

特別養護老人ホームオレンジ神戸式番館

重要事項説明書（介護老人福祉施設サービス）

当施設は介護保険の指定を受けています。
（神戸市指定 第 2870804644 号）

※当施設への入居は、原則として要介護認定の結果、要介護３～５と認定された方が対象となります。

１．事業者概要

事業者名称	社会福祉法人恵愛園
主たる事務所の所在地	兵庫県西宮市山口町名来１０７６番地１
法人種別	社会福祉法人
代表者名	下里 英規
設立年月日	平成１５年１２月１７日
電話番号	０７８－９０４－２７７７
ファクシミリ番号	０７８－９０４－３５０８
ホームページアドレス	https://orangegroup-swc.com

２．施設概要

施設の名称	特別養護老人ホームオレンジ神戸式番館
施設の種類	指定介護老人福祉施設（従来型多床室）
施設の所在地	兵庫県神戸市垂水区美山台３丁目１８番１２号
管理者の氏名	西村 雅之
電話番号	０７８－７５１－３００３
ファクシミリ番号	０７８－７５１－３３０３
開設年月	令和５年４月

３．施設で実施する事業

事業の種類	利用定員
特別養護老人ホーム	１００名（従来型３０名・ユニット型７０名）
ショートステイ	１０名
障がい者グループホーム	１０名

4. 施設の基本理念と運営の方針等

施設の基本理念	～大切な人を預けたい～ そう想える場所を創造します。
運営方針 (16のバリュー)	「笑顔咲かせる」「お客様本位」「安心創造」「自覚と責任」「即時改善」「切磋琢磨」「オレンジの顔」「コミュニケーション」「環境作り」「仲間意識」「報連相」「人材育成」「私たちの仕事」「サービスの向上」「人財」「社会貢献」の16のバリューを持って施設運営を行います。
事業の目的	施設サービス計画書に基づき、可能な限り、居宅での生活の復帰を目指し、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養の介助を行うことにより、入居者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように援助することを目的とします。

5. 施設の概要

敷地		2439.37 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート 地下1階・地上5階
	延床面積	4580.28 m ²
	利用定員	30名 (従来型多床室)

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
従来型多床室	8室	347.42 m ²	10.67 m ² (内法、最小)

◇居室の変更：入居者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には入居者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(2) 主な設備

設備の種類	数	特色
看護・介護職員室	1	
静養室	1	
キッチン	1	
食堂兼機能訓練室	1	
入浴設備	リフト式 2	
洗濯室	1	
脱衣室	1	
洗面所	1	各居室にもあり
便所	1	各居室にもあり
汚物処理室	1	

6. 職員体制

〈主な職種の配置体制〉 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤換算	指定基準	保有資格
管理者	1	1	社会福祉士
医師	必要数	必要数	医師免許
看護職員	1 以上	1	正・准看護師
介護職員	1 0 以上	1 0	介護福祉士他
生活相談員	1 以上	1	必要資格
機能訓練指導員	1 以上	1	必要資格
栄養士又は管理栄養士	1 以上	1	栄養士（管理栄養士）
介護支援専門員	1 以上（兼務）	1	介護支援専門員
事務員	1 以上	—	—

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数の週 4 0 時間で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では 1 名

（8 時間× 5 名÷ 4 0 時間＝ 1 名）となります。

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制（標準的な時間帯）
管理者	9：00～18：00
医師	水曜日 9：00～11：00 及び 第 2・第 4 金曜日 9：00～11：00
看護職員	9：00～18：00
介護職員	早出 7：00～16：00 日勤 9：00～18：00 遅出 11：00～20：00 夜勤① 21：00～翌 7：00 夜勤② 16：00～翌 9：30
生活相談員	9：00～18：00
機能訓練指導員	9：00～18：00
栄養士又は管理栄養士	9：00～18：00
介護支援専門員	9：00～18：00
事務員	9：00～18：00

8. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

（１）－１ 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内容
排泄	排泄の自立を促すため、入居者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。
入浴	入浴：週２回 入浴時間 ９時～１５時（多少の時間変更あり）
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は週１回行います。
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。
機能訓練	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に、機能訓練指導員による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。
介護相談	入居者とその家族からのご相談に応じます。
健康管理服薬管理	医師や看護職員が健康管理・服薬管理を行います。

（１）－２ 食事（食費）

食事	食事時間（多少の時間変更あり） 朝食８時～９時頃 昼食１２時～１３時頃 夕食１７時～１８時頃 食事場所 ご入居者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。 栄養並びにご入居者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。	負担額 1,600 円/日 （介護保険負担限度額認定対象者は負担限度額）
----	--	---

（１）－３ 居室（居住費）

当施設には下記の種類の居室があります。

従来型多床室３０床（４人部屋６室、３人部屋２室）

（１）－４ ＜サービス利用料金（１日あたり）＞（契約書第６条、サービス内容説明書参照）

下記の料金表によって、ご入居者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご入居者の要介護度に応じて異なります。）

< 従来型多床室 >

1. ご入居者の要介護度とサービス利用料金	負担割合	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
		6,208 円	6,945 円	7,715 円	8,453 円	9,180 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1 割	5,587 円	6,250 円	6,943 円	7,607 円	8,262 円
	2 割	4,966 円	5,556 円	6,172 円	6,762 円	7,344 円
	3 割	4,345 円	4,861 円	5,400 円	5,917 円	6,426 円
3. サービス利用に係る自己負担額 (1 - 2)	1 割	621 円	695 円	772 円	846 円	918 円
	2 割	1,242 円	1,389 円	1,543 円	1,691 円	1,836 円
	3 割	1,863 円	2,084 円	2,315 円	2,536 円	2,754 円
4. 居室に係る自己負担額		915 円				
5. 食事に係る自己負担額		1,600 円				
6. 自己負担額合計 (3 + 4 + 5)	1 割	3,136 円	3,210 円	3,287 円	3,361 円	3,433 円
	2 割	3,757 円	3,904 円	4,016 円	4,206 円	4,351 円
	3 割	4,327 円	4,542 円	4,767 円	5,051 円	5,269 円

※別途、上記の金額に職員の配置状況等により、加算分が追加される場合があります。

※上記金額の一ヶ月分を合算したものを単位数計算は四捨五入、円換算時は端数切捨てを行なった上で精算いたしますので実際の請求額と若干差が生じます。

○ご入居者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご入居者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

○「介護保険負担割合証」にて負担割合のご確認をお願い致します。

○個別機能訓練加算（Ⅰ）・・・12 単位/日

機能訓練指導員を配置し、計画に基づいて他の職種の者と共同して機能訓練を実施した場合に加算されます。

○個別機能訓練加算（Ⅱ）・・・20 単位/月

個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入居者につき、個別機能訓練の内容を厚生労働省に提出し、また、必要な情報を機能訓練の実施に活用している場合に算定されます。

○個別機能訓練加算（Ⅲ）・・・20 単位/月

個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入居者につき、個別機能訓練の内容、口腔の健康状態、栄養状態に関する情報を共有している場合に算定されます。

○栄養マネジメント強化加算・・・11 単位/日

管理栄養士が配置され、医師等と共同して栄養ケア計画を作成、食事の観察、調整を行い、また、入居者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出している場合に算定されます。

○口腔衛生管理加算（Ⅱ）・・・110 単位/月

口腔衛生の管理に関する規定に従い、歯科医師等による技術的指導のもと、計画的に口腔衛生管理が行われ、また、当該情報を厚生労働省に提出している場合に算定されます。

○褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）・・・3 単位/月

入居者の褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合に加算されます。

○褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）・・・13 単位/月

施設入所時に褥瘡の発生リスクが高いとされた入所者等について、褥瘡の発生がないこと。

○認知症チームケア推進加算（Ⅰ）または（Ⅱ）・・・150 単位または 120 単位/月

日常生活自立度Ⅱ以上の入所者が 50%以上の割合で、認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を 1 名以上配置し、認知症のBPSD予防に対応するチームケアを計画的に実践している場合に算定されます。

○安全管理体制加算・・・20 単位/月（入所時に 1 回のみ）

安全管理担当者が配置され、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に算定されます。

○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）・・・10 単位または 5 単位/月

協力医療機関等との間で感染症の発生時等の対応を取り決め、定期的に研修または訓練に参加した場合に算定されます。

○科学的介護推進体制加算（Ⅱ）・・・50 単位/月

入居者ごとの心身の状況及び疾病の状況を厚生労働省に提出し、そのフィードバックの結果を活用している場合に算定されます。

○生産性向上推進体制加算（Ⅰ）または（Ⅱ）・・・100 単位または 10 単位/月単位

業務効率化、ケアの質確保、職員の負担軽減に関する機器を複数種類導入し、委員会の設置、研修の定期的な開催を行い、その状況を厚生労働省に提出している場合に算定されます。

○日常生活継続支援加算（Ⅰ）・・・36 単位/日

重度者等の積極的な受け入れ、及び介護福祉士の配置を評価する加算です。

○夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ・・・13 単位/日

夜勤を行う職員を基準以上配置し、夜間の手厚い介護体制を実施している場合に加算されます。

○夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ・・・16 単位/日

夜勤を行う看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を基準以上配置し、夜間の手厚い介護体制を実施している場合に加算されます。

○看護体制加算（Ⅰ）ロ・・・4 単位/日

常勤の看護師を1名以上配置している場合に加算されます。

○看護体制加算（Ⅱ）ロ・・・8 単位/日

看護師を常勤換算方法で2名以上配置し、24時間の連絡体制を実施している場合に加算されます。

○サービス提供体制加算(Ⅰ)・・・22 単位/日

①介護福祉士割合 80%以上、②勤続 10 年以上の介護福祉士割合 35%以上のいずれかを満たす場合に加算されます。

○サービス提供体制加算(Ⅱ)・・・18 単位/日

介護福祉士の資格を持つ介護職員が 60%越えている事業所に対して加算されます。

○サービス提供体制加算(Ⅲ)・・・6 単位/日

①介護福祉士割合 50%以上、②常勤職員割合 75%以上、③勤続 7 年以上の職員割合 30%以上のいずれかを満たす場合に加算されます。

<処遇改善加算>

○介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)・・・所定単位数の 14.0%を加算されます。

○介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)・・・所定単位数の 13.6%を加算されます。

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出て、承認された施設に加算されます。

<その他対象者のみ付加される加算>

○初期加算・・・30 単位/日

入所から 30 日間、又は 1 月を超える入院後の再入所から 30 日間算定されます。

○再入所時栄養連携加算・・・200 単位/回

入居者様が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画を作成した場合、再入所時の 1 回に限り加算されます。

○療養食加算・・・6 単位/食

厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合に算定されます。

○排せつ支援加算（Ⅰ）・・・10 単位/月

排泄に介護を要する入所者について、その軽減の見込みについて定期的に評価し、その評価結果を厚生労働省に提出した場合に算定されます。

○看取り介護加算（Ⅰ）・・・

①死亡日 45 日前～31 日前	72 単位/日
②死亡日 30 日前～4 日前	144 単位/日
③死亡日前日および前々日	680 単位/日
④死亡日	1280 単位

○看取り介護加算（Ⅱ）・・・

①死亡日 45 日前～31 日前	72 単位/日
②死亡日 30 日前～4 日前	144 単位/日
③死亡日前日および前々日	780 単位/日
④死亡日	1580 単位

看取りに関する指針を定め、医師等の相互連携の下、看取り介護を行った場合に加算されます。

○自立支援促進加算・・・300 単位/月

入居時に自立支援のための医学的評価を行い、自立支援に係る支援計画等の策定、見直しを定期的に行い、また、厚生労働省にその結果を提出している場合に算定されます。

○配置医師緊急時対応加算・・・早朝・夜間 650 単位/回、深夜 1,300 単位/回

配置医師が早朝又は夜間に施設を訪問し、診察を行った場合に加算されます。

○精神科医による定期的療養指導・・・5 単位/日

認知症である入居者が全体の 3 分の 1 以上の施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に 2 回以上行われている場合に加算されます。

○外泊時費用・・・246 単位/日

在宅サービスを利用した場合の費用 560 単位/月

外泊や入院された場合で施設に在所していない日であっても、外泊又は入院の翌日から 1 月に 6 日間（月をまたいで連続した場合は最長 12 日間）を限度として算定されます。

※実際の利用料金の計算では利用日数を月で締めてから計算するため、多少の誤差が発生します。

○当施設の居住費・食費の負担額（介護保険負担限度額認定）

- ・世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税者）は、補足給付が行われ、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。
- ・入院または外泊時の居住費については、外泊時加算の対象期間の 6 日間のみ補足給付が行われ、施設利用の居住費の負担が軽減されます。
- ・入院又は外泊中のベッドを、本人又は家族の同意を得た上で、短期入所生活介護に利用する場合は、居住費は発生しません。
- ・7 日目以降の入院または外泊時の居住費については、補足給付が行われないため、7 日目以降もご入居者の希望等によりご入居者のために居室を確保する場合の居住費については、利用者負担段階 4 の居住費をご負担いただくことになります。

◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

区分	世帯の所得状況	居住費	食費
第1段階	・本人および世帯全員が市民税非課税で、 老年福祉年金の受給者、生活保護の受給者	0 円	300 円
第2段階	・本人および世帯全員が市民税非課税で、 課税年金収入額＋非課税年金収入額＋そ の他の合計所得金額が 80 万円以下の方 ・預貯金等が単身 650 万円未満、夫婦 1,650 万円未満	430 円	390 円
第3段階①	・本人および世帯全員が市民税非課税で、 課税年金収入額＋非課税年金収入額＋そ の他の合計所得金額が 80 万円超 120 万円 以下の方 ・預貯金等が単身 550 万円未満、夫婦 1,550 万円未満	430 円	650 円
第3段階②	・本人および世帯全員が市民税非課税で、 課税年金収入額＋非課税年金収入額＋そ の他の合計所得金額が 120 万円超えの方 ・預貯金等が単身 500 万円未満、夫婦 1,500 万円未満	430 円	1,360 円
第4段階	利用者負担段階4上記以外の方	915 円	1,600 円

※市民税非課税世帯でも、世帯分離している配偶者が市民税課税者である場合は、対象になりません。

（２）介護保険給付外サービス

サービスの 種別	内容	自己負担額
理髪・美容	1 か月に 1 回程度（希望者のみ）	実費をご負担いただきます。
レクリエー ション行事	当施設では、レクリエーション行事等を行っております。参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただきます。
特別な食事	ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。	実費をご負担いただきます。

その他	※医療 当施設の医師による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担して頂くことになります。
	○写物の交付代 1枚 白黒10円、カラー30円（税込） ○電化製品使用料金 以下の物品を居室に持ち込む場合には一律一品目一日 / 20円（税込） 品目：テレビ（大小問わず）、その他家電製品（加湿器、電気毛布、電気アンカ等暖房器具＝11月～3月においてのみ） ○嗜好飲料 100円 / 日（税込） ○私物クリーニング 実 費 ※（外注となりますので直接業者への支払になります） ○おやつ代 100円 / 1食（税込）（希望によるもの）

（３）利用料が減額となる制度

○利用料が減額となる制度として、下記のと通りの制度があります。詳しくは職員が説明致します。

- ・介護保険負担限度額認定
- ・災害等により著しい被害を受けた場合等の利用料の減免制度

○必要料金に変更が生じた場合に、1か月前までに入居者のご家族に説明を行い、同意を得るものとする。

9. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室（受付担当者：奈良、平松 電話 078-751-3003）までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

神戸市福祉局 監査指導部	電話 078-322-6242 受付時間 平日 8:45～12:00、13:00～17:30
兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	電話 078-332-5617 FAX 078-332-5650 受付時間 平日 8:45～17:15
神戸市消費生活センター（契約について）	電話 078-371-1221 受付時間 平日 9:00～17:00
養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専	電話 078-322-6774 受付時間 平日 8:45～12:00、13:00～17:30

用電話(監査指導部内)	
-------------	--

10. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人浩生会 舞子台病院
院長名	澤 雅之
所在地	神戸市垂水区舞子台 7-2-1
電話番号	078-782-0055
診療科	内科、外科、泌尿器科等
医療機関の名称	医療法人双葉会 江井島病院
院長名	藤原 仁志
所在地	兵庫県明石市大久保町西島 434-5
電話番号	078-947-5311
診療科	内科、外科、神経外科等

11. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人社団一功会 フェニックス診療所 -歯科-
院長名	菊池 宗法
所在地	神戸市西区岩岡町岩岡 654-156
電話番号	078-967-0036

12. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「オレンジ神戸 Duo、オレンジ神戸式番館消防計画」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	美山台自治会会員
平常時の訓練	別途定める「オレンジ神戸 Duo、オレンジ神戸式番館消防計画」に則り年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯 ガス漏れ報知器 防火扉・シャッター 屋内消火栓 非常通報装置 漏電火災報知器 非常用電源 カーテン・布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定

	期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。 防火管理者：西村雅之
--	---

13. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 9 時 30 分～17 時 30 分 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、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等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は当施設所定場所以外ではお断りします。 飲酒は担当医の許可が必要となります。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください。
貴重品の管理	原則、貴重品は自己責任にて管理いただきます。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
身体拘束	入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行いません。
事故発生時	入居者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
虐待防止	施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、虐待防止に関する責任者を選定しています。
損害賠償責任保険の加入状況	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険社会福祉事業者総合保険に加入しています。
介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合の対応	オレンジ神戸式番館の責めに帰すべき事由によりお客様の生命、身体、財産又は名誉に損害を発生させた場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、お客様にも責めに帰すべき事由が存するときは、賠償額が減額されるものとします。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホームオレンジ神戸式番館

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、その内容を理解しました。

利用者

住所	〒
氏名	印

連帯保証人

住所	〒		
氏名	フリガナ (続柄) 印 立会人		
連絡先	電話番号	FAX 番号	携帯電話

身元引受人

住所	〒		
氏名	フリガナ (続柄) 印 立会人		
連絡先	電話番号	FAX 番号	携帯電話

重要事項の説明に立ち会われた方は、氏名記入欄の『立会人』に○を記して下さい。

【請求書兼明細書 及び 領収書の送付先】

住所	〒		
氏名	フリガナ _____ (続柄) 印		
連絡先	電話番号	FAX 番号	携帯電話