		583 単位	648 単位	784 単位	923 単位
福祉型強化短期入所サービス費（Ⅰ）	751 単位		824 単位	889 単位	1, 026 単位	1. 164 単位
福祉型短期入所サービス費（Ⅱ）	173 単位		240 単位	318 単位	527 単位	602 単位
福祉型強化短期入所サービス費（Ⅱ）	413 単位		483 単位	559 単位	770 単位	844 単位
福祉型短期入所サービス費（Ⅲ）	509 単位	615 単位	784 単位			
福祉型強化短期入所サービス費（Ⅲ）	752 単位	858 単位	1, 026 単位			
福祉型短期入所サービス費（Ⅳ）	173 単位	279 単位	527 単位			
福祉型強化短期サービス（Ⅳ）	412 単位	521 単位	770 単位			
送迎加算	186 単位（片道）					

※障害者

（Ⅰ）が基本的な短期入所サービスの基本単位となりますが、短期入所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（Ⅱ）の料金となります。

※障害児

（Ⅲ）が基本的な短期入所サービスの基本単位となりますが、指定通所支援を利用した日又は児童福祉施設に通所した場合等は（Ⅳ）の料金となります。

※介護職員処遇改善加算Ⅰ（4.2%）・介護職員特定処遇改善加算Ⅱ（1.4%）

福祉・介護職員のサービスの質の向上を図るため、算定された合計単位数に（4.2%）（1.4%）を乗じた額を福祉・介護職員処遇改善加算・介護職員特定処遇改善加算として算定します。

主な加算

	利用者負担上限額管理加算	150 単位（月 1 回を限度）
	短期地域生活支援拠点等加算	100 単位（利用開始日）
	緊急短期入所受入加算（Ⅰ）	1 日につき 270 単位
	食事提供体制加算	1 日につき 48 単位
	単独型加算	1 日につき 320 単位
	短期利用加算	1 日につき 30 単位

その他の費用について

交通費	事業所から事業実施地域範囲外片道	800 円と有料道路料等実費分
短期入所	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、下記の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
	12 時間前までのご連絡の場合	1 提供当たりの基本利用料の 50% を請求いたします。最大 19,833 円
	12 時間前までにご連絡のない場合	1 提供当たりの基本利用料の 100% を請求いたします。最大 39,665 円
食 費	朝食 300 円 昼食 400 円 夕食 500 円 おやつ 100 円	
その他	サービス提供にあたり必要となる電気、ガス、水道の費用は、利用者の別途負担となります。（例）入浴・清拭：500 円、エアコン：100 円/日	

※消費税については、国税局ホームページをご覧ください。

<https://www.nta.go.jp/law/tsutatsu/kihon/shohi/06/07.htm>

[ホーム](#) > [法令等](#) > [法令解釈通達](#) > [消費税法基本通達](#) > 第 7 節 社会福祉事業等関係

6. 利用料、その他の費用の請求および支払方法

利用者負担額について	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。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。
上限額管理について	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およびその世帯ごとの負担上限額を超えることがないように、事業者ごとの徴収額の管理を行うことです。 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。 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。） 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。
利用者負担額 その他の費用 の支払方法	利用料金は、1 ヶ月ごとに計算し翌月 25 日頃に電子請求書をお届け、翌々月 15 日の自動引落とし（手数料は弊社負担）にてお支払いいただきます。引落とし口座の登録までは以下口座へお振込み（手数料はご利用者様負担）ください。 領収証、介護給付費等の代理受領書も電子送付となりますので保管をお願いします。領収書の再発行は致しません。

※利用料、その他の費用について、支払い能力があるにもかかわらず支払期日から 3 ヶ月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分と再請求手数料をお支払いいただきます。

7. サービスの提供にあたっての留意事項

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。

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 虐待防止責任者： 草場 由美

②成年後見制度の利用を支援

③苦情解決体制を整備

④従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施

9. 秘密の保持と個人情報の保護

利用者およ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」およ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。 ・事業者および従業者は、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。 ・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、従業者である期間およ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。
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。 ・事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、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えいを防止するものとします。 ・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。

10. 事故発生時および緊急時の対応方法

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、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。保護者等は必ず連絡がとれる対応が出来る状態を整えておくものとします。

11. 事故発生時の対応方法

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、本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

介護保険・社会福祉事業者総合保険・東京海上日動火災保険 他

12. 心身の状況の把握

指定短期入所の提供にあたっては、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。

13. 連絡調整に対する協力

短期入所事業者は、その他の障害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。

14. 他の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あたり、市町村、他の障害福祉サービス事業者および保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

15. サービス提供の記録

- ① 実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数およ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 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、保存されたサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。（複写等に係る費用は実費をご負担いただきます。）

16. 苦情解決の体制および手順

- （１）提供した指定短期入所に係る利用者およびその家族からの相談および苦情を受け付けるための窓口を設置します。

受付窓口	窓口担当者	代表取締役 草場 由美
	受付時間	9時00分から18時00分まで
	電話番号	092-861-9765
	FAX番号	092-861-9764

行政機関その他苦情受付機関

福祉局障がい福祉課	所在地	福岡市中央区天神 1-8-1
	電話番号	092-711-4249

- （２）相談および苦情に円滑かつ適切に対応するための体制および手順

- ① 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認する。
- ② 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要であると判断した場合は、事

業所の職員全員で検討会議を行う。

- ③ 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をする（利用者に謝罪に行く、改善の取り組みの報告等）。
- ④ 記録を台帳（パソコンのデータベース）に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

18. 協力医療機関名

医療機関名	福岡みつき病院	診療科	外科、脳神経外科、胃腸科
所在地	福岡市城南区別府 1-2-1		
代表者	院長 安藤 和三郎	電話番号	092-831-6911

19. 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
-----------------	---	---	---

20. 重要事項説明の年月日

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、設備および運営に関する基準」第9条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

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

<事業者>

事業者は、契約者からの利用申し込みを受け、本契約の内容について重要事項説明書の説明を行いました。

事業所 短期入所クローバー

事業所所在地 福岡県福岡市南区野間1丁目2番4号

事業者 FULL LOVE ゆうゆう株式会社

事業者所在地 福岡県福岡市城南区片江1丁目1番1号

代表者 代表取締役 草場 由美

説明者

印

<契約者>

私は、本契約書の内容について重要事項説明所の説明を受け、その内容を理解しました。

住所

氏名

印

<利用者>

私は、本契約書の内容について説明を受け、その内容を理解しましたので、本契約書に署名します。

住所

氏名

印

契約者との続柄（ ）

<利用者署名代行者>

私は、内容を確認の上、下記の理由により、上記署名を代行します。

住所

氏名

印

利用者との続柄（ ）

署名代行理由