

令和7年4月1日現在

指定短期入所事業
重要事項説明書

自立訓練（生活訓練・宿泊型）北天寮

あなたに対する短期入所サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次のとおりです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 愛星福祉会
所 在 地	福島県郡山市片平町字妙見館1番1
電 話 番 号	024-952-6412
代表者氏名	理事長 星 光一郎
設 立 年 月	昭和62年6月29日

2. 利用施設

事業所の種類	指定短期入所事業 平成24年4月1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	自立訓練（生活訓練・宿泊型）北天寮 指定番号（0710301185）
事業所の所在地	福島県郡山市片平町字峯三天7番
連 絡 先	電話番号 024-962-7901 ファックス 024-962-7903
管理者	星 光 一 郎
サービスの 実施地域	郡山市（原則）
対象者	精神障害者、知的障害者、身体障害者
定 員	2名
開設年月日	平成13年1月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者が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、障害者支援施設その他の施設へ短期間の入所を必要とする障害者等に対し、入浴、排泄又は食事等の介護や日常生活上の支援を提供する。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かな短期入所サービスの提供。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建物	構 造	鉄骨造亜鉛メッキ鋼板板茅平屋建 1階建（耐火建築物）（耐震構造）
	敷地面積	2, 4 0 5 m ²
	延べ床面積	4 9 7. 7 3 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居 室	1 室	空床ベッド利用可
相 談 室	1 室	
洗面設備	1 か所	
便 所	3 か所	うち1 か所は車いす対応
食 堂	1 か所	
浴 室	1 か所	
事 務 室	1 室	
短期入所居室	2 室	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の配置状況

職 種	員数
管理者	1
サービス管理責任者	1 以上
生活支援員	3 以上

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※生活支援員とは・・・

利用者に対する日常生活上の支援、相談を行います。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	8 : 4 5 ~ 1 7 : 0 0
サービス管理 責任者 生活支援員	7 : 0 0 ~ 1 5 : 3 0
	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0
	1 1 : 3 0 ~ 2 0 : 0 0
当直/宿直	2 0 : 0 0 ~ 8 : 0 0

(イ) 営業日と営業時間

営業日 : 年中無休

営業時間 : 終日

(ウ) サービス提供の内容及び利用料金について

対象者別負担階層表		
訓練等給付 対象者	生活保護	生活保護受給
	低所得 1	市町村民税非課税世帯（本人収入 8 0 万以下）
	低所得 2	市町村民税非課税世帯（低所得 1 以外）
	一般	市町村民税課税世帯（年収 6 0 0 万円未満）
		市町村民税課税世帯（年収 6 0 0 万円以上）

NO		障害程度区分					
		区分 1・2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	備考
1	ご契約者の障害程度 区分とサービス利用 料金	① 5,090 ② 1,730	① 5,830 ② 2,400	① 6,480 ② 3,180	① 7,840 ② 5,270	① 9,230 ② 6,020	
2	うち、介護給付費が 給付される金額	① 4,581 ② 1,557	① 5,247 ② 2,160	① 5,832 ② 2,862	① 7,056 ② 4,743	① 8,307 ② 5,418	
3	うち、サービス利用 に係る自己負担の額	① 509 ② 173	① 583 ② 240	① 648 ② 318	① 784 ② 527	① 923 ② 602	
4	食費に係る 自己負担額	1020	1020	1020	1020	1020	朝食 250 円 昼食 420 円 夕食 350 円
5	ご負担合計 (3+4)	① 1,179 ② 843	① 1,253 ② 910	① 1,318 ② 988	① 1,454 ② 1,197	① 1,593 ② 1,272	
その他、加算等について		別紙を参照ください。					

※ ①は福祉型短期入所サービス費（Ⅰ）、②は福祉型短期入所サービス費（Ⅱ）
となっております。

(1) 介護給付費対象サービス内容

サービスの種類	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（朝食前まで） 消灯時間（21：00）※原則 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。 ⑤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。

(2) 介護給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金 額
食事サービス	希望により食事の提供をします。 食事時間 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ ※食費は月末に算出し請求させていただきます。 ※キャンセルは前日12:00まで、それ以降は実費でキャンセル料が発生します。	朝食250円 昼食420円 夕食350円
居住費	ベッド・エアコン・棚を完備	657円/日
水光熱費	電気代、ガス代、水道代等	328円/日
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実費
その他	・ サービス提供記録等の複写代 ・ 証明書諸書類の発行代	10円 100円

6. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護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、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「5. (ウ) サービス提供の内容 (2) 介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)(3)の料金は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、27日までに、以下の指定口座への振込によりお支払いください。

東邦銀行 郡山^{おろしまち}卸町支店

ゆうちょ銀行

普通口座 358251

NO.02260-4-95776

口座名義 北天寮 施設長 星 光一郎

社会福祉法人 愛星福祉会

7. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保存します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、9:30～16:30です。(土・日・祝日を除く。)

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法に基づいた対応を行います。

但し、サービス提供を行う上で、他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町村及び関係機関から情報提供を要請された場合には、利用者の同意(「個人情報使用同意書」による)に基づき情報提供を行います。

8. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 鈴木 広宣 ・苦情解決責任者 星 光一郎 ・ご利用時間 9:00～17:00 ・電話番号 024-962-7901 FAX 024-962-7903 ・担当者が不在の場合は、事業所までお申し出ください。	
社会福祉法人 愛星福祉会 第三者苦情委員	たなか がいち 田中 吾一	電話番号 024-952-2333
	あくつ しんいち 阿久津 信一	電話番号 024-952-2473
	(人権擁護員)	
郡山市役所 障がい福祉課	・所在地：福島県郡山市朝日 1丁目23-7	
	・電話番号：024-924-2381	
運営適正化委員会	・所在地：福島県福島市渡利字七社宮111	
	・電話番号：024-523-2943	
	・FAX：024-523-2943	

(2) 虐待の防止のための措置に関する事項

虐待防止について	事業者は、虐待防止のため、次の措置を講じます。 ・虐待の防止等のための責任者を設置します。 【責任者】 施設長 星 光一郎 ・虐待防止のため、従業者への研修を実施します。 ・虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、委員会での検討結果を従業者に周知徹底します。 ・成年後見制度の利用支援をします。 ・苦情解決体制の整備をします。
虐待防止に関する相談窓口	・窓口担当者 障がい者 110 番 ・ご利用時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 (平日) ・電話番号 0 2 4 - 5 6 3 - 5 1 1 0 - F A X 0 2 4 - 5 6 3 - 5 1 2 9

(3) 成年後見制度に関する事項

当事業者は利用者等の人権擁護のために、必要に応じて成年後見制度の利用支援を行います。

9. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	公益財団法人星総合病院附属星ヶ丘病院		
医 院 長 名	竹内 賢		
所 在 地	福島県郡山市片平町字北三天 7 番地		
電 話 番 号	0 2 4 - 9 5 2 - 6 4 1 1		
診 療 科	精神科・内科・歯科	入 院 設 備	有

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

10. 事故発生時の対応

- (1) 事業所はサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故の状況及びその措置について記録します。
- (3) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業所の責に帰すべからず事由による場合は、この限りではありません。

1 1. 非常災害対策

対応	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もうけるとともに、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業員に通知します。
訓練等	事業所は、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います。 訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・その他、拡声器・携帯ラジオ・懐中電灯等
消防計画	防火管理者を定め消防署へ提出しています
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。

1 2. 感染症の予防等

事業所は、感染症の予防及びまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を開催し、委員会での検討結果を従業員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延を防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のため、従業員に対する研修及び訓練を実施する。

1 3. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や災害が発生した場合でも、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、次の措置を講じます。

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の見直しを行います。

14. ハラスメント対策

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境が害されることを防止するための指針の明確化等の必要な措置を講じます。

15. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法にしたが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。
喫 煙	星ヶ丘福祉タウン内禁煙です。
緊急時における 医療機関への受診	サービス利用時間内に医療機関への受診の必要がおきた場合は、利用者及び家族の方に同意を得た上で速やかに対応いたします。但し、当事業所が緊急性が高いと判断した場合は、その都度判断し速やかに対応いたします。
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。
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。

16. 第三者評価の実施状況

実施している	実施していない
実施年月日 年 月 日	
評価機関の名称	
結果の開示 有 ・ 無	

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス短期入所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：指定短期入所事業所 北天寮

説明者職名： 氏名 ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス短期入所 北天寮の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

氏 名： ⑩

