

介護付有料老人ホーム

健勝園なんば

重 要 事 項 説 明 書

記入者名	花村 剛	記入年月日	令和 6 年 6 月 1 日
		所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	社会福祉法人	
	(ふりがな) 名 称	しゃかいふくしほうじん けんしょうかい 社会福祉法人 健勝会	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒 5 4 0 - 0 0 1 1	大阪府中央区農人橋一丁目 4 番 2 0 号	
事業主体の連絡先	電話番号	0 6 - 6 9 4 7 - 5 2 1 5	
	F A X 番号	0 6 - 6 9 4 7 - 5 2 1 3	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり・ https://www.kensyokai.jp/	
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	理事長	
	氏名	天 満 仁	
事業主体の設立年月日		昭和 5 5 年 3 月 2 9 日	

事業主体が大阪府内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	有	無	南大江地域在宅サービスステーションさくら	中央区
訪問入浴介護	有	無		
訪問看護	有	無		
訪問リハビリテーション	有	無		
居宅療養管理指導	有	無		
通所介護	有	無	難波地域在宅サービスステーションなにわ 南大江地域在宅サービスステーションさくら	浪速区 中央区
通所リハビリテーション	有	無	介護老人保健施設健勝園九条	西 区
短期入所生活介護	有	無	特別養護老人ホームなにわ 特別養護老人ホームアシステンツァ桜川 特別養護老人ホームさくら	浪速区 浪速区 中央区
短期入所療養介護	有	無		
特定施設入居者生活介護	有	無	介護付有料老人ホームプラウドコート晴明通	阿倍野区
福祉用具貸与	有	無		
特定福祉用具販売	有	無		

<地域密着型サービス>				
夜間対応型訪問介護	有	無		
認知症対応型通所介護	有	無	南大江地域在宅サービスステーションさくら	中央区
小規模多機能型居宅介護	有	無		
認知症対応型共同生活介護	有	無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有	無		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	有	無		
居宅介護支援	有	無	難波地域在宅サービスステーションなにわ 南大江地域在宅サービスステーションさくら	浪速区 中央区
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	有	無	南大江地域在宅サービスステーションさくら	中央区
介護予防訪問入浴介護	有	無		
介護予防訪問看護	有	無		
介護予防訪問リハビリテーション	有	無		
介護予防居宅療養管理指導	有	無		
介護予防通所介護	有	無	難波地域在宅サービスステーションなにわ 南大江地域在宅サービスステーションさくら	浪速区 中央区
介護予防通所リハビリテーション	有	無	介護老人保健施設健勝園九条	西 区
介護予防短期入所生活介護	有	無	特別養護老人ホームなにわ 特別養護老人ホームアシステンツァ桜川 特別養護老人ホームさくら	浪速区 浪速区 中央区
介護予防短期入所療養介護	有	無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有	無	介護付有料老人ホームプラウドコート晴明通	阿倍野区
介護予防福祉用具貸与	有	無		
特定介護予防福祉用具販売	有	無		
<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	有	無	南大江地域在宅サービスステーションさくら	中央区
介護予防小規模多機能型居宅介護	有	無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有	無		
介護予防支援	有	無		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	有	無	特別養護老人ホームなにわ 特別養護老人ホームアシステンツァ桜川 特別養護老人ホームさくら	浪速区 浪速区 中央区
介護老人保健施設	有	無	介護老人保健施設健勝園九条	西 区
介護療養型医療施設	有	無		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む けんしょうえんなんば 介護付有料老人ホーム健勝園なんば		
施設の所在地	〒556-0023	大阪市浪速区稲荷二丁目7番11号	
施設の連絡先	電話番号	06-6567-6800	
	FAX番号	06-6567-6802	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり: https://www.kensyokai.jp/namba/	
施設の開設年月日		平成19年 2月 1日	
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長	
	氏名	花 村 剛	
施設までの主な利用交通手段			
地下鉄千日前線 桜川駅より 徒歩8分、 JR大和路線 JR難波駅より 徒歩9分			
施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム		
介護保険事業所番号	2774300954		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日)			
事業の開始(予定)年月日	平成19年 2月 1日		
指定の年月日	平成19年 2月 1日		
指定の更新年月日	平成31年 2月 1日		

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1 人				1 人	1. 0
生活相談員	1 人				1 人	1. 0
看護職員	1 人		5 人		6 人	4. 6
介護職員	2 3 人		9 人		3 2 人	2 7. 2
機能訓練指導員	1 人				1 人	1. 0
計画作成担当者	1 人				1 人	1. 0
栄養士						
調理員						
事務員	1 人				1 人	1. 0
その他従業者			1 人		1 人	0. 4

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 3 8 . 2 時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	9 人		4 人	
介護職員基礎研修			1 人	
訪問介護員 1 級			2 人	
訪問介護員 2 級	7 人		4 人	
訪問介護員 3 級				
介護支援専門員	1 人			

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師	1 人			
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員 の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）	4 人
	平均時の人数	4 人

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1 人				1 人	1. 0
看護職員	1 人		5 人		6 人	4. 6
介護職員	2 3 人		9 人		3 2 人	2 7. 2
機能訓練指導員	1 人				1 人	1. 0
計画作成担当者	1 人				1 人	1. 0
その他従業者			1 人		1 人	0. 4
1 週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数					3 8. 2 時間	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	9 人		4 人			
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級			2 人			
訪問介護員 2 級	7 人		4 人			
訪問介護員 3 級						
介護支援専門員	1 人					
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師	1 人					
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無					有	無
管理者が有している当該業務に係る資格等	無	有	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合					3 : 1	

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			12人	17人		
前年度1年間の退職者数		1人	10人	20人		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数		1人	7人	5人		
1年以上3年未満の者の人数	1人	3人	3人	3人		
3年以上5年未満の者の人数		1人	2人			
5年以上10年未満の者の人数			2人		1人	
10年以上の者の人数			9人	1人		
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数	1人					
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1人					
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数			1人			
従業者の健康診断の実施状況				無	有	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針				
1 入所者処遇の充実 入所者が、個々に快適なホーム生活が営めるよう全室個室とし、各階に食堂及び談話室等を設置し、ご利用いただくとともに、施設サービス計画に基づき入所者の心身の状況等に 応じた介護、介助及びその他の援助を提供することにより、個人の自立した日常生活を支援する質の 高いサービスを提供するものであり、又、入所者の人権を尊重しつつ、ニーズに対応した相談、対話 を実施し、孤独感の除去、認知症の防止に支援をおこなう。 入所者の苦情に対しては、苦情処理体制を整え、迅速かつ円満な解決を図り、入所者に対するサー ビスの提供により賠償すべき事故が発生したときは、速やかに賠償を行なう。 当該入所者又は、他の入所者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない以外は身体拘束等を行 いません。 事業にあたっては、市町村、介護保険関係事業者等との連携に努めるものとします。 職員処遇の充実、士気高揚策の実施、職員研修の充実を行います。				
介護サービスの内容、利用定員等				
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無		無		有
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		無		有
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		無		有
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況		無		
協力医療機関の名称		医療法人 健昭会 なにわ病院		
(協力の内容) 緊急医療の提供 緊急時の入院 日常医療の提供				
協力医療機関の名称				
(協力の内容)				
協力歯科医療機関		無	有	その名称 医療法人 三健会 本町中央歯科クリニック
(協力の内容) 日常歯科の提供（適宜）				
要介護時における居室の住替えに関する事項				
要介護時に介護を行う場所				
一般居室（全室個室）便所有り、洗面所有り、				
入居後に居室を住み替える場合				
一時介護室へ移る場合		無		
判断基準・手続について				
(その内容)				
追加的費用の有無		無		有
居室利用権の取扱い				
(その内容)				
入居一時金償却の調整の有無		無		有
従前の居室からの面積の増減の有無		無		有
従前居室との仕様の変更				
便所の変更の有無		無		有
浴室の変更の有無		無		有
洗面所の変更の有無		無		有
台所の変更の有無		無		有
その他の変更の有無		無		有
(その内容)				

介護居室へ移る場合		無し	
	判断基準・手続について		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	無	有
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	無	有
	従前の居室からの面積の増減の有無	無	有
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	無	有
	浴室の変更の有無	無	有
	洗面所の変更の有無	無	有
	台所の変更の有無	無	有
	その他の変更の有無	無	有
(その内容)			
その他		無	有
	判断基準・手続について		
	(その内容)		
	追加的費用の有無	無	有
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	無	有
	従前の居室からの面積の増減の有無	無	有
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	無	有
	浴室の変更の有無	無	有
	洗面所の変更の有無	無	有
	台所の変更の有無	無	有
	その他の変更の有無	無	有
(その内容)			
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		無	⑦
要支援の者を対象		無	有
要介護の者を対象		無	有
留意事項			

契約解除の内容	(当社の契約解除) 入居者が次の各号の一に該当するときは、当社は1ヶ月の予告期間において入居契約を解除することができる。但し、入居契約の解除に際しては、入居者の事情を十分に斟酌し、身元引受人も含めた協議のうえ決定するものとする。 (1) 入院又は外泊が連続して2ヶ月を超えるとき、又は予想されているときで、復帰の目途がたたないとき。但し、退去後に乙が復帰を希望する場合、甲は他の施設への入所も含めてその実現に努めるものとする。 (2) 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがあるとき。 (3) 利用料等その他の支払いを怠って、その滞納期間が2ヶ月を超え、催告をしたにもかかわらず支払の意思が示されないとき。 (4) 不正の手段によって入居したとき。 (5) 提出書類などで虚偽の申告があったとき。 (6) その他入居契約の各条項に違反したとき。 (入居者の契約解除) 1 入居者は、退去予定日の属する月の前月の末日までに、当社の定める退去届を当社に提出し、その退去届に記載された退去予定日を持って、入居契約を解除することができる。 2 前項の定める期日までに退去届を提出せずに入居契約を解除とする場合は、入居者は当社に違約金として1ヶ月分の家賃と管理費を支払うものとする。
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人を1名定める。 入居者に債務不履行が合ったときは、入居契約から生ずる一切の金銭債務について連帯して履行の責を負う。 入居者の契約解除の摘要を受ける場合には、入居者の身柄を引き取る責任を負うものとする。
体験入居の内容 その他	空室がある場合のみ7日まで可能。 1日5500円負担
入居定員	96名
その他	

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
6 5 歳未満				2 人	1 人	3 人
6 5 歳以上 7 5 歳未満		2 人	1 人	2 人		5 人
7 5 歳以上 8 5 歳未満	7 人	7 人	2 人	1 0 人	3 人	2 9 人
8 5 歳以上	1 8 人	7 人	5 人	9 人	2 人	4 1 人
	自立	要支援 1	要支援 2	経過的要介護		合計
6 5 歳未満						0 人
6 5 歳以上 7 5 歳未満		3 人				3 人
7 5 歳以上 8 5 歳未満	1 人	1 人	1 人			3 人
8 5 歳以上	2 人	6 人	2 人			1 0 人
入居者の平均年齢	8 3 歳 7 ヶ月					
入居者の男女別人数	男性	2 8 人		女性	6 6 人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					9 7 . 9 %	
前年度に退去した者の人数						
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
自宅等	1 人					1 人
社会福祉施設			3 人	1 人	3 人	7 人
医療機関			2 人	3 人		5 人
死亡者		4 人	2 人	4 人	1 人	1 1 人
その他						0 人
	自立	要支援 1	要支援 2	経過的要介護		合計
自宅等						0 人
社会福祉施設		1 人				1 人
医療機関						0 人
死亡者						0 人
その他		1 人				1 人
入居者の入居期間						
入居期間	6 ヶ月未満	6 ヶ月以上 1 年未満	1 年以上 5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上 15 年未満	15 年以上
入居者数	1 7 人	9 人	3 6 人	2 6 人	3 人	2 人

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物					無	有		
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物					無	有		
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	有	無	96		18m ²			
	一般居室相部屋	無	無			m ²			
						m ²			
	介護居室個室	有	無			m ²			
	介護居室相部屋	有	無			m ²			
						m ²			
	一時介護室	有	無			m ²			
共用便所の設置数	9	うち男女別の対応が可能な数				0			
		うち車いす等の対応が可能な数				9			
個室の便所の設置数	96	個室における便所の設置割合				100%			
		うち車いす等の対応が可能な数				96			
浴室の設備状況	浴室の数	個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴	
		8		1				1	
その他、浴室の設備に関する事項 個浴は3階から10階まで各階有り									
食堂の設備状況	3階から10階まで各階に食堂有り								
入居者等が調理を行う設備状況		無				有			
その他、共用施設の設備状況									
無		有		(その内容) 談話室が3階から10階まで食堂と併せて設置					
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 施設内は、車椅子での通行ができるよう、玄関、廊下、居室、浴室、その他の部屋全てについて、段差はないよう配慮している。なお、居室とベランダとの間はレールがあるが、車椅子の通行には支障がありません。									
緊急通報装置の設置状況		無		一部有		全居室内に有			
外線電話回線の設置状況		無		一部有		全居室内に有			
テレビ回線の設置状況		無		一部有		全居室内に有			
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積		715.11m ²							
事業所を運営する法人が所有				無		一部有		有	
抵当権の設定				無		有			
貸借 (借地)									
無		有		契約期間	始	2006年1月1日	終	2056年12月31日	
契約の自動更新				無		有			
施設の建物に関する事項									
建物の延床面積		4062.17m ²							
事業所を運営する法人が所有				無		一部有		有	
抵当権の設定				無		有			
貸借 (借家)									
無		有		契約期間	始		終		
契約の自動更新				無		有			

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				
無	有	(その内容) 入所者の生命、身体及び財産に対して損害賠償責任保険により損害を賠償する。ただし、不可抗力による場合、入所者に重大な過失がある場合には、施設は賠償責任を免除され、又は賠償額が減額されることがある。		
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事				
無	有	(その内容) 事故発生時は、次の段階を経て処理、收拾する。 1 施設の緊急連絡体制に沿って主治医、医療機関へ連絡し、適切な処理を図る。 2 指定の家族連絡先等へ事態を報告し、対応方法を相談する 3 入所者が賠償を要する損害を受けた場合、速やかに保険による損害賠償の手続きをとる。 4 浪速区地域保険福祉課介護保険係に連絡・報告する。 5 再発防止として、事故発生後、運営関係者は防止策を検討し、実施する。 (参考) 入所者の責に基づく破損、汚損、滅失 入居者は故意又は過失によって施設(設備及び備品)に損害を与え、又は無断で備品形状を変更したときは、その損害を弁償し、又は現状に回復しなければならない。		
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) 温かい思いやりと愛の手を信条に地域社会との力強い結びつきの中で、より良い生活の場の提供を目指していきたい。施設は家庭だという考え方が出発点となっており、お仕着せのサービスではなく家庭的な雰囲気のもとで過ごして頂きたい。				
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				
無	有	実施した年月日	平成 23 年 1 月 8 日	
		当該結果の開示状況	無	有
第三者による評価の実施状況				
無	有	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	無	有

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合				無		有	
一時金に関する費用							
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）				無		有	
名称							
		最低の額		最高の額		最多価格帯	
人の入居の場合		円		円		円 戸	
		最低の額		最高の額		最多価格帯	
人の入居の場合		円		円		円 戸	
		最低の額		最高の額		最多価格帯	
人の入居の場合		円		円		円 戸	
一時金の償却に関する事項							
償却開始		入居をした月		無		有	
		上記以外	(その内容)				
初期償却率（％）							
償却年月数							
解約時返還金の算定方法							
保全措置の実施状況				(その内容)			
②利用者の選定による介護サービス利用料（人員配置が手厚い場合の介護サービス）				無		有	
(「有」の場合、その内容及び利用料)							
「有」の場合、介護保険給付及び利用者負担による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠				無		有	
名称							
一時金の償却に関する事項							
償却開始		入居をした月		無		有	
		サービス提供を開始した月		無		有	
		上記以外	(その内容)				
初期償却率（％）							
償却年月数							
解約時返還金の算定方法							
保全措置の実施状況		無	有	(その内容)			

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		無	有
(「有」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月		無 有
	サービス提供を開始した月		無 有
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	無	有	(その内容)
④その他に要する一時金		無	有
(「有」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	無	有	(その内容)
一時金に対する留意事項	無	有	

介護保険に係る利用料	
月額の場合の利用料の額	介護保険法の定めによる特定施設入所者生活介護区分の介護保険受給額のうち、介護保険負担割合証に記載された負担割合 < 1割負担の場合 > (算定式) 本人負担額 $= (\text{下記点数} \times \text{利用日数} + \text{機能訓練加算 I} \times \text{利用回数} + \text{協力医療機関連携加算 I} + \text{サービス提供体制強化加算 I} \times \text{利用日数} + \text{科学的介護推進体制加算} + \text{ADL維持等加算 I}) \times (\text{処遇改善加算 I (8.2\%)} + \text{特定処遇改善加算 I (1.8\%)} + \text{ベースアップ等支援加算 (1.5\%)}) \times 10.72 \times \underline{0.1}$ 例) 要介護2の方で $((609 \text{ 点} \times 30 \text{ 日}) + (12 \text{ 点} \times 8 \text{ 回}) + 100 \text{ 点} + (22 \text{ 点} \times 30 \text{ 日}) + 40 \text{ 点} + 30 \text{ 点}) \times (8.2\% + 1.8\% + 1.5\%) \times 10.72 \times \underline{0.1} = 22,945 \text{ 円}$
	< 2割負担の場合 > (算定式) 本人負担額 $= (\text{下記点数} \times \text{利用日数} + \text{機能訓練加算 I} \times \text{利用回数} + \text{協力医療機関連携加算 I} + \text{サービス提供体制強化加算 I} \times \text{利用日数} + \text{科学的介護推進体制加算} + \text{ADL維持等加算 I}) \times (\text{処遇改善加算 I (8.2\%)} + \text{特定処遇改善加算 I (1.8\%)})$

		+ベースアップ等支援加算（1.5%）） × 10.72 × <u>0.2</u> 例） 要介護2の方で （（609点×30日）+（12点×8回）+100点+（22点×30日）+40点+30点） ×(8.2%+1.8%+1.5%)×10.72×<u>0.2</u> = 45，890円 <3割負担の場合> （算定式） 本人負担額 =(下記点数×利用日数+機能訓練加算Ⅰ×利用回数 +協力医療機関連携加算Ⅰ+サービス提供体制強化加算Ⅰ ×利用日数+科学的介護推進体制加算+ADL維持等加算Ⅰ) ×(処遇改善加算Ⅰ（8.2%）+特定処遇改善加算Ⅰ(1.8%) +ベースアップ等支援加算（1.5%）） × 10.72 × <u>0.3</u> 例） 要介護2の方で （（609点×30日）+（12点×8回）+100点+（22点×30日）+40点+30点） ×(8.2%+1.8%+1.5%)×10.72×<u>0.3</u> = 68，835円				
	特定施設入居者生活介護	要介護1 542点	要介護2 609点	要介護3 679点	要介護4 744点	要介護5 813点
	介護予防特定施設入居者生活介護	要支援1 183点	要支援2 313点			

介護保険給付以外のサービスに要する費用				
月額の場合の利用料の額				
管理費	無	有	家賃 42,000 円の居室（4 月～10 月） 27,000 円 （11 月～3 月） 29,000 円 家賃 45,000 円及び 50,000 円の居室 31,500 円	
食費	無	有	（例）30 日分 48,900 円	
	（「あり」の場合、その内容）		1 日 1,630 円（消費税含む）	
光熱水費	無	有	個人の居室光熱費	メーター測定値 円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料				
人員配置が手厚い場合の介護サービス			無	有
（「有」の場合、その内容及び利用料）				
「有」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			無	有
個別的な選択による介護サービス			無	有
（「有」の場合、その内容及び利用料）				
家賃相当額	無	有	42,000 円から 50,000 円	

その他に必要な月額利用料	無	有
(「有」の場合、その内容及び利用料) 介護用品費や個人の生活用品費、外部サービス等の利用料は、別途実費負担 定期健康診断 年2回 1回6,000円		
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料	無	有
(「有」の場合、その内容及び利用料)		

6. 高齢者虐待防止・秘密の保持・個人情報の保護及び事故発生時の対応

①高齢者虐待防止について	事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。 (1) 研修を通じて、職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。 (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。 (3) 職員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
②入所者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
③個人情報の保護について	事業者は、入所者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 但し、入所者のサービス計画の作成に必要な入所者及びその家族の個人情報については、サービス担当者会議に出席する職員及び他の事業所職員に提供できるものとします。又、入所者の医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関等に入所者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
④事故発生時の対応について	事業者は、施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに入所者の家族・市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じるものとし、事故の状況及び事故に際して採った措置について記録するものとします。又、事業者は施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとします。

7. 苦情処理の体制及び手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行ない、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行ない、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき必要に応じて関係者への連絡調整を行なうとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

☆ 苦情受付窓口（担当者）	主任生活相談員	田 村 崇
	計画作成担当者	今 久 保 恵 司
☆ 苦情解決責任者	施 設 長	花 村 剛
☆ 受付時間	午前9時45分～午後5時45分（日・祝日を除く）	
☆ 電話相談	電 話 番 号	0 6 - 6 5 6 7 - 6 8 0 0
	FAX 番 号	0 6 - 6 5 6 7 - 6 8 0 2

◎ 苦情受付ボックスを各階に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 浪速区保健福祉センター 保健福祉課 高齢者支援グループ	所在地 〒556 - 8501 大阪市浪速区敷津東1丁目4番20号 電話番号 06-6647-9859 FAX番号 06-6644-1937 受付時間 午前9時～午後5時30分（土・日・祝日を除く）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室	所在地 〒540 - 0028 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 電話番号 06-6949-5418 受付時間 午前9時～午後5時（土・日・祝日を除く）
【大阪市の窓口】 大阪市福祉局高齢施策部 介護保険課 指定・指導グループ	所在地 〒540 - 8570 大阪市中央区船場中央3丁目1番7-331 電話番号 06-6241-6310 FAX番号 06-6241-6608 受付時間 午前9時～午後5時（土・日・祝日を除く）
【大阪府の窓口】 大阪府福祉部高齢介護室 介護事業者課 施設指導グループ	所在地 〒540 - 8570 大阪市中央区大手前2丁目 電話番号 06-6944-7106 FAX番号 06-6944-6670 受付時間 午前9時～午後5時（土・日・祝日を除く）

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に入所者に緊急の事態が発生した場合、入所者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	入 所 者 の 主 治 医	
	所 属 医 療 機 関 名	
	所在地及び電話番号	
家族等	緊急連絡先の家族等	
	住 所 及 び 電 話 番 号	

9. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-----------------

指定介護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。

事業者	所 在 地	大 阪 市 中 央 区 農 人 橋 一 丁 目 4 番 2 0 号
	法 人 名	社 会 福 祉 法 人 健 勝 会
	代 表 者 名	理 事 長 天 満 仁 ㊞
	事 業 所 名	介 護 付 有 料 老 人 ホ ー ム 健 勝 園 な ん ば
	説明者氏名	㊞

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、指定特定入居者生活介護サービス提供開始に同意しました。

入所者	住 所	
	氏 名	㊞

代理人	住 所	
	氏 名	㊞

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

添付書類：「介護サービス等の一覧表」