

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。
（大阪府指定 第 2772502023 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 恵愛会
主たる事務所の所在地	大阪府池田市井口堂2丁目4番6号
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25年12月3日
電話番号	072-760-0003
ファクシミリ番号	072-760-0303
ホームページアドレス	https://orangegroup-swc.com/

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム オレンジ池田
施設の種類	指定介護老人福祉施設
施設の所在地	大阪府池田市井口堂2丁目4番6号
施設長の氏名	平野 泰典
電話番号	072-760-0003
ファクシミリ番号	072-760-0303
開設年月	平成27年4月

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	利用定員
短期入所施設	10名
有料老人ホーム	24名
通所介護サービス	18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	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスを通して、安心して暮らせる街づくりを実現する ・お客様満足を追求し、努力と研鑽を惜しまず行動する ・法人の一員として、職員が誇りを持てる職場環境を構築する ・人との出会いを大切にし、共に歩めることに感謝する
運営の方針	① 入居者様の本当の願いの実現を全力で目指します ② 入居者様の期待値を超越する最高のおもてなしを提供します ③ 入居者様の向上心と生きがいを大切にします
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念頭におき、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

介護老人福祉施設「オレンジ池田」

敷地	2,293.27 m ²
建物	構造 鉄骨鉄筋コンクリート造
	延床面積 4,230.93 m ²
	利用定員 50 名（1 ユニット定員 10 名×5 ユニット）

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
ユニット型個室	50 室	780 m ²	15.60 m ²

◇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
スタッフルーム	3	
医務室	1	
機能訓練室	1	
キッチン	6	
共同生活室	6	
一般浴室	3	
機械浴室	特殊浴槽1台 リフト式3台	
レクリエーションルーム	1	
洗面所	3階～5階2箇所ずつ	各居室にもあり

便所	3階～5階2箇所ずつ (ウオシュレット設備の有)	各居室にもあり
調理室	1	
洗濯室または洗濯場	3	
汚物処理室	3	

6. 職員体制

〈主な職種の配置体制〉

従業者の職種	実配置人員	指定基準	保有資格
施設長	1	1	
医師	1	入所者に対し健康管理 及び療養上の指導を行う ために必要な数	医師免許
看護職員	3	3	正・准看護師
介護職員	25	17	必要資格
生活相談員	1	1	社会福祉士主事
機能訓練指導員	1	1	柔道整復師
栄養士	1	1	栄養士(管理栄養士)
介護支援専門員	1	1	介護支援専門員
調理員	3		
事務員	3		

※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40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÷40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
施設長	9時～18時
医師	週1回 15時30分～17時30分
看護職員	早出 8時～17時 日勤 9時～18時 遅出 10時～19時
介護職員	早出1 7時～16時 日勤1 9時～18時 日勤2 10時～19時 遅出1 11時～20時 遅出2 12時～21時 夜勤1 21時～翌朝7時 夜勤2 22時～翌朝7時
生活相談員	9時～18時
機能訓練指導員	9時～18時
栄養士	9時～18時
介護支援専門員	9時～18時
調理員	6時～21時シフト制
事務員	9時～18時シフト制

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
排せつ	排泄の自立を促すため、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
入浴	入浴日～週2回以上 入浴時間 9時～15時(多少時間の変更あり)
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(多少時間の変更あり) 朝食8時～9時まで 昼食12時～13時まで 夕食17時30分～18時30分まで 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。

居室の種類	内容	負担額
ユニット型 個室	1ユニット10名で、台所、食堂、浴室などの共用スペースが設けられている個室です。	3,000 円/日 (介護保険負担限 度額認定対象者は 負担限度額)

(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。)

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
		7,062 円	7,800 円	8,590 円	9,338 円	10,066 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1割	6,356 円	7,020 円	7,731 円	8,405 円	9,059 円
	2割	5,649 円	6,240 円	6,872 円	7,471 円	8,053 円
	3割	4,943 円	5,460 円	6,013 円	6,537 円	7,046 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1―2)	1割	706 円	780 円	859 円	934 円	1,007 円
	2割	1,412 円	1,560 円	1,718 円	1,868 円	2,013 円
	3割	2,119 円	2,340 円	2,577 円	2,802 円	3,020 円
4. 居室に係る自己負担額		3,000 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	5,306 円	5,380 円	5,459 円	5,534 円	5,607 円
	2割	6,012 円	6,160 円	6,318 円	6,468 円	6,613 円
	3割	6,719 円	6,940 円	7,177 円	7,402 円	7,620 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(※自己負担 13 円/日、1 割負担の場合、以下同様)

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(※自己負担 21 円/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。

○栄養マネジメント強化加算・・・11 単位/日(※自己負担 12 円/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(※自己負担 116 円/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(※自己負担 3 円/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(※自己負担 14 円/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。

○安全管理体制加算・・・20 単位/月(※自己負担 21 円、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。

○科学的介護推進体制加算(Ⅱ)・・・50 単位/月(※自己負担 53 円/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。

○日常生活継続支援加算(Ⅱ)・・・46 単位/日(※自己負担 49 円/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(Ⅱ)イ・・・27 単位/日(自己負担 29 円/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(Ⅳ)イ・・・33 単位/日(自己負担 35 円/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)イ・・・6 単位/日(自己負担 7 円/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)イ・・・13 単位/日(自己負担 14 円/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。

○介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)・・・総単位数の 1000 分の 140 に相当する単位数

○精神科医療養指導加算…5 単位/日(※自己負担 6 円/月)

精神科を担当する医師より定期的な療養指導が月 2 回以上行われている場合算定されます。

＜その他対象者のみ付加される加算＞

○初期加算…30 単位/日(※自己負担 32 円/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(※自己負担 211 円/回)

入居者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(※自己負担 7 円/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。

○排泄つ支援加算(Ⅰ)…10 単位/月(※自己負担 11 円/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。

○個別機能訓練加算(Ⅲ)…20 単位/月(※自己負担 22 円/月)

個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定している上で口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定している場合に加算されます。

○看取り介護加算(Ⅰ)…

①死亡日 45 日前～31 日前	72 単位/日(自己負担 76 円/日)
②死亡日 30 日前～4 日前	144 単位/日(自己負担 152 円/日)
③死亡日前日および前々日	680 単位/日(自己負担 717 円/日)
④死亡日	1280 単位(自己負担 1350 円)

○看取り介護加算(Ⅱ)…

①死亡日 45 日前～31 日前	72 単位/日(自己負担 76 円/日)
②死亡日 30 日前～4 日前	144 単位/日(自己負担 152 円/日)
③死亡日前日および前々日	780 単位/日(自己負担 823 円/日)
④死亡日	1580 単位(自己負担 1666 円)

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…280 単位/月(※自己負担 295 円/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 1300 単位/回
(自己負担 686 円/回又は 1371 円/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。

○外泊時費用…246 単位/日(※自己負担 260 円/日)

在宅サービスを利用した場合の費用 560 単位/月(※自己負担 591 円/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締で計算するため、多少の誤差が発生します。

○退所時情報提供加算…250 単位/回（自己負担 263 円/回）

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

◇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。

対象者		区分	居住費	食費
市町村民税 非課税世帯 全員(世帯を 分離してい る配偶者を 含む)が	老齢福祉年金受給者	利用者負担 段階1	880 円	300 円
	課税年金収入額と合計所得金 額の合計が80万円以下の方	利用者負担 段階2	880 円	390 円
	課税年金収入と非課税年金収 入額の合計が80万円を超え1 20万円以下の方など	利用者負担 段階3①	1,370 円	650 円
	課税年金収入と非課税年金収 入額の合計が120万円超の方 など	利用者負担 段階3②	1,370 円	1,360 円
上記以外の方		利用者負担 段階4	3,000 円	1,600 円

(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(希望者のみ)	実費をご負担いただきます。
レクレーション行事	当施設では、レクレ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。
金銭管理サービス	銀行通帳、実印等の保管サービスのほか、公共料金等の支払等代行サービスを行います。ご利用されるか否かは任意です。ご利用頂く場合には別途ご契約が必要です。	100 円/日
その他	<p>※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。</p> <p>○写物の交付代 1枚 白黒 10 円、カラー30 円</p> <p>○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 品目:テレビ(大小問わず)、冷蔵庫、その他家電製品(加湿器、電気毛布、電気アンカ等暖房器具)</p> <p>○嗜好飲料費 100 円/1日</p> <p>○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)</p> <p>○おやつ代 100 円/1食(希望によるもの)</p> <p>※費用表記は税込となります</p>	

(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、以下の専用窓口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。

○苦情受付窓口 山口 里佳

○苦情処理責任者 平野 泰典

苦情申出人が第三者委員への報告を希望する場合、匿名での苦情及び文書による重大な指摘があった場合は、速やかに第三者委員に報告し必要な対応を行います。第三者委員に報告した場合は、必ず返答をもらい苦情申出人に結果を報告します。

○第三者委員 黒田 拓四郎 TEL 090-3677-4695

 兼田 尚樹 TEL 090-8291-8468

当事業所において、処理し得ない内容については、池田市、大阪府の行政窓口、国保連等の関係機関との協力により適切な対応を入所者の立場にたって検討し対応します。

池田市役所保健福祉部 高齢介護課	所在地	池田市城南1丁目1番1号 池田市役所2階
	電話番号	072-754-6256
	受付時間	(月～金) 9:00～17:30
大阪府高齢介護室 介護事業者課	所在地	大阪府中央区大手前2丁目1番22号
	電話番号	06-6944-7203
	受付時間	(月～金) 9:00～18:00
大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地	大阪府中央区常盤町1-3-8 中央大通りFNビル
	電話番号	06-6949-5418
	受付時間	(月～金) 9:00～17:00

10. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人桜希会 東朋病院
院長名	石田 勲
所在地	大阪府大阪市都島区都島南通2丁目8-9
電話番号	06-6923-6226
診療科	内科、外科、消化器外科、整形外科、リハビリテーション科

11. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	室井歯科医院
院長名	室井 誠
所在地	大阪府豊中市岡上ノ町2丁目3-4-101
電話番号	06-6841-7585

12. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護老人福祉施設オレンジ池田消防計画」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	旭丘自治会会員
平常時の訓練	別途定める「介護老人福祉施設オレンジ池田消防計画」に則り年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
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：平野泰典

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～18時 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。来訪者か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	敷地内における喫煙はお断りします。 飲酒は・・・担当医の許可が必要
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。
所持品の管理	ご入居者自身が所持品の管理が困難な場合には所持品管理サービスもご利用頂けます。
現金等の管理	ご入居者自身が現金等の管理が困難な場合には現金等管理サービスもご利用頂けます。
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。 事故発生防止及び発生時の対応についての責任者 施設長 平野 泰典
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。 責任者 施設長 平野 泰典

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 オレンジ池田

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。

入居者

住所	〒
氏名	印

連帯保証人

住所	〒		
氏名	フリガナ 印 立会人 (続柄)		
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 印 立会人 (続柄)		
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

※この重要事項説明書は、大阪府条例第 717 号（平成 25 年 4 月 1 日）第 7 条の規定に基づき、入所申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。