

様式第1号

重要事項説明書

記入年月日	令和6年6月1日
記入者名	平野 泰典
所属・職名	施設長

1 事業主体概要

名称	(ふりがな) しやかいいふくしほうじん けいあいかい 社会福祉法人 惠愛会	
法人番号	2120905004949	
主たる事務所の所在地	〒 563-0023 大阪府池田市井口堂二丁目 4 番 6 号	
連絡先	電話番号／FAX番号	072-760-0003 ／ 072-760-0303
	メールアドレス	support@keiaikai-swc.com
	ホームページアドレス	http://orangegroup-swc.com
代表者（職名／氏名）	理事長 ／ 下里 英規	
設立年月日	平成 27年4月1日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

2 有料老人ホーム事業の概要

名称	(ふりがな) ちいきみつちやくがたかいごつきゆうりょうろうじんほーむ おれんじいけだ 地域密着型介護付有料老人ホーム オレンジ池田		
届出・登録の区分	有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出		
有料老人ホームの類型	介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
所在地	〒 563-0023 大阪府池田市井口堂二丁目 4 番 6 号		
主な利用交通手段	阪急宝塚線石橋駅徒歩13分 ／ 阪急バス緑丘下車徒歩2分		
連絡先	電話番号	072-760-0003	
	FAX番号	072-760-0303	
	メールアドレス	support@keiaikai-swc.com	
	ホームページ	http://orangegroup-swc.com	
管理者（職名／氏名）	施設長 ／ 平野 泰典		
有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号）	平成 27年9月1日	／	平成 27年8月25日

(特定施設入居者生活介護の指定)

特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号	2792500189	所管している自治体名	池田市
特定施設入居者生活介護 指定日・指定の更新日（直近）	指定日 平成 27年9月1日	指定の更新日（直近） 令和 3年9月1日	
介護予防 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号		所管している自治体名	
介護予防 特定施設入居者生活介護 指定日・指定の更新日（直近）	指定日	指定の更新日（直近）	

3 建物概要

土地	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間				～				
	面積	2,292.6 m ²							
建物	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間				～				
	延床面積	4,230.9 m ² (うち有料老人ホーム部分)				777.7 m ²)			
	竣工日	平成 27 年 3 月 31 日		用途区分					
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合 :					
	構造	鉄筋コンクリート造		その他の場合 :					
	階数	5 階 (地上		5 階、地階		階)			
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性								
居室の状況	総戸数	24 戸		届出又は登録 (指定) をした室数			24 室 ()		
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積		
	介護居室個室	○	○	×	×	○	18.00 m ²		
共用施設	共用トイレ	1 ヶ所	うち男女別の対応が可能なトイレ			1 ヶ所			
			うち車椅子等の対応が可能なトイレ			1 ヶ所			
	共用浴室	個室	3 ヶ所		ケ所				
	共用浴室における介護浴槽	チエ ア一浴	1 ヶ所		機械浴	2 ヶ所	その他 :		
	食堂	2 ヶ所	面積 156.9 m ²		入居者や家族が利用できる調理設備	なし			
	機能訓練室	1 ヶ所	面積 22.0 m ²						
	エレベーター	あり (ストレッチャー対応)			1 ヶ所				
	廊下	中廊下	1.8 m	片廊下	1.4 m				
	汚物処理室	1 ヶ所							
消防用設備等	緊急通報装置	居室	あり	トイレ	あり	浴室	あり		
		通報先	スタッフルーム		通報先から居室までの到着予定時間		10 秒		
その他									
消防用設備等	消火器	あり	自動火災報知設備	あり	火災通報設備	あり			
	スプリンクラー	あり	なしの場合 (改善予定期)						
	防火管理者	あり	消防計画		あり	避難訓練の年間回数			
						2 回			

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針		大切な人を預けたいそう想える施設を創造します
サービスの提供内容に関する特色		入居者様のニーズに合わせたきめ細かいサービス提供
サービスの種類	提供形態	委託業者名等
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施	
食事の提供	自ら実施	
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施	
健康管理の支援（供与）	自ら実施	
状況把握・生活相談サービス	自ら実施	
提供内容	• 状況把握サービスの内容：毎日1回以上（2時間おき）、個室訪問による安否確認・状態把握（声掛け）を行う。 • 生活相談サービスの内容：日中、随時受け付けており、相談内容が専門的な場合、専門機関を紹介する。	
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	委託	東朋八尾病院
	提供方法	年1回健康診断の機会付与
利用者の個別的な選択によるサービス	※別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）	
虐待防止	① 虐待防止に関する責任者は、施設長の平野泰典です。 ② 従業員に対し、虐待防止研修を実施している。 ③ 入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。 ④ 職員会議で、定期的に虐待防止の為の啓発・周知等を行っている。 ⑤ 職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に連絡する。	
身体的拘束	① 身体拘束は原則禁止としており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）にてらし、緊急時やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1カ月）を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また家族等へ説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1カ月毎行う。）	

(介護サービスの内容)

特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画等の作成		<p>①計画作成担当者は、指定特定施設入居者生活介護の提供開始前に、入居者の意向や心身の状況等のアセスメント等を行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容、サービス提供機関等を記載した特定施設サービス計画（以下、「計画」という。）を作成する。</p> <p>②計画の作成にあたっては、多様なサービスの提供の提供及び利用に努め、入居者及び家族に対して、その内容を理解しやすいように説明し、同意を得たうえで交付するものとする。</p> <p>③計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、入居者のサービスの提供状況について、計画作成担当者に報告する。</p> <p>④計画に記載しているサービス提供機関が終了するまでに、少なくとも1回は、計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行う。</p> <p>⑤計画作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行う。</p>				
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。 また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。				
	入浴の提供及び介助	自ら入浴が困難な利用者に対し、1週間に2回以上、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。				
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、排泄の介助やおむつ交換を行います。				
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。				
	移動・移乗介助	あり	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。			
	服薬介助	あり	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。			
機能訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。				
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。				
	器具等を使用した訓練	あり	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき器械・器具等を使用した訓練を行います。			
その他	創作活動など	あり	利用者の選択に基づき、趣味・			
	健康管理	常に利用者の健康状況に注意するとともに、健康維持のための適切な措置を講じます。				
施設の利用に当たっての留意事項		・外出又は外泊しようとするときは、その都度外出外泊先、要件、施設へ帰着				
その他運営に関する重要事項		サービス向上のため、職員に対し、初任者、人権、身体拘束、虐待、感染症、食中毒、事故対応、認知症ケア、介護技術等の研修を実施している。				
短期利用特定施設入居者生活介護の提供		あり				
	個別機能訓練加算		なし			
	夜間看護体制加算		あり			
	医療機関連携加算		あり			
	看取り介護加算	(I)	あり			
	認知症専門ケア加算		なし			
	サービス提供体制強化加算	(II)	あり			
	介護職員待遇改善加算	(I)	あり			

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	介護職員特定待遇改善加算	(I)	あり
	入居継続支援加算		なし
	生活機能向上連携加算		なし
	若年性認知症入居者受入加算		なし
	口腔衛生管理体制加算		あり
	口腔・栄養スクリーニング加算		なし
	退院・退所時連携加算		なし
	A D L維持等加算		なし
	科学的介護推進体制加算		あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施	あり	(介護・看護職員の配置率) 2.3 : 1	以上

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな) とくべつようごろうじんほーむ おれんじいけだ 特別養護老人ホーム オレンジ池田
主たる事務所の所在地	大阪府池田市井口堂二丁目4番6号
事務者名	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん けいあいかい 社会福祉法人 恵愛会
併設内容	特別養護老人ホーム ショートステイ 地域密着型デイサービス 居宅介護支援

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

事業所名称	(ふりがな)
主たる事務所の所在地	
事務者名	(ふりがな)
連携内容	

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配、入退院の付き添い、通院介助	
	その他の場合 :	
協力医療機関	名称	島田クリニック
	住所	池田市神田1-17-13高木マンション1階
	診療科目	内科
	協力科目	
	協力内容	訪問診療
		その他の場合 : 日常的な状態把握
	名称	医療法人互恵会 池田回生病院
	住所	大阪府池田市建石町8-47
	診療科目	内科 外科
	協力科目	
協力歯科医療機関	協力内容	急変時の対応
		その他の場合 :
	名称	室井歯科医院
	住所	大阪府豊中市岡上ノ町2丁目3-4-101
協力歯科医療機関	協力内容	訪問診療、急変時の対応
		その他の場合 :

(入居後に居室を住み替える場合) 【住み替えを行っていない場合は省略】

入居後に居室を住み替える場合		
その他の場合 :		
判断基準の内容		
手続の内容		
追加的費用の有無		追加費用
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		調整後の内容
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	変更の内容
	便所の変更	変更の内容
	浴室の変更	変更の内容
	洗面所の変更	変更の内容
	台所の変更	変更の内容
	その他の変更	変更の内容

(入居に関する要件)

入居対象となる者	要介護	1~5
留意事項	契約書等に詳細を記載	
契約の解除の内容	契約書等に詳細を記載	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書等に詳細を記載
	解約予告期間	契約書等に詳細を記載
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居	あり	内容 個室￥9,000／泊（税込み、3泊4日まで（それ以上は応相談）、1泊3食付）
入居定員	24人	
その他		

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数	兼務している職種名及び人数		
	合計						
	常勤	非常勤					
管理者	1	1		1			
生活相談員	1	1		1	計画作成担当者		
直接処遇職員	13	10	3	9			
介護職員	12	9	3	10.2			
看護職員	1	1	0	1			
機能訓練指導員	1	1	0	1			
計画作成担当者	1	1	0	1	生活相談員		
栄養士	2	2	0	1			
調理員	9	0	9	5.5			
事務員	2	0	2	1.7			
その他職員							
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					40 時間		

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
		常勤	非常勤	
介護福祉士	6	5	1	
介護福祉士実務者研修修了者				
介護職員初任者研修修了者	2	1	1	

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間（ 時～ 時）				
	平均人数	最少時人数（宿直者・休憩者等を除く）		
看護職員	0 人	0	人	
介護職員	1 人	1	人	
生活相談員	0 人	0	人	
	人		人	

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略)	契約上の職員配置比率	3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	2.3 : 1
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略）	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	利用権方式	
利用料金の支払い方式	月払い方式	
	選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定		
要介護状態に応じた金額設定	あり	介護保険法公示上の介護サービス費
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い		内容： 居室料日額3,000円のみ請求
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

(代表的な利用料金のプラン)

		プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度	要介護	
	年齢	概ね65歳以上	
居室の状況	部屋タイプ	介護居室個室	
	床面積	18,00 m ²	
	トイレ	あり	
	洗面	あり	
	浴室	なし	
	台所	なし	
	収納	あり	
入居時点で必要な費用	その他	90,000円	
月額費用の合計			
家賃		90,000円	
サービス費用 介護保険外	特定施設入居者生活介護※の費用		
	食費	51,000円	
	管理費	45,000円	
	状況把握及び生活相談サービス費	管理費に含む	
		管理費に含む	
備考 介護保険費用 1割、 <u>2割</u> 又は <u>3割</u> の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）※介護予防・地域密着型の場合を含む。詳細は別添3及び4のとおりです。			

(利用料金の算定根拠等)

家賃	建物の貸借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算定	
敷金	家賃の 解約時の対応	1ヶ月分 修繕費を差引返還
前払金	なし	
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用	
管理費	施設の維持管理費、管理部門職員の人事費及び事務費、水熱光費、協力医療機関協力費	
状況把握及び生活相談サービス費	状況把握サービス（安否確認、緊急通報への対応）・生活相談サービス（一般的相談・助言、専門家や専門機関の紹介）	
光熱水費	管理費に含む	
生活サポート費	別添2	
介護保険外費用		
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2	
その他のサービス利用料		

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬、加算の利用者負担分
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

想定居住期間（償却年月数）		
償却の開始日		
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		
初期償却額		
返還金の算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了	
	入居後3ヶ月を超えた契約終了	
前払金の保全先		

7 入居者の状況

(入居者の人数)

年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	18人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	1人
	要介護2	5人
	要介護3	9人
	要介護4	3人
	要介護5	3人
入居期間別	6か月未満	4人
	6か月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		0人／0人
入居者数		21人

(入居者の属性)

性別	男性	4人	女性	17人
男女比率	男性	19%	女性	81%
入居率	87.5%	平均年齢	91.4歳	平均介護度 3.1

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人數	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出 (解約事由の例)	0人
		0人
	入居者側の申し出 (解約事由の例)	0人



8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称（設置者）		オレンジ池田事務室	
電話番号 / FAX		072-760-0003 / 072-760-0303	
対応している時間	平日	9:00～18:00	
	土曜	9:00～18:00	
	日曜・祝日	9:00～18:00	
定休日			
窓口の名称（所在市町村（保険者））		池田市 福祉部 高齢者政策推進室 介護保険課	
電話番号 / FAX		072-754-6228 / 072-751-8505	
対応している時間	平日	8:45～17:15	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始	
窓口の名称 (大阪府国民健康保険団体連合会)		大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課	
電話番号 / FAX		06-6949-5418 / —	
対応している時間	平日	9:00～17:00	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始	
窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）		(池田市・箕面市・豊能町・能勢町) 広域福祉課	
電話番号 / FAX		072-727-9661 / 072-727-9670	
対応している時間	平日	8:45～17:15	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始	
窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁)		大阪府住宅まちづくり部都市居住課安心居住推進グループ 大阪府福祉部介護事業者課施設指導グループ	
電話番号 / FAX		06-6210-9711 / 06-6210-9712 06-6944-2675 / 06-6944-6670	
対応している時間	平日	9:00～18:00	
定休日		土曜・日曜・祝日・年末年始	
窓口の名称（虐待の場合）		池田市 福祉部 高齢者政策推進室 地域支援課	
電話番号 / FAX		072-754-6288 / 072-751-8505	
対応している時間	平日	8:45～17:15	
		土曜・日曜・祝日・年末年始	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	加入先	あいおいニッセイ同和損害保険
	加入内容	○身体事故 1名につき100,000千円 1事故につき1,000,000千円 保険期間中につき1,000,000千円 ○財物事故 1事故につき10,000千円 保険期間中につき10,000千円
	その他	その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関するこ
賠償すべき事故が発生したときの対応		

事故対応及びその予防のための指針

あり

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	なし	ありの場合		
		実施日		
第三者による評価の実施状況	なし	結果の開示		
			開示の方法	

9 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	入居希望者に公開
財務諸表の要旨	入居希望者に公開
財務諸表の原本	入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合					
		開催頻度	年 6回				
		構成員	管理者、計画作成担当者、ご家族、地域支援員				
		なしの場合の代替措置の内容					
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名					
個人情報の保護		<ul style="list-style-type: none"> 入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。 事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。 事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報をを利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。 					
緊急時等における対応方法		<ul style="list-style-type: none"> 事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく） 例) <ul style="list-style-type: none"> 病気、発熱（37度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族・後見人）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。 連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。 関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。 賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。 					
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	適合	不適合の場合の内容					
池田市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項		なし					
合致しない事項がある場合の内容							
「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性		<table border="1"> <tr> <td>代替措置等の内容</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			代替措置等の内容		
代替措置等の内容							
不適合事項がある場合の入居者への説明							
上記項目以外で合致しない事項							
合致しない事項の内容							
代替措置等の内容							
不適合事項がある場合の入居者への説明							

添付書類：別添1（事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス）

別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）

別添3（介護保険自己負担額（自動計算））

別添4（介護保険自己負担額）

上記の重要事項の内容、並びに医療サービス等、その他のサービス及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

様

（入居者代理人）

住 所

氏 名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日

年 月 日

説明者署名

(別添1)事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>		
訪問介護		
訪問入浴介護		
訪問看護		
訪問リハビリテーション		
居宅療養管理指導		
通所介護		
通所リハビリテーション		
短期入所生活介護	あり	特別養護老人ホームオレンジ池田 池田市井口堂2-4-6
短期入所療養介護		
特定施設入居者生活介護		
福祉用具貸与		
特定福祉用具販売		
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
夜間対応型訪問介護		
地域密着型通所介護	あり	デイサービスオレンジ池田 池田市井口堂2-4-6
認知症対応型通所介護		
小規模多機能型居宅介護		
認知症対応型共同生活介護		
地域密着型特定施設入居者生活介護		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
看護小規模多機能型居宅介護		
居宅介護支援	あり	ケアプランセンター オレンジ池田 池田市井口堂2-4-6
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問看護		
介護予防訪問リハビリテーション		
介護予防居宅療養管理指導		
介護予防通所リハビリテーション		
介護予防短期入所生活介護	あり	特別養護老人ホームオレンジ池田 池田市井口堂2-4-6
介護予防短期入所療養介護		
介護予防特定施設入居者生活介護		
介護予防福祉用具貸与		
特定介護予防福祉用具販売		
<地域密着型介護予防サービス>		
介護予防認知症対応型通所介護		
介護予防小規模多機能型居宅介護		
介護予防認知症対応型共同生活介護		
介護予防支援	あり	ケアプランセンター オレンジ池田 池田市井口堂2-4-6
<介護保険施設>		
介護老人福祉施設	あり	特別養護老人ホームオレンジ池田 池田市井口堂2-4-6
介護老人保健施設		
介護療養型医療施設		
介護医療院		

(別添2)

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

		個別の利用料で実施するサービス		備 考
		料金※（税抜）		
介護サービス	食事介助	あり		必要時
	排せつ介助・おむつ交換	あり		必要時
	おむつ代	あり	実費負担	
	入浴（一般浴） 介助・清拭	あり		2回以上/週
	特浴介助	あり		2回/週
	身辺介助（移動・着替え等）	あり		必要時
	機能訓練	あり	介護保険負担分	必要時
生活サービス	通院介助	あり	1650円/時間（付添）	必要時
	居室清掃	あり		2回以上/週
	リネン交換	あり		1回/週
	日常の洗濯	あり		2回以上/週
	居室配膳・下膳	あり		必要時
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	200円/品	
	おやつ	あり	100円/品	
	理美容師による理美容サービス	あり	実費負担	1回/月 予約必要
	買い物代行	あり	1,650円/時間	
	役所手続代行	あり	1,650円/時間	
健康管理サービス	金銭・貯金管理	あり	100円/日	
	定期健康診断	あり	実費負担	1回以上/年 予約必要
	健康相談	あり	実費負担	必要時
	生活指導・栄養指導	あり		必要時
	服薬支援	あり		必要時
入退院のサービス	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり		適宜
	移送サービス	あり	500円（5km以内） 以降50円/km追加	予約必要
	入退院時の同行	あり	1,650円/時間	予約必要
	入院中の洗濯物交換・買い物	あり	1,650円/時間・実費	
	入院中の見舞い訪問	あり		適宜

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。ケアプランに定められた回数を超える分は介護保険外サービス。

※2「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。

(別添3)介護保険自己負担額(自動計算)

当施設の地域区分単価

選択→ 4級地 10.54円

利用者負担額は、1割を表示しています。但し、法令で定める額以上の所得のある方は、2割又は3割負担となります。

基本費用		1日あたり(円)		30日あたり(円)		備考
要介護度	単位数	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	
要支援1		0	0	0	0	
要支援2		0	0	0	0	
要介護1	546	5,754	576	172,645	17,265	
要介護2	614	6,471	648	194,146	19,415	
要介護3	685	7,219	722	216,597	21,660	
要介護4	750	7,905	791	237,150	23,715	
要介護5	820	8,642	865	259,284	25,929	
		1日あたり(円)		30日あたり(円)		
加算費用	算定の有無等	単位数	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額 算定回数等
個別機能訓練加算	なし					
夜間看護体制加算	あり	10	105	11	3,162	317
医療機関連携加算	あり	80	-	-	843	85 1月につき
看取り介護加算	(I)	72	758	76	-	- 死亡日以前31日以上45日以下(最大15日間)
		144	1,517	152	-	- 死亡日以前4日以上30日以下(最大27日間)
		680	7,167	717	-	- 死亡日以前2日又は3日(最大2日間)
		1,280	13,491	1,350	-	- 死亡日
認知症専門ケア加算	なし					
サービス提供体制強化加算	(II)	18	189	19	5,691	570
介護職員処遇改善加算	(I)	((介護予防) 特定施設入居者生活介護+加算単位数(特定処遇改善加算を除く)) × 12.8%				1月につき
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	((介護予防) 特定施設入居者生活介護+加算単位数(処遇改善加算を除く)) × 0%				1月につき
身体拘束廃止未実施減算	なし					
生活機能向上連携加算	なし					
若年性認知症入居者受入加算	なし					
口腔衛生管理体制加算	あり	30	-	-	316	32 1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算	なし					
退院・退所時連携加算	なし					
A D L維持等加算	なし					
科学的介護推進体制加算	あり	40	-	-	421	43 1月につき

(別添4) 介護保険自己負担額(参考:加算項目別報酬金額: 4級地(地域加算0.54%))

① 介護報酬額の自己負担基準表(介護保険報酬額の1割、2割又は3割を負担していただきます。)

	単位	介護報酬額／月	自己負担分／月 (1割負担の場合)	自己負担分／月 (2割負担の場合)	自己負担分／月 (3割負担の場合)
要支援1	単位/日				
要支援2	単位/日				
要介護1	546単位/日	5,755円	575円	1,151円	1,726円
要介護2	614単位/日	6,472円	647円	1,294円	1,941円
要介護3	685単位/日	7,220円	722円	1,444円	2,166円
要介護4	750単位/日	7,905円	791円	1,581円	2,372円
要介護5	820単位/日	8,643円	864円	1,729円	2,593円
個別機能訓練加算 (I)～(II)	20単位/日	211円	21円	42円	63円
夜間看護体制加算(II)	9単位/日	95円	9円	19円	28円
医療機関連携加算	80単位/月	843円	84円	169円	253円
看取り介護加算(I)～(II) (死亡日以前31日以上45日以下)	73単位/日	769円	77円	154円	231円
看取り介護加算(I)～(II) (死亡日以前4日以上30日以下)	144単位/日	1,518円	152円	304円	455円
看取り介護加算(I)～(II) (死亡日前日及び前々日)	680単位/日	7,167円	717円	1,433円	2,150円
看取り介護加算(I)～(II) (死亡日)	1,280単位/日	13,491円	1,349円	2,698円	4,047円
認知症専門ケア加算 (I)～(II)	単位/日				
サービス提供体制強化加算 (I)～(III)	6単位/日	63円	6円	13円	19円
介護職員待遇改善加算 (I)～(V)	所定単位数の12.8%				
入居継続支援加算 (I)～(II)	単位/日				
身体拘束廃止未実施減算		単位/日			
生活機能向上連携加算 (I)～(II)	単位/月				
若年性認知症入居者受入加算	単位/日				
口腔衛生管理体制加算	1単位/日				
口腔・栄養スクリーニング加算	単位/回				
退院・退所時連携加算	単位/日				
A D L維持等加算 (I)～(II)	単位/月				
科学的介護推進体制加算	40単位/月	422円	42円	84円	126円

・1ヶ月は30日で計算しています。

②要支援・要介護別介護報酬と自己負担

介護報酬		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		0	0	16,380	18,420	20,550	22,500	24,600
自己負担	(1割の場合)			17,265円	19,415円	21,660円	23,715円	25,928円
	(2割の場合)			34,529円	38,829円	43,319円	47,430円	51,857円
	(3割の場合)			51,794円	58,244円	64,979円	71,145円	77,785円

・本表は、1ヶ月を30日として算定の場合の例です。