

重要事項説明書

記入年月日	2024年7月1日
記入者名	大和田 真裕美
所属・職名	入居相談担当

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームの場合は、重要事項説明書の1から3まで及び6の項目については、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」で示されている「登録事項等についての説明」をもってこれに代えることができます。その場合、1から3まで及び6の項目については、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃけんためでいかるけあ 株式会社ケントメディカルケア	
主たる事務所の所在地	〒542-0086 大阪府大阪市中央区西心齋橋 2-2-3 EDGE心齋橋ビル 11階	
連絡先	電話番号	06-6211-0040
	FAX番号	06-6211-1771
	ホームページアドレス	http://www.kent-medical.com
代表者	職名	代表取締役
	氏名	福井 勝利
設立年月日	平成23年10月20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	住宅型有料老人ホーム 寿福の郷 櫃原	
所在地	〒634-0028 奈良県櫃原市法花寺町 54-1	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄大阪線 耳成駅
	交通手段と所要時間	耳成駅より徒歩9分 近鉄大和八木駅から車で5分
連絡先	電話番号	0744-25-3100
	FAX番号	0744-25-3101
	ホームページアドレス	http://www.kent-medical.com
管理者	氏名	福井 勝利
	職名	施設長
建物の竣工日	令和3年2月26日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和3年4月1日	

(類型) 【表示事項】

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) ③ 住宅型 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1817.12 m ²	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		② 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	① あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	979.98 m ²
		うち、老人ホーム部 分	979.98 m ²
	耐火構造	① 耐火建築物 ② 準耐火建築物	

	構造	3 その他 ()				
		1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
	4 その他 ()					
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	18.00 m ²	48	一般居室
	タイプ2	有/無	有/無	18.69 m ²	2	一次介護室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	6ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他 ()			5ヶ所			
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし					
消防用設備等	消火器	1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし				
	火災通報設備	1 あり 2 なし				
	スプリンクラー	1 あり 2 なし				
	防火管理者	1 あり 2 なし				
	防災計画	1 あり 2 なし				

その他	
-----	--

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	当社の経営理念に「人として正しい道を歩み自分と仲間と未来を信じ全従業員とその家族の豊かで幸せな人生を実現する」というものがあります。この元、当社は入居者様の尊厳を守り、入居者様の可能性を信じ、出来る限り自分で行えるよう支援すると共に、ご家族様、入居者様が意見を言い易い環境を整えて参ります。入居者様、ご家族様の絆を深める事を大事にしながら、運営して参ります。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様、ご家族様としっかり話し合い、少しでも出来る事が維持出来ているよう、清掃、入浴など本人の目標を明確にし、ご支援します。具体的には入浴で背中を自分で洗えるようになりたいのであれば、毎回の入浴を自分で出来る工夫、用具を使用し行うなど、入居者様のご状態に合わせた介護を実施します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人 桂会 平尾病院
		住所	奈良県橿原市兵部町 6-28
		診療科目	内科
		協力内容	後方支援
	2	名称	医療法人 医真会植田医院
		住所	奈良県桜井市三輪 496 - 1
		診療科目	外科・内科
		協力内容	訪問診療
新興感染症発生時に連携する医療機関	① あり	医療機関の名称	笠原医院
		医療機関の住所	奈良県橿原市白橿町 2-32-12
	2 なし		
協力歯科医療機関	名称	やすえデンタルクリニック	
	住所	奈良県大和高田市藤森 171-7	
	協力内容	訪問歯科	

直接処遇職員				
介護職員	5	4	1	5
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
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 ^{※2}				40
<p>※1 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。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	4	3	1
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	
		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			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～翌9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務	① あり	2 なし
	業務に係る資格等	① あり	
		資格等の名称	介護福祉士
	2 なし		

	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										
数に応じた 業務に従事した 職員の経験年 数の人数	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									
従業者の健康診断の実施状況		① あり		2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態【表示事項】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② 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	① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	増税等の法改正が生じた場合や会社規定変更があった場合
	手続き	利用者全員に書面にて通知

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	15.12 m ²	m ²
	便所	① 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 2 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	168,000 円	
月額費用の合計		113,500 円	
家賃		42,000 円	
1 社	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円

介護保険外※	食費	37,500 円	円
	共益費	30,000 円	円
	生活支援費	1,000 円	円
	電気代	約 4,000 円	円
	リネンレンタル費	3,000 円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 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。）をいう。</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金（礼金）	168,000 円（家賃の 4 か月分）
家賃	42,000 円
食費	37,500 円（朝食 300 円・昼食 450 円・夕食 500 円）
共益費	30,000 円
生活支援費	1,000 円
光熱水費	電気代約 4,000 円
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	リネンレンタル費 3,000 円 税別

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3 人
	女性	13 人
年齢別	65 歳未満	24 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	0 人
	85 歳以上	0 人
要介護度別	自立	6 人
	要支援 1	8 人
	要支援 2	17 人
	要介護 1	8 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	15 人
	要介護 4	10 人
	要介護 5	15 人
入居期間別	6 ヶ月未満	15 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	10 人
	1 年以上 5 年未満	15 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

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人

入居率*	%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(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	1人
	医療機関	人
	死亡者	25人
	その他	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	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	ケントメディカルケア本社	
電話番号	06-6211-0040	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜日・日曜日	

(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	① あり	(加入先) 東京海上日動火災保険株式会社
	2 なし	
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	① あり	利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、事故対応マニュアルに基づき、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供の際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います。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし 日頃より、ひやりはっと報告を記載し、起こりうる状況の把握に努め、毎月安全対策委員会を開催し、ひやりはっと報告から想定される事故事例の検討を行い、予防に努めます。 万が一、事故が発生した際は、入居者様の心理、職員の心理、仕事面の影響など様々な角度から検証を行い、対応策を講じます。対応策があっているか経過観察し記録に落とします。あっていない時は再度話し合い、対応を講じます。

(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	① あり 2 なし	実施日	随時 意見箱設置
		結果の開示	1 あり ② なし
第三者による評価の実施状況	1 あり ② なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	① あり (提携ホーム名: 寿福の郷 桜井) 2 なし	
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	1 あり ② なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	① あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、当該規定対象外	
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用	1 適合している (代替措置)	

の場合等の特例」への適合性	2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	無し
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（事業主体が奈良県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）

※



説明年月日 年 月 日

説明者署名 大和田 真裕美

※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。

別添1 事業主体が奈良県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	あり		ケント介護サービス 桜井	奈良県桜井市池之内121-1
訪問入浴介護		なし		
訪問看護	あり		ケント訪問看護ステーション 橿原	奈良県橿原市法花寺町54-1
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	あり		介護付き有料老人ホーム 寿福の郷 大和高田	奈良県大和高田市南今里町1-30
福祉用具貸与		なし	ケントケアステーション	大阪市生野区巽西 4-7-26
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		
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>				
介護予防訪問介護		なし		
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		
介護予防通所介護		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		

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

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし
	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)				備 考
	包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス					
食事介助	なし				
排泄介助・おむつ交換	なし				
おむつ代	なし				
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			※自費 30分 1,600円
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	なし				
買い物代行	なし				
役所手続き代行	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			※（年1回）
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）		あり			※生活支援費に含む
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	なし				
入退院時の同行		あり			※救急対応の時のみ
入院中の洗濯物交換・買い物	なし				
入院中に見舞い訪問	なし				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

【同意書】

施設名： 寿福の郷 檀原

入居者： 様

株式会社ケントメディカルケアの運営する施設では、利用者様が快適な入所生活を送られますように安全な環境作りに努めておりますが、利用者様の身体状況や病気により、下記の危険性、リスクが生じる事を予め十分にご理解のうえご入居くださいませ。

- ✓ 歩行時の転倒、車椅子からの転落等による事故の恐れがあります。
- ✓ 当施設では原則的に身体拘束を行わないため、転倒・転落による事故の可能性
があります。
- ✓ ご高齢の方の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ✓ ご高齢の方の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ✓ ご高齢の方の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ✓ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性
が高い状態にあります。
- ✓ ご高齢であることにより、脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ✓ 施設にお住まいである為、サービス外又は居室内での事故や急変に関しては発見が遅れる事や未然に防ぐ事が
出来ない場合もございます。
- ✓ 本人様本意やご家族様希望にて外出された先での転倒や予期せぬ災害の事故等に関しては、責任を一切負いま
せんので、ご了承くださいませ。

上記に記載しているリスクは在宅でも起こり得ることですので、十分にご理解、ご承知いただきます
ようお願い申し上げます。

なお、説明でわからないことがあれば、ご遠慮なくお尋ねください。

私は、施設内でのリスクについて説明を受け、十分に理解し、同意しました。

年 月 日

御家族 印 (続柄)

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、以下に記載するところにより必要最小限度の範囲内で使用することに同意します。

1. 個人情報の範囲（個人情報の範囲は以下の通りとします。）

- ①本人の生い立ちに伴う家族の背景
- ②本人の既往歴（疾病）及び、緊急時の連絡先
- ③事故報告時の本人の状況
- ④利用時の契約内容
- ⑤各種記録
- ⑥介護サービス計画書

2. 使用目的（個人情報の使用目的は以下に限定する。）

- ①利用者の介護サービスを提供するために実施される介護サービス担当者会議
- ②緊急時における救急隊員及び医師などへの情報提供
- ③介護保険法の規定により行われる、国、都道府県もしくは市区町村に対する報告、文書の提出もしくは提示時において必要な場合
- ④その他、事業者による利用者への介護サービス提供に必要であると判断する場合

3. 安全管理（個人情報の安全管理は以下の内容を踏まえ行う事とする。）

- ①事業者は個人情報の漏洩、滅失及び毀損の防止、その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講ずるよう努めることとする。
- ②個人情報の提供は必要最小限度とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意をはらうこととする。
- ③事業者の職員は勤務時間内外及び在職中、退職後も業務上で知り得た個人情報に関して漏洩することのないよう、入社時に誓約し、個人情報の秘密保持を徹底する。
- ④事業者が保有する個人情報が漏洩された事実を知ったとき、または漏洩されたと考えられる可能性がある事を知ったときは、直ちにご利用者等に対し報告した上で、情報漏洩を最小限にとどめるよう努めることとする。

4. 使用期限（使用期限は情報取得日より利用解約日までとする。）

年 月 日

ご利用者	_____	氏名	_____	印
ご家族 代表者	_____	氏名	_____	印
ご 家 族 代表者	_____	氏名	_____	印