

ナーシングホームきらら看護の家

重要事項説明書

2023/10/26 更新

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------------|
| 記入年月日 | 令和5年9月8日 |
| 記入者名 | 小嶋 裕美子 |
| 所属・職名 | ナーシングホームきらら看護の家 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 名称 | (ふりがな) かぶしきかいしゃ きせんこみゆにけーしょんず 株式会社 きせんコミュニケーションズ | |
| 法人番号 | 4120901021772 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 562-0035 大阪府箕面市船場東2-1-20 ABCビル2F | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 072-737-7311 |
| | メールアドレス | support@0120141417.com |
| | ホームページアドレス | https://www.kenkousupport.com/ |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 坂井 正典 | |
| 設立年月日 | 平成 14年6月17日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別を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) なーしんぐほーむ きららかんごのいえ ナーシングホーム きらら看護の家 | |
| 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 | 〒 563-0103 大阪府豊能郡豊能町東ときわ台3丁目2-8 | |
| 主な利用交通手段 | (車) 千里中央より25分※有料道路利用 (電車・徒歩) 能勢電鉄妙見線ときわ台駅より約950m | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-738-1711 |
| | FAX番号 | 072-738-1722 |
| | メールアドレス | support@kirakango.com |
| | ホームページアドレス | https://kirakango.com |
| 管理者（職名／氏名） | 施設長 / 坂井 麻衣子 | |
| 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 4年1月1日 | 令和 3年12月13日 |

3 建物概要

| | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|--|----------------|------------------|------------------------|--------------|------|------|--------------------|--|
| 土地 | 権利形態 | 所有権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | ～ | | | | | | | | |
| | 面積 | 499.3 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 | 489.8 m ² (うち有料老人ホーム部分 m ²) | | | | | | | | |
| | 竣工日 | 令和 3年12月 | 用途区分 | 有料老人ホーム | | | | | | |
| | 耐火構造 | 準耐火建築物 | その他の場合： | | | | | | | |
| | 構造 | 木造 | その他の場合： | | | | | | | |
| | 階数 | 2-6-6- 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 | 戸 | 届出又は登録をした室数 | | | | 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 | × | × | × | × | × | 9.01 | 26 | 26 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 6ヶ所 | | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | 6ヶ所 | | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 2ヶ所 | | ヶ所 | | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | チェア-浴 | 2ヶ所 | | その他： | | | | | |
| | 食堂 | 1ヶ所 | | | 面積 27.5 m 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 | 1.9 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 | スタッフPHS | | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | 1分以内 | | |
| 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 | 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 | がん・難病などの医療依存の高い方にお応えできるように医療、看護、介護の連携を行い、安心して生活できるようにサポート致します。 | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者の希望や心身の状態に応じたサービスを提供します。 | |
| 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 | 自ら実施・委託 | ニック株式会社 |
| 食事の提供 | 自ら実施・委託 | クックデリ株式会社 |
| 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 | |
| | サ高住の場合、常駐する者 | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | こひつじクリニック |
| | 提供方法 | 訪問看護・訪問診療 |
| 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、管理者の坂井麻衣子です。</p> <p>②従業者に対し、虐待防止研修を実施している。</p> <p>③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。</p> <p>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。</p> <p>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としており、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。）</p> <p>②経過観察及び記録をする。</p> <p>③2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、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。</p> <p>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)

【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) |
| 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 | 入退院の付き添い その他の場合： | | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人晋真会 ベリタス病院 | |
| | 住所 | 兵庫県川西市新田1-2-23 | |
| | 診療科目 | 内科・外科 | |
| | 協力科目 | 内科・外科 | |
| | 協力内容 | 急変時の対応 その他の場合： | |
| | 名称 | ひだまり在宅クリニック | |
| | 住所 | 大阪府池田市城南3丁目7-19ル・プルミエ岩田1階 | |
| | 診療科目 | 内科・外科・緩和ケア | |
| | 協力科目 | 内科・外科・緩和ケア | |
| | 協力内容 | 訪問診療 その他の場合： | |
| | 名称 | こひつじクリニック | |
| | 住所 | 兵庫県猪名川町広根野尻9-10 | |
| | 診療科目 | 内科・外科 | |
| | 協力科目 | 内科・外科 | |
| | 協力内容 | 訪問診療 その他の場合： | |
| | 名称 | 川西ほんわか訪問診療クリニック | |
| 住所 | 兵庫県川西市火打2-2-14 | | |
| 診療科目 | 内科 | | |
| 協力科目 | 内科 | | |
| 協力内容 | 訪問診療 その他の場合： | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 加藤歯科医院 | |
| | 住所 | 大阪府豊能郡豊能町光風台5丁目320-78 | |
| | 協力内容 | 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 | 介護居室へ移る場合 その他の場合：健康状態により変更 | | |
| 判断基準の内容 | 重症度、病状の急性増悪により、部屋を事務所の近くに移動する可能性あり | | |
| 手続の内容 | 本人・身元引受人の同意を得る | | |
| 追加的費用の有無 | なし | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 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 | なし | 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 | 要支援、要介護 | | |
| 留意事項 | 介護保険給付の対象とならないがん末期、難病疾患の方を受け入れます | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 家賃の未払い等が3ヶ月以上続いた場合。他の入所者に著しく迷惑をかける行為をした場合。体の状態が良くなった場合 | |
| | 解約予告期間 | 90日 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | | |

| | | | |
|------|--------------------|----|--------------------------|
| 体験入居 | あり | 内容 | 空室がある場合1泊2日 11000円（食費込み） |
| 入居定員 | 26 人 | | |
| その他 | 身元引受人が設定できない場合は要相談 | | |

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 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 10 | 3 | 7 | |
| 看護職員 | 10 | 3 | 7 | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 3 | 1 | 2 | |
| その他職員 | 5 | 0 | 5 | |

(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 | 10 | 3 | 7 | |
| 看護師・准看護師 | 10 | 3 | 7 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(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・准看護師 | 10 | 3 | 7 |
| 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 | 0 | 人 | 0 | 人 |
| 生活相談員 | 0 | 人 | 0 | 人 |
| その他職員 | 1 | 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 | | 初任者研修 | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| に業 務 に 従 事 し た 人 の 経 験 年 数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 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 |
| | | 内容： 食事は、二週間前による申し出が必要 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 物価変動、人件費上昇により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5 | 要介護4 |
| | 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 | 9.01㎡ | 9.01㎡ |
| | トイレ | なし | なし |
| | 洗面 | なし | なし |
| | 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 | 0円 | 0円 |
| | | | |
| 月額費用の合計 | | 98,000円 | 98,000円 |
| 家賃 保険外サービス費用（介護） 介護保険外費用 | 食費（税込） | 32,000円 | 32,000円 |
| | 状況把握及び生活相談サービス費など管理費に含む | 33,000円 | 33,000円 |
| | | 0円 | 0円 |
| | 管理費 | | |
| | 介護保険外費用 | 33,000円 | 33,000円 |
| | | (別添2)のとおり | (別添2)のとおり |
| 備考 介護保険費用1割又は2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 | |
| 敷金 | 家賃の 0 ヶ月分 |
| | 解約時の対応 原状回復費用のみお支払いしてもらいます |
| 前払金 | 0円 |
| 食費 | 1日3食で1100円×30日 |
| | |
| 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 (一般的な相談・助言、専門家や専門機関の紹介) |
| | |
| 管理費 | 生活相談サービス費、光熱費、共益費など含む |
| 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 | 入居者が設置したテレビに関するNHK等の受信料は直接NHKにお支払いください。 |

(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 | 4人 |
| | 85歳以上 | 7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 | 0人 |
| | 要介護2 | 0人 |
| | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 6人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 4人 |
| | 6か月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 6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 | |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 4人 / 4人 |
| 入居者数 | | 13人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-----|------|-----|-------|---|
| 性別 | 男性 | 6人 | 女性 | 7人 | |
| 男女比率 | 男性 | 46% | 女性 | 54% | |
| 入居率 | 50% | 平均年齢 | 84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 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 人 (解約事由の例) |

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) | | ナーシングホームきらら看護の家 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-738-1711 | / 072-738-1722 |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00~17:00 | |
| | 土曜 | | |
| | 日曜・祝日 | | |
| 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 / F A X | | 072-727-9661 | / 072-727-9670 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45~17:15 | |
| | | | |
| 定休日 | | 土日祝・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 / F A X | | 06-6210-9711 06-6944-2675 | / 06-6210-9712 06-6944-6670 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |
| 窓口の名称 (虐待の場合) | | 豊能町保健福祉課保険課 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-739-3421 | / 072-739-1980 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45~17:15 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日・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 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| | 加入内容 | ビジネスプロテクター |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 施設からご家族と保険会社に連絡 | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | なし | |

(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 | なし |
| | | | | 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 | なし |
| 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 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 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

| | | | | |
|--------------------------------------|------------|---------------|--|--|
| 運営懇談会 | なし | ありの場合 | 開催頻度 | |
| | | | 構成員 | |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | 運営方針やサービスの金額変更などがある際は、口頭・電話・メールなどでご事情を説明させて頂きご納得の上変更させて頂きます。質問などについても同様の方法で随時対応させて頂いております。 | |
| 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 | 書面にて取り交わし | | | |
| 緊急時等における対応方法 | 緊急対策マニュアル | | | |
| 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 | | |
| 豊能町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 | あり | | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 居室面積・廊下幅 | | | |
| 「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 | 代替措置を実施しない | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | 重要事項説明時に説明 | | | |
| 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、並びに介護サービス等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 | あり | きらら福祉サポート訪問介護ステーション | 大阪府豊能郡豊能町光風台5丁目26-11 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | あり | きせんライフサポート訪問看護ステーション | 大阪府豊能郡豊能町光風台5丁目26-11 |
| 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 | あり | 介護福祉用具きせんライフサポート | 大阪府箕面市船場東2-1-20 ABCビル2F |
| 特定福祉用具販売 | あり | 介護福祉用具きせんライフサポート | 大阪府箕面市船場東2-1-20 ABCビル2F |
| <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 | あり | 介護福祉用具きせんライフサポート | 大阪府箕面市船場東2-1-20 ABCビル2F |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | 介護福祉用具きせんライフサポート | 大阪府箕面市船場東2-1-20 ABCビル2F |
| <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 | | | |
| <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 | | |