

P Dハウス岸部
【住宅型有料老人ホーム】
重要事項説明書

株式会社サンウェルズ

重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 2025/10/01 |
| 記入者名 | 幸福 千枝子 |
| 所属・職名 | P Dハウス岸部・管理者 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|------------------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) かぶしがいしゃさんうえるず 株式会社サンウェルズ | |
| 法人番号 | 9220001010117 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 920-0067 石川県金沢市二宮町15番13号 | |
| 連絡先 | 電話番号／F A X 番号 | 076-272-8982 / 076-272-8986 |
| | メールアドレス | compliance@sunwels.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.sunwels.jp |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 苗代 亮達 | |
| 設立年月日 | 平成 18年9月26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

（住まいの概要）

| | | |
|------------------------------|--------------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) ぴーでいーはうすきしべ P Dハウス岸部 | |
| 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 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒 564-0002 大阪府吹田市岸部中3丁目8番1号 | |
| 主な利用交通手段 | 車、電車、バス | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6155-5866 |
| | F A X 番号 | 06-6155-5879 |
| | メールアドレス | pdh.kishibe@sunwels.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.sunwels.jp |
| 管理者（職名／氏名） | 管理者 幸福 千枝子 | |
| 有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号） | 令和 3年6月1日 | 令和 3年5月25日 |

3 建物概要

| | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|-------------------------------------|----------------|--|---------|-----------------------|--------------------------|--------|------------------------|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | なし | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 令和 | 3年5月10日 | | | ～ 令和 | 33年5月9日 | | |
| | 面積 | 1,355.2 m ² | | | | | 2025/7/1 | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | なし | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 令和 | 3年5月10日 | | | ～ 令和 | 33年5月9日 | | |
| | 延床面積 | 2,013.8 m ² (うち有料老人ホーム部分 | | | | | 2,013.8 m ²) | | |
| | 竣工日 | 令和 | 3年5月10日 | | | 用途区分 | 有料老人ホーム | | |
| | 耐火構造 | 耐火建築物 | | その他の場合： | | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | | その他の場合： 食事のキャンセルは1食ごとに可能です。キャンセル料は1食あたり1,000円です。 | | | | | |
| | 階数 | 3 階 | | (地上 | | | 3 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 | 60 戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | | 60 室 | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 | 室数 | 備考 (部屋タイプ、相部屋の定員数等) |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | × | 14.85 | 55 | |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | × | 15.4 | 5 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 14 ヶ所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ ヶ所 | | | | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ 8 ヶ所 | | | | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 1 ヶ所 | | 大浴場 | | 1 ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 機械浴 | 1 ヶ所 | | チェアー浴 | | 1 ヶ所 | | その他： |
| | 食堂 | 2 ヶ所 | | | 面積 | | 2階 80.0m ² | | 3階 119.2m ² |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | なし | | | | | | | |
| | 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 | 2.1 m | | 片廊下 | | m | | |
| | 汚物処理室 | 1 ヶ所 | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり | 脱衣室 あり | |
| | | 通報先 | 事務所 | | | 通報先から居室までの到着予定時間 1～3分 | | | |
| その他 | リハビリルーム、洗濯室、相談室 | | | | | | | | |
| 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 (改善予定時期) | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | 防災計画 | | 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 | | <p>入居者が快適で心身共に充実した生活を営めること及び良好な生活環境を永続的に確保する。</p> <p>① 入居者の皆様を尊重し尊敬します ② 好感を与え快適な日々をお約束します ③ 安全で安心感のある毎日をお届けします ④ 信用と信頼を大切にします</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | | <p>居室において、加齢・傷病等により日常生活上の補助が必要となった場合は食事介助（配・下膳含む）家事援助（掃除・洗濯等）、入浴・洗髪介助、歩行介助、排泄介助、その他の身の回りの介助など必要な介護を行います。</p> |
| 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 | 委託 | 株式会社LEOC |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 委託 | ファシリティーパートナーズ株式会社 |
| 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 | | <p>入居者の安否確認及び状況把握を安全・安心の確保の観点で行います。その際プライバシーの確保について十分に考慮することとし、その方法等については運営懇談会その他の機会を通じて入居者の意向の確認、意見交換等を行い、出来る限りそれを尊重したものとします。</p> |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | なし | |
| | 提供方法 | |
| 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 | | <p>①虐待防止に関する責任者は、管理者とする。 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ための啓発・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、速やかに市町村に通報する。</p> |
| 身体的拘束 | | <p>①身体拘束は原則禁止しており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急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ヵ月）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、家族様へ説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1ヶ月毎行う。） ②経過観察及び記録をする。 ③1カ月に1回以上、ケース会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。 ④3カ月に1回以上、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。</p> |

【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】

【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】

(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 | 1 | 名称 | 脳神経ホームクリニック |
| | | 住所 | 大阪府大阪市北区中崎1丁目 1-1 |
| | | 診療科目 | 内科、脳神経内科 |
| | | 協力科目 | 内科、脳神経内科 |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を 常時確保 あり 診察の求めがあった場合において診察を行う体制を常時 確保 あり |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を 常時確保 診察の求めがあった場合において診察を行う体制を常時 確保 |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | | 名称 | |
| | | 住所 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人百花繚乱 ほほえみ歯科 |
| | | 住所 | 大阪府高槻市藤の里町19-24 |
| | | 協力内容 | 訪問診察 |

（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】

| | | | | |
|----------------|--------|---|--------|--|
| | | その他 | | |
| 入居後に居室を住み替える場合 | | その他の場合： 原則として住み替えはありません。ただし、入居者の身体の状況により介護を合理的に実施することを目的に住み替えを勧めることができます。 | | |
| 判断基準の内容 | | 一 入居者に常時の見守りが必要となり、職員の目の届く場所での介護を要するとき 二 末期癌・難病等、手厚い医療対応を要するとき 三 健康状態の回復により、常時の見守りを要さなくなったとき 四 その他、施設がより適切なサービスを提供するため居室変更が最善と判断したとき | | |
| 手続の内容 | | 一 施設の指定する医師の意見を聴取する。 二 入居者及びその家族の意見を聴取する。 三 一定の観察期間を設ける | | |
| 追加的費用の有無 | | なし | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | 居室を利用する権利は継続する。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | なし | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | あり | 変更の内容 | |
| | 便所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 浴室の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 洗面所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 台所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | その他の変更 | なし | 変更の内容 | |

（入居に関する要件）

| | | | |
|----------------|---|------------|--|
| 入居対象となる者 | 要介護 | | |
| 留意事項 | | | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書 第33条（甲の契約解除）、第34条（乙の契約解除）、第35条（契約の終了）の内容に準じる。 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第33条 | |
| | 解約予告期間 | 90日以上 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 14 日前 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | |
| 入居定員 | 60 人 | | |
| その他 | | | |

5 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数（実人数） | | | 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 | | |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | |
| 直接処遇職員 | 54 | | 54 | |
| 介護職員 | 32 | | 32 | 訪問介護員、看護補助員 |
| 看護職員 | 22 | | 22 | 訪問看護員 |
| 機能訓練指導員 | 6 | | 6 | 看護補助員 |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | 委託 |
| 調理員 | | | | 委託 |
| 事務員 | 2 | 2 | | |
| その他職員 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | 備考 |
|---------------|----|----|-----|----|
| | | | | |
| 介護福祉士 | 29 | | 29 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 2 | | 2 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 6 | | 6 | |
| | | | | |
| | | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-------------|----|----|-----|
| | | | |
| 看護師又は准看護師 | 22 | | 22 |
| 理学療法士 | 3 | | 3 |
| 作業療法士 | 2 | | 2 |
| 言語聴覚士 | 1 | | 1 |
| 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（ 17時～ 9時） | | |
|--------------------|------|--------------------|
| | 平均人数 | 最少時人数（宿直者・休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------|----------|-----|------|--------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | | 他の職務との兼務 | | | | | | あり | | | |
| | | 業務に係る資格等 | | あり | 資格等の名称 | | | 介護福祉士 | | | |
| | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 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 | | | 20 | | 32 | | | | 6 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 2 | | 4 | | | | | | |
| 数 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | 24 | | 16 | | | | 1 | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | 18 | | | | 5 | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | あり | | | | | | | |

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 | | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | なし | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | | あり 日割り計算で減額 | |
| | | 内容： 食事のキャンセルは1食ごとに可能です。キャンセルは3日前の17:00までに所定の書式にてお申し出ください。それ以降のキャンセルは実費負担となりますのでご注意ください。欠食の場合、食費は減額となり1食あたりの厨房管理費のみ徴収させていただきます。 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 消費者物価指数及び人件費等を勘案 | |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴いて入居者または身元保証人の同意を得たうえで行う。 | |

（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3 | 要介護3 |
| | 年齢 | 85歳 | 80歳 |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | 一般居室個室 |
| | 床面積 | 14.85㎡ | 15.4㎡ |
| | トイレ | なし | なし |
| | 洗面 | あり | あり |
| | 浴室 | なし | なし |
| | 台所 | なし | なし |
| | 収納 | なし | なし |
| 入居時点で必要な費用 | 敷金 | 100,000円 | 100,000円 |
| | | | |
| 月額費用の合計 | | 195,700円 | 145,700円 |
| ※（介護保険サービス外） | 家賃 | 89,000円 | 39,000円 |
| | 厨房管理費 | 34,100円 | 34,100円 |
| | 管理費 | 22,000円 | 22,000円 |
| | 食費 | 35,200円 | 35,200円 |
| | 光熱水費 | 15,400円 | 15,400円 |
| 備考 介護保険費用1割、2割又は3割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）※有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。） | | | |

(利用料金の算定根拠等)

| | | |
|----------------------|---|-------------------------|
| 家賃 | 近傍家賃相場を勘案して算出 | |
| 敷金 | 家賃の 1.1 ヶ月分 | |
| | 解約時の対応 | 入居契約書第7条第3項に基づき返還いたします。 |
| 前払金 | | |
| 厨房管理費 | 厨房に係る維持管理費・人件費 | |
| 管理費 | 共用部において、介護保険を利用しない介護サービス（見守り、移動介助、排泄介助、食事介助、生活支援など）に係る費用。 | |
| 食費 | 食材費 | |
| 光熱水費 | 居室と共用部の光熱費 | |
| | | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2（有料老人ホームのサービスの一覧表） | |
| その他のサービス利用料 | 居室にテレビを設置した場合は、入居者による放送受信契約の手続きが必要となります。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| 算定根拠 | | |
| 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 | | |
| | | |
| 前払金の保全先 | | |
| | | |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | |
|---------------------|-----------------|-----------|
| 年齢別 | 6 5 歳未満 | 4 人 |
| | 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 9 人 |
| | 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 19 人 |
| | 8 5 歳以上 | 15 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 0 人 |
| | 要支援 2 | 0 人 |
| | 要介護 1 | 3 人 |
| | 要介護 2 | 5 人 |
| | 要介護 3 | 13 人 |
| | 要介護 4 | 17 人 |
| | 要介護 5 | 9 人 |
| 入居期間別 | 6 か月未満 | 5 人 |
| | 6 か月以上 1 年未満 | 3 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 39 人 |
| | 5 年以上 1 0 年未満 | 0 人 |
| | 1 0 年以上 1 5 年未満 | 0 人 |
| | 1 5 年以上 | 0 人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 4 人 / 6 人 |
| 入居者数 | | 47 人 |

(入居者の属性)

| | | | | | | | |
|------|---------|----------|------|---------|----------|-------|-------|
| 性別 | 男性 | 13 人 | | 女性 | 34 人 | | |
| 男女比率 | 男性 | 27. 66 % | | 女性 | 72. 34 % | | |
| 入居率 | 78. 3 % | | 平均年齢 | 76. 6 歳 | | 平均介護度 | 3. 51 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|-------------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 5 人 |
| | 医療機関 | 8 人 |
| | 死亡者 | 5 人 |
| | その他 | 0 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 13 人 |
| | | 当社の他施設へ転居の為 入院期間が長くなり退院のめどが立たない為 |

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） | | 株式会社サンウェルズ 金沢本社 | |
| 電話番号 / F A X | | 076-272-8982 / 076-272-8986 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後5時 | |
| 定休日 | | 土・日曜日、祝日、年末年始 | |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁） | | 吹田市福祉部福祉指導監査室 | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6105-8009 / 06-6368-7348 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後5時30分 | |
| 定休日 | | 土・日曜日、祝日、年末年始 | |
| 窓口の名称（虐待の場合） | | 吹田市福祉部福祉指導監査室 介護事業者担当 | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6105-8009 / 06-6368-7348 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後5時30分 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |

(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 | 東京海上日動火災保険株式会社 |
| | 加入内容 | 事業活動包括保険 |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 事故対応マニュアルに基づく | |
| 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 | あり | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | | |
| | | 結果の開示 | あり | |
| | | | 開示の方法 | |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | | 結果の開示 | | |
| | | | 開示の方法 | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|----------|
| 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 | 公開していない |

10 その他

| | | | |
|-------------------------|--|--|-----------------------|
| 運営懇談会 | あり | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 1 回 |
| | | 構成員 | 施設長・従業者・入居者・家族・地域関係者等 |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | あり | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | |
| | あり | 指針の整備 | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | |
| | あり | その他の場合： | |
| 身体的拘束等の適正化への取組の状況 | あり | その他の場合： | |
| | あり | 指針の整備 | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | | |
| | あり | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | あり |
| 業務継続計画の策定状況等 | あり | 感染症に関する業務継続計画 | |
| | あり | 災害に関する業務継続計画 | |
| | あり | 職員に対する周知の実施 | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | |
| | あり | 定期的な訓練の実施 | |
| | あり | 定期的な業務継続計画の見直し | |
| 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 | 甲は、業務上知り得た乙及びその家族に関する秘密及び個人情報については、乙又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | 緊急時および事故発生時には、人命救助を最優先とし、速やかな現場対応と連携・連絡を行います。その場合、利用者の状態に応じ、救急救命対応や主治医への連絡等必要な措置を講じます。 | | |
| 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 | |

(別添1)事業主体が吹田市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 | あり | サンウェルズ岸部ヘルパーステーション | 大阪府吹田市岸部中3丁目8番1号 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | あり | サンウェルズ岸部訪問看護ステーション | 大阪府吹田市岸部中3丁目8番1号 |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | なし | | |
| ＜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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ | | | |
| 訪問型サポートサービス | なし | | |
| 通所型サポートサービス | なし | | |
| 通所型入浴サポートサービス | なし | | |

(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※ | |
| 介護サービス | 食事介助 | なし | | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | なし | | |
| | おむつ代 | あり | 実費 | 入居者に応じたおむつプランにて、日額定額提供とする |
| | 入浴（一般浴） 介助・清拭 | なし | | |
| | 特浴介助 | なし | | |
| | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | | |
| | 機能訓練 | なし | | |
| | 通院介助 | あり | 2,200円（料金は、30分あたり税込） | ※入居者のご家族が対応出来ない場合に限る |
| 生活サービス | 居室清掃 | なし | | |
| | リネン交換 | なし | | |
| | 日常の洗濯 | なし | | |
| | 居室配膳・下膳 | なし | | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | | |
| | おやつ | なし | | |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 実費 | 別途料金表による |
| | 買い物代行 | なし | | |
| | 役所手続代行 | なし | | |
| | 金銭・貯金管理 | なし | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 実費 | 年に1度程度の機会を設ける |
| | 健康相談 | なし | | |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | | |
| | 服薬支援 | なし | | |
| | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | なし | | |
| | 入退院時の同行 | あり | 2,200円（料金は、30分あたり税込） | ※入居者のご家族が対応出来ない場合に限る |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | | |
| | 入院中の見舞い訪問 | なし | | |

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの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。