

重要事項説明書作成例

この作成例は、指定基準条例及び留意事項通知に定める、あらかじめ利用申込者に対し説明し、同意を得ておくべきサービスを選択するために必要な重要事項についてとりまとめたものです。作成に当たっては、各事業所の実態に応じたものとしてください。

短期入所重要事項説明書

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「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年長野県条例第60号）」第8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など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 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	〇〇障がい者、〇〇障がい者、難病等対象者及び障がい児
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)
実施方式	(単独型、併設型、空床利用型の内容を記載する)
利用定員	(定員数を記載する)
事業所が行なう他の指定障がい福祉サービス	〇〇〇〇 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定) 〇〇〇〇 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定) 〇〇〇〇 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定)
開設年月日	(事業所開設年月日を記載する)

(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) 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)

3 サービス提供を行う施設・設備等について

(1) 施設

構造	(施設の構造を記載する)
敷地面積	(敷地面積を記載する)
延床面積	(延床面積を記載する)

(2) 主な設備

各事業所の実態に応じて記載してください。

設備の種類	部屋数	備考
居室	室	
食堂	室	
浴室	室	
洗面所	室	
便所	室	
相談室	室	
多目的室	室	
〇〇〇室	室	(必要に応じて記載する)

4 サービス提供を行う職員体制

提供するサービスの内容、事業所の職員体制に応じて記載してください。

(1) 職務の内容

職 種	職 務 内 容
管 理 者	(運営規程の記載内容を記載する)
サービス管理責任者	(運営規程の記載内容を記載する)
医 師	(運営規程の記載内容を記載する)
看 護 職 員	(運営規程の記載内容を記載する)
生 活 支 援 員	(運営規程の記載内容を記載する)
作 業 療 法 士	(運営規程の記載内容を記載する)
理 学 療 法 士	(運営規程の記載内容を記載する)
○ ○ ○ ○	(運営規程の記載内容を記載する)

(2) 職員の配置状況

職 種	員 数	常 勤		非 常 勤		常 勤 換 算	備 考
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者							
サービス管理責任者							
医 師							
看 護 職 員							
生 活 支 援 員							
作 業 療 法 士							
理 学 療 法 士							
○ ○ ○ ○							

(3) 勤務体系

職 種	勤 務 体 系
管 理 者	(正規の勤務時間帯を記載する)
サービス管理責任者	(正規の勤務時間帯を記載する)
医 師	(正規の勤務時間帯を記載する)
看 護 職 員	(正規の勤務時間帯を記載する)
生 活 支 援 員	(正規の勤務時間帯を記載する)
栄 養 士	(正規の勤務時間帯を記載する)

作業療法士	(正規の勤務時間帯を記載する)
理学療法士	(正規の勤務時間帯を記載する)
〇 〇 〇 〇	(正規の勤務時間帯を記載する)

5 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

以下に記載したサービス内容は、あくまでも作成例として示したものですので、事業所の実情に応じて記載するとともに、提供サービスに関する疑義や誤解が生じないように、できるだけ具体的に記述してください。

(1) 提供するサービスの内容

サービスの種類	サービスの内容
食事の提供	希望により、以下の時間に食事の提供をします。 食事時間 朝食〇〇：〇〇 昼食〇〇：〇〇 夕食〇〇：〇〇 年齢と障がい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。
入浴又は清拭	入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状況により、入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します
身体等の介護	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(〇〇：〇〇から〇〇：〇〇)入床時間(〇〇：〇〇から〇〇：〇〇)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。
機能訓練	利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
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、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。
送迎サービス	利用者の心身の状況、ご家族等の状況から見て送迎が困難と認められ、利用者、ご家族等が希望される場合は送迎を行います
〇 〇 〇 〇	(必要に応じて記載する)

(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(別表)による利用料が発生します。

利用者負担は、原則利用料の1割となっていますが、所得に応じて市町村が定めた利用者負担上限額を上限としています。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。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

利用料及び加算項目について、別表の記載は必ずしも必要ありませんが、利用申込者に利用者負担額について丁寧な説明をお願いします。

【別表】

① 利用料金

ア 日中サービスを利用しない日に短期入所を利用した場合

	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
利用料	円	円	円	円	円
利用者負担額	円	円	円	円	円

イ 日中サービスを利用した日に短期入所を利用した場合

	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
利用料	円	円	円	円	円
利用者負担額	円	円	円	円	円

ウ 利用者が障がい児であって、通所支援を利用しない日に短期入所を利用した場合

	区分3	区分2	区分1
利用料			
利用者負担額			

エ 利用者が障がい児であって、通所支援を利用した日に短期入所を利用した場合

	区分3	区分2	区分1
利用料			
利用者負担額			

② 加算項目

加算については、体制等をとっている事業所として県に届け出ている事業所について、該当する項目についてのみ記載してください。

ア 事業所がとっている体制により、下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	内 容
医療連携体制加算	円	左記の1割	医療機関との連携により、看護職員が事業所等を訪問して利用者に対して看護を行った場合や介護職員等にたんの吸引等に係る指導等を行った場合、利用1日につき加算されます。
栄養士配置加算	円	左記の1割	管理栄養士又は栄養士を1名以上配置しており、利用者の食事管理を適切に行っている場合、利用1日につき加算されます。
緊急短期入所体制確保加算	円	左記の1割	利用定員の100分の5に相当する空床を確保し、緊急時に短期入所を提供できる体制を整備しており、かつ、過去3か月における利用率が100分の90以上の場合、利用1日につき加算されます。
単独型加算	円	左記の1割	障害者支援施設等の入所施設等以外の事業所においてサービスを提供した場合、利用1日につき加算されます。

イ 事業所がとった対応の内容により、下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	内 容
短期利用加算	円	左記の1割	サービス利用の初期段階（開始から30日間）において、利用1日につき加算されます。
重度障害者支援加算	円	左記の1割	特定の基準を満たす利用者に対してサービスを提供した場合、利用1日につき加算されます。
食事提供体制加算	円	左記の1割	支給決定のある利用者により事業所が食事を提供した場合、利用1日につき加算されます。
利用者負担上限額管理加算	円	左記の1割	利用者の依頼により、利用者の負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないように、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合に加算されます。
特別重度支援加算	円	左記の1割	医療ニーズの高い障がい児・者に対する計画的な医学的管理や療養上必要な措置を行った場合、利用1日につき加算されます。
緊急短期入所受入加算	円	左記の1割	緊急の利用者を受け入れた場合に、当該緊急利用者に対して利用1日につき加算されます。
送迎加算	円	左記の1割	事業所が利用者に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。

6 その他の費用について

内 容	料 金
食事の提供に係る費用	朝食：1食につき 円 (うち食材料費 円)
	昼食：1食につき 円 (うち食材料費 円)
	夕食：1食につき 円 (うち食材料費 円)
居室に係る光熱水費	実費相当額
日用品費の実費	実費相当額
送迎サービスの提供に係る費用	通常の事業の実施地域の場合 1回(片道)につき 円
	通常の事業の実施地域以外の場合 事業所から〇〇キロメートル未満 1回(片道)につき 円
	通常の事業の実施地域以外の場合 事業所から〇〇キロメートル以上 1回(片道)につき 円
その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものの実費	実費相当額
キャンセル料(利用者の病状の急変や急な入院等の場合は、キャンセル料は請求いたしません)	3日前までのご連絡の場合 キャンセル料は不要です。
	3日前までにご連絡がない場合 1日あたりの利用料の〇%を請求いたします。

その他費用(利用者に負担を求める額)の設定については、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ください。

利用者からのキャンセル料を設定する場合は、利用者に配慮した設定としてください。

7 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

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。

(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

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。

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。

※ 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。

※に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。

8 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・利用者負担上限月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。

事前に利用者およびその家族に説明しておくべき留意事項について、事業所の実情に応じ記載してください。

9 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、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、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。

10 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。
- 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等で使用する等、他の障がい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。

○ 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。）

11 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。

【主治医】

医療機関名	
所在地	
電話番号	
主治医氏名	

【緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	

【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	
所在地	
電話番号	

12 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、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、利用者に対する短期入所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	

13 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める非常災害計画により対応いたします。
平時の訓練	別に定める非常災害計画に則り、〇〇訓練を年〇回実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自動火災報知機 有 ・ ガス漏れ報知器 有 ・ 非常用電源 有 ・ 室内防火栓 有 ・ カーテン等は防災機能のある物を使用しています。 ・ 震災に備えての備蓄（食糧・飲料水〇日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
消防計画	消防署への届出日：平成〇〇年〇月〇日 防災管理者：
保険加入	事故・災害に備え、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

事業所の所在する場所の実情（土砂災害、浸水想定区域等）や、火災、地震等の災害に対応した非常災害計画を作成する必要があります。

内容については、事業所の実態に応じて記載してください。

14 苦情解決の体制及び手順

(1) 事業所の苦情・相談受付窓口

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ています。

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。

事業者の窓口	窓口担当者	〇〇（役職）	△△△△（氏名）
	苦情解決責任者	〇〇（役職）	△△△△（氏名）
	受付日	〇曜日から△曜日。ただし、国民の祝日〇月〇日から△月△日までを除く。	
	受付時間	午前〇時から午後△時まで	
	電話番号	〇〇〇-△△△-×××	
	FAX番号	〇〇〇-△△△-×××	
第三者委員	〇〇（所属機関等）	〇〇（役職）	△△△△（氏名）
	電話番号	〇〇〇-△△△-×××	
	〇〇（所属機関等）	〇〇（役職）	△△△△（氏名）
	電話番号	〇〇〇-△△△-×××	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関または長野県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

市町村の窓口	所在地	〇〇市・町・村 〇〇課	
	受付担当課	〇〇市・町・村 〇〇課	
	電話番号	〇〇〇-△△△-×××	
	FAX番号	〇〇〇-△△△-×××	
長野県福祉サービス運営適正化委員会	所在地	長野市若里7-1-7 長野県社会福祉総合センター4階	
	実施機関	長野県社会福祉協議会	
	受付日	毎週月曜日から金曜日	
	受付時間	午前9時から午後5時まで	
	電話番号	0120-28-7109（苦情相談）	
		026-226-2210（事務局）	
	FAX番号	026-227-0137	

15 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

感染症対策	事業所利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用はできません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従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。
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貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。

喫 煙	喫煙は決められた時間に決められた場所をお願いいたします。
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。
○ ○ ○ ○	(必要に応じて記載する)

事業所の利用に当たって、事前に利用者およびその家族に説明しておくべき留意事項について、事業所の実情に応じて記載してください。

16 第三者評価の実施状況について

本事業所の第三者評価の実施状況は以下のとおりです。

実施の有無	あり・なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

17 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
-----------------	-------

18 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、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律に基づく指定障害福祉サービス指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例(平成24年長野県条例第60号)」第8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	印
	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

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代 理 人	住 所	
	氏 名	印