様式第１号

重要事項説明書

記入年月日	令和８年７月１日
記入者名	大石　茂美
所属・職名	ここかえるからくに・代表取締役

１ 事業主体概要

名称	（ふりがな）かぶしきがいしゃぽるとぼぬーる 株式会社POLTE BONHEUR	
法人番号	8120101059395	
主たる事務所の所在地	〒　596-0821 大阪府岸和田市小松里町599番地の8	
連絡先	電話番号／ＦＡＸ番号	0725-58-7420/0725-58-7421
	メールアドレス	polte.bonheur.inc@mail.com
	ホームページアドレス	https:// www.poltebonheur.com/
代表者（職名／氏名）	代表取締役　／　大石　茂美	
設立年月日	平成　31年02月06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） 住宅型有料老人ホームの運営	

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）ここかえるからくに ここかえるからくに	
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	〒　594-1151 大阪府和泉市唐国町4-4-1	
主な利用交通手段	南海泉北線　和泉中央駅　和泉中央駅前より南海バス　グリーンポリス前より徒歩5分	
連絡先	電話番号	0725-58-7420
	ＦＡＸ番号	0725-58-7421
	メールアドレス	polte.bonheur.inc@gmail.com
	ホームページアドレス	https:// www.poltebonheur.com/
管理者（職名／氏名）	施設長　／　大石　茂美	
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　5年7月1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	あり			
	賃貸借契約の期間	令和 5年6月1日 ～ 令和 15年5月31日							
	面積	3,605.1 ㎡							
建物	権利形態	賃借権	抵当権	看護師と	契約の自動更新	あり			
	賃貸借契約の期間	令和 5年6月1日 ～ 令和 15年5月31日							
	延床面積	1,874.3 ㎡（うち有料老人ホーム部分 1,874.3 ㎡）							
	竣工日	令和 5年6月5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：					
	階数	2 階 （地上 2 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	48 戸		届出又は登録をした室数			48 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	○	○	×	×	○	13.08～13.55㎡	19	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	○	13.07～13.49㎡	8	1人部屋
	一般居室相部屋（夫婦・親族）	○	○	×	×	○	23.99㎡	1	2人部屋
	一般居室個室	×	○	×	×	○	13.33～13.95㎡	7	1人部屋
	一般居室個室	×	○	×	×	○	13.17～13.30㎡	6	1人部屋
	一般居室個室	×	○	×	×	○	13.01～13.20㎡	7	1人部屋
共用施設	共用トイレ	7 ヶ所		うち男女別の対応が可能なトイレ 2 ヶ所					
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ 5 ヶ所					
	共用浴室	大浴場 0 ヶ所		個室 0 ヶ所					
	共用浴室における介護浴槽	機械浴 2 ヶ所		チェアー浴 1 ヶ所		その他：			
	食堂	2 ヶ所		面積 1階70.89 ㎡ 2階 101.85㎡					
	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 2.5～3.1 m 片廊下 m							
	汚物処理室	2 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分					
	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（改善予定時期）						
	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		病気を抱えていても、医療と介護の専門家によるケアを活用しながらその方にとってのいつもの暮らしが実現していただけるよう質の高いケアを提供します。入居者様が毎日安心して心身共に健康で充実感をもって暮らして頂けるようにお手伝いさせて頂く事が私共の願いです。入居者様の方々に尊敬と感謝の念を込めて、施設・設備を準備すると共に入居されている方々と職員との信頼関係、また入居されている方同士の人間関係を大切にして参りたいと思っています。施設運営に当たりましては、「安心・信頼・自立」を基本方針として、自助努力、自主性を尊重し、これをお手伝いして参りたいと思っています。
サービスの提供内容に関する特色		看護師として培った医療のノウハウを最大限に活用し、医療ニースの高い方でも慣れ親しんだ地域と家で暮らし続けることをサポートいたします
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	なし	
食事の提供	なし	
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）	なし	
状況把握・生活相談サービス	自ら実施	
提供内容		食事や入浴、毎日少なくとも1回の安否確認を行うとともに介護職員による定期巡回を行う
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	自ら実施	
	提供方法	1回/年　定期健診の機会提供
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		ご入居者様の人権の擁護・虐待防止等の為に、次の措置を講じます ①虐待を防止するための本施設従業員に対する研修の実施 ②ご入居者及び身元引受人からの苦情処理体制の整備 ③その他、虐待防止に必要な措置 本施設従事者または養護者（ご入居者の家族等、ご入居者を現に用語するもの）による虐待を発見した場合は、速やかにこれを市区町村に通報するものとします。
身体的拘束		本紙設では、ご入居者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。但し、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、その対応及び時間・その際のご入居者の心身の状況・緊急やむを得なかった理由を記録し、2年間保存します。身元引受人からの要求がある場合及び監督機関からの指示がある場合には、これを開示いたします。

（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）
主たる事務所の所在地	
事務者名	（ふりがな）
併設内容	

（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）　かえるしあわせほうもんかいごすてーしょん かえるしあわせ訪問介護ステーション
主たる事務所の所在地	〒595-0012　大阪府泉大津市北豊中町3-1-13
事務者名	（ふりがな）　おおいし　しげみ 大石　茂美
連携内容	訪問介護事業の委託

（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		
	その他の場合：		
協力医療機関	名称	ふくろうクリニック	
	住所	大阪府堺市堺区向陵西町4-12-21	
	診療科目	内科　循環器内科　精神科　緩和ケア	
	協力科目	内科　循環器内科　精神科　緩和ケア	
	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
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	あり
	名称	国頭医院	
	住所	大阪府和泉市伏屋町3-7-34　泉北第2ビル1階	
	診療科目	内科　外科　リハビリテーション科	
	協力科目	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
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	あり
新興感染症発生時に連携する医療機関	あり		
	名称	国頭医院	
	住所	大阪府和泉市伏屋町3-7-34　泉北第2ビル1階	
協力歯科医療機関	名称	初芝アキ歯科クリニック	
	住所	大阪府堺市東区日置荘西町四丁5番10号　ｻﾝﾗｲｽﾞ初芝201	
	協力内容	訪問診療　　急変時の対応	
		その他の場合：	
	名称	Ｋ＆Ａ歯科	
	住所	大阪府岸和田市尾生町6丁目5-26	
	協力内容	訪問診療、急変時の対応	
		その他の場合：	
訪問看護ステーション	名称	かえるしあわせ訪問看護ステーション	
	住所	大阪府泉大津市北豊中町3-1-13	
	協力内容	その他	
		その他の場合：訪問看護ステーション	

（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		介護居室へ移る場合		
		その他の場合：		
判断基準の内容		認知症等、特別な身体状況により、その居室での介護が不可能になったと事業所が判断した場合、他の介護居室への住み替えを求める場合があります。		
手続の内容		①本人・家族様の説明と同意を得る。 ②契約書の取り直しを行う。 ③居室チェックリスト使用し汚れや破損箇所を確認します。		
追加的費用の有無		なし	追加費用	居室チェックリストより、現状回復の改善費用。
居室利用権の取扱い		住み替え後の居室に移行。		
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	面積の増減
	便所の変更	あり	変更の内容	便所の有無
	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	要支援、要介護		
	留意事項	概ね65歳以上の方 日常生活で介護を必要とされる方（要支援１，２要介護１～５の方） 利用料のお支払が可能な方 公的な医療保険・介護保険に加入されている方 円滑に共同生活を営んでいただけると事業主体が判断できる方 継続した入院加療・医療行為の必要な方 下記項目に該当しない方（ご入居者・身元引受人・親族含む） ・暴言、暴力行為のある方 ・暴力団関係者の方 ・刺青のある方		
□	契約の解除の内容	①入居者が死亡したとき ②事業者からの契約解除条項に基づき介助を通告し予告期間が満了したとき ③入居者から解約条項に基づき解約をおこなったとき		
□	事業主体から解約を求める場合	解約条項		①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ②管理費その他の費用の支払を1ヶ月以上遅滞するとき ③建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損または滅失したとき ④第3条（利用権）、第18条（使用上の注意）第19条（禁止又は制限される行為）第20条（修繕）28条（事業者からの契約解除）の規定に違反したとき ⑤ご入居者の行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼすとき、又は、重大な影響を及ぼすと判断するとき　但しご入居者様の行動が特定の病気等に基づくものであると事業主体が指定する医師により診断され、ご入居者が医療機関において通院、入院により治療を受けている場合等についてはこの限りではありません
		解約予告期間		退去の1か月前に通知
□	入居者からの解約予告期間	1ヶ月		（死亡は除く）
	体験入居	あり	内容	1泊2日（食事別）13,200円（税込）
	入居定員	49 人		
□	その他	（身元引受人等の条件、義務等） 身元引受人を1人定めて頂きます。 ・利用料の支払い等についてご入居者を連携して責任を負うものとします。 ・入居契約が解除された時にご入居者並びに所有する物品をお引き取りいただきます。		

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	0	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	0	0	0	外部委託
看護職員	0	0	0	外部委託
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	外部委託
調理員	0	0	0	外部委託
事務員	0	0	0	
その他職員	0	0	0	

（資格を有している介護職員の人数）

	合計			備考
		常勤	非常勤	
社会福祉士	0	0	0	
介護職員初任者研修修了者	0	0	0	
介護福祉士実務者研修修了者	0	0	0	

（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	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復師	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

（夜勤を行う看護・介護職員等の人数）

夜勤帯の設定時間（　　16時　00分～　　10時　　00分）				
	平均人数		最少時人数（宿直者・休憩者等を除く）	
看護職員	2	人	1	人
介護職員	1	人	1	人
生活相談員	0	人	0	人
	0	人	0	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	看護師				
		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		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度１年間の退職者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
じた職員の人数	１年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応	１年以上３年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	３年以上５年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	５年以上１０年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	１０年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
備考											
従業者の健康診断の実施状況				あり　　年1回/月　夜勤する者は2回/年							

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		なし　1ヶ月を通じて(1日～31日)ご不在の場合	
		内容：　家賃のみお支払いいただきます	
利用料金の改定	条件	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案しています	
	手続き	運営懇談会等を開催し意見を聞いた上で改定するものとします。また、改定にあたっては入居所及び身元引受人等へ事前に通知します。	

（代表的な利用料金のプラン）

			プラン１	プラン２（夫婦部屋）
入居者の状況	要介護度		要介護2	要介護3、要介護2
	年齢		80歳	80歳、85歳
居室の状況	部屋タイプ		一般居室個室	一般居室相部屋（夫婦・親族）
	床面積		13.08～13.55㎡	23.99㎡
	トイレ		あり	あり
	洗面		あり	あり
	浴室		なし	なし
	台所		なし	なし
	収納		あり	あり
入居時点で必要な費用	敷金		350,000円	350,000円
月額費用の合計			192,780円	348,060円（2人分）
	家賃		75,000円	112,500円（2人分）
□	サービス費用（介護保険外※）	食費	55,080円	110,160円（2人分）
		管理費	38,500円	77,000円（2人分）
		状況把握及び生活相談サービス費	22,000円	44,000円（2人分）
		電気代	子メーター管理	子メータ管理
		施設設備利用料	2,200円	4,400円（2人分）

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	75,000円	
敷金	家賃の　　5ヶ月相当分	
	解約時の対応	原状回復費等を除き返金
解約時の対応	居室の備品・設備の経年劣化による場合をのぞき、入居者様の故意や過失を問わず、明らかに破損させてしまった場合は居室の現状回復することとします。	
食費	業者委託	
管理費	入浴介助、オムツ交換、掃除等の介護保険外で対応する部分	
状況把握及び生活相談サービス費	随時ナースコール対応、定時巡回　家族・本人からの日常の相談随時対応　諸手続き費用	
電気代	実費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添２	
施設設備利用料	見守りシステム利用料	

（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月以内の契約終了	
	入居後３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	1 人
	６５歳以上７５歳未満	1 人
	７５歳以上８５歳未満	18 人
	８５歳以上	19 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	1 人
	要介護２	1 人
	要介護３	10 人
	要介護４	9 人
	要介護５	18 人
入居期間別	６か月未満	8 人
	６か月以上１年未満	11 人
	１年以上５年未満	20 人
	５年以上１０年未満	0 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		人 ／ 12 人
入居者数		39 人

（入居者の属性）

性別	男性	13 人		女性	26 人	
男女比率	男性	33 %		女性	67 %	
入居率	79 %	平均年齢	86 歳	平均介護度	4	

（前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	1 人
	死亡者	9 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		（解約事由の例）
	入居者側の申し出	5 人
		（解約事由の例） 別の施設に転居するため 自宅に戻る為 長期入院療養のため

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）		ここかえるからくに1F事務所
電話番号　/　ＦＡＸ		0725-58-7420　／　0725-58-7421
対応している時間	平日	9時から17時30分
	土曜	9時から17時30分
	日曜・祝日	9時から17時30分
定休日		定めなし
窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）		和泉市福祉部広域事業者指導課
電話番号　/　ＦＡＸ		072-493-6132　／　072-493-6134
対応している時間	平日	9時から17時30分
定休日		土曜　日曜　祝日
窓口の名称 （サービス付き高齢者向け住宅所管庁）		
電話番号　/　ＦＡＸ		／
対応している時間	平日	
定休日		
窓口の名称（虐待の場合）		和泉市福祉部高齢介護室介護保険グループ
電話番号　/　ＦＡＸ		0725-99-8131　／　0725-40-3441
対応している時間	平日	8時45分から17時15分
定休日		土曜　日曜　祝日

（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	損害保険ジャパン日本興亜損保
	加入内容	賠償責任保険
	その他	
賠償すべき事故が発生したときの対応	事業者は契約に基づくサービス提供上で、万が一の事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、入居者に対して損害を賠償する。但し入居者に重大な過失がある場合や不可抗力の場合は除く	
事故対応及びその予防のための指針	あり	①介護サービスの提供に係るご入居者及び身元引受人からの苦情に迅速、丁寧に対応するために必要な措置を講じます。 ②介護サービスの文書類の提出。提示の求めや質問・照会・調査に応じ、市区町村が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行います。 ③提供した介護サービスに係るご入居者および身元引受人からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会・都道府県・市区町村の調査に協力をするとともに、指導又は助言を受けた場合は、それにしたがって必要な改善を行います。

（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	
			結果の開示	
			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・入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に公開・入居希望者に交付
事業収支計画書	公開していない
財務諸表の要旨	公開していない
財務諸表の原本	公開していない

10 その他

<table>
<tr><td rowspan="3">運営懇談会</td><td rowspan="3">あり</td><td colspan="3">ありの場合</td></tr>
<tr><td>開催頻度</td><td>年　　2回</td></tr>
<tr><td>構成員</td><td>ご入居者代表・身元引受人・施設関係者・
民生委員等</td></tr>
<tr><td></td><td>なしの場合の代替措置の内容</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">高齢者虐待防止のための取組の状況</td><td>あり</td><td colspan="3">虐待防止対策検討委員会の定期的な開催</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">指針の整備</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">担当者の配置</td></tr>
<tr><td rowspan="5">身体的拘束等の適正化のための取組の状況</td><td>あり</td><td colspan="3">身体的拘束等適正化検討委員会の開催</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">指針の整備</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な研修の実施</td></tr>
<tr><td rowspan="3">あり</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td colspan="3">ありの場合</td></tr>
<tr><td>身体的拘束等を行う場合の態様及び時、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</td><td>あり</td></tr>
<tr><td rowspan="6">業務継続計画（ＢＣＰ）の策定状況等</td><td>あり</td><td colspan="3">感染症に関する業務継続計画</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">災害に関する業務継続計画</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">職員に対する周知の実施</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な研修の実施</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な訓練の実施</td></tr>
<tr><td>あり</td><td colspan="3">定期的な業務継続計画の見直し</td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行</td><td>なし</td><td>ありの場合の提携ホーム名</td><td></td></tr>
<tr><td>個人情報の保護</td><td colspan="4">ご入居者の個人情報については、「個人情報保護に関する法律」および「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに務めます。また、介護保険サービスの提供以外の目的では原則的には使用しないものとし、外部へ情報提供する際には、必要に応じてご入居者または身元引受人の了解を得るものとします。</td></tr>
</table>

□	緊急時等における対応方法	夜間24時間オンコール体制の整備 ■夜間に下記の症状があった場合には担当看護師が訪室し、必要に応じて主治医と連絡をとり、主治医の指示のもと対応する。 ・38.0度以上の発熱がみられるとき ・酸素飽和度が90%以下 ・血圧が平常時よりも変動がある（上が200代　下が80代） ・脈拍が早い（頻脈100以上）または遅い（遅脈50以下） ・呼吸困難、呼吸が異常に速い、顔色不良、チアノーゼが出現している ・意識状態が悪い（ぼんやりしていて反応が悪い、いつもと様子が違う、眼がうつろ） ・転倒しており、バイタルの異常、外傷、疼痛その他の症状が伴う場合 ・出血がある（吐血、下血、外傷による多量出血、長時間止血しない） ・嘔吐がある、誤飲、異食時 ■次の症状の場合は緊急時として対応し早急に救急車の要請をする。 ・激しい頭痛　・胸痛　・腹痛を訴え脂汗を流し身をよって苦しんでいる ・転倒で頭部を強く打った疑いがある・転倒後、吐き気、嘔吐があった ・けいれん、ひきつけ、嘔吐が何度もある・やっと呼吸している ・脈が触れない ・意識がない（意識が朦朧として声をかけないと眠りこんでしまう） ・その他、異常（心肺停止など）を感じたり、急を要すると判断した場合 ■緊急時の状態観察 1　部屋の電気をつける 2　落ち着いて利用者の状態をみる 3　バイタル測定（熱・脈・血圧・呼吸・酸素飽和度） 4　顔色・チアノーゼ（口唇、爪）の有無 5　意識レベルの確認 ・呼びかけに反応があるか・呼吸はしているか・痛みの訴えがあるか ・痛みの場所はどこか・視線があうか・眼の焦点は定まっているか ・手を握ってもらい、それに対してしっかりと反応があるか ・呂律が回らない・麻痺等の症状はないか

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	
所管庁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	該当しない		
	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	なし		
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）

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	なし		
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
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		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	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※（税込）	
介護サービス	食事介助	なし		基本保険給付
	排せつ介助・おむつ交換	なし		基本保険給付
	おむつ代	あり	実費	
	入浴（一般浴）　介助・清拭	なし		基本保険給付
	特浴介助	なし		基本保険給付
	身辺介助（移動・着替え等）	なし		基本保険給付
	機能訓練	なし		
	通院介助	なし		
	口腔衛生管理	なし		
生活サービス	居室清掃	なし		基本保険給付
	リネン交換	なし		基本保険給付
	日常の洗濯	あり	実費　施設：300円/回（乾燥代を含む）	業者（週2回集配）：1ネット770円
	居室配膳・下膳	なし		基本保険給付
	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　2,000円/1回	1回/月　機会提供　カラーパーマ各4,000円
	買い物代行	あり	実費　2,750円/1回	
	役所手続代行	あり	実費　11,000円/1回	
	金銭・貯金管理	なし		
健康管理サービス	定期健康診断	なし		
	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	あり	実費　介護:4,400円 看護:9,350円/60分	
	入退院時の同行	あり	実費　介護:4,400円 看護:9,350円/60分	
	入院中の洗濯物交換・買い物	あり	実費　2,200円/回	
	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。