

短期入所 こなつ（併設型）

（ショートステイ）

重要事項説明書

〈2023年4月1日現在〉

1. 利用者（対象児童）

障害福祉サービス受給者

2. 事業者（法人）の概要

事業者の名称	リヤン・コンパニー株式会社
法人所在地	福岡県北九州市小倉南区上葛原 1-9-9
法人種別	株式会社
代表者氏名	坂本豪之
電話番号	093-967-3870

3. ご利用施設

施設の名称	短期入所 こなつ（併設型）
施設の所在地	〒800-0257 福岡県北九州市小倉南区湯川 3 丁目 6-15
入居定員	3 名
管理者氏名	小西由己子
電話番号（代表）	093-981-4194
FAX 番号（代表）	093-981-4194

4. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

可能な限りその地域において日常生活を行う上で必要な支援を行うことにより、利用者が能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供します。

(2) 運営の基本方針

利用者の課題やニーズを把握し、「人権を尊重した支援」・「社会参加ができる支援」を図ります。
また、地域との交流を大切に、安全で快適な生活環境を整備します。

5. ご利用施設で実施する事業

種類	指定年月日	事業所番号
共同生活援助	平成 30 年 4 月 1 日	4027700188
短期入所（併設型）	平成 30 年 4 月 1 日	4017701592

6. 施設の概要

(1) 建物

建物	構造	木造 2階建て
	延床面積	246.08 m ²
定員		3名

(2) 居室

居室① 1F	9.94 m ² （収納含まず）（共同生活援助）
居室② 1F	8.70 m ² （収納含まず）（SS用）
居室③ 1F	8.70 m ² （収納含まず）（共同生活援助）
居室④ 1F	8.70 m ² （収納含まず）（共同生活援助）
居室⑤ 1F	9.94 m ² （共同生活援助）
居室⑥ 1F	8.70 m ² （収納含まず）（SS用）
居室⑦ 2F	8.70 m ² （収納含まず）（共同生活援助）
居室⑧ 2F	8.70 m ² （収納含まず）（共同生活援助）
居室⑨ 2F	8.70 m ² （収納含まず）（共同生活援助）
居室⑩ 2F	9.94 m ² （SS用）
居室⑪ 2F	8.70 m ² （収納含まず）（共同生活援助）
居室⑫ 2F	9.94 m ² （共同生活援助）

(3) 主な設備

設備の種類	室数等
居室	12室 （共同生活援助 9室、短期入所 3室）
キッチン	1室（1F）
食堂	1室（1F多目的ホール兼用）
多目的室	1箇所（1F）
浴室	2箇所（1F）
洗面所	2箇所（1F）

トイレ（全て様式）	3 箇所（1F：2 箇所・2F：1 箇所）
洗濯場	2 箇所（1F）
相談室	1 箇所（2F）
事務室	1 箇所（2F）

7. 職員の配置

職種	指定基準
管理者	1 以上
サービス管理責任者	常勤
生活支援員	1 以上
その他（夜勤・宿直）	1 以上

※厚生労働省の指定基準を遵守し、同基準を下回らない範囲で変動することがあります。

8. サービスの内容

入所・退所の時間	原則として 入所 15 時以降 退所 10 時まで
食事	朝食 07:00～08:00 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00 ※上記の時間は目安です
入浴	利用毎 16:00～20:00 ※上記の時間は目安です
排泄・整容・着替えなどの支援	毎朝・夕の着替えの支援。 身だしなみの支援 排泄の支援および介助
健康管理	適宜、協力医療機関等との連携を図ります
相談・支援	ご家族からの相談を踏まえ、可能な限り必要な支援を行うよう努めます
記録	サービス提供の記録はサービス提供終了後、5 年間保管します。

少ない部屋数と短期入所との併設のため入退所時間を定めております。

より円滑なサービス提供のために、ご理解とご協力をお願いします。

9. 利用料金

- 利用料金の1日あたりの目安額は、下表のとおりです。
- 給付費の対象となるサービス利用料金（別添参照）の「1割」が利用者の負担となります。
- ただし、利用者負担の上限額は受給者証に記載された額となります。
- 食費・光熱水費・給付費の対象外となるサービス利用料金は、「全額」が利用者の負担となります。
- 以下の合計額が利用者負担額の計算方法です。
サービス給付費負担額「1割」＋食費「全額」＋光熱水費「全額」＋他「全額」

(1) 利用料金の支払い方法

- 当月の利用明細を含めた請求書を翌月15日前後に契約者にお渡しします。
- 翌月の末日までに、いずれかの方法によりお支払いいただきます。
 - ① 現金払い
 - ② 金融機関振込（手数料は個人の負担となります）

北九州銀行 葛原支店 普通口座 0016260

口座名義 リヤン・コンパニー株式会社 代表取締役 坂本豪之

(2) 領収証の発行

- 契約者から支払いを受けたときは、領収証を発行します。
- 障害児施設給付費の代理受領（9割分）を受けた後に、受領通知書を発行します。

(3) 利用者負担額の滞納に対する措置

- 契約者がリヤン・コンパニー株式会社から当月利用の請求書を翌月15日過ぎに受け取り、請求書を受領した月の末日までに支払いがなされない場合、「支払い催告書」を送付します。
- 「支払い催促書」に記載された納付期限までにお支払いいただきます。
- 納付期限までに支払いがなされない場合、「支払い催告書」の送付を継続します。
- 請求書に記載された納付期限から3ヶ月以上滞納された場合、直ちに利用契約を解除します。
- あわせて、滞納額の支払について、法的措置を行います。
- 契約解除後も利用者負担額の支払いがなされないままの場合、以下の費用を滞納額に加算し、法的措置を行います。

[契約解除日の翌日から発生する利用料金の10割相当額]

[契約解除日の翌日から発生する食費及び光熱水費]

※「10割相当額」とは「9 利用料金」で説明しているサービス給付費の対象となる利用料金の全額

(4) 契約終了時のお支払い

10. ご利用の際に留意いただく事項

訪問・面会	訪問者は必ず「面会簿」へ記入してください。
問い合わせ	契約者（代理人）以外からの問い合わせには応じません。
現金等貴重品の管理	利用者が所持する現金等貴重品の管理は行いません。
貴重品を除いた所持品の管理	所持品の持ち込みについては、契約者と事前協議により決定します。 利用開始後、利用者が管理できない場合、事業所が管理します。
居室・設備・器具の利用	本来の用途に従って、ご利用ください。 これに反する利用により破損した場合、賠償いただくことがあります。
喫煙・飲酒	入居者の喫煙・飲酒は禁止します。
迷惑行為	騒音など他の利用者の迷惑となる行為を禁止します。 むやみに敷地内の他の居室等への立ち入りを禁止します。
宗教・政治活動	敷地内における一切の宗教活動・政治活動を禁止します。
動物の持ち込み・飼育	敷地内への動物の持込み・飼育を禁止します。

11. 非常災害時の対策

事業所は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、火災、風水害、地震等の常災害の種類ごとに具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するものとする。

事業者は、火災、風水害、地震等の非常災害の種類ごとに非常災害に備えるため、定期的に避難救出その他必要な訓練を行うものとする。

防災設備	スプリンクラー	なし
	防火扉・シャッター	なし
	自動火災報知機	あり
	非常通報装置	なし
	誘導灯	あり
	消火器	あり
	屋内消火栓	なし
	非常用電源	なし
	防火カーテン	あり

12. 協力医療機関

〒802-0063 福岡県北九州市小倉北区若富士町 7-20

池田内科・呼吸器内科クリニック 医院長 池田 二郎

13. 協力歯科医療機関

〒803-0183 福岡県北九州市小倉南区市丸 516-11

ハロー歯科クリニック 医院長 國治 秀一郎

14. 相談窓口、苦情対応

相談・苦情に対する常設の窓口として相談担当者を配置している。担当者が不在の時は、基本的な事項については従業員が対応できるように情報の伝達を行うとともに、相談担当者からの指示を早急に受けるよう対応を行う。

文章や FAX 等による相談窓口を設置する。

窓口	リヤン・コンパニー株式会社
日時	10:00～17:00 土日・祝日・年末年始は除く
電話	090 - 8223 - 3480
担当者	小西 由己子

公的機関の相談窓口

保健福祉局障害福祉部障害者支援課 電話：093-582-2424

小倉南区高齢者・障害者相談コーナー 電話：093-952-4800

小倉北区高齢者・障害者相談コーナー 電話：093-582-3430

門司区高齢者・障害者相談コーナー 電話：093-321-4800

若松区高齢者・障害者相談コーナー 電話：093-751-4800

八幡東区高齢者・障害者相談コーナー 電話：093-671-4800

八幡西区高齢者・障害者相談コーナー 電話：093-642-1441 (代表)

戸畑区高齢者・障害者相談コーナー 電話：093-881-4800

北九州市子ども総合センター 電話：093-881-4556

15. 虐待に関する窓口

リヤン・コンパニー株式会社は虐待防止責任者を設置しています。

虐待に関してお気づきのことがありましたら、虐待防止責任者にご相談ください。

リヤン・コンパニー株式会社	虐待防止責任者 小野民子 電話：093-967-3870
北九州市障害者基幹相談センター	戸畑区汐井町 1-6 ウェルとばた 6 階 平日 9:00～17:45 TEL 093-861-3045 (24H 対応) FAX 093-861-3095 E-mail chiiki@shien-c.com
北九州市障害者虐待防止センター	戸畑区汐井町 1-6 ウェルとばた 6 階 平日 9:00～17:45 TEL 093-861-3111 (24H 対応) FAX 093-861-3122 E-mail k-gyakutai@shien-c.com

16. 損害賠償責任保険

東京海上日動火災保険株式会社 賠償責任保険

17. 個人情報の取り扱い

- 「障害施設における個人情報保護の方針」を定めています。
 - 当事業所の利用にあたり、利用目的を明確にして個人情報の提供をお願いしています。
 - 利用目的は同方針に沿って説明します。
 - 個人情報の利用については、利用者の同意を得ることとなっています。
 - 本重要事項説明書における署名をもって、個人情報の利用目的について同意をいただいたこととなります。
 - 利用手続きなどで個人情報をご提供いただく主な提出資料は別表目のとおりです。
- ①障害者受給者証 ②健康保険証 ③重度障害者医療証 ④保健調査表
⑤緊急連絡カード ⑥ご利用者情報シート など

上記提出資料の内部利用目的

- ①個別支援計画作成など療育指導等に関する業務
- ②記録管理に関する業務
- ③健康状態把握に関する業務
- ④ご利用の皆様への連絡・情報伝達
- ⑤ご利用の皆様からの問い合わせまたはご依頼への応答
- ⑥管理運営業務のうち
 - 利用開始または利用終了時の手続きに関すること
 - 会計及び経理に関すること
 - 利用料徴収に関すること
 - 事故等の報告
 - 実習生受け入れ及び指導育成に関すること
 - 職場体験及びボランティア受け入れに関すること
 - 福祉サービスの向上や業務の維持・改善のための基礎資料
 - 内部研修及び研究会での事例報告
 - 虐待防止委員会への報告及び意見・助言を求める場合

上記提出資料の外部利用目的

- 北九州市が行う福祉サービスや事業との連携協力
- 外部監査機関及び第三者評価機関への情報提供
- 苦情解決における第三者委員会への報告及び意見・助言を求める場合
- 健康管理上、必要な医療機関との連携協力
- 障害福祉サービスに関する費用など請求及び収受に関する事務
- 事故等など施設賠償責任保険に関する事務
- 関係官庁への届け出及び法令等で定められている関係官庁への書類提出
- 法令等による公的機関からの要請

【別添】 サービス給付費の対象となる利用料金

区分		単位/日		備考
福祉型 短期入所サービス費 (Ⅰ)	区分 6		896	短期入所のみを 利用する場合
	区分 5		761	
	区分 4		629	
	区分 3		565	
	区分 2 以下		494	
福祉型 短期入所サービス費 (Ⅱ)	区分 6		584	日中活動系サービスを併せて利用 する場合
	区分 5		512	
	区分 4		308	
	区分 3		233	
	区分 2 以下		167	
福祉型 短期入所サービス費 (Ⅲ)	区分 3		761	短期入所のみを 利用する場合
	区分 2		597	
	区分 1		494	
福祉型 短期入所サービス費 (Ⅳ)	区分 3		512	日中活動系サービスを併せて利用 する場合
	区分 2		270	
	区分 1		167	
加算	①短期利用加算		30 単位/日	※②は利用開始後、30 日間のみの 加算となります
	②福祉職員処遇改善加算Ⅱ		①×5.0%	
	③重度障害者支援加算		50 単位/日	
	④利用者負担上限額管理加算		150 単位/月	
⑤送迎加算		186 単位/片道		

(1) 利用者負担の上限

生活保護	0 円
低所得世帯	0 円
一般世帯 1	4,600 円
一般世帯 2	37,200 円

(2) サービス給付費の対象外となる利用料金

食費	朝食：290円 昼食570円 夕食590円
水光熱費等（他施設内設備利用料）	500円／日
おやつ	100円／回（施設で用意・提供の場合）
日常生活品の購入	実費
教養娯楽など	実費
理容一理髪	実費
その他日常生活上必要となる諸費用	実費
※ 欠席の連絡が、ご利用日の6日前の17:00まででない場合は食費のキャンセル費用として、食費分のみを全額徴収します。（やむを得ない場合を除く）	

【備考・その他記載事項】

リヤン・コンパニー株式会社が管理・運営をおこなう指定短期入所（併設型）サービスの利用にあたり、契約者に対して、契約書及び本書面に基づき重要事項を説明しました。

【説明者】

令和 年 月 日

所属 リヤン・コンパニー株式会社

氏名 _____ (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者からリヤン・コンパニー株式会社の短期入所（併設型）利用について重要事項の説明を受けその内容を十分に理解し同意いたしました。

【説明を受けた方】

令和 年 月 日

氏名 _____ (印) 続柄 ()

連絡先（電話番号） _____