

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護・共生型 重要事項説明書

< 令和 7年 4月 1日 現在 >

当事業所が提供するサービスについての相談窓口	
電話番号	0268-64-0556 (受付時間 月曜日 ~ 金曜日 8時30分 ~ 17時30分)
担 当	: <small>さかぐち ゆ か</small> 坂口 由香 <small>みやじま けん</small> 宮嶋 賢

1. 介護老人福祉施設こころの概要

(1) 事業所の名称・所在地等

事業所名	ユニット型介護老人福祉施設こころ 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護
所在地	長野県 東御市 祢津 1098 番地 1
介護保険事業所番号	2071900308

(2) 同事業所の主な職員体制 (特養と兼務)

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長 (管理責任者)	1 名	1 名
2. 介護職員	20 名以上	17 名
3. 生活相談員	1 名以上	1 名
4. 看護職員	3 名	3 名
5. 介護支援専門員	3 名	1 名
6. 医師	0.2 名	必要数
7. 管理栄養士	1 名	
8. 歯科衛生士	1 名	

※ 医師 (嘱託医) は非常勤にて、週 1 回の回診を行っています。

看護師は日中の勤務 (7:30 ~ 19:00) 交代制にて、夜間帯は勤務しておりません。
必要時のオンコール (電話対応) 体制となっています。



(3) 同事業所の設備の概要

【 定員 10 名 】

居室	1 人部屋 10 室 (空床利用 可)	食 堂	1 個
浴室	・一般浴槽 : 2 個 (特養と併用) ・機械浴槽 : 1 個 ・特殊浴槽 : 1 個 (特養と併用)	医務室	1 室 (特養と併用)
		トイレ	各居室毎 (ほかもあり)

2. サービス内容

- ① 食 事
- ② 入 浴
- ③ 介 護
- ④ (機能訓練)
- ⑤ 生活相談
- ⑥ 健康管理
- ⑦ 特別食の対応
- ⑧ 理美容のサービス
- ⑨ レクリエーション・行事等

3. 通常の送迎の実施地域

東御市 上田市 小諸市 (市外での送迎実施には、実費負担を頂く場合がございます。)

4. 利用料金

(1) 基本料金

① 介護保険・保険給付内料金 (1 割負担の場合)

※ 負担額は『介護保険負担割合証』に示された金額となります。

(単位: 円)

ユニット型 個室	基本 サービス 費	サービス 提供体制 強化加算 (Ⅲ)	夜勤職員 配置加算 (Ⅱ) (介護予防除 く)	送迎加 算 (片道)	介護職員 等処遇改 善加算 (Ⅰ)	介護職員 等処遇改 善加算 (Ⅱ)	介護職員 等処遇改 善加算 (Ⅲ)	介護職員 等処遇改 善加算 (Ⅳ)
要介護 1	7 0 4	6	1 8	1 8 4	単価の 総数の 14%に 相当する 単位	単価の 総数の 13.6%に 相当する 単位	単価の 総数の 11.3%に 相当する 単位	単価の 総数の 9%に 相当する 単位
要介護 2	7 7 2	6	1 8	1 8 4				
要介護 3	8 4 7	6	1 8	1 8 4				
要介護 4	9 1 8	6	1 8	1 8 4				
要介護 5	9 8 7	6	1 8	1 8 4				
要支援 1	5 2 9	6		1 8 4				
要支援 2	6 5 6	6		1 8 4				

※介護度 3 の場合: 長期利用減算/ 31 日～60 日 (817 円) / 61 日以降 (815 円)



ちいさがた福祉会

※ 共生型短期入所サービス費（ 障がいサービス利用の場合 ） ※

- ・共生型短期入所（福祉型）サービス費Ⅰ 784単位 … 終日のご利用
 - ・共生型短期入所（福祉型）サービス費Ⅱ 240単位 … 宿泊（夜間）のみのご利用
- 宿泊（夜間）のみの場合、原則として 16:00 ～ 9:00 の時間内でのご利用となります。

上記の基本単位には、以下加算項目が加わります。

- | | | |
|------------------|---|----------------------|
| ① 栄養士配置加算（Ⅰ） | : | 22単位 |
| ② 食事提供体制加算 | : | 48単位 |
| ③ 送迎加算 | : | 186単位 |
| ④ 短期利用加算 | : | 30単位 |
| ⑤ 看取り連携体制加算 | : | 64単位/日 |
| ⑥ 口腔連携強化加算 | : | 50単位/回 |
| ⑦ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | : | 100単位/月 |
| ⑧ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | : | 10単位/月 |
| ⑨ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | : | 上記単位の総数の14％に相当する単位 |
| ⑩ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | : | 上記単位の総数の13.6％に相当する単位 |
| ⑪ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） | : | 上記単位の総数の11.3％に相当する単位 |
| ⑫ 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） | : | 上記単位の総数の9％に相当する単位 |

また、実費負担として**食費**（以下参照）**光熱水費**（400円/1日）が別途請求されます。
 なお、共生型サービスには、**滞在費**（居住費）は掛かりません。

② 滞在費（居住費）

1日あたり 2,066 円

	負 担 限 度 額			基準費用額
	第一段階	第二段階	第三段階	
ユニット型個室	880円/日	880円/日	1,370円/日	2,066円/日

③ 食 費

1日あたり （ 朝食・昼食・夕食・間食含む ） : 1,445 円

負 担 限 度 額			基準費用額
第一段階	第二段階	第三段階 (1)・(2)	
300円/日	600円/日	(1) 1,000円/日 (2) 1,300円/日	1,445 円/日

内訳 朝食： 371円/食 昼食： 592円/食 夕食： 482円/食

※ 食事された分のみ料金をいただきます。

食事におかれまして、特別な栄養補助食品等をご希望される場合は別途料金を頂きます。



ちいさがた福祉会

(2) その他の料金

- ① 理美容 1回 2,000円 (特養での理美容実施の際に、合わせてご利用いただけます。)
- ② 利用中の洗濯物への対応、排泄用品(オムツ・パット類)の用意につきましては、利用料に含まれます。
- ③ 上記の他特別食、行事参加費、レクリエーション費用、買い物サービスなどの費用は実費負担となります。
- ④ テレビ・電気毛布等を持参され、個人で使用する電気器具を使用された場合、電気代として100円/日(3品まで) 自費負担を頂戴します。
- ⑤ 遠方移送に係る交通費について
東御市外の病院へ、入居者の希望のための移送を行う場合の交通費として以下の通り実費相当額をご負担頂きます。
施設～病院までの往復距離 × 100円
- ⑥ 通信費
請求書等をご家族へ送付する際の切手代金等実費相当分をご負担頂きます。

(3) キャンセル料

入所前にお客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の1日前、午後5時までにご連絡いただいた場合	1日の利用料の50%
②ご利用日の当日、午前8時までにご連絡いただいた場合	1日の利用料の全額と食材料費の合計金額

※ やむを得ない事情の時はこの限りではありません

(4) 利用中の中止

利用途中でサービスを中止して退所する場合、ご請求については退所日までの日数を基に計算します。
また、以下の場合には利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・ 利用者が中途退所を希望した場合
- ・ 入所日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ 利用中に体調が悪くなった場合
- ・ 家族がインフルエンザ・ノロウイルス等の感染症にかかっている(と思われる)場合
- ・ 職員他の利用者の生命又は健康に重大な影響をあたえる行為があった(と予見される)場合

※ ショート入所時に健康チェックを行います。(血圧・検温)特に感染症には注意しています。
事前に自宅での検温を行って頂き、当日の送迎職員へお伝え下さい。体調がすぐれない場合には、原則としてサービスの利用は控えて頂きます。
また、季節性インフルエンザやその他の予防接種については、積極的に受けて頂く事を推奨します。



(5) 支払方法

短期入所生活介護の退所月の翌月 10 日前後を目安に請求書を発行します。

お支払いは

- ・ 口座自動引き落とし（信州うえだ農協）（八十二銀行） 毎月 20 日
- ・ 口座振り込み （手数料別途負担）
- ・ 現金払い のいずれかとなります。

お支払いの後には、請求書兼領収書を発行します。

※ サービス利用者または、その家族（代理人）に利用料の支払い義務が生じます。

5. 当事業所の短期入所生活介護サービスの特徴等

(1) 運営方針

当事業所の生活相談員等は、対象者が要介護状態等となった場合でも、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。

事業の実施にあたっては、市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	○	ご契約時などに同性介助の希望をご確認します。
従業員への研修の実施	○	随時、施設内外の研修を実施
サービスマニュアルの作成	○	
身体的拘束	×	原則的になし
変更・追加の申し込み方法	○	担当者でご相談下さい

(3) サービス利用にあたっての留意事項

- ・ ご面会 … 面会時間 9：00 ～ 18：00

※ 冬季は感染症対策で面会制限をさせていただく場合があります。その他、感染症への対応等に伴い面会謝絶をもうける場合がございます。

- ・ 外出、外泊 … ご家族の申し出（ご家族対応）により可能ですが、ご相談下さい。
- ・ 飲酒、喫煙 … ご本人の希望（持参された場合のみ）により可能ですが、喫煙スペース（野外）以外での喫煙はできません。
- ・ 設備、器具の利用 … 可能です。
- ・ 金銭、貴重品の持ち込み … 原則、持ち込みは不可です。必ずご相談下さい。
施設・職員管理は行えません。紛失や盗難などによる不明に関与することは出来ません。
- ・ 施設外で活動 … ご家族様付き添い対応にてお願いします。
- ・ 宗教布教活動 … あらゆる宗派・宗教による布教・勧誘活動はご遠慮下さい。
- ・ ペットの同伴 … ご遠慮下さい。



6. 医療・緊急時の対応方法

(1) 状態の観察

サービスの提供中に心身の容体変化等があった場合、施設看護師にて状態を確認して参ります。

(2) 連絡・対応

上記の場合には、ご家族の方に速やかにご連絡を致します。ご家族の方による医療機関への速やかな受診へのサポートを行う事やご要望により、施設嘱託医への連絡～受診など必要な措置を行います。

また、事故発生時には速やかにご連絡し、必要に応じ受診対応を検討します。

(3) ご高齢・要介護者の状態像について

サービス利用・生活における心身の状態変化や介護事故の発生につきましては、職員にてその予防に努めてまいりますが、必ずしも万全ではありません。不測の事態や緊急対応の必要性については、誰もが起こり得るものとしての理解を共有して頂きたいと思います。

緊急連絡先	
氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

7. サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

電話番号 0268-64-0556

(受付時間 月曜日 ～ 金曜日 8時30分 ～ 17時30分)

苦情解決責任者 : 施設長 ひ だ い れい か
比田井 麗香

〃 受付責任者 : 総括主任 さ か ぐ ち ゆ か
坂口 由香

〃 受付担当者 : さ か ぐ ち ゆ か み や じ ま け ん
坂口 由香 宮嶋 賢



ちいさがた福祉会

② その他

上記以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市町村名 東御市（高齢者対策係） 電話番号 0268-75-5090

国民健康保険団体連合会 電話番号 026-238-1555

長野県社会福祉協議会 電話番号 026-226-2036

第三者委員会 吉澤 健二様 電話番号 0268-67-2678

8. 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 ちいさがた福祉会

代表者役職・氏名 理事長 太田心平

本部所在地 長野県 東御市 常田2-1

電話番号 0268-64-7200

定款の目的に定めた
事業及び事業所

1. 第1種 社会福祉事業

- ① 特別養護老人ホーム ころろ 設置運営
- ② 特別養護老人ホーム フォーレスト 設置運営

2. 第2種 社会福祉事業

- ① 老人デイサービス事業（デイサービスセンターころろ）
- ② 老人デイサービス事業（フォーレストデイサービスセンター）
- ③ 老人短期入所事業（ころろ）
- ④ 老人短期入所事業（フォーレスト）
- ⑤ 老人居宅介護等事業（介護相談室ころろ）
- ⑥ 障がい者総合サービス事業の設置経営（さんらいずホール）
- ⑦ 認知症対応型共同生活介護事業（グループホームフォーレスト）
- ⑧ 小規模多機能型居宅介護事業所（和光）
- ⑨ 小規模多機能型居宅介護事業所（ともがき）
- ⑩ 住宅型有料老人ホーム（ともがき）

3. その他これに付随する業務



ちいさがた福祉会

9. 第三者評価の受審状況について

介護老人福祉施設ここでは、第三者評価からの受審について____月____日 現在 受審して
(おります ・ おりません)

受審している場合の状況は、以下の通りです。

① 直近実施日 : ____年 ____月 ____日

② 評価機関の名称 : _____

③ 評価結果の開示状況 : 開示状況 あり ・ なし

10. その他 (同意確認)

契約をする場合は以下の確認をすること

令和 ____年 ____月 ____日

短期入所生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明者 所属 _____
氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面に基づいて、事業者から短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
氏名 _____ 印

【 請求書及び領収書の送付先 】

※ サービス利用に伴う、利用料金の発生に対する支払い義務が生じます。

住所 〒 _____
氏名 _____ 印
連絡先 _____



ちいさがた福祉会